CUADERNOS DE

PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

IN MEMORIAM ALBERTO J. CAMPO

IV Reunión científica «Trastornos de personalidad del adolescente». Santander, octubre 1989

Ph. JEAMMET:	«Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia. Anorexia y bulimia»
A. CHARLES-NICOLAS:	«Trastornos de la personalidad y toxicomanía en la adolescencia»
J. COLAS:	«Un heroinómano: la adolescencia de un camino perdido»

COMENTARIOS

COLOQUIO

* * *

ACTO-HOMENAJE AL DR. ALBERTO J. CAMPO. Valencia, 18 mayo 1991

F. GUIJARRO:	Breve semblanza biográfica. Introducción a la conferencia
T. OLMOS DE PAZ:	«Teoría psicoanalítica de la adolescencia»

* * *

INFORME SOBRE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

N.° 8-1989

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE **SEPYPNA**

Presidente:
L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:
Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:
Mª del Valle Martín (Madrid)

Tesorero:
Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:
Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:
Isabel Gómez (La Coruña)
Juan Manzano (Ginebra)
Ricardo Sanz (Valencia)
Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:
Marián Fernández Galindo

Comité de Redacción:
L. F. Cabaleiro
L. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscripciones:
Marián Fernández Galindo
Pirineos, 21
28040 Madrid

CUADERNOS DE

PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

IN MEMORIAM ALBERTO J. CAMPO 5

IV Reunión científica «Trastornos de personalidad del adolescente». Santander, octubre 1989

Ph. JEAMMET: «Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia. Anorexia y bulimia» 7

A. CHARLES-NICOLAS: «Trastornos de la personalidad y toxicomanía en la adolescencia» 25

J. COLAS: «Un heroinómano: la adolescencia de un camino perdido» 41

COMENTARIOS 57

COLOQUIO 63

* * *

ACTO-HOMENAJE AL DR. ALBERTO J. CAMPO. Valencia, 18 mayo 1991 79

F. GUIJARRO: Breve semblanza biográfica. Introducción a la conferencia 85

T. OLMOS DE PAZ: «Teoría psicoanalítica de la adolescencia» 91

* * *

INFORME SOBRE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 111

N.º 8-1989

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

IN MEMORIAM

> «Muchas veces me has oído decir que cada nuevo amigo que ganamos en la carrera de la vida nos perfecciona y enriquece, más aún que por lo que de él mismo nos da, por lo que de nosotros mismos descubre».
> El secreto de la vida – Miguel de Unamuno, 1906

En marzo de 1991 falleció en su domicilio barcelonés nuestro compañero ALBERTO CAMPO. Su relación con nuestra Sociedad remonta a 1984 cuando, gracias a la intermediación de Eulalia Torras, asistió como ponente a nuestro primer Congreso en Lérida. Su dilatada experiencia clínica y particularmente su extraordinaria maestría de los aspectos técnicos de la psicoterapia analítica, conjugados con un natural franco, abierto y caluroso motivaron a numerosos colegas a buscar en él consejo de supervisión. El aprecio de SEPYPNA hacia su persona se vió ampliamente correspondido por el suyo hacia nuestra asociación deviniendo muy pronto miembro ordinario y participando con viveza e interés en nuestras actividades. Su prevista presencia en el Congreso de Valencia de 1990 se vió truncada ya por la enfermedad que le sería fatal, dejando un vacío entre sus amigos y admiradores que los compañeros valencianos intentaron mitigar con un acto académico dedicado a su memoria. Sus cualidades profesionales, que muchos pudimos aprovechar, se veían complementadas por su riqueza humana generadora de afecto y cariño y cuya reciprocidad hacía de él además de un maestro un amigo.

Como él habría deseado sigue viviendo dentro de nosotros.

Jaume Baró.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTICIA EN LA ADOLESCENCIA: ANOREXIA Y BULIMIA

Por Philippe Jeammet*

–De los trastornos de personalidad y de los comportamientos alimentarios en la adolescencia, *insistiré, esencialmente, en el contexto psicopatológico y psicodinámico de la anorexia y la bulimia* y no insistiré en su clínica, ni tampoco en su terapéutica. En cualquier caso, la terapéutica sólo será abordada en relación con lo que podemos comprender en cuanto a la especificidad de la psicopatología. Lo que ha guiado nuestro trabajo, en el equipo del cual me vengo ocupando, es la preocupación, dada la formación psicoanalítica del conjunto del equipo, por construir una especie de modelo de comprensión de lo que está en juego en la relación con estos adolescentes de los que nos ocupamos; un modelo que pueda ser utilizado fuera del marco estricto de la psicoterapia y del psicoanálisis. Yo creo que un trabajo es posible tan solo si en cada etapa podemos compartir una misma comprensión de lo que está en juego en la relación con los adolescentes. Creo que esto permite comprender que cada uno tenga una especificidad en su enfoque. Compartiendo este modelo comprendemos por qué todo el mundo no se comporta igual, por qué no hay que hacer terapia salvaje y por qué no se puede ser todos psicoterapeutas. Hay que entender el sentido de las relaciones y evitar todo equívoco. Creo que el compartir un modelo nos puede ayudar. Creo que hay que situar los comportamientos alimentarios, en el marco más general

