

PSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES CON ESTRUCTURA LABIL

ANNY SPEIER

*Centro de Estudios y Asistencia Médico-Psicológica
de la Niñez y Adolescencia*

ARGENTINA

RESUMEN. Hay un grupo de adolescentes que a la labilidad propia de la adolescencia añaden la de una estructura patológica de personalidad, con debilidad del yo y facilidad para la desintegración.

Este grupo ha recibido diversas designaciones: "borderline", "estructura lábil del yo", "esquizofrenia latente".

A través del análisis específico de 20 casos se han estudiado sus características sobre todo en función del diagnóstico temprano y de las modificaciones del enfoque psicoterapéutico.

Clinicamente encontramos defensas visibles de tipo neurótico, pero se caracterizan por la presencia de un "yo" débil, con tendencia a la excitación o un control rígido marcado, bajo umbral de ansiedad y facilidad para caer en la desorganización. La historia vital muestra la existencia de estos rasgos desde temprano.

El enfoque terapéutico debe tener constantemente presente esta falla fundamental en la estructura de la personalidad. Debe evitarse la regresión y la invasión por la ansiedad y trabajarse siempre en una firme relación positiva. Debe ponerse énfasis especial en el fortalecimiento de los aspectos sanos, constructivos y de maduración que pueden conferir mayor solidez a la personalidad, en el desarrollo de intereses y metas, y de la voluntad misma. En cada caso debe tenerse en cuenta el interjuego dinámico, no sólo en cuanto al contenido neurótico mismo, sino también en lo relativo a los defectos del "yo". Por todas estas razones, el análisis estructural adquiere especial importancia en estos casos.

Como ilustración de estos puntos de vista se transcribe, además, parte del tratamiento de 1 adolescente, entre muchos, con un "follow-up" de varios años, que atestigua la consolidación de la personalidad.

ABSTRACT. A certain group of adolescents show, apart from the peculiar lability of adolescence, a pathological personality structure, including weakness of the ego and a tendency toward disintegration. This group has received various designations, such as "borderline," "labile ego structure," "latent schizophrenia."

In the course of specific analysis of 20 cases, our studies have focused on their characteristics in relation to early diagnosis and modifications of the psychotherapeutic approach.

Evident defenses of a neurotic type are found clinically and are characterized by the presence of a weak ego, with tendencies toward excitation or markedly rigid controls, a low anxiety threshold and a disposition to disorganization. Life histories indicate the early appearance of these signs.

The therapeutic approach must always bear in mind this fundamental fault in the personality structure. Regression and invasion by anxiety should be avoided, and a firm positive relationship maintained. Special emphasis should be placed in fortifying the will and those sound constructive and maturational aspects of the personality which may be conducive to greater vigor and to the development of interests and goals. In every case, the dynamic interplay should be borne in mind, in regard not only to the neurotic content itself, but also to the defects of the ego.

The aforementioned reasons show why structural analysis becomes especially important in these cases.

In order to illustrate these viewpoints, fragments from the treatment of one adolescent, with the follow-up of several years are transcribed: these demonstrate consolidation of the personality.

Las técnicas psicoterápicas tienden a diferenciarse y avanzar cada vez más a medida que se afina el conocimiento de la dinámica interna de la personalidad.

En la adolescencia, en general, en cuanto es un período de reestructuración de la personalidad, nos encontramos con una fluidez de las defensas y una labilidad emocional que aconsejan suma prudencia en cuanto al manejo de la ansiedad y la regresión. Aspectos éstos señalados también por varios autores: A. Freud (7), Gellerd (8), Josseline (9), Erikson (5), Balser (3), Eileen Berryman (4). Aquí estudiamos caracteres aún más específicos de la psicoterapia en adolescentes con un defectuosa estructuración de la personalidad.

Distintos autores llaman la atención acerca de la necesidad del diagnóstico diferencial temprano de los casos que encierran el peligro potencial de desorganización o desarrollo de síntomas psicóticos, y de las consecuentes modificaciones a introducir en la terapia.

