

Descompensación psicótica en la adolescencia

*Anna Maria Nicolò**

RESUMEN

En los últimos años, los terapeutas de adolescentes han dedicado especial atención a las primeras descompensaciones psicóticas en la adolescencia. Este artículo propone unos puntos para la discusión –evaluación de las descompensaciones psicóticas en esta edad; la especificidad de esta patología; el especial funcionamiento fantasmático, y algunas implicaciones para el tratamiento– que merecen una especial reflexión y ponen en evidencia como el trabajo terapéutico resulta crucial en la adolescencia para la obtención de resultado en estos casos. Unos fragmentos clínicos subrayan la importancia de mantener un criterio flexible, atento más a la evolución del paciente y a los aspectos de riesgo y/o crecimiento de la personalidad, y nos permiten además reflexionar sobre las modificaciones técnicas necesarias para el tratamiento de estos casos. PALABRAS CLAVE: descompensación psicótica, psicoterapia psicoanalítica en la adolescencia, evaluación en la adolescencia, alianza terapéutica.

ABSTRACT

PSYCHOTIC BREAKDOWN IN ADOLESCENCE. During the last years, therapists who treat adolescents have paid special attention to first psychotic breakdowns in adolescence. This paper proposes several issues for discussion, such as assessment of adolescent psychotic breakdowns, the specificity of this pathology, the special phantasmatic functioning and implications for treatment. The paper explains how therapeutic work in adolescence is crucial for obtaining results. Some clinical vignettes are included to show the importance of maintaining flexible criteria which consider the evolution of the patient and growth or risk aspects for the personality. The paper finally discusses possible technical modifications necessary for treatment. KEY WORDS: psychotic breakdown, psychoanalytic psychotherapy in adolescence, assessment in adolescence, therapeutic alliance.

RESUM

DESCOMPENSACIÓ PSICÒTICA EN L'ADOLESCÈNCIA. En els últims anys, els terapeutes d'adolescents han dedicat especial atenció a les primeres descompensacions psicòtiques en l'adolescència. L'article proposa uns punts per a la discussió –avaluació de les descompensacions psicòtiques en aquesta edat; l'especificitat d'aquesta patologia; l'especial funcionament fantasmàtic, i algunes implicacions per al tractament –que mereixen una especial reflexió i posen de manifest com el treball terapèutic és fonamental en l'adolescència per a l'obtenció de resultats. Uns fragments clínics subratllen la importància de mantenir un criteri flexible, atent més a l'evolució del pacient i als aspectes de riscos i/o creixement de la personalitat, que ens permeten, a més, reflexionar sobre les modificacions tècniques necessàries per al tractament d'aquest casos. PARAULES CLAU: descompensació psicòtica, psicoteràpia psicoanalítica en l'adolescència, avaluació, aliança terapèutica.

* Neuropsiquiatra infantil, psicoanalista con funciones didácticas de la SPI (Società Psicoanalitica Italiana) y de la International Psychoanalytical Association (IPA), experta en niños y adolescentes (IPA), docente y secretaria científica en el curso de formación para psicoterapeutas de la edad evolutiva ASNE-SIPsiA, directora de la revista Interazioni.

Ya que el tema de las descompensaciones psicóticas en la adolescencia es bastante conocida y, en los últimos años, se encuentra entre las más estudiadas por los terapeutas de adolescentes, he pensado ofreceros unos puntos para la discusión, que me parecen especialmente merecedores de una reflexión específica. Estos puntos se refieren a: 1) el problema de la evaluación de estos episodios psicóticos en esta edad; 2) la especificidad en la adolescencia de esta patología; 3) el funcionamiento particular del mundo fantasmático familiar y 4) algunas implicaciones para el tratamiento.

La valoración de las descompensaciones psicóticas en la adolescencia

Muchos psicoanalistas de adolescentes opinan que en esta edad de la vida no se puede ni se debe hacer un diagnóstico de psicosis declarada. Los Laufer (1984) utilizaron la feliz expresión *breakdown* evolutivo, con la cual se refieren a un "episodio antiguo que –aunque se instale en la pubertad y haya tenido su antecedente en la primera infancia, en el momento de la resolución del Edipo– ejerce un efecto acumulativo durante toda la adolescencia, con implicaciones graves por lo que se refiere a la normalidad y a la psicopatología de la edad adulta".

Esta cautela diagnóstica no tiene únicamente el valor de una precaución nosográfica, sino que, al contrario, testifica una especificidad de la patología adolescente (un tema, por otro lado, muy discutido), que es bastante distinta de la adulta: flexibilidad, movilidad y evolución hasta el punto que síntomas psicóticos mayores como delirios paranoides o alucinaciones pueden ser un fenómeno transitorio, vinculado a la defensa puesta en acto frente a los conflictos evolutivos. Por tanto, la evolución de los adolescentes con *breakdown* presenta características muy distintas de las del adulto, y quizá sea incluso oportuno modificar nuestros criterios de evaluación.

Será sin duda oportuno valorar algunos elementos como: la fuerza del yo, la persecución del superyo, la capacidad para mantener el criterio de realidad, el empuje hacia una actuación destructiva o constructiva, la capacidad de elaborar y contener las tensiones, juntamente con lo que los psicoanalistas franceses llaman el *pre-consciente funcional*, una "zona-tampón" mediadora entre inconsciente y consciencia que atestigua un funcionamiento elástico de la mente, capaz de represión. Pero estos autores, la terapia tendrá poca utilidad si no se tiene en cuenta como evoluciona la personalidad del adolescente en su crecimiento.

