

PSICOTERAPIA POR EL ENTORNO CON LOS ADOLESCENTES LÍMITROFES: LA EMPATÍA METAFORIZANTE DEL ACTO AL SENTIDO *

Michel Botbol**

Como saben, la eficacia terapéutica del tratamiento analítico en su forma típica está basada sobre un grande descubrimiento teórico y práctico: la transferencia sobre la cual se construye lo que llamamos la neurosis de transferencia, es decir la repetición en la cura y la relación psicoanalítica de la problemática del paciente, a partir de su capacidad a ilusionarse sobre quién es el psicoanalista para él.

Igualmente, saben que el trabajo psicoanalítico aplica a la sesión y al encuentro analítico las mismas técnicas que las que son usadas en el análisis de los sueños. De tal modo que el sueño es tanto la vía regia hacia el inconsciente como una paradigma de esta vía regia porque en esta perspectiva teórica, el análisis del sueño es un modelo para el trabajo psicoanalítico. Podemos decir entonces que del punto de vista del psicoanálisis, la sesión es una especie de sueño, aquí y ahora como antes y en otro lugar. Esto quiere decir que la condición de eficacia del método es que algo del pasado se repite en la sesión como en el sueño, algo modificado por el trabajo del sueño como por la asociaciones.

Si el terapeuta es suficientemente psicoanalista, es decir suficientemente neutro y benevolente, esta condición esta naturalmente obtenida en los pacientes neuróticos, los que tienen un funcionamiento psíquico basado sobre el

* Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

** Psiquiatra, Psicoanalista, Asesor de la Dirección de la Protección Judicial de la Juventud, Ministerio de la Justicia, Paris Francia; Ex director de la Clínica Dupre Sceaux. michel.botbol@wanadoo.fr ; 6 rue Pierre Lescot Paris 75001 France

autoerotismo, es decir sobre la re investidura por el preconsciente de traces mnémicas del pasado. Si el terapeuta es suficientemente neutro y benevolente, y al mismo tiempo suficientemente atento a estas reinvestiduras y al trabajo psíquico de que resultan, la psicoterapia psicodinámica puede ser eficaz.

Pero como saben, eso no es el caso para todos los pacientes que tratamos porque:

- Algunos de ellos no pueden ilusionarse suficientemente para establecer la transferencia; es el caso de los que tienen que agarrarse al actual por falta de capacidades autoeróticas.
- Otros no son capaces de no tomar sus sueños por realidades; es el caso de los que constituyen un delirio como neo realidad proyectiva: convierten todo imaginario en acto.
- Otros aun, no pueden tolerar exponerse a la inversión de un vínculo con el otro; es el caso de los que se sienten su identidad amenazada por las problemáticas de dependencia y usan el acto y la sensación corporal para escapar este insoportable sentimiento de dependencia.

Con estos pacientes, nos encontramos entonces frente a dos soluciones posibles:

1. renunciar a los aportes del psicoanálisis: es la postura de los quienes limitan las indicaciones del tratamiento analítico a las indicaciones del tratamiento analítico típico; según muchos de ellos, eso excluye “no solo la psicosis, las perversiones, los estados de confusión mental, las melancolías profundas, los pacientes en crisis agudas... y en fin los viejos” como lo pone irónicamente Pierre Fedida (1999) (lista a la cual debemos añadir los bebés) y eso al nombre de una pureza metodológica del análisis.
2. tratar de descubrir nuevas vías para extender a estos pacientes los beneficios de la aproximación analítica, tomando en cuenta las limitaciones de la cura típica con ellos: es la postura básica de este trabajo, siguiendo los trabajos los autores que privilegian el “encuentro analítico” más bien que la metodología de la cura psicoanalítica típica. Es la postura que conduzo Lebovici a proponer tanto las consultas terapéuticas madre bebé, como el psicodrama psicoanalítico individual que son dos paradigmas centrales de estas nuevas vías. Es también esta postura que nos conduzo a crear en la Asociación Mundial de Psiquiatría una nueva sección: Psychoanalysis in Psychiatry.