Algunos hablan de "estructura lábil del yo", (Zucker (15), (16)) otros prefieren la designación "borderline" (Erikson, Ekstein y Wallerstein y Gellerd (5)). Federn (6) señaló ya en el año 1947 el peligro de la "esquizofrenia latente". Wolman (14) utiliza el mismo término.

Federn considera que estos casos deben ser claramente separados de los que tienen síntomas psicóticos tempranos. En ellos las defensas visibles son de tipo neurótico y comunmente se los diagnostica correctamente como neuróticos. Federn recomienda, como elemento de diagnóstico temprano, el estudio detallado de la historia infantil, en la cual a menudo se encuentran episodios que pasaron inadvertidos. Los signos más significativos quizás sean ciertos gestos, la expresión facial, cambios bruscos de humor, el brillo de los ojos, y el curso inmediato del tratamiento tomando como prueba algunas sesiones de análisis clásico con asociación libre. Considera que la terapia debe evitar que un estado latente se convierta en manifiesto; que en todos estos casos está contraindicado el psicoanálisis clásico y señala que en su práctica, con extraordinaria frecuencia, ha visto, como resultado del mismo, convertirse en psicosis lo que era una "neurosis" y que la reversibilidad de una psicosis es siempre dudosa y su curso siempre algo imprevisible. Zucker indica la necesidad de una evaluación más exacta de lo que suele llamarse "debilidad del yo", no sólo a los fines de la investigación diagnóstica sino en cuanto ésta determina el pronóstico, el manejo de las defensas y los fines del tratamiento. Se refiere a todos los aspectos que suelen llamarse "fronteras fluctuantes del yo" y a sus consecuencias en las distintas

áreas, sea en la relación con el mundo externo, sea en los aspectos intrapsíquicos. Se refiere a la dificultad en la selección frente a estímulos múltiples, a las reacciones exageradas, a la fluctuación de la imagen corporal y sus consecuencias. Recomienda que sobre todo es importante reconocer ese frágil equilibrio de la estructura de la personalidad en el paciente ambulatorio, teniendo presente en la terapia prevenir la desintegración.

Otros autores señalan diversos aspectos que deben poner en guardia al terapeuta: Gutheil indica los sueños en los que el "yo" siempre sucumbe pasivamente. Wolman (16) menciona la inmediata abundancia de los sueños con material muy abierto; Gellerd, Erikson se refieren a los cuadros "límitrofes" en la adolescencia y hacen notar que el diagnóstico de límite siempre implica una advertencia para el pronóstico y la terapia, y previenen frente al peligro de la caída en estados de desorganización y desintegración.

En cuanto a la psicoterapia todos los autores coinciden en considerar pernicioso el análisis de la transferencia negativa y en la conveniencia de trabajar en una relación terapéutica positiva, en la prudencia a emplearse en el manejo de las defensas neuróticas y en la necesidad de evitar la regresión y la afluencia masiva de material infantil y de ansiedad, puesto que no se cuenta con un "yo" capaz de desenvolverse adecuadamente, por lo cual recomiendan trabajar más con los aspectos constructivos y sanos de la personalidad, aspectos éstos que Alexander (2) y Maslow (11) señalan fundamentales en toda psicoterapia.

Nuestra experiencia

El trabajo a lo largo de 20 años, en una clínica psicológico-psiquiátrica a la cual afluye una amplia variedad de casos, nos ha permitido la observación repetida de pacientes que planteaban dudas diagnósticas y debían entrar en la categoría de estructura lábil. De ella surgió la necesidad de introducir modificaciones en la psicoterapia de tales casos.

Con el estudio más detallado de 20 casos presentamos consideraciones diagnósticas y un enfoque psicoterápico basados en datos de observación clínica, exámenes psicológicos y tratamientos psicoterápicos.