Manteniendo, pues, como telón de fondo las consideraciones sobre la estructura de la personalidad o las manifestaciones sintomáticas, el diagnóstico a partir de indicadores de riesgo e indicadores de pronóstico, dentro de un estudio cuidadoso de la situación global, se revela más útil y más prudente. Desde este punto de vista, los criterios a tener presentes serían:

- 1) La capacidad del adolescente para preservar, bajo las defensas narcisistas, "unas relaciones objetales activamente investidas" (Cahn, 1991).
- 2) El mantener aunque sea de forma variable sus relaciones objetales con el grupo de iguales, aunque sea un grupo que utilice de forma confusa, mimética o adhesiva, e incluso para un actuar evacuatorio y destructivo.
- 3) La capacidad de movilizar con finalidades terapéuticas el entorno familiar y, por tanto, de transformar cuando sea posible el mundo fantasmático familiar.

- 4) Y finalmente, la posibilidad de un encuentro madurativo y evolutivo en el marco terapéutico.

Muchos autores, como Cahn y Jeammet, nos animan a la necesidad de distinguir entre los distintos tipos de patología psicótica. Pero según mi opinión, la distinción hecha por los Laufer entre episodio psicótico, funcionamiento psicótico y proceso psicótico en acto (Laufer and Laufer, 1984, p. 213), de acuerdo con el grado de rotura y/o deformación de la realidad, es muy clara aunque esquemática.

Con el término "episodio psicótico agudo", ellos se refieren a la rotura temporal con la realidad, como pasa por ejemplo en un intento de suicidio. El odio, en este caso, se refiere al cuerpo y a los objetos parentales interiorizados. En el "funcionamiento psicótico", se hace referencia a patologías como la anorexia, las drogodependencias graves que pueden tapar una verdadera organización psicótica, o a algunas depresiones. En estos casos, además de la actuación contra el cuerpo, se instaura la denegación de la realidad o, a veces, un funcionamiento que puede llegar a ser delirante o alucinatorio –basta acordarse de la denegación del cuerpo o las sensaciones corporales de algunas anoréxicas–. Y finalmente las "verdaderas psicosis" del adolescente en las cuales, para mantener la cohesión del *self*, el adolescente construye una nueva realidad donde los padres internos han sido destruidos por el funcionamiento incestuoso o incestual. A la duda angustiada sobre la identidad, al reconocimiento de las posibilidades de cambio o al reconocimiento de la alteridad, se la sustituye por el delirio. Como se puede ver, aunque en grados distintos, en esta diferenciación hay ese elemento común que es la pérdida parcial o total de la relación con la realidad que, según los Laufer, es sobre todo representada por el cuerpo sexuado.

Si ya de por sí el problema de fondo para el paciente psicótico es la imposibilidad de relacionarse con lo real, para el adolescente este aspecto adquiere una especial importancia, puesto que la adolescencia tiene como reto la modificación de las relaciones con la realidad. Más aún, porque la primera realidad que el adolescente tiene que integrar, está colocada en su propio cuerpo.

Existe también otro tipo de funcionamiento que tiene un origen temporal, precisamente en la adolescencia, y que podríamos llamar "psicosis latente". Con este término quiero indicar aquellas personalidades que se mantienen, incluso azarosamente y en precario equilibrio, en ocasiones durante toda la vida, compensándose gracias al vínculo con el otro que es parasitado/explotado –y que a la vez explota y parasita al otro en la relación–, como podemos ver en algunos pares formados por uno de los padres y el hijo, o en ciertas parejas conyugales. Se trata de pacientes que funcionan, incluso en la adultez, gracias al uso de defensas rígidas y mutilando aspectos de su vida y de su personalidad. Estos pacientes pueden no descompensarse nunca, o hacerlo tardíamente, cuando acontecimientos traumáticos o emergencias del ciclo vital les plantean un incremento de la tensión y vuelven a presentarles conflictos no resueltos en su adolescencia.

Este tipo de patologías, que a veces no se manifiestan durante toda la vida más que de forma indirecta pueden, en cambio, haber representado una descompensación psicótica puntual durante la adolescencia. Estas personas han

evitado o pasado de golpe la adolescencia y, por tanto, el dilema de subjetivación que esta representa.

Fantasías pseudodelirantes y riesgo de descompensación

La importancia de mantener un criterio flexible, atento a la evolución del paciente y a los aspectos de riesgo y/o de crecimiento y maduración de la personalidad, se ve bien ilustrado en el caso de un chico de 16 años, Marcelo, en tratamiento psicoterapéutico.

Marcelo se dirige al tratamiento animado por la madre, que se había asustado y había temido por la salud mental del hijo, habiendo leído a escondidas unas cartas que él había escrito a un amigo. En estas cartas, Marcelo hablaba de una supuesta relación con alienígenas, contra los cuales se preparaba a luchar. Cada noche era ayudado por un maestro de artes marciales que se le aparecía en sueños y le entrenaba juntamente con dos amigos.

Marcelo se presenta sin especiales resistencias al servicio de psicoterapia de un centro público y acepta las entrevistas diagnósticas que le proponen. Desde hace cuatro años su familia se ha mudado a una pequeña ciudad y Marcelo ha dejado a sus antiguos compañeros. Ahora se encuentra solo y además ha suspendido el curso por sus ausencias. Su vida, en todo caso, es difícil. Tiene que ayudar al padre en los trabajos del campo, podar los árboles, cortar leña, etc. ya que la casa donde vive está todavía en reestructuración. No tiene, por ejemplo, agua caliente en el baño y el chico se ve obligado a ducharse en la piscina a donde va a nadar.