Siguiendo esta segunda línea, que hacer entonces con los sujetos cuyo funcionamiento privilegia:

- el acto y no el pensamiento
- el inmediato y no el horizonte temporal
- y se sienten amenazados por los vínculos con el otro

En suma, los que tienen los rasgos de un funcionamiento limítrofe.

Sin pretender aquí que la cura psicoanalítica más o menos adaptada, no puede tener ninguna indicación en el tratamiento de estos pacientes, ni que se debe rechazar la idea que estos pacientes pueden ser “pacientes de sueño para el psicoanalista” como lo dice Pierre Fedida, debemos reconocer que solo una ínfima parte de estos pacientes benefician de este tipo de tratamiento, especialmente durante la adolescencia, sea porque esos pacientes no lo piden o porque no lo pueden aceptar por un tiempo suficiente.

1) Que significamos cuando hablamos de un funcionamiento limítrofe; cual es la psicopatología de tal funcionamiento

Una idea básica: en estos pacientes las mismas configuraciones psicopatológicas que provocan tanto la tendencia al acto como el rechazo del vínculo terapéutico que se proponen para tratar esta tendencia.

Que son los rasgos psicopatológicos que lo pueden explicar esta característica en los estados limítrofes?

- Según Masterson (1971) y muchos otros, el síndrome limítrofe no está constituido por el síntoma sino por una estructura específicamente patológica : Su coherencia no es sintomática sino psicopatológica con un centro de gravedad que se encuentra entre la organización neurótica y la organización psicótica

- Sobre esta base, se propusieron diversos puntos de vista psicodinámicos dando más o menos importancia a tal o tal punto teórico. Sin embargo un punto de acuerdo general se destaca de estas numerosas aportaciones: en estos pacientes limítrofes el núcleo psicopatológico parece ser la necesidad de recurrir concretamente a los elementos del entorno para compensar las fallas de su funcionamiento imaginario interno. En este sentido, el estado limítrofe es esencialmente anaclítico (Bergeret 1970) (es decir estrechamente dependiente del apoyo del exterior y del otro concreto).

- Eso no se encuentra:

- a. Ni en la organización neurótica donde el funcionamiento psíquico es suficientemente autónomo de la realidad externa para apoyarse sobre ella sin depender estrechamente de su forma concreta.

- b. Ni de la organización psicótica donde la ruptura del contacto con la realidad conduce a la construcción de una neo realidad delirante

Del punto de vista de la relación al objeto, los estados limítrofes no son antiobjetales como la psicosis, pero inestables, estrechamente dependiente de la forma concreta del objeto externo y constantemente amenazada de intrusión o abandono de parte de este objeto.

Este problema central resulta de diversos mecanismos:

1) Las fallas del imaginario y del preconsciente: Es especialmente el caso de la transicionalidad, es decir, según Winnicott, del espacio que el sujeto crea entre el mismo y el objeto externo, de tal modo que permite al sujeto amortiguar los efectos de las inadecuaciones de los objetos concretos. Con las fallas en este registro, las posibilidades de movilizar los objetos internos está limitada o desinvertida, impidiendo la utilización del imaginario para sobrepasar las frustraciones causadas por la realidad externa. De eso resulta la dependencia estrecha al objeto externo concreto, con el doble riesgo de su intrusión y de su abandono.

2) Las fallas narcisistas precoces añaden aquí su peso: Es un elemento central para Masterson quien considera que los estados limítrofes son la consecuencia de una ruptura en el desarrollo del yo incapaz de enfrentarse a la segunda fase de separación individuación en la adolescencia porque esta segunda fase reactiva las fallas de este mismo proceso en la infancia : en la primera fase, los padres , ellos mismos limítrofes, no pudieron tolerar el primer movimiento de autonomía psíquica de sus niños sin retirarse psíquicamente dejándoles solos frente a este reto.