* Jefe del Servicio de Psiquiatría del adolescente. Hospital Internacional. Universidad de París.

de los trastornos del comportamiento en la adolescencia, o sea, la patología de la acción, en oposición a lo que quedará en el marco del espacio psíquico interno de los conflictos puramente mentalizados. Me parece que cuando estamos en actuar, o sea, en los trastornos del comportamiento, –la psicosis podría ser considerada como otra forma de actuar,– hay esencialmente acciones psíquicas. Como la psicosomática es una respuesta a nivel del soma. Y entre ambas hay la patología cuyo modelo es la neurosis. Y esta patología, los transtornos del comportamiento, ocupa una posición que puede derivar o bien hacia la somatización o hacia la descompensación psicótica, o bien realizarse según el modo de conflictualización psíquica neurótica. Nos parece que en cuanto hay trastorno del comportamiento esto traduce un cierto fracaso del aparato psíquico de los adolescentes para hacer frente a los conflictos normales de su edad. Hay un desbordamiento de estos conflictos hacia el mundo exterior que implicará necesariamente el entorno. Y es en este entorno que se va a delegar una parte de las funciones que normalmente debería asegurar el aparato psíquico. Esto es lo que yo llamé en un artículo «espacio psíquico ampliado del adolescente». Y me sorprende ver cuánto estos adolescentes necesitan que les ayudemos en un cierto número de funciones aseguradas por el aparato psíquico. Esto me parece muy importante de comprender, y creo que cuanto más está un adolescente en la acción, más esto refleja que en la formación de su personalidad, sobre todo en la primera infancia, hubo múltiples razones, (y a veces razones internas, no sólo externas...) una influencia del exterior sobre su aparato psíquico. Y estos «traumatismos», estos traumatismos infantiles que se dan reactualizados en la adolescencia, serán reexteriorizados. Me gustaría darles, para empezar, el marco de referencia que hemos adoptado para que puedan comprender más fácilmente mi exposición. Seré un poco esquemático y espero ser los suficientemente claro.

Tengo tendencia a pensar que esta patología del actuar o de la acción tiene una función defensiva, y que en particular tiene una función protectora de la identidad del individuo.

Antes de desarrollar este punto quisiera decirles que hay un cierto número de puntos en común entre todas las patologías de la acción. Estas patologías de la acción en la adolescencia, son los trastornos del comportamiento alimentario, de los que vamos a hablar, o sea, la anorexia, la bulimia, pero también son las tentativas de suicidio, la toxicomanía, el alcoholismo, los trastornos de tipo delincuencia, o sea, trastornos oposicionales del tipo psicopático y también algunas formas de rechazo de acción, rechazo de actuar, esta pasividad activa que caracteriza a un cierto número de adolescentes que rechazan investimientos como, por ejemplo, el rechazo escolar. Ahora bien, hay diferencias entre todos estos comportamientos. No es casual que uno sean mejor que otros. Sin embargo, lo que podemos observar es que hay una multitud de problemas, y una multitud de problemas psicodinámicos. Y hay algunas formas de paso de un transtorno de comportamiento a otro; se asocian y suceden en proporciones importantes. También hay un reparto entre chicos y chicas bastante específico. Todo lo que se refiere al cuerpo, todo lo que representa un ataque contra el cuerpo es más específicamente femenino, y en cambio todo lo que es del orden de la heteroagresión es más específicamente masculino. Pero hay unos cuantos puntos en común. Primero, hay que decir que existe el hecho de que todos estos trastornos del comportamiento tienen la misma dificultad de categorización, de diagnóstico. Cuando se habla de estas patologías se cita toda la nosografía psiquiátrica; periódicamente se empleará la palabra neurosis, de histeria, de fobia, de obsesión; se hablará de psicosis o de prepsicosis; se hablará, por supuesto, de la depresión; se hablará de la perversión y, evidentemente, del estado límite, que tiene tendencia a ser ahora un diagnóstico en el que ponemos todas estas formas.