Aunque no tenga casi conocidos en el nuevo pueblo o en la escuela, ha conservado dos amigos de su ciudad de origen. Marcelo afirma que él y sus dos amigos tienen un nombre en código, sacado de los héroes de los dibujos animados. Se trata en realidad de seres especiales, con la misión de defender el planeta del ataque de los alienígenas. Los tres tienen que adquirir inmediatamente unos poderes especiales y aprender a controlar la fuerza. Dice convencido que cada noche tiene un largo sueño que él puede dirigir y que lo une con sus amigos. Cuenta, en la segunda entrevista diagnóstica, uno de estos sueños: "En una ciudad gris de piedra, en el futuro, se desarrollan escenas de vida. El maestro le enseña a concentrarse, de tal forma que puede evitar y repartir golpes como quisiera. Él y uno de sus amigos cocinan los alimentos, ya que no les gusta comer crudo. Tienen en el centro del cuerpo un punto que se calentará progresivamente, y entonces será un momento peligroso, pues en aquel momento no podrán distinguir el bien y el mal".

Marcelo afirma que no puede escoger el contenido de sus sueños, pero puede salir de ellos cuando quiere. Por ejemplo, si mientras se duerme sueña que se está cayendo, entonces es capaz de despertarse. Finalmente, en las sucesivas entrevistas, Marcelo explica a la doctora, que le escucha sorprendida y preocupada, otros aspectos de su vida, entre ellos, habla de su amor inesperado por una chica de su edad que le atendió en un bar y a la que le dejó una nota. Luego volvió para hacerse conocer mejor y volver a contactarla. También habla de su relación con sus padres, de los cuales puede valorar los aspectos positivos y su capacidad de abnegación. Poco a poco, durante el desarrollo del trabajo psicoterapéutico, Marcelo se abrirá progresivamente al nuevo entorno y a nuevas

relaciones sociales, mientras que con el paso del tiempo, los temas de los que había hablado, los sueños y de sus ensoñaciones, se irían disolviendo.

Este caso me parece paradigmático para ilustrar la frontera borrosa y confusa que a veces hay entre sueño, delirio y ensoñación. Sabemos como el uso de la ensoñación es frecuente en la latencia y en la primera adolescencia y, claro está, sin fantasía no hay acceso a la creatividad ni a la reestructuración de la identidad. Sin embargo, cuando las ensoñaciones son masivas se configura otro fenómeno: un refugio defensivo que resta energías a la realidad y a la actividad de pensamiento.

Quizá, a este propósito, lo que es interesante no es únicamente el contenido de las ensoñaciones, como cuan presentes están, cuánto ocupan y afectan a su vida mental y real, si el adolescente logra huir del impulso a repetirlas, en que medida se confunden con el sueño, etc. Es completamente legítimo preguntarnos, en relación a Marcelo, delante de qué nos encontramos. ¿Se trata de la persistencia, más allá de la latencia y de la primera adolescencia –cuando sabemos lo frecuentes que son– de ensoñaciones que ocupan defensivamente toda la vida mental? O, en cambio, ¿nos encontramos delante de un refugio delirante, donde las percepciones de la realidad desagradable y frustrante se han escindido, donde la omnipotencia narcisista reina soberana, cerrando progresivamente al paciente a la relación con el otro y con la realidad?

Preocupa, en este caso, la reacción que Marcelo manifiesta en el espacio del sueño, en su frontera, aquella frontera que generalmente es garantía de una separación entre realidad y fantasía, entre mundo externo e interno. Marcelo añade, además, que su sueño es un sueño compartido con otros compañeros, que se alarga o que acaba a su antojo, y que en ello su fantasía parece implantarse sin modificaciones.

Seríamos así mismo muy superficiales si, delante de todas estas preocupaciones, no considerásemos otros aspectos, como la capacidad del paciente de pedir ayuda, su necesidad de amigos íntimos que no puede perder, su búsqueda de dependencia, que muestra en la fantasía del maestro, que intenta enseñarle a concentrarse y a no ser destructivo. Así, aunque el maestro es expresión de la fantasía omnipotente y megalómana de Marcelo, es también verdad que él lo usa de forma positiva, en el intento de contener su rabia y sus actuaciones destructivas. Los amigos son unos dobles que lo inmovilizan y le impiden narcisísticamente nuevas relaciones, pero representan al mismo tiempo la continuidad con su pasado y el mantenimiento de un vínculo afectivo significativo –Marcelo mantenía una intensa correspondencia real con sus dos amigos y a veces se veían los fines de semana. Durante un tiempo fueron los únicos chicos por los cuales se sentía bien aceptado–.

En el mismo sueño podríamos ver, igualmente, una primera parte caracterizada por representaciones a través de imágenes visuales, entre las cuales reconocemos la ciudad gris del futuro y las decisiones vitales, y una segunda parte del sueño estructurada sobre la base de un estado afectivo con las relativas fantasías originadas en el cuerpo –en el centro del cuerpo hay un punto que se irá calentando progresivamente–. Existen entonces en el sueño unas representaciones visuales junto con experiencias y fantasías basadas en aspectos de sensorialidad térmica, cinestésica, propioceptiva, enteroceptiva, que indican la presencia de

estados mentales distintos y de relaciones objetales interiorizadas, de naturaleza distinta y no integrados entre sí. Pero, ¿cuál el significado evolutivo de estas representaciones y de estas experiencias?

El sueño nos muestra la coexistencia, junto con las imágenes visuales –que preceden el pensamiento verbal, como señala Freud– de experiencias primitivas ligadas al cuerpo y constituidas por sensaciones particulares. Como afirma Campoli (2003) en su comentario a este trabajo, “Estas fantasías se desarrollan durante el periodo que Winnicott llamó 'personalización', periodo durante el cual el sentimiento que uno tiene de su propia persona en su propio cuerpo se conecta con la condición de unidad del bebé con la madre en cuanto objeto-sujeto. Estas fantasías en el cuerpo, una especie de proto-pensamientos, son seguidas por las fantasías sobre el cuerpo que constituyen la primera imagen mental de un sí mismo separado; sólo en un nivel sucesivo del desarrollo a las fantasías sobre el cuerpo le seguirán las fantasías visuales que, substituyéndose y/o uniéndose con las precedentes, definirán posteriormente la imagen elaborada de un sí mismo separado”.