Consideraciones diagnósticas

Exámenes psicológicos. Los tests de Bender, TAT, Phillipson y Rorschach coinciden en mostrar en la mayoría de los casos la existencia de un "yo" débil, presentando algunos de los sujetos un cuadro de impulsividad o excitación, y otros un control rígido coartado. En todos los casos aparece un bajo umbral de ansiedad, capaz de hacerlos caer en desorganización. Es común la presencia de signos de

disfunción cerebral, aunque los factores psicógenos resultan ser los elementos preponderantes en los distintos sujetos.¹

Se observan fundamentalmente casos de tipo vivencial extratensivo, con predominio de elementos lábiles de color, con tendencia latente a la excitación hipomaniaca y peligro permanente de acting-out impulsivo-agresivo; y personalidades esquizoides con control rígido coartado con gran represión emocional, tendencias depresivas evidenciadas en el clarooscuro y fuertes tendencias a la desrealización y a la regresión.

Se evidencian además en forma general tendencias a la confabulación y tendencias paranoides.

Datos de observación clínica han sido extraídos del estudio de la historia clínica y de la observación directa en las primeras entrevistas. En la historia clínica se consignan reacciones exorbitantes a los estímulos, o todo lo contrario, conductas de control rígido, tendencia a depresiones o regresiones fáciles e inmadurez afectiva, en general. En las entrevistas deben tomarse en cuenta cambios bruscos de conducta, hiper- o hipo-reactividad a los estímulos, facilidad para la reacción agresiva al terapeuta expresada en forma inmediata, caída brusca en la ansiedad y en la somatización, movilización muy rápida de material profundo, visible en abundancia llamativa de sueños y fantasías y en contenidos abiertos de tipo que en general es reprimido o aparece simbolizado.

Enfoque psicoterápico

En la psicoterapia debe tenerse constantemente presente que la falla fundamental está en la estructuración de la personalidad y que estamos tratando con un "yo" débil. Debe evitarse la regresión y la invasión por la ansiedad, y trabajarse siempre en una firme relación positiva. Debe ponerse énfasis especial en el fortalecimiento de los aspectos sanos, constructivos y de maduración, que pueden conferir mayor solidez a la personalidad, y en el desarrollo de intereses y metas y de la voluntad misma [Melitta Schimderberg (15), Maslow (11)]. Específicamente, en cada caso debe tenerse en cuenta el interjuego dinámico, no sólo en cuanto al contenido neurótico sino también en lo relativo a los defectos del "yo". Por lo cual el análisis estructural adquiere importancia fundamental.

Estos aspectos diferenciales no excluyen, por supuesto, la elaboración de los conflictos y ansiedades neuróticas, dentro de un marco de una psicoterapia analíticamente orientada que tendrá sin embargo un carácter más actual y directo. En general, según el caso, tendrán mayor importancia unos u otros aspectos.

A continuación se expone en forma bastante extensa un caso en

el que pueden observarse buena parte de los aspectos mencionados y la aplicación de enfoques más específicos.

Ernesto, de 18 años, pertenece a un hogar constituido por padre, madre y 2 hermanas mujeres, de nivel socio-económico alto.

Problemática y personalidad

Abulia y falta completa de interés por todo. Hace 6 meses entró en tratamiento psicoanalítico por dudas frente a la elección de carrera. Desde entonces ha perdido todo contacto afectivo con la realidad y las personas. No se acerca más a las muchachas, cosa que le resultaba fácil antes. Se encuentra sumido en la desorientación total y en la masturbación. Describe sus dificultades en términos de interpretaciones. "El ataca a las personas, las absorbe, las exprime" pero ha perdido toda capacidad de relacionarse. Dice de su tratamiento: "Me analizó todos los esquemas pero no me dió nada en cambio, me dejó vacío". Antes sabía por qué actuaba; ahora no tiene rumbo. Tiene miedos que antes no tenía. El agredía constantemente al analista y éste le interpretaba. Era un juego activo. Aprendió a conocerse, pero "estaba cada vez peor".

Antecedentes y desarrollo

Embarazo y parto normales. A los 3 años tuvo sarampión fuerte y luego estrabismo. Coincidió con el nacimiento de un hermanito. A partir de entonces quedó nervioso y con temores y tuvo un período de enuresis. Concurrió a colegio particular, en el cual se sintió excluido del grupo por ser de otra religión. Fue siempre buen alumno.