Me parece que esta caracterización nosográfica, con las correspondencias psicodinámicas posibles, es importante porque todo lo que decimos a propósito de los trastornos del comportamiento, clasificándolos en estas categorías, es cierto. Es

cierto que algunos dependen de la psicosis o de la neurosis más que otros, y esto hay que tenerlo en cuenta porque esto va a guiar una parte del pronóstico. Y todos estos elementos nos servirán de palanca para la terapéutica; o sea que hay que tenerlos en cuenta.

Pero me parece que esto es lo menos específico en relación con el hecho en sí. Lo que es del orden de la psicosis o la perversión, o la neurosis no nos dice por qué se actúa en forma de trastornos de comportamiento alimentario, en lugar de quedarse en el terreno de estas categorías. Esta categorización no nos da cuenta del carácter del actuar. Esto hay que buscarlo en otra parte y hay que mostrar que esta acción traduce un fracaso de la organización psicopatológica propia de todas estas categorías, o sea, *un fracaso del aparato psíquico.* Es sobre este punto que hay que reflexionar. Por otra parte nos damos cuenta que estos trastornos del comportamiento también tienen puntos en común en cuanto a su modalidad relacional. Con frecuencia se caracterizarán por un aspecto muy contrastado de la relación, que es ejemplar, evidentemente, en los trastornos alimentarios, pero que también tenemos en otra parte. Todos estos adolescentes que pasan al acto son particularmente influenciables y ellos temen esa influencia; piden a los demás, son dependientes de los demás, y al mismo tiempo son muy obstinados, muy tozudos, podrían morir antes que decir que sí, y al mismo tiempo están pidiendo constantemente la ayuda de los demás.

Y luego hay un punto en común, y es que todos estos comportamientos son comportamientos de auto-sabotaje; siempre hay un ataque de una parte más o menos importante de las potencialidades del sujeto, siempre hay un aspecto negativo de autosabotaje. Por otra parte hay una tendencia de adicción a estos trastornos del comportamiento. O sea que tenemos la impresión de que cuanto más adopta un adolescente un determinado trastorno de comportamiento, más tiene tendencia a encerrarse en él. Hay pues una propensión de estos trastornos a

autoagravarse. Y tenemos la impresión de que el adolescente se vuelve cada vez más adictivo a estos trastornos, y que nos encontramos ante esa paradoja, que nos piden que curemos este trastorno del comportamiento porque reconocen que tienen carácter negativo y peligroso, pero por otra parte ellos quieren conservarlo como algo muy querido, puesto que lo consideran como su creación o su producción, su hijo, y quitárselo es al mismo tiempo amputarles, y aquí hay un dilema muy difícil. Pero creo que a distintos grados es un dilema común al conjunto de estas problemáticas.

Entonces, en lo que se refiere más específicamente a los trastornos de comportamiento alimentario, sabemos que el pronóstico a largo plazo depende mucho más de la personalidad que del síntoma en sí. Y sabemos que si, por ejemplo, para la anorexia un 80%, a largo plazo vuelven a tener una función alimentaria normal y un peso normal, no llegan al 50% las que no tengan ningún trastorno relativamente grave de personalidad que persiste. Y sobre todo nos damos cuenta, y esto es lo que me sorprende más, que hay una gran similitud entre la relación que tienen estas pacientes con el alimento y su relación con todos los objetos, sus objetos de investimiento, y se comportarán de la misma forma en sus investimientos que con la alimentación. Todo esto nos muestra cuál es la importancia de tener en cuenta la personalidad de estas adolescentes. Por otra parte, un punto en común habitual en el conjunto de estos trastornos de comportamiento es que empiezan de forma específica con la pubertad, o bien al principio de la pubertad, –a veces hay un pico, un punto alto de estas crisis–, o bien al final, hacia los 18-20 años.

Y me parece que podemos comprender estos trastornos refiriéndose a lo que está en juego específicamente en la adolescencia. Muy esquemáticamente, –y en esto no les enseñaré nada–, les diré que la adolescencia es el momento en que hay que enfrentarse a una sexualidad adulta y adoptar una identificación sexual precisa. Este es el primer punto. el segundo es