3) De tal modo que, solo quedan a estos pacientes los mecanismos arcaicos (escisión, proyección) para amortiguar la inadecuación del objeto: estos mecanismos les permite evitar la ambivalencia del objeto y la elaboración de la separación al precio de una alteración significativa de la percepción de la realidad. De tal modo que estos pacientes quedan agarrados al concreto y al inmediato; de este mecanismo resulta un funcionamiento reducido al acto y a la sensación.

2) Adolescencia y funcionamiento limítrofe

Ahora bien, la adolescencia constituye un periodo del desarrollo particularmente expuesto a este funcionamiento limítrofe; al tal punto que algunos psicoanalistas consideran que la adolescencia es fisiológicamente limítrofe.

La sexualización de los vínculos (por la pubertad) y el mandamiento social a la autonomía, imponen al adolescente su separación con sus objetos infantiles es decir sus padres. Esta separación constituye un reto narcisístico para cada adolescente porque lo pone frente a sus capacidades de autonomía o frente a

sus a dudas sobre esas mismas capacidades. Los adolescentes se enfrentan entonces a una paradoja, que Jeammet califica de "narcisismo objetal": para asegurarse y encontrar ayuda y consuelo, tienen la tentación de adolescente aproximarse de sus objetos infantiles es decir exponerse a lo que la sexualización de los vínculos y el mandamiento social a la autonomía les impide. En otras palabras la paradoja a la cual está expuesto es que "lo que más necesitan es lo que más les amenazan" (Jeammet 1990).

La mayoría de los adolescentes se enfrenten sin problema a esta paradoja. Usan de su preconsciente y de sus capacidades imaginarias para sobrepasar la paradoja narcisico-objetual; hacen como el bebe quien chupa su pulgada para reactivar las traces mnemónica de los momentos felices con su madre y alucinar la presencia de su madre ausente cuando tiene que separarse de ella, por ejemplo para dormir. El problema es que hay adolescentes en que este mecanismo no está disponible; son los que no pueden investir las traces mnémicas de satisfacción porque la vía mnémica hasta estas traces está bloqueada por decepciones traumáticas por el objeto. En estos casos, el adolescente no puede acceder a un funcionamiento auto erótico, y, para ellos, la paradoja se convierte en una pesadilla donde más el adolescente necesita el apoyo del otro para proteger su narcisismo y su sentimiento de continuidad, mas sus fallas lo impiden buscar y aceptar lo que viene del otro, porque la importancia que dan al otro amenaza su narcisismo y su sentimiento de continuidad. Incapaces de apoyar su sentimiento de continuidad sobre la continuidad de la relación, no tienen otro remedio que recurrir a la continuidad de la sensación (a través el acto y el cuerpo) para establecer su sentimiento de existencia. En estos casos, el acto y la sensación aparecen entonces como una automutilación psíquica análoga a la de los bebes abandonados que, pegando su cabeza sobre las barras de su cuna, se llenan de sensaciones dolorosas para establecer su sentimiento de continuidad cuando han renunciado a obtenerla de la relación con el otro.

Como lo ven en estos adolescentes, el proceso de adolescencia quien atrae el funcionamiento psíquico del adolescente del lado de lo limítrofe. Cuál sea la estructura psicopatológica de su funcionamiento subyacente anterior o ulterior, estos pacientes exteriorizan así en su entorno, la problemática que no pueden contener en su espacio psíquico.

Sin embargo, y a pesar de sus objetivos anti psíquico y anti objetales, esta expresión exteriorizada tiene una consecuencia objetual: afecta la vida psíquica de las personas del entorno. Invadido por la problemática exteriorizada, el entorno se convierte en lo que Jeammet (1980) llama el espacio psíquico extendido del adolescente, es decir un espacio compuesto por el psiquismo

de las personas de su entorno a quien el abandona inconscientemente tal o tal parte de sus instancias psíquica a tal o tal momento de su historia. Es otra cosa que la transferencia y sin embargo esencial para el tratamiento.