Ambiente familiar

La madre es una mujer neurótica, sobreprotectora y absorbente y cuidadosa de sus hijos, a los que transmite constante ansiedad. El padre tiene buena relación con los hijos. Hay sin embargo ansiedad y culpa frente a él, por su bondad y por su salud delicada.

Exámenes

Test de Rorschach: Actitud reticente y negativista. Se manifiesta aburrido y con aire de superioridad. Los recursos intelectuales están fuertemente inhibidos, aunque el nivel potencial es superior al término medio.

Tipo vivencial: coartado. Fuerte represión emocional.

Muy marcada tendencia a percibir fabulaciones y organizaciones confabuladas. Aparece también tendencia a la contaminación ve "liebre con alas" en la lámina V y aún en el "testing the limits" no es posible obtener la respuesta popular a esta lámina. Además, termina organizando confabuladamente sus respuestas populares que están en número ordenado. Aparecen mecanismos de negación, ra-

cionalización, represión intensa, **proyección** y manifestaciones indirectas de ansiedad, shocks indirectos, **bloqueo** frente a la lámina VI.

Ausencia de respuestas de **claroscuro** y de F.M. Marcada problemática sexual. Inseguridad respecto a su rol, miedo a la homosexualidad, culpa por la masturbación.

Impresión general

Personalidad esquizoide. Rasgos **paranoides**. Yo débil con predominio de una intensa represión emocional. Puede caer en intensas organizaciones confabuladas.

Se realizó posteriormente, a los **6 meses**, un estudio con propósito de orientación vocacional. Se utilizó Wechsler, Bender y TAT, además de las pruebas específicas para el propósito enunciado. Su nivel intelectual es normal con **acentuada** discrepancia entre el cociente intelectual verbal y el cociente intelectual de ejecución (29 puntos a favor del verbal), y grandes **diferencias** entre los puntajes de los distintos subtests. En el Bender también hay signos que hacen sospechar una base de leve organicidad. Se pudo apreciar que el contacto afectivo con la realidad se **hallaba** reestablecido, pero era lábil y algo forzado, con tendencia a romperlo nuevamente.

Entrevista y marcha inmediata en el tratamiento

Se presenta abúlico, indiferente, plantea sus problemas en forma racionalizada. Muestra **inmediata** reacción agresiva, violenta hacia la terapeuta. Introduce silencios largos, de los que es difícil sacarlo, que son una mezcla de indiferencia, depresión y provocación. Durante un largo período todo el esfuerzo terapéutico parece caer en el vacío.

Consideraciones diagnósticas

Se trata de un adolescente de estructura esquizoide, en el cual un tratamiento interpretativo ha eliminado todas las defensas neuróticas, sin cuidar los aspectos constructivos. La interpretación de la transferencia negativa ha aumentado el monto de agresividad y el "acting out" de la misma. Se ha favorecido la regresión, que lo ha conducido al alejamiento de la realidad.

Enfoque psicoterápico

En este caso fue fundamental lograr establecer y mantener una relación afectiva positiva, pese a la agresividad e ironía constante del paciente. Esto fue básico para lograr el restablecimiento del contacto afectivo con la realidad y con las personas, y superar así los aspectos más graves del cuadro: la regresión y pérdida de contacto.

Otros puntos importantes fueron el énfasis en elementos pros-

pectivos, no en los regresivos, y el desarrollo de motivaciones e intereses en sí.

A continuación se detallan aspectos diferenciales de este tratamiento, relacionados con el enfoque de cuatro puntos fundamentales:

1. La pérdida de contacto afectivo y la regresión, producidas por un tratamiento de "insight" que desmenuzó mecanismos de defensa sin tener en cuenta la estructura básica lábil, a la cual se agregaba la labilidad propia del período adolescente.

La falta de espontaneidad de la personalidad total, arraigada en un estructura esquizoide, sobre la cual había actuado desde temprano la personalidad altamente neurótica de la madre, siempre alerta y siempre en auto-observación, falta de espontaneidad que constituía un obstáculo fundamental a toda mejoría que pudiera proceder del simple análisis de los conflictos.

3. La falta de motivo existencial que fundamentaba la dinámica de la abulia y la depresión, con mecanismos distintos a los comúnmente actuales.