que hay que asegurar su autonomía. Y lo que me parece específico en el adolescente es la conjunción de estos dos ámbitos. La autonomización está en marcha desde el nacimiento, (Margaret Mahler ha escrito todas las etapas del proceso de separación-individuación, según la terminología anglosajona); pero lo que es propio de la adolescencia es que esta problemática de la autonomización debe acabarse, o sea que hay que alejarse de los padres, y que hay que hacer frente, por primera vez, a unas pulsiones que pueden ser actuadas, –y aquí tenemos el problema de la acción–, por el cuerpo. O sea que por primera vez en la vida la naturaleza remite, entrega al niño un cuerpo que le permite actuar sus pulsiones sexuales y agresivas. O sea, que se pasa a la acción porque brutalmente este niño se encuentra en la pubertad, tanto si lo quiere como si no; y se sabe que las pubertades muy rápidas tienen un efecto traumático desde el punto de vista psíquico. Y aquí hay un desfase también entre el niño y la niña, porque en la niña la pubertad es mucho más rápida y los trastornos del comportamiento se presentan más deprisa que en el chico. De cualquier forma, el aparato psíquico, la psique del adolescente, puede tener la impresión de encontrarse ante el hecho consumado y en una situación de pasividad en la que se le entrega un cuerpo capaz de tener pulsiones y actuar bajo estas pulsiones. Creo que aquí es cuando se puede producir una gran dificultad con una situación absolutamente paradójica ya que estaremos en presencia de un fenómeno psíquico que comportará esta doble problemática, pulsional de una parte, autonomización de otra parte, y que es el fenómeno de la identificación. Por la identificación uno debe acabar su autonomía al mismo tiempo que se adopta una actitud sexuada. Por otra parte uno debe acercarse al objeto con el que se identifica para cuidar de él, con una especie de contradicción y de paradoja; *para ser autónomo hay que aceptar ser dependiente.* Hay que aceptar ser dependiente y recibir, o sea, empaparse del prójimo, y aquí es donde puede producirse una ruptura. Los trastornos del comportamiento son quizá una respuesta a esta situación paradójica, para los adolescentes que no hayan adquirido durante la infancia una interiorización suficiente de su entorno. Los que ya interiorizaron

muchas cosas y hayan desarrollado un narcisismo suficiente, en particular a partir de bases autoeróticas sólidamente establecidas, abordarán sin problema esa paradoja de la adolescencia. Pero los demás, los que han permanecido más inseguros internamente y que necesitan más del exterior y de los demás, aquellos vivirán las exigencias de la adolescencia como un verdadero traumatismo con, en particular, el riesgo de la aparición de una oposición entre la necesidad objetal, la necesidad de identificarse, la necesidad de recibir algo de los adultos para llenar ese vacío o esta insuficiencia interna y al mismo tiempo la necesidad de afirmar su autonomía. Y creo que a ese nivel está el riesgo de «breakdown», o sea, de ruptura en el desarrollo del adolescente. O sea, lo que yo necesito, algo que viene del prójimo porque lo necesito, cuanto más lo necesito es menos tolerable, y la razón por la que lo necesito amenaza mi identidad; y, por otra parte, mi yo no tiene la suficientemente fuerza si no acepto recibir esto. Y aquí creo que el peligro está en decir «voy a rechazar lo que necesito porque sólo así podré ser yo, yo mismo».

Así ven ustedes que en la adolescencia esta problemática de la identidad o de la autonomía estará íntimamente ligada a la sexualización de los vínculos. Y la problemática incestuosa, por ejemplo, el problema del incesto y su dimensión sexual y de culpabilidad representará una amenaza de la autonomía. El incesto se vive como tal cuando comporta una amenaza de la identidad. Por ejemplo, la atracción que tengo hacia un objeto parental, por su violencia misma me amenaza en mis límites. Y lo uno agrava lo otro. La sexualización que lleva a acercarse agrava el conflicto de autonomía, y cuanto menos se es autónomo, por fallos narcisistas precoces, más se sexualiza la relación. Aquí hay un cruce, un encuentro de las dos corrientes, y esto es específico del adolescente. Los problemas existen, pero su conducción y su agudeza son propios de la adolescencia, con el peligro de decir «lo que necesito es lo que me amenaza y lo rechazo». Pero con este círculo vicioso: saber que si rechazo lo que necesito para estar seguro de afirmarme en lo negativo, en la oposición, en el rechazo, rechazándolo lo necesito cada vez más y puedo aceptarlo cada vez menos.

Y aquí tenemos esta propensión a autorreforzarse en estos trastornos. Porque cuanto más los trastornos del comportamiento nos impiden satisfacer nuestras necesidades de identificación, más nos hacen dependientes y menos nos podemos identificar y más sentimos la necesidad del otro, y debemos reforzar los trastornos de comportamiento.