El sueño de Marcelo, de acuerdo con esta perspectiva, con sus fantasías en el cuerpo y sobre el cuerpo y con las imágenes visuales, nos muestra la coexistencia en su mente de experiencias no suficientemente integradas de un sí mismo unido con la madre como objeto creado omnipotentemente –la experiencia en el cuerpo– y de imágenes de un sí mismo en relación con la madre pero con vida autónoma –la experiencia terrorífica en el cuerpo, las imágenes visuales–. Él no expresa, entonces, únicamente su confusión, sino también la necesidad de integración que se está manifestando en la adolescencia, pero que tuvo origen al comienzo de su existencia en las relaciones con el ambiente primario. El paciente, además, ha narrado su sueño en la sesión con el terapeuta, que tiene la tarea de acogerlo con su *revêrie* y de permitirle un ulterior recorrido hacia la representación.

Y para acabar, la relación de las ensoñaciones con el sueño muestra el intento de Marcelo de confinarlas dentro de una actividad inconsciente, sin dejarse dominar por ellas, como testimonio de aquel pasaje del acto al sueño que caracteriza la maduración de la mente del adolescente. Podría seguir así enumerando las dobles características dobles de cada una de estas situaciones, interpretables tanto en sentido patológico como evolutivo. A diferencia que en el paciente adulto, no nos encontramos -creo- en este caso en presencia de un refugio delirante organizado para defenderse contra una fragmentación más terrible.

Aunque en el trasfondo hay miedo a la confusión (Marcelo dice: “En la cumbre del proceso no sabré distinguir el bien del mal”), mantiene así mismo unos investimentos objetales, aunque escondidos (los amigos y la chica), un entorno en ciertos aspectos solícito (la madre) a la necesidad, el mantenimiento de sus relaciones con el grupo de iguales –primero con los amigos originarios y sucesivamente con nuevos amigos que hizo en la nueva ciudad–.

De la misma forma que la niña de Segal (1991, p. 25) que en una falsa percepción confundía una mancha descolorida en la pared con una mujer mala y amenazadora por la cual se sentía perseguida, también en Marcelo unas interpretaciones cautas habían podido a lo largo del tiempo poner en discusión su refugio. Trabajar las necesidades que habían producido la fantasía pseudodelirante,

como el sentimiento de soledad, la rotura de la continuidad con el pasado, el miedo paranoide a sentirse nuevo y excluido, el sentimiento de frágil y indefenso en el nuevo ambiente, etc., y posteriormente el *cambio real* de las condiciones de vida, permitió una progresiva reducción de estos estados de ensueño y su palidecer hasta la desaparición. Eso no pasa así en un verdadero "brote" psicótico.

Especificidad en la adolescencia

Los episodios psicóticos que se surgen en la adolescencia tardía me parecen, por ciertos aspectos, tener características comunes, aunque con distintas peculiaridades. La más importante es el defecto o la imposibilidad de la subjetivación, entendida como el fracaso de un proceso cognitivo-emocional que, según Cahn (1991), permite la apropiación subjetiva de la realidad psíquica y deviene "una particular forma de ser" que se refiere al mismo tiempo al yo y al sí mismo.

Cuando se puede acceder al proceso de subjetivación, gracias a la definición de la propia identidad, se desarrolla una capacidad creativa del sujeto, que le permite desenvolverse, desalienarse del mandato de los padres o transgeneracional. Este proceso encuentra, sin duda, uno de sus momentos cumbre al acabarse la adolescencia, y ciertamente, el más significativo, ya que las tareas evolutivas resultan imposibles o problemáticas para estos pacientes: la integración del cuerpo sexuado, la individuación-separación, el remodelamiento de la identidad, el duelo que acompaña esta fase.

Pero la rotura de la subjetivación, de la cual el síntoma psicótico representa la reorganización defensiva con sus características de omnipotencia, negación, proyección masiva, y todo el correlato defensivo de las psicosis, no se puede nunca reducir a la proyección en una realidad neutra, de una fantasía inconsciente. Existe un encaje terrorífico entre la escena real y la puesta en escena fantasmática. Así, el síntoma representa un producto complejo en relación con un trauma ocasional, con una colusión psicotizante entre el conflicto identitario, un problema en la subjetivación propio de la adolescencia y la fragilidad narcisista primaria. El trauma ocasional –el abandono sentimental, el alejamiento de casa, el contacto con la muerte de un amigo, etc.– puede provocar una urgencia inaplazable y una tensión difícilmente controlable, que el adolescente quiere recomponer lo más de prisa posible.

Pero este síntoma se instala en un terreno particular, pre-existente, que representa la premisa de todo *breakdown* (derrumbe) psicótico. Es lo que Aulagnier (1986), uno de los estudiosos más agudos de estos temas, ha definido como "potencialidad psicótica". Esto indica la presencia de lo que la misma Aulagnier define como "un pensamiento delirante primario incitado y no reprimido", a significar aquel encuentro particular "entre el yo del paciente y una organización específica del espacio fuera de la psique y del discurso que en ella circula", usando las palabras de Aulagnier. Por ciertos aspectos, el concepto de "potencialidad psicótica" nos lleva a, e incluye, aquello más familiar para nosotros de "identificaciones alienantes" de Cahn (1986), o de "objetos que hacen enloquecer" de García Badaracco (1986). Pero expresan, también, la complejidad de lo que pasa en estas situaciones; en primer lugar, por que nos habla de un encuentro-enfrentamiento que el paciente realiza, cuyos resultados no se pueden determinar desde el

principio. En efecto, esta potencialidad puede mantenerse latente, incluso toda la vida, si el encuentro con el otro y con los acontecimientos de la vida no la saca a luz. Y además, nos lleva no tanto y solamente a acontecimientos precisos con un valor traumático, sino a todo un funcionamiento del entorno del cual el paciente forma parte activamente. Son este funcionamiento y este encuentro los que tienen un valor traumático originario, que el trauma sucesivo reactiva y evoca. Y este tipo de funcionamiento tendrá eco en los posteriores síntomas del paciente.