4. El carácter de la agresividad generalizada que, amén de los conflictos antiguos, surgía y se alimentaba especialmente en fuentes de su estructura básica: la impulsividad y la frustración, y el profundo egocentrismo y la insatisfacción nunca colmada a causa de la necesidad total de ser el centro y de las fantasías irrealísticas de poderío, muy alejadas de toda posibilidad de realización.

Los pasajes siguientes ejemplifican la pérdida de contacto afectivo, la regresión y el vacío, mientras se siente en poder de interpretaciones intelectualizadas que no son funcionales, y que no han movilizado ningún cambio e integración.

Entrevista número 1:

Se presenta deprimido y apático. Habla de su tratamiento anterior como de un fracaso. A los seis meses tenía que empezar el verdadero análisis pero él no producía material. Habla de todos sus problemas o conductas en función de las interpretaciones recibidas. Estas han sido sentidas como negativas y destructivas.

El análisis de su forma de relacionarse le ha hecho perder toda capacidad de relacionarse.

El analista le rompió todos sus esquemas. Lo hizo muy hábilmente. El tiene formas distintas de manejarse con la gente. Las ataca en forma distinta, las absorbe, las exprime. Las hace hablar. No se da.

Entrevista número 2:

Antes de analizarse sabía perfectamente porqué actuaba con

cada persona para lograr algo. Ahora no sabe para nada cuales son sus móviles.

Se queja de contradicción entre deseos de independencia y dependencia.

Analizar todo ese aparato que tenía para tratar con la gente le trajo otro aparato con el que no está conforme: agresividad con la gente, más masturbación, gran temor, que antes no tenía. Antes se dominaba. Tenía un control sobre sí que perdió. El año pasado se tapaba para no ir al colegio, e iba. Este año siente gran ansiedad y se va al café.

Entrevista número 3:

Parte de su abatimiento es interpretado como duelo por la pérdida del analista al cual estaba muy ligado. Acepta, pero dice que el problema es de fondo.

Piensa en el futuro: como no hay nada, ningún eje, el problema es más grave. Hasta pensando qué va a hacer en los meses de verano. Se deja estar. Va de un lado a otro sin fin ni intención. En los veranos pasa por inercia total. Todo es corto. Nada le resulta completo. Ultimamente todo es muy tedioso, no sabe ni lo que pretende. Ha perdido toda escala de valores. Siente una inseguridad que lo preocupa.

Entrevista número 4:

Se queja de las interpretaciones; dice que lo llevaban atrás. El necesita mucha seguridad cuando está fuera de la casa: no sale sin tener de \$500 a \$1.000 en el bolsillo . . . , o le gusta salir con el coche.

El analista le dijo que éste era la prolongación de su casa. Hizo una regresión en el análisis, ya no podía contar un chiste, como antes.

Había una chica que le gustaba mucho y quería quedar bien. Se lo interpretó por un hecho de los nueve años, cuando no sabía y no entendía los chistes . . . Como un nenito . . . El hacía con facilidad chistes; ahora está completamente coartado.

La mayoría de las interpretaciones habían sido, o de tipo negativo, señalando mecanismos de defensa y destruyendo el contacto afectivo ya precario, o de tipo regresivo, más que prospectivo.

Si bien en sus relaciones existían elementos egocéntricos, éstos fueron analizados en este segundo tratamiento en función de sus problemas de necesidad de posesión, señalando, sin embargo, elementos afectivos reales y positivos.

En otro aspecto las interpretaciones de tipo regresivo fueron sustituidas por otras de tipo prospectivo. "¿El coche podía significar poder y mayor facilidad para acercarse a las chicas?". "¿Acaso quizá no pudo hacer chistes con aquella chica que le interesaba no porque volvía a ser un nenito sino porque le importaba mucho con-

quistarla como hombre y ésto lo inhibía?”. Estas dos interpretaciones, por ejemplo, produjeron de inmediato asombro e “insight” emocional, movilizándolo hacia la actividad.