La anorexia es una buena metáfora de todo esto, en la anorexia sabemos que siempre hay un fantasma bulímico; es una lucha activa contra el hambre y es la ejemplificación de esa problemática que acabo de evocar. Lo que necesito, focalizado en el alimento, es lo que debo rechazar porque si empiezo a comer ya no podré parar, ya no seré yo y llegaré a fenómenos de despersonalización, incluso. Así pues, debo rechazar lo que necesito. En la anoréxica, su rechazo alimentario no es una voluntad de suicidio, al contrario, ahí está el drama; y es que en la privación, en el rechazo de satisfacción de su necesidad ella afirma su autonomía y su poder. Pero, al mismo tiempo, por supuesto, se vuelve cada vez más dependiente de su entorno, incluso físicamente, porque está obligado a ocuparse de ella, y cuanto más dependiente se siente, más se refugia en el trastorno de comportamiento, o sea, en la anorexia, para luchar contra esa dependencia. Y es en el momento en que cede y vuelve a comer que viene la depresión y se puede derrumbar.

Le preocupa todo lo que se refiere alimento como la expresión de la presión de su deseo de comer. Está obsesionada por su deseo alimentario que focaliza su necesidad afectiva. La anorexia tiene un poco la función económica de una fobia, o sea que hay un desplazamiento y una parcialización de una problemática mucho más general sobre el alimento. Y al precio de esta focalización, mediante esta focalización puede mantener relaciones aparentemente satisfactorias. Pero en cuanto abandona su síntoma vemos perfectamente que los problemas relacionales aparecen, y entonces se ven a la luz del día. Y el alimento era, digamos, como un pararrayos; o sea, focalizar una problemática de dependencia en un objeto fácil de contro-

lar. Y ahí creo que siempre está ese fenómeno en todos estos trastornos del comportamiento. Se intentará en un objeto que pensamos controlar; la droga, el alimento o tal, o tal comportamiento... Vamos a intentar focalizar una dependencia afectiva mucho más grande, mucho más amplia, pero focalizándola en ese punto y adoptando este comportamiento de autosabotaje reforzamos su fragilidad narcisista y su depen-dencia.

Me parece que lo dramático aquí, en todos estos estados, es que nos encontramos en una situación paradójica, y la paradoja tiene un efecto de sideración en el pensamiento. Esto ya ha sido descrito, y en efecto, estos adolescentes que saben que lo que necesitan los amenaza, ya no son capaces de pensar, ni elaborar esta contradicción en el plano psíquico e intentan salir de ello por la acción. Y esto es la salvaguardia de la identidad por la acción. O sea que durante un tiempo, el trastorno del comportamiento les da una solución y hace que vuelvan a encontrar un dominio que pensaban haber perdido. Pero, como les decía antes, en vez de que esta solución les abra perspectivas, los encierra y al cabo de un tiempo se encontrarán en un impasse, en un callejón sin salida desde el punto de vista relacional.

En todos estos fenómenos hay una confusión entre el continente y el contenido. Cuando necesito a alguien, –esto es el contenido–, tengo una necesidad afectiva, una necesidad de investimiento, este es mi contenido, pero esto amenaza mis límites y mi identidad, es decir, el continente. Y aquí hay como una contradicción que es absolutamente insoluble. Lo que me ayudó a comprender esto, fue un artículo de Francis Pasche, psicoanalista francés, que fue publicado en la «Nouvelle revue de Psychanalyse»[1]. El mostraba, –y veremos la importancia de esto para la adolescencia–, mostraba la importancia de los mode-

1. Francis Pasche: «Realités psychiques et realité materielle». Nouvelle rev. de Psych. nº 12. (1975).

los de la primera infancia. El decía que el niño que mama todavía, –y saben ustedes que el intercambio de la mirada es importante entre la madre y el niño mientras el niño mama–, decía que es importante tanto por parte de la madre como parte del niño. Lo que es importante es esta mezcla entre continente y contenido, y ya no se sabe quién absorbe al otro, si la madre absorbe al niño o el niño a la madre. Y probablemente en esta vivencia fusional el niño necesita sentirse en sus límites teniendo estos movimientos de agarrarse; el niño se agarra a los dedos, a la oreja de su madre, o a sus pendientes, o sea, a todo lo que está alrededor de su madre, los collares, los vestidos, las joyas... Y, probablemente, en esta forma de agarrarse, esto sirve de apoyo al yo del bebé en relación a esta vivencia de absorción recíproca. Y podemos comprender, a la luz de todo esto, muchas costumbres y muchos comportamientos del adolescente; podemos considerarlos como una forma de luchar contra el deseo de fusión y de absorción, de identificación con el objeto que es suyo. Y en todos los fetiches, en todas las necesidades de recurrir a distintos objetos, vemos una forma para esta adolescente de construirse límites exteriores a los cuales agarrarse para enfrentarse a la amplitud del movimiento fusional con el objeto. Y creo que los trastornos de comportamiento son una forma de restituir una frontera entre el yo y el objeto. Y encontramos aquí también algo que ha sido descrito perfectamente por André Green en un artículo que se llama «Después de todo lo arcaico», que también ha sido publicado, y nos dice que lo arcaico es cuando hay una confusión entre el deseo, su objeto y el yo. Y creo que la adolescencia se presta particularmente a un resurgimiento de lo arcaico y que, entonces, el placer de desear una relación ya no es el placer de necesitar a alguien, ya no se vive como una necesidad del yo, sino como un poder dado al objeto sobre el yo. Si yo deseo a alguien o deseo algo, ya no soy yo quien desea, es el otro que adquiere un poder sobre mí, entonces mejor no desear y no correr el riesgo de dar ese poder; o bien desear sólo objetos de los cuales puedo asegurar