Voy a relatar un caso de una paciente que he seguido en supervisión. Este caso nos permite además reflexionar sobre las modificaciones necesarias para el tratamiento de situaciones similares, aprender de las dificultades y de las momentáneas interrupciones del proceso. Adriana tiene veinte años. Desde hace aproximadamente dos se encuentra mal y llega a una colega después de haberlo intentado con varios terapeutas. La terapeuta tiene muchas dudas de si empezar el tratamiento, también porque la familia, que vino a una entrevista antes del comienzo del tratamiento, se presenta sin la madre, que hace saber que nunca vendrá, ya que no confía en estos métodos de trabajo.

El padre y el hermano de Adriana están resignados y son bastante pesimistas en relación con las posibles mejoras. Únicamente el tratamiento farmacológico parece –según ellos– ofrecer algún resultado. Tienen una manera de presentarse oficial, muy formal, que contrasta con las verdades incómodas que Adriana denuncia de todos y especialmente del delirio de celos de la madre, que ella desvela.

Adriana se presenta, sin embargo, convencida de esta nueva aventura, también por el conocimiento que tiene de libros de psicología, que ha leído durante el año que ha frecuentado la universidad, antes de interrumpir definitivamente sus estudios. Extravagante en su forma de vestir, a veces logorreica, parece que Adriana se aguanta más en un contacto superficial y hablando en un tono casi en falsete. Acoge todas las interpretaciones en un plan intelectual, pero a veces las critica y las corrige si le parecen imprecisas. El farmacólogo con el cual la terapeuta habla al comienzo del tratamiento, parece muy preocupado: Adriana ha estado ingresada ya dos veces por crisis paranoides difíciles de manejar. Cuando empieza el tratamiento, Adriana muestra un apego entusiasta que a la colega le resulta un poco sospechoso y que, después de seis meses, se transforma bruscamente en una transferencia francamente paranoide.

Sesión: Ha visto un programa a la tele sobre psiquiatras y enfermedad mental. Ha quedado impactada por la frialdad de uno de los invitados, un profesor universitario, mientras el psicoanalista le parecía muy humano. Su problema es la relación con los demás, ésta es su enfermedad mental.

La terapeuta pregunta a Adriana si le está hablando de como poner unas fronteras a sus emociones que los demás despiertan en ella. Adriana responde que ha tenido un sueño: “Estaba en su antiguo instituto –estudió en un Instituto de Arte fuera de Roma– y decía a sus compañeras que una chica había aprobado porque era simpática. Ella en cambio no lo era. Entonces le pegaba a una profesora y ofendía a otra”. La profesora a la que Adriana pegaba era una persona frágil, que la había suspendido a pesar de que las notas de Adriana eran casi suficientes, y que se arrepintió cuando se enteró que Adriana había estado mal. Los profesores no se

habían dado cuenta de lo que le estaba pasando. Ella, en efecto, se encuentra mal desde que tenía seis años. Imitaba en todo a sus amiguitas, especialmente en sus gestos. La madre es una mujer licenciada e inteligente, pero siempre la ha odiado y nunca se ha dado cuenta de su malestar. La profesora le decía que era guapísima y también sus compañeros de instituto decían que era una modelo, pero eso la incomodaba mucho porque era muy tímida. La profesora, además, le decía 'Guapa pero tonta'. La terapeuta interpreta su dificultad de aceptar sus partes frágiles y las de la madre. Adriana luego se acuerda aprobó exitosamente en otro instituto y cuenta un sueño: "Estaba en una aula de filosofía de la universidad. La profesora le asignaba un ensayo sobre el sentido de la existencia y ella lo sabía hacer".

En la sesión siguiente, Adriana llega agitada. Aquella misma noche tuvo un sueño horrible: "Su padre entraba en la habitación y tenía con ella una relación por detrás". Tuvo que levantarse para cerrar la puerta de su habitación. Sólo así pudo dormir. Adriana recuerda que fue violada y sodomizada por un hombre cuando era una chica. La terapeuta pide más información y Adriana dice que tiene la impresión que no se la crea. La situación se precipita y la paciente huye. En los días siguientes no se presentará a las sesiones, angustiada por la idea que también la terapeuta es una persona peligrosa y que la terapia pueda dañarla. Sólo un trabajo posterior, coordinado con el farmacólogo y la familia, hará que la paciente vuelva a la terapia.

Comentario

El caso de Ariadna me parece muy típico, también por la reconstrucción que la paciente hace de los comienzos de su enfermedad, con su dificultad al mismo tiempo de integrar su cuerpo, reconocido en su novedad por los demás pero no por ella misma –"Los otros decían que yo era guapísima, una modelo. Yo era muy tímida"–. Su fragilidad narcisista primaria, apenas tapada por el falso *self* y el trastorno de los procesos introyectivos –"Imitaba a mis compañeras en todo"–. Su odio por la fragilidad y la dependencia –expresada en el agredir a la profesora–. La peculiaridad del funcionamiento familiar –la madre ausente, paranoica como ella–. La incapacidad de contención de la familia donde, por la falta de un espacio intermedio, la más pequeña angustia se transforma en terror. La particularidad del funcionamiento en la transferencia –desde el apego idealizado y precipitado hasta su brusca transformación en transferencia paranoide–. El problema de las fronteras entre realidad y fantasía, sí misma y otro, día y noche, y la misma presencia de fantasías incestuosas –como vemos en el sueño con el padre, que es también expresión de las ansiedades paranoides de ser invadida por el mensaje alienante del padre, además del terapeuta–.