El problema de la falta de espontaneidad. Fueron fundamentales aquí interpretaciones actuales, que señalaron dinamismos o existencia de emociones negadas y, más que nunca, el manejo de la relación terapéutica, que le permitió vivir e integrar su propia afectividad, cuya integración precaria y de fácil escisión no había podido soportar en análisis continuo y la acentuación de su ya siempre alerta agresividad y auto-observación.

Dice que teme toda manifestación de espontaneidad. Es consciente y sufre por su falta de contacto afectivo. A veces es como si temiera ser mirado o admirado. Siempre se sintió coartado, limitado. Siempre está en observación y le parece que lo observan. Nunca tuvo pasiones. Pierde mucho tiempo fantaseando o delante del espejo; se mira por todos los costados. Está siempre tenso. . .

Nunca se entrega a las cosas ni a las personas. Siempre en el mismo instante que siente algo empieza a analizarlo, y se acabó.

Se interpreta en función de la falta de espontaneidad el temor a ser descubierto en su íntimo sentir.

Este enfoque es fructífero y lleva a sus temores a ser descubierto como judío. A sus fantasías de poderío, defensa, ataque y heroísmo.

Se interpreta en otro momento (relata que puede ser también muy impulsivo) que su falta de espontaneidad puede ser control rígido, y relacionarse también con temor a su posible descontrol básico.

Un primer señalamiento de su real capacidad de emoción (a raíz de una pelea con un chofer) lo moviliza por fin, e inicia la descarga emocional referida a sus relaciones parentales.

En la relación terapéutica está constantemente alerta, o en silencios tediosos y desafiantes, o manifestando agresividad abierta y directa a la terapeuta: ataca en voz fuerte con gran dureza y contundencia, controla los minutos y todos los movimientos de la terapeuta, rechazando a menudo en forma directa y violentísima algunos intentos de interpretación o aclaraciones, haciendo sumamente difícil el manejo de la relación.

Dice que con el analista discutían, peleaban; éste le reinterpretaba, lo que no sirvió de nada, pero era a veces divertido, aunque salía excitadísimo.

Actualmente parece estar incapacitado para otro tipo de relación.

La relación terapéutica fué utilizada a un nivel directo y positivo y no a nivel interpretativo transferencial. Nunca se reinterpretaban

las agresiones, sino se aclaró o aceptó los malentendidos o lo que él consideraba "errores"; otras se aceptó con paciencia y sencillez sus descargas de violencia.

Este manejo fué fundamental,² para el reestablecimiento del contacto afectivo, que hizo posible la terapia en sí. El manejo jositivo de la relación terapéutica lo condujo poco a poco a una entrega afectiva espontánea en la terapia, que luego empezó a manifestarse en la vida real: un día dijo: "Todo el tiempo traté de entender su mecanismo de trabajo. No lo entiendo, y comprendo que no me lo pueda explicar. Me parecía que usted era ingenua, me doy cuenta sin embargo que es toda una técnica, pero lo cierto es que estoy muy cambiado y de una cosa me siento seguro: que usted es profundamente buena".

La falta de motivo existencial. Se queja de la grave angustia que siente los fines de semana; no tiene programa. Gran angustia porque no tiene "hobby". ¿Cómo elegir carrera? Su problema mayor es que él quiere abarcar todo. Nunca hace esfuerzos. Tampoco para conquistar a chicas. Nada le interesa, no tiene emociones.

Solo tiene un deseo compulsivo de salir . . . es como la masturbación . . . lo hace en cualquier lugar que esté. (Se muestra silencioso, apático, abatido).

La depresión es constante . . . el domingo es un día asqueroso . . . Se le pregunta si la depresión se relaciona con culpa por la masturbación. Acepta en parte, pero cree que lo más impactante es no estar haciendo nada . . . No tiene un motivo principal, ningún "hobby".

Faltó al colegio. "¿Después se masturba?" Sí. Revela grandes problemas de competencia. No estudia para saber, sino para ganarles. Se interpreta esto como impedimento para el desarrollo de intereses reales. Me mira impactado y surgen todos los recuerdos de competencia aún en el tratamiento analítico que hizo cuando niño, en el que nunca podía ganar . . . jugaba a las damas, el analista le ganaba siempre, él rabiaba y rompía todo . . . después le regalaba caramelos . . .