el control y el dominio, si es necesario por la manipulación. Yo creo que esto es un fenómeno muy importante en esa edad y puede ir hasta la extinción del deseo, y esto es lo que hallamos en ese equivalente de trastorno del comportamiento que son los comportamientos de rechazo de investimiento y de pragmatismo de algunos adolescentes, que son trastornos de comportamiento pero al revés; o sea, mejor no investir, no correr el riesgo de ser absorbido por el objeto del investimiento. Y esto puede ser incluso el síndrome de influencia cuando llegamos ya a la psicosis. Pero siempre hay esta relación del todo o nada en ese objeto, que da lugar a una confusión o zonas de confusión entre objeto y sujeto. Y creo que en todos estos adolescentes hay en proporciones muy variables en cada caso, desde el punto de vista fantasmático, puntos de confusión entre el objeto y sujeto. Y esto lo veremos reaparecer en los sueños, por ejemplo. Y me sorprende ver con qué frecuencia en estos sujetos hay sueños de muñecas rusas, sueños de devoración; o sea, una niña me dijo que había soñado que la devoraba un tigre y ese tigre era devorado por un león, y así había toda una serie de uno dentro del otro; o bien otras, por ejemplo, sueñan que su interior se da la vuelta como si fuera un guante, como si el interior se confundiera con el exterior y como si hubiera una carencia de investimiento de límites entre el interior y el exterior. Hay muchos sueños de ese tipo. También en los tests proyectivos que se utilizan actualmente en estos casos, encontramos con frecuencia la presencia puntual de zonas de confusión entre sujeto y objeto. Por ejemplo en las imágenes se dice «sí, es curioso, hay dos personas pero con la misma boca, o bien ambos están pegados por su parte trasera». O sea, hay un punto del cuerpo que se encuentra confundido entre el objeto y el sujeto. Cuando deseo, no sé qué es más importante, si mi deseo o el peso del objeto de mi deseo, y entonces esto es una amenaza a la identidad. Es decir, no es sólo un problema cuantitativo, un problema de pulsiones, creo que también hay un problema cualitativo: Cuando uno construye este fantasma de que lo que se

necesita es una amenaza para la integridad del yo, esto puede dar lugar a la acción como una solución. No hay que ver en el actuar una cuestión de descarga. Creo que esta «cantidad» que aparece en la violencia del actuar puede ser el fruto de un fenómeno cualitativo, una contradicción al nivel de la situación fantasmática. Lo que caracteriza también todos estos casos es la necesidad de recurrir a placeres ocultos. Nunca pueden mostrar públicamente un deseo directo, un placer directo. Hacen muchas cosas a escondidas, y digo a escondidas deliberadamente, porque esto nos muestra la no integración de la oralidad y la importancia al mismo tiempo, de esta oralidad que no está tan integrada, ni tan dominada como lo debería estar, o sea, un medio privilegiado de diferenciación entre uno mismo y el objeto. Pero sigue conservando en parte esta función; y, como saben, la cleptomanía, por ejemplo, se asocia casi siempre a los trastornos alimentarios. Ya saben ustedes que se dirá de estos pacientes que son manipuladores, que siempre hacen las cosas por detrás, de ahí el calificativo de perverso que se les da frecuentemente. Creo que hay que ver esta necesidad de manipulación, como única forma de dominar una relación que puede escapárseles, que puede siempre írseles escapando. Y los placeres que se conceden tan sólo pueden ser placeres ocultos, porque en el fondo es una manera de escapar a la mirada amenazante del objeto. Porque para ellos tener un placer es robárselo a alguien, nunca puede ser un placer del yo; todo lo que adquieren, debido a esta confusión entre el yo y el objeto, se vive como retirado del objeto. Y creo que es por ello que la bulímica por ejemplo, –y para el anoréxico también–, sólo puede comer a escondidas, y el placer tan sólo lo aceptan si escapa a la mirada del objeto y no por sentido de culpabilidad, sino porque este placer sería robado al objeto y lo amenazaría. Y estas pacientes nos dicen siempre: «Pero, es que yo no guardo nada para mí. Todo lo que tengo en el vientre lo vacío. Si por desgracia tomo cosas y tengo muchas ganas de comer, me lo comería

todo... Si como algo lo restituyo; vomito, o bien tomo laxantes, o bebo litros de agua para depurar lo que tengo dentro».