Podemos ver, además, en el brusco alejamiento de la paciente, el precipitarse en una transferencia paranoide que deja entrever una posible erotización de la transferencia y, por tanto, la confusión de identidad de la paciente, que vive la terapeuta como un padre violador. Todo esto nos hace reflexionar sobre dos aspectos más: la importancia de la implicación familiar y la especificidad de la técnica.

[Dejar abiertos los juegos, modulando la tensión](#)

Lo que hemos ido hablando hasta ahora nos lleva a considerar como el trabajo

terapéutico resulta crucial en la adolescencia, a diferencia de lo que pasa en la edad adulta, en la determinación del resultado de estas patologías. Para seguir con mi razonamiento, me referiré a un trabajo bastante conocido de Freud: *El delirio y los sueños de Gradiva*. Este trabajo nos relata la descompensación psicótica de un joven adulto, Norberto. Ladame (1998, p. 68) ha también comparado, en un trabajo admirable, este caso con el de Nathanael en lo "Siniestro", observándose las características que llevaron en el caso de Norberto a una conclusión feliz de lo que hoy definiríamos como un *breakdown*, y en el caso de Nathanael al delirio, a la alucinación y finalmente a su muerte trágica por el suicidio.

Estos dos casos fueron luego retomados por varios autores, tanto que han acabado siendo paradigmáticos precisamente por las descompensaciones psicóticas. Pero esta vez quiero hacer alusión para otro tipo de reflexiones. Norberto Hanold y Zoe son dos niños, amigos inseparables en la infancia, pero en la adolescencia precisamente Norberto se aleja de las chicas de su edad y se sumerge en sus estudios de arqueología. Encuentra la pareja de su novela de amor infantil, pero no la ve. Al contrario, sustituye este interés por los bronce y los mármoles, así como por los pies de una muchacha que camina en un bajo relieve romano. Toda su energía es absorbida por ese pie, hasta el punto que decide de ir a Pompeya. Allí encontrará sin reconocerla en un primer momento, sin ni siquiera verla, a Zoe. Pero este encuentro resultará al final afortunado. Efectivamente, después de un largo periodo, que hoy definiríamos de retiro y confusión, sueña con la destrucción de su amada Gradiva en la erupción del volcán que arrasó Pompeya, pero este sueño para él está conectado también con el comienzo del delirio. El final de la historia, como todos sabemos, es feliz, ya que por fin vuelve a encontrar a su amiga del pasado, que de hecho nunca había dejado de amar.

Zoe revela entonces, como afirma el mismo Freud, una capacidad terapéutica de no poca importancia. Ella le permite, con un trabajo hecho a poco a poco, con ironías y delicadas alusiones, reconocer la realidad y sustituir el delirio. Cito a Freud (1), Zoe "acepta el papel de fantasma meridiano, que comprende ser el que el delirio de Hanold le atribuye, y usando frases de doble sentido, señala discretamente al joven una nueva situación con respeto a ella (p.1322). [Ella] entra en el círculo de representaciones de la ciencia de Norberto [la arqueología], así como él entra en el campo de la zoología (p.1330)". Y Freud (p.1331) continuará así sucesivamente comentando los discursos de doble sentido de la chica, donde "uno de los sentidos se ciñe al delirio de Hanold para facilitar la comprensión consciente del mismo y el otro se eleva por encima de él y nos da realmente su traducción a la verdad consciente que representa". Aunque Freud habla de la imposibilidad, obvia para el terapeuta, de desarrollar la misma función que desarrolló Zoe, así mismo se pueden extraer unos puntos para la reflexión.

Sabemos lo difícil que es implicar al paciente, pero sabemos también que es absolutamente necesario hacerlo. En las dos sesiones que he referido de Adriana, observamos el pasaje brusco, rápido, desde un apego idealizado a la terapeuta –la profesora de filosofía del sueño–, con la cual era posible razonar sobre el sentido de la existencia, hacia una transferencia paranoide. Probablemente se podía hacer muy poco para impedirlo. Pero queda la pregunta, si la referencia, aunque tímida, a sentirse violada, no tenía –además de la demanda de más información– el sentido de una demanda indagadora y de un desvelamiento precoz, allá donde la

paciente pedía el compartir su angustia y una intervención moduladora de su estado de ánimo de urgencia catastrófica (2).

Son muchos los objetivos que se plantea un terapeuta en estas situaciones, desde los más audaces y ambiciosos a los más sencillos. Empezar desde el inicio un psicoanálisis clásico es no sólo difícil, sino desaconsejable la mayoría de las veces, a causa de la falta de preconscious funcional, lo cual hace que las interpretaciones psicoanalíticas más comunes sean no solamente poco útiles, sino también contraindicadas, por el aumento inevitable de la tensión que podrían determinar, al actuar sobre los conflictos. El objetivo parece más bien empezar por modificaciones e intervenciones creadas "a medida" para aquel paciente, con un objetivo preliminar, pero básico: *dejar los juegos lo más abiertos posible con el fin de impedir una evolución precoz definitivamente psicótica o eventualmente perversa, y al mismo tiempo permitir la instauración de un proyecto terapéutico a largo plazo.* Se trataría –en estas primeras etapas– de crear un momento de pausa en la urgencia del paciente, observando y sosteniendo el adolescente en su capacidad de usar los empujes hacia la integración y las extraordinarias capacidades de remodelación de las identificaciones, propia de esta edad.