Que lo acepta o no, el objeto que pertenece a este espacio toma así una función substitutiva asumiendo para el adolescente el papel de “una circulación psíquica extra corporal” cuya importancia se mide de manera evidente cuando el objeto viene a fallar (Jeammet 1980).

Pero, cuando este objeto no falla, es decir cuando sus condiciones personales y institucionales lo permiten, y se da el tiempo suficiente para tratar de entender los afectos inducidos en el por los actos y las proyecciones del paciente, llega generalmente a una metaforización de estos afectos empatito es decir a una figuración narrable de la situación del paciente y de la forma en que afecta el objeto

Por supuesto, este espacio psíquico extendido incluye también a los familiares, que deben ser considerado no tanto como causa del proceso patológico del paciente (como se considera generalmente en las terapias familiares) sino como miembros del espacio psíquico extendido del paciente es decir como portadores de una parte de la vida psíquica del adolescente y de su problemática.

Es la materia de base del trabajo analítico por el entorno, lo que proponemos aquí de considerar como una adaptación extrema de su marco. En este marco, el trabajo de la metáfora se vuelve en el análogo del trabajo del sueño y la elaboración del equipo en el análogo de las asociaciones libres.

Un ejemplo:

Sophia entro en la clínica para un programa asociando un tratamiento psiquiátrico residencial asociado con una re escolarización a su nivel de fin de secundaria; lo que voy a describir se desarrollo durante esta hospitalización de cerca de dos años. A su entrada Sophia tiene 20 años de edad; esta mandada a la Clínica (Clínica Dupre en Sceaux) por un hospital universitario vecino donde fue hospitalizada dos semanas para un estado depresivo severo acompañado de numerosas conductas de auto mutilación. Tiene antecedentes de numerosas hospitalizaciones y viene con un diagnostico de Estado Límitrofe.

Su seguimiento psiquiátrico empezó cuando tenía 14 años de edad, para diversos síntomas: aislamiento, depresión, dificultades relacionales etc....

A los 15 anos, está hospitalizada dos meses por haber adelgazado de 14 kilos, y para un insomnio severa, retiro a pragmático, hostilidad contra sus padres. Ella misma pidió esta hospitalización para separarse de sus padres

De 16 a 19 está hospitalizada varias veces en contextos de intentos de sui-

cidio con medicamentos, auto mutilaciones, estados depresivos severos con sentimiento de vacío angustias importantes y aun, a veces, discordancia, conductas extrañas, retiro a pragmático. Su escolaridad es caótica cada vez interrumpe por la exteriorización actuada de sus afectos

A la primera entrevista en la Clínica, viene acompañada por sus padres (cada uno con su moto). Sophia es hija única, grande y delgada pero dando una impresión de robustez. No parece muy involucrada en la demanda que parece sobre todo basada sobre el fracaso de su carrera escolar: a pesar de su retraso en esta carrera quiere obtener el bachillerato. No habla mucho y solo de manera indiferente, como su padre. Solo la madre habla de manera afectada: parece muy próxima a su hija, tal vez intrusiva. Es al mismo tiempo la amiga la confidente y la terapeuta de su hija. Poco después de la precedente hospitalización decidió, sola, interrumpir el tratamiento psicotrópico de su hija y, de acuerdo con ella, rechazo los primeros intentos de establecer una psicoterapia para Sophia, subrayando la incompetencia de todos los profesionales que trataron atenderla. Anteriormente interrumpió también un seguimiento familiar. A pesar de esta postura negativa, la madre expresa su angustia y su culpabilidad durante los primeros encuentros: Un profundo malestar nos toca cuando surge en su narración este pasado complejo; la comunicación entre los padres se hace difícil, y solo Sophia parece indiferente a esta tensión palpable.

Esos antecedentes familiares son los siguientes:

- A los 6 años Sophia es ya tratada como una adulta y comparte con su madre una relación simbiótica; en este contexto, Sophia es testigo de una relación amorosa de su madre con un amante. Esta complicidad es un secreto entre ellas, pero un día, la chica traiciona este secreto y la madre es violentamente expulsada de la casa familiar por el padre furioso.