Aquí encontramos, y este es uno de los efectos de lo arcaico, condensaciones de niveles distintos. O sea que, en esta afirmación que dice «yo no tomo nada para mí», hay todo a la vez, es el niño que podríamos tomar, pero también el pecho de la madre, o bien la capacidad procreadora de la madre. Y todo esto se confunde. Yo no he robado nada, ni el niño edípico, ni la capacidad de ser la mujer de mi madre, o bien la leche que está dentro de su cuerpo. Todo esto se condensa y no podemos decir cuál es el nivel que actúa en vez de otro. Creo que en la adolescencia se condensan todos los niveles, los niveles genitales y los pregenitales, y no podemos decir que uno sea menos activo que otro. Esta enorme condensación tiene un efecto de cortocircuito y hace que este fantasma de vasos comunicantes que es común a la adolescencia se desarrolle y tenga en estos casos una importancia especial; tan sólo me puedo desarrollar a expensas del objeto; si yo me desarrollo, el objeto se debilita; entonces voy a demostrar a mi madre constantemente que no he robado nada, que no he cogido nada, que no tengo ningún placer. Y todos los que tienen práctica en atender estas pacientes, saben que en cuanto hay una mejora o un placer, en psicoterapia, tiene la tentación de decirle a la madre «estoy mucho peor». Pero también sabemos que si la madre se va de casa son estas niñas las que tomarán la dirección de la casa y con mucho placer se ocuparán de todo. Cuando se van en coche con sus padres, por ejemplo, tienen la tentación o bien de ponerse en el sitio de su madre, delante, al lado del padre, o bien quedar al margen y no venir. O sea, la identificación ya no es una metáfora, no es ser como mi madre sino estar en el lugar de mi madre. Entonces prefieren decir «pues, no, yo no he cogido nada para mí». También me parece que lo que vamos a ver es que intentarán substituir todo lo que es del orden de las emociones por un recurso a las percepciones y a las sensaciones, y esto también es común a todos los trastornos del com-

portamiento. Lo que será muy difícil es permitirse una emoción, porque una emoción nos envía a la satisfacción alucinatoria del deseo. O sea que cuando estoy conmovido esto me relaciona con alguien y me muestra el poder de ese alguien sobre mí. Y creo que intentan suprimir esto, y en lugar de esto, para sentirse existir, recurrirán a sensaciones cada vez más violentas. Para no encontrarse sola, la anoréxica se agotará en la actividad, buscará la sensación de hambre. Lo que hará la bulímica será llenarse hasta que le duela el vientre; es muy importante tener dolor de barriga, es lo que hace el drogadicto, él busca más la carencia que la satisfacción. Y para comprender esto creo que debemos pensar en la función de satisfacción alucinatoria del deseo. Y esto nos hace pensar en el niño de año y medio o dos años que se separa de su madre para irse a dormir. Y aquí tenemos dos casos: el niño capaz de dormirse chupándose el dedo y soñando situaciones de satisfacción, es decir, reanimando la satisfacción alucinatoria del deseo, y el niño que cuando está sólo deberá darse golpes, deberá darse con la cabeza contra la cuna para no pensar en la ausencia de su madre. Y creo que esto se repite en la adolescencia. Y aquí tenemos dos autoerotismos absolutamente distintos. En el primer caso, es un autoerotismo libidinal que tiene que ver con el objeto, o sea, cuando mi madre no está yo tengo recuerdos agradables que me la evocan, o la substituyo con cosas agradables, como chupándome el dedo. Y esto me relaciona positivamente con mi madre y esto es un estímulo al funcionamiento psíquico; en el segundo caso, cuando mi madre no está, estoy tan desamparado que lo que hace falta es no pensar, y para no pensar entonces me doy sensaciones dolorosas, o sea, me doy con la cabeza en la pared. Es decir, es un erotismo, pero un erotismo negativo que existe para eliminar la huella del objeto hasta en el pensamiento. No hay que pensar. La anoréxica, la bulímica, tienen un comportamiento que quiere ahogar el pensamiento, suprimir el pensamiento que les vincula con el objeto del deseo, y poco a poco hay que eliminar todo investimiento de objeto. Y en ese momento lo que se presenta son sensaciones mortíferas, dolo-

rosas y peligrosas. Para mí esta es la pulsión de muerte. Yo creo que no necesitamos referirnos a la noción de pulsión de muerte, pero hay algo aquí equivalente, mortífero, en cuanto estamos obligados a borrar toda huella libidinal porque este vínculo nos amenaza. Y entonces no nos queda más remedio que desarrollar un recurso a sensaciones corporales cada vez más violentas, cada vez más sueltas, sin ninguna líbido, mortíferas y peligrosas. Es decir, cuanto menos tenemos lazos objetales, más hay que desarrollar sensaciones violentas.