En estos pacientes, los empujes hacia la integración se ven obstaculizados por las características de su funcionamiento mental, que, para la integración, necesita unas rudimentarias experiencias del self, nunca vividas antes. Con estos pacientes, todas las discontinuidades sensoriales bruscas, de forma, ritmo, tono, simetría, se traducen en un angustioso sentimiento de no-existencia. Experiencias no empáticas como las que experimentó Adriana en su sesión, llevan a estos pacientes a un dilema insoportable, donde ellos prefieren la pérdida del objeto, del terapeuta, a la pérdida del *self*. Este es uno de los motivos que producen los frecuentes abandonos.

Para trabajar con estos pacientes, será entonces oportuno actuar a dos bandas: en la de la realidad interpersonal del adolescente con un trabajo con la familia, y en la del mundo intrapsíquico, no únicamente porque es la familia quien paga casi siempre la intervención, sino también porque, sobre todo, en los inicios, el yo frágil del paciente se apoya subsidiariamente en el yo de los otros miembros de la familia, que en los casos más graves tiene que encargarse también de un mínimo examen de realidad.

Las características que he expuesto anteriormente sobre el funcionamiento psicótico, hacen del trabajo integrado con la familia y/o con los padres del paciente, uno de los dos polos insubstituíbles donde se tiene que desarrollar el tratamiento pues, dadas las características del funcionamiento psicótico, tendrá que correlacionar siempre el plano intrapsíquico con el plano interactivo e interpersonal. Un tratamiento integrado, donde el terapeuta del adolescente tiene que integrar las partes que el paciente escinde y proyecta en sus familiares, y el terapeuta de la familia o de los padres tiene que considerar al paciente como el portavoz de un nivel de funcionamiento familiar paralelo pero no oficial, compartido entre los miembros. Ambos tendrán que reconstruir luego las características comunes de esta potencialidad psicótica que cada uno de los actores del drama lleva consigo.

La prohibición de pensar, la robotización, del incesto, la ausencia de fronteras y de

un espacio privado y secreto del *self*, las dificultades para la subjetivación, para la individuación-separación, las identificaciones alienantes que caracterizan tanto al paciente como a sus padres, toman una forma concreta en las interacciones vividas concretamente día a día, confirmando también en el plano del funcionamiento fantasmático de la familia lo que también es cierto para el mundo intrapsíquico del paciente: que el trauma no ha acaecido de una vez por todas en el pasado; está vivo y presente cada día, cada momento, no en un suceso individual al cual sentimos la necesidad de otorgar una conexión causal, sino más bien en la forma de funcionar que constituye el mundo psíquico paralelo que coexiste también con otro que definimos como normal. En este trabajo tenemos que ser también conscientes que las soluciones que estas personas han utilizado son desde su punto de vista las mejores posibles para su supervivencia física y psíquica, ya que la apuesta en estas situaciones es la muerte de uno mismo o del otro. Pero ahora tenemos que volver al trabajo individual, ya que representa uno de los dos polos insubstituíbles del trabajo.

Las intervenciones delicadas y alusivas de Zoe, como las describe Freud, pienso que tenían un valor insubstituíble, el de impedir la rigidez de unas defensas masivas y precoces contra el terror catastrófico, de acuerdo con lo que decía Winnicott (1971) –y muchos otros autores– que la enfermedad psicótica es una defensa contra las agonías primitivas.

Este trabajo preliminar que intenta dejar abiertos los juegos, tendrá como primer paso ayudar al paciente a establecer las fronteras entre realidad y fantasía, entre sí mismo y los otros, pero sobre todo a modular la tensión que el adolescente siente, que crea una urgencia inaplazable y le empuja a actuar cada vez más hacia defensas psicóticas o el encerrarse en soluciones perversas –como la pasión de Norberto para los pies femeninos–. En esta fase, mientras el terapeuta continuará su trabajo de conocimiento, las interpretaciones que aumentan la ansiedad, al intervenir en los conflictos, y no sostienen el yo del paciente y las partes sanas del *self*, corren el riesgo de favorecer las interrupciones del tratamiento. Vuelve la recomendación de los analistas franceses de interpretar *en* la transferencia y *no* la transferencia. Por ejemplo, volviendo otra vez al caso de Adriana, no hay dudas que la transferencia delirante paranoide representaba un intento de ponerse en contacto a través de la proyección con un objeto interno persecutorio externalizado en el terapeuta. Pero, ¿qué uso se puede hacer de este conocimiento, si esto empuja la paciente a marcharse?

Mantener la continuidad del trabajo, cuya existencia se ve amenazada por el paciente y por sus familiares, por las ansiedades y los ataques que despierta –“ataques al vínculo” (Bion, 1957)–, ya de por sí de gran eficacia, pues constituye un primer espacio secreto y seguro para estos pacientes, y activa una primera forma de separación de la familia y ofrece un refugio donde ser acogido, un refugio compartido y potencialmente compartible con otro, el analista, que representa una alternativa al refugio de la mente donde estos pacientes se retiran a menudo. El terapeuta progresivamente puede constituirse en pantalla protectora que los pacientes no han tenido, una pantalla que module las tensiones que nacen desde el exterior, pero también desde el interior, por los impulsos de la edad y los conflictos no resueltos. El terapeuta se hará así garante de la “continuidad en la discontinuidad”, capaz de reflejar el *self* que está naciendo, preparado para estar

allí donde el paciente lo puede encontrar, crearlo, como Zoe que se hace encontrar viva en el lugar de la Gradiva irreal.

Para usar las palabras de Ferro (2002), podríamos decir que no hay tanto un inconsciente por desvelar, sino una capacidad de pensar por desarrollar (p.118). Para hacer esto con estos pacientes, el terapeuta está comprometido primero en un trabajo de *holding* y, al mismo tiempo, en un duro trabajo de contratransferencia. Para comprender plenamente las características de esta primera etapa del tratamiento, hará falta detenernos en algunas consideraciones más. Es sabido que con algunos pacientes graves, *borderline* y psicóticos, y con los adolescentes, la construcción y el mantenimiento de la alianza terapéutica resultan especialmente difíciles.