La madre va a vivir con el amante durante un año, dejando Sophia con un padre enojado y poco tierno. Sophia vive seguramente una experiencia de abandono si tener muchas oportunidades de ver su madre

La madre expresa su profunda culpabilidad a recordar este evento y sus fallos en su rol maternal

Después de un año, la madre volvió a la casa familiar a vivir con el padre y Sophia. Una complicidad deportiva se desempeña entre la madre y la hija hasta la pubertad de Sophia. Cuando la pubertad se manifestó, del día al mañana la madre se desata de esta proximidad

- El segundo evento sucede cuando Sophia tiene 15 años, al ser hospitalizada en psiquiatría. Durante esta estancia, establece una relación con su

profesora de alemán que viene visitarla en el hospital cada día. Al momento de su salida, la hostilidad entre Sophia y sus padres es tal que deciden juntos que Sophia ira a vivir con la profesora. Quedo con ella en su casa durante 6 meses y la ruptura es brutal; las razones son vagas, tal vez un abuso sexual en un contexto crepuscular, evocado por Sophia en un tono neutro y banal. Sophia regresa en su familia pero nada esta denunciado oficialmente ni por Sophia ni por sus padres;

En la Clínica, Sophia establece una relación exclusiva y alienante con una enfermera idealizada constantemente solicitada. Sophia multiplica las demandas de atención y afección. La menor frustración es rápidamente intolerable: Sophia recurre a auto mutilaciones impulsivas pluricotidianas; estos actos la alivian brevemente y la necesidad vuelve rápidamente. Se rompió los puñales sobre una pared, multiplica las quemaduras de cigarrillos sobre sus brazos etc....

Atenta constantemente dividir el equipo untando su relación privilegiada con la enfermera idealizada. El resto de los miembros del equipo son percibidos como malos y amenazantes y fuertemente rechazados. Sin embargo, la demanda de interés y apoyo queda fuerte, pero la distancia a respetar es compleja: demasiado próximos la amenazamos, demasiado lejos la rechazamos. Exhibe entonces su sufrimiento y su miseria en los lugares públicos de la Clínica.

Frente a estos síntomas repetitivos, el equipo va apoyar su proyecto sobre el desarrollo de actividades terapéuticas basadas sobre mediaciones creativas (lo que necesita adaptar la escolaridad a esta necesidad temporal) para tratar de salir Sophia de su repetición inagotable. La idea es que enriquecer el entorno de la paciente permite variar sus modos de expresión tanto como su manera de relacionarse con los miembros del equipo. Sobre estas bases, el trabajo del equipo va a tener como primer meta, construir representaciones mentales para la paciente y con ella, a traves de la elaboración de los afectos y de las contra actitudes de los miembros del equipo, testigos activos de los actos de la paciente.

Un ejemplo: El equipo comento con mucha pasión el hecho que en una discusión informal después de un taller (foto) la educadora encargada de este taller hizo a Sophia preguntas precisas sobres su sexualidad (más bien su orientación sexual). Informada por las quejas de la paciente (en todos los lugares donde se podía quejar) contra esta intrusión inusual en esta institución, el equipo reacciono de un manera muy violento criticando fuertemente la educadora.

Pero, a través de las discusiones del grupo, surgió la observación que, a partir de sus quejas contra la educadora, Sophia ha empezado hablar con afectivi-

dad de su relación traumática con su profesora de alemán, algo que nunca fue posible de esta manera antes. A través de esta observación, el equipo se dio cuenta de manera más afectada que, con el tiempo y la repetición de la auto mutilaciones, el equipo se encontraba asombrada frente al sentimiento que ningún afecto, ningún fantasma motivaban estas conductas. Se dio cuenta en otras palabras, que tenía el sentimiento que no había nada que entender en estos actos repetitivos, como si fueron una especie de tic complejo.