Fantasea con cosas ponderosas . . . Que vive veinte años en un castillo, solo, nadie puede estar y sale y es el más culto de todos.

Pero en cuanto conquista algo las cosas pierden importancia para él . . . La casa nueva será muy linda, pero basta que vea una más linda para que su entusiasmo vaya "a freir churrasco"

Está frente a la elección de carrera . . . No puede decidirse. . . Sí, siempre está en función de otra cosa. Todas estas cosas en el otro análisis oasaron al plano racional, pero allí quedaron anoladas. No tiene la más mínima idea de qué hacer.

Siempre tuvo envidia . . . no le faltaban cosas pero siempre deseó más . . . Nunca está conforme . . . También cuando conquista una chica enseguida se reduce el enamoramiento . . . No disfruta nada. Va todo el día en coche . . . Bienes materiales no le faltan . . . Interpretó que quizá no los aprecie porque siempre tuvo.

Dice: "la madre lo mimó mucho. El padre siempre le dió mucho dinero. Aún cuando no lo pide le dice: "tomá mil pesos." El se da cuenta que no va a ningún lado así. Le va a costar cambiar. No tiene impedimentos para hacer nada . . .

No hay ninguna cosa que lo satisfaga plenamente . . . Siempre el deseo de abarcar todo. Sobre todo si alguien sabe más.

En este período la abulia lo manenía en completa inactividad y apatía. Silencios depresivos y a veces provocativos llenaban las entrevistas.

Esta problemática que surge repetidamente se encara en función de elementos existenciales y constructivos, de tendencias e ideales del yo, en lugar de interpretarlas en función de elementos del pasado o de tipo afectivo.

La masturbación^s compulsiva en la cual ha caído aparece con la regresión en el tratamiento; se relaciona con la depresión, y ésta se revela como consecuencia del vacío emocional.

Este tiene dos aspectos: uno de tipo estructural, otro de tipo existencial.

Por un lado hay una dificultad intrínseca de relación afectiva espontánea; por otro hay un real vacío existencial, cuyas causas son un afán de posesión, una saciedad continua, una real falta de intereses en sí.

El enfoque fué de tipo fundamentalmente estructural, y secundariamente analítico de motivaciones subyacentes. Se hicieron señalamientos o aclaraciones que descubrían o tendían a movilizar aspectos de la personalidad o de su estructura, en general, que tuvieron visible efecto. Por ejemplo: reaccionó con profundo asombro y emoción cuando se le señaló (a raíz de unas poesías hechas por él) que su vacío no era tal, sino que parecía poseer gran riqueza interior.

O en otro momento se aclararon mecanismos normales del impulso al desarrollo que empezaron a movilizar intereses y fines en sí mismos.

En cuanto a motivaciones subyacentes, se analizó su afán de posesión y perfeccionismo como fuente de insatisfacción y desinterés, pero no fueron éstos los elementos principales que empezaron a movilizar un cambio.

Plantea el problema del placer-displacer. El siempre busca deshacerse del displacer. Cuando se acaba duerme, 14, 15, hasta

20 horas. Es capaz de dormir siestas de 6, 7 horas. Ahora tiene trabas para el colegio: teme no poder lucirse. Se intenta des-
 pertar la capacidad de actividad e interés en sí, interpretando
 en forma estructural los mecanismos: se aclara como mecanismo
 neurótico la búsqueda constante de deshacerse del displacer y
 como mecanismo normal el placer en la actividad por sí misma.

La agresividad generalizada

La agresividad se manifiesta en su actitud general, en su impul-
 sividad, en el deseo de aprender deportes agresivos. En función del
 tratamiento anterior trata de relacionarla, continuamente con el pa-
 dre, interpretando en forma intelectual y sin emoción sus sentimientos
 y acciones como desplazamiento sin que ello traiga alivio o cambio.