Para la construcción y el establecimiento de esta alianza hace falta un trabajo que puede durar los primeros años del tratamiento, pero que resulta útil a fin de consolidar y mantener el vínculo terapéutico. A veces estos pacientes se muestran disponibles con nosotros, con tendencia a la idealización, o presentes, a pesar de todo, sesión tras sesión, aunque atacándonos. En este sentido, Pao distingue entre apego, alianza terapéutica y transferencia, especificando que "un fuerte apego no significa que el paciente esté dispuesto a colaborar en el tratamiento" (1979, p.295).

Se ha debatido mucho sobre qué constituye y qué determina la alianza terapéutica del paciente. Con excepción de los autores kleinianos, para los cuales la alianza terapéutica no tiene un estatus autónomo y distinto de los fenómenos transferenciales, para muchos otros, a partir de Zetzel, depende de las capacidades yoicas del paciente para establecer una relación objetal, de hacer un examen de realidad adecuado y de colaborar con el terapeuta. La alianza terapéutica presupone, entonces, cierto examen de la realidad, un funcionamiento del yo más o menos adecuado y la capacidad de aceptar la dependencia con el objetivo del tratamiento. Todo esto resulta muy problemático con el paciente grave, mientras para el adolescente la aceptación de la dependencia choca con las tareas evolutivas que le empujan hacia la autonomía.

La alianza terapéutica, por tanto, hay que construirla y reconstruirla cada vez, cuando, por ejemplo, reacciones transferenciales paranoides o erotizadas la atacan y la destruyen –como en el caso de Adriana–. Citando otra vez a Pao, una vez establecido el apego al terapeuta, el paciente manifestará, a pesar suyo, fenómenos de transferencia, mientras podrá ejercer (aunque inconscientemente) un muy notable control sobre la evolución de la alianza. El hecho mismo de aceptar la alianza presupone que el paciente reconozca su necesidad, que acepte la dependencia, que colabore con su yo observador con el yo observador del terapeuta. Pero cuando el paciente haga todo esto, quizás su descompensación pertenecerá ya al pasado. Por eso la alianza terapéutica es desde el inicio *el verdadero reto del trabajo, que no será posible realizarla si no hemos trabajado previamente para permitir que el paciente la madure.*

Nota

1. Las citas de Freud son de la traducción castellana de Luis Lopez-Ballesteros, Biblioteca Nueva, Madrid. Nota de la traductora

2. Por otros aspectos, el caso de Adriana nos resulta más parecido al Natanael de *Lo Siniestro* que, como recordaremos, fue perseguido por los recuerdos infantiles del mago Arenoso, que ciega los ojos de los niños que no quieren dormir, se enamorará de Olimpia, que no es otra cosa que una muñeca mecánica construida por un famoso científico, Spallanzani, y por un óptico, Coppola. Olimpia, como dice Freud, es un doble narcisístico de Natanael, "materialización de la actitud femenina de Natanael frente a su padre" (p. 2492), robótica así como robótico es el joven, para su defensa. Natanael no encuentra el equivalente de Zoe en su chica, no solo por las características de su personalidad, como por sus duelos infantiles (el padre murió en una explosión).

Traducción de Elena Fieschi

Bibliografía

- Aulagnier P (1986). In Baranes J. J, Cahn R. et al. (a cura di), *Psychanalyse, adolescence et psychose*, Payot, Paris.
- Bion W. R. (1957). *Attacchi al legame*, in Bion W.R., *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970, pp.143-166.
- Cahn R (1986). In Baranes J. J, Cahn R. et al. (a cura di), *Psychanalyse, adolescence et psychose*, Payot, Paris.
- Cahn R. (1991). *Adolescence et folie*, PUF, Paris (Trad. it. *Adolescenza e follia*, Borla, Roma, 1994).
- Campoli G., Discussione del lavoro della Dr.ssa Anna Nicolò "L'esordio psicotico in adolescenza", dattiloscritto presentato al seminario del Corso di aggiornamento ASL RmA "Disturbi della personalità, patologie 'nuove', patologie 'gravi' nei tardo adolescenti e giovani adulti", Roma 7 marzo 2003.
- Ferro A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, Cortina, Milano.
- Freud S. (1906). *Il delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen*, vol.3. Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1919). *Il perturbante*. In: *OSF*, vol.9, Boringhieri, Torino.
- Garcia Badaracco J. (1986). Identification and its Vicissitudes in the Psychoses. The importance of the Concept of the of the "Maddening Object", *Intern.J.Psycho-Anal.*, 67
- Ladame F., Perret-Catipovic M. (1998), *L'adolescenza. La posta in gioco dello sviluppo e le difficoltà di valutazione*. In: Ladame F., Perret-Catipovic M., *Gioco, fantasmi e realtà*, FrancoAngeli, Milano, 2000, pp.56-70.
- Laufer M., Lafer E. (1984). *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
- Nicolò A.M. (2000), *Thérapie familiale psychanalytique à l'adolescence*, *Adolescence*, 18, 1, 131-155.
- Nicolò A.M., L'esordio psicotico in adolescenza, dattiloscritto presentato al seminario del Corso di aggiornamento ASL RmA "Disturbi della personalità, patologie 'nuove', patologie 'gravi' nei tardo adolescenti e giovani adulti", Roma 7 marzo 2003.
- Pao P.N. (1979). *Disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1984.
- Segal H. (1991). *La fantasia*, in *Sogno, fantasia e arte*, Cortina, Milano, 1991, pp.19-36.
- Winnicott D. W. (1971). *Sogno, fantasia e vita reale*, in *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1983, pp.61-77.