Con las reflexiones introducidas por el pelea sobre la intervención de la educadora, Sophia apareció entonces de una manera diferente, más afectada, como una chica profundamente afectada por la seducción sufrida a la pubertad pero al mismo tiempo capaz de sentir y probar la excitación sensual causada por esta seducción. Las automutilaciones aparecieron auténticamente como actividades de repetición del traumatismo y de la excitación sufrida. Progresivamente esta seducción pudo ser ligada a la relación de seducción que caracterizo la relación entre Sophia y su madre, reduciendo el valor traumático de cada uno de estos eventos: la madre, la profesora, la educadora

Algunas semanas después el evento el equipo noto con mucha sorpresa que hacía ya algún tiempo que Sophia había dejado sus conductas de auto mutilación. Lo más extraño es que, tomado por la pasión del debate alrededor de Sophia, el equipo no se dio cuenta inmediatamente de este cambio tan deseado, demostrando en su turno el cambio de régimen de su funcionamiento como espacio psíquico extendido de la paciente. Pasando del acto al sentido y de la sensación a la emoción el equipo inducía una transformación equivalente en Sophia.

Aquí encontramos una nueva paradoja: Es a partir de los actos de la paciente y de su sur investidura de su mundo externo para desinvertir su problemática interna que esta misma problemática encuentra una configuración que permitió reactivar los afectos relatados al traumatismo

Si a partir de este ejemplo tentamos destacar un punto de vista más general sobre el proceso psicoterapéutico que observamos en estos casos difíciles, podemos describir tres pasos esenciales

1. la exposición de los miembros del equipo a los actos y a los movimientos de identificación proyectivas del paciente quien exporta en este entorno psíquico disponible sus conflictos psíquico que no puede contener en su espacio interno
2. A partir de los efectos de esta exposición (afectos o contra-acción como en este caso), producción en los miembros del equipo de representaciones relacionadas al paciente y elaboración de los conflictos resultando

de las diferencias entre estas representaciones. Es aquí esencial la empatía metaforizante de cada miembro del equipo y del equipo como grupo. Se constituye así una historia mítica narrable, significativa para el paciente. Esta construcción sustitutiva permite sobrepasar las fallas imaginarias del paciente usando como herramienta el preconsciente de las personas del entorno, afectado por los actos del paciente:

3. Restitución al paciente de los efectos de esta elaboración en una forma que no va a reactivar sus resistencias contra el sentido y el otro, es decir una forma que no es generalmente una interpretación verbalizada sino una acción parlante (Racamier 2001), es decir una acción infiltrada de relación en el placer de funcionamiento.

En este grande teatro empático cada uno desempeña más o menos conscientemente la parte asignada por el paciente y la elaboración común del equipo. Es muy próximo de un psicodrama pero de un psicodrama en decorado natural (Hochmann 1984).

Por supuesto, esta técnica tiene sus limitaciones, pero a pesar de ellas su función psicoterapéutica no es nada despreciable. Permite a los pacientes límitrofes que tratamos así de reapropiarse su espacio psíquico extendido gracias al trabajo de elaboración de las personas del entorno. Es mucho más que el objetivo de contención que Winnicott (1963) atribuye a las instituciones terapéuticas.

Más aun: si aceptamos de no ser más papista que el papa, podemos considerar este tipo de tratamiento como una forma extrema de adaptación del marco de la psicoterapia sicoanalítica. La empatía metaforizante se convierte aquí en la vía regia hacia la vida psíquica de estos pacientes límitrofes. Más allá del manejo de los síntomas, debemos tomarlo en cuenta en la educación de los psiquiatras, en la metodología de nuestras investigaciones naturales y en la organización de nuestras instituciones terapéuticas..

BIBLIOGRAFIA

1. Bergeret J. :1970 Les états limites – Revue Française de Psychanalyse – 34, 601-633 Botbol M, Balkan T : États limites en institution : une psychothérapie par l'environnement, Psychothérapies, Vol 26, 2006, N°1, 15-20 (Suisse)
2. Fédida P. :1999« Un patient de rêve pour un psychanalyste ? » In “Les États Limites” – André J. (Ed), Puf, Paris