La interpretación estructural, señalando el carácter generalizado
 de su agresión, no como desplazamiento de odio contra alguien en
 especial, que en realidad no sentía, sino como consecuencia de la in-
 satisfacción general y del bajo umbral de frustración condicionado
 por la estructura básica y las experiencias vitales (siempre lo recibió
 todo) movilizó inicialmente cambios fundamentales y tuvo impor-
 tancia repetida a lo largo del tratamiento, favoreciendo, más allá de
 la simple descarga emocional, la reestructuración e integración de la
 personalidad.

Las entrevistas fueron semanales y el tratamiento duró tres
 años con altibajos de abulia e impulsividad, con resultados paulatina-
 mente cada vez más satisfactorios: establece una relación amorosa
 duradera con una niña más joven, elige carrera, no se exige en exceso,
 goza de las cosas y se manifiesta afectuoso y espontáneo. Estos re-
 sultados se mantienen cuatro años después.

Conclusiones

Se ha presentado un estudio en el cual se exponen posibilidades
 de diagnóstico diferencial en casos limítrofes, con el fin de detectar
 fallas en la estructura del yo y peligro potencial de rupturas del equi-
 librio neurótico, y las modificaciones necesarias en el plan, técnica y
 fines de la psicoterapia. Con este enfoque los resultados de la psico-
 terapia han sido altamente satisfactorios, habiendo sido en algunos
 casos controlados después de años, mientras otros están actualmente
 aún en tratamiento. Consideramos de gran importancia el diagnós-
 tico precoz de estos casos para establecer un plan de tratamiento
 adecuado y pensamos continuar con el estudio iniciado.

REFERENCIAS

1. Abt, L. E. y S. L. Weismann. *Teoría y Clínica de la Actuación*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1967.
2. Alexander, Frank. Discussion of aims and limitations of psychotherapy. In F. Reichman y Gil Moreno, *Progress in Psychotherapy*. New York: Grune, Stratton, 1956.

PSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES CON ESTRUCTURA LABIL

3. Balser, B. H. *Psicoterapia del adolescente*. Buenos Aires: Ed. Hormé, 1960.
4. Berrymann, Eileen. The treatment of the adolescent effecting transference. *American Journal of Psychotherapy*, April, 1960.
5. Erikson, W. Ego problems and identity. *Identity and Anxiety in Our Mass Society*. Illinois: Vidich y col., 1960.
6. Federn, Paul. *Ego Psychology and Psychoses*. New York: Basic Books, 1955.
7. Freud, Anna. Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XIII. London: International Universities Press, 1958.
8. Gellerd, E. Borderline states in childhood and adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XIII. London: International Universities Press, 1958.
9. Josseline, I. The ego in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, April, 1954.
10. Maslow, A. H. *Motivación y Personalidad*. Barcelona: Ed. Sagitario, 1954.
11. Nacht, S. *La Presencia del Psicoanalista*. Buenos Aires: Ed. Proteo, 1969.
12. Reca, Telma y Anny Speier. *Psicoterapia en niñez y Adolescencia*. Buenos Aires: Ed. C.E.A.M., 1969.
13. Schmidberg, Melitta. A major task of therapy: developing volition and purposes. *American Journal of Psychotherapy*, April, 1961.
14. Wolman, Benjamin. Psychotherapy with latent schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, April, 1959.
15. Zucker, Louise. Psychoanalytic assessment of ego weakness. *American Journal of Psychotherapy*, April, 1963.
16. Zucker, Louise. Ego weakness, ego defenses and ego strengthening techniques. *American Journal of Psychology*, July, 1959.

NOTAS

¹Los estudios de personalidad fueron realizados por la Lic. Mercedes Palombo y el Test de Rorschach por la Dra. Ana Julia Méndez.

²Véase al respecto Nacht, S. "La presencia del psicoanalista". Buenos Aires: Ed. Proteo, 1969.

³Los problemas sexuales fueron elaborados mucho más tarde, en otros planos, sea de conflicto actual, sea de conflicto neurótico en relación a las figuras parentales, pero en este primer período la masturbación era un síntoma del grave cuadro de retraimiento y alejamiento afectivo que se había desarrollado, y que era en primer término debía ser superado.