Y tenemos aquí de nuevo este círculo vicioso que evocábamos antes. Por supuesto, que la complicidad parental (complicidad involuntaria, bien entendido) facilita esta situación, o sea que si efectivamente los padres están deprimidos o si los padres sufren una amenaza, o constituyen una amenaza entre sí, o sea, este fenómeno de vasos comunicantes, –tan sólo me desarrollo en relación a mis padres–, entonces esto tendrá relación con la realidad de los padres y las cosas se agravan.

Así mismo, creo que la evolución de la sociedad favorece actualmente la emergencia de las problemáticas de dependencia y, en particular, porque la sociedad solicita el éxito individual, o sea facilita las exigencias narcisistas, facilita la expresión pulsional al mismo tiempo que no da ningún modelo. Y cuanto más liberal es una sociedad, –y creo que este es uno de los grandes peligros que nos amenazan, por desgracia; o sea que no estamos seguros de poder soportar la libertad–, cuanto más liberal es una sociedad, más nos remite a nuestras incertidumbres internas. Y cuando estos adolescentes tienes estas interiorizaciones precoces, si no tienen modelo vinculante pueden sufrir esta dependencia y entonces hay trastornos de comportamiento. Pero cuanto más coercitiva es una sociedad, más la dependencia queda suprimida, y entonces hay eventualmente conflictos de oposición, pero ya no vemos la problemática de dependencia. La evolución social actualmente la hace aparecer. Yo no creo que sean más dependientes que antes nuestros adolescentes, pero ahora lo vemos más.

Trabajar en la mina a los doce años, o trabajar en el campo, o ir al ejército, pues, ya la dependencia está más resuelta.

Eventualmente se revelaban o se dejaban matar pero no se veía. Pero ahora vemos aparecer el fenómeno con toda su violencia.

¿Cuáles son las consecuencias de todo esto?. Pues, bien, me parece que si vemos las cosas así, comprenderán que a estos adolescentes que tienen trastornos del comportamiento, como anorexia o bulimia, hay que ofrecerles lo que necesitan, o sea, relación objetal, una relación afectiva. Pero también, al mismo tiempo, hay que hacerla tolerable, porque se comprende que, si se les ofrece deprisa lo que necesitan, podemos asustarles. Y muchas veces es lo que pasa. Por ejemplo, vemos con frecuencia en la psicoterapia de estos adolescentes que el psicoterapeuta piensa que funciona, y la familia o el médico piensan que está cada vez peor. Y ambos tienen razón. Es porque las cosas van bien con el terapeuta que los síntomas están peor, porque yo veo el síntoma como una pantalla en relación con el investimiento del terapeuta. Por consiguiente nuestra preocupación es encontrar mediaciones, crear un función intermedia, multiplicando los que intervienen; de ahí la importancia de las terapias bifocales; de ahí la importancia, eventualmente, de la acción institucional. En un primer tiempo la psicoterapia tenderá a facilitar la reconstrucción del narcisismo y de las bases autoeróticas, más que el análisis de los conflictos. Me parece que el análisis de los conflictos, que es un análisis forzosamente objetalizado, que pasa por la relación, tan sólo es posible cuando hay una seguridad interior suficientemente establecida. Y esta seguridad interior vendrá porque el sujeto habrá tenido experiencias gratificantes. Y lo que me parece particularmente importante es encontrar en la adolescencia algo parecido al área de ilusión de Winnicott y a lo que describe como la capacidad del sujeto de encontrarse sólo en presencia del objeto. Pero diré también, y creo que es lo mismo, que puede estar sólo en presencia del objeto tan sólo si puede tener placer en pre-

sencia del objeto, sin preguntarse si el placer se debe a ese objeto o no. Y hay que volver a crear situaciones en las que haya placeres compartidos con los pacientes, sin que uno tenga que preguntarse a quién se debe el placer. Porque en cuanto empezamos a plantear el problema de la propiedad, de las fronteras y de los límites, inmediatamente vuelve la amenaza. O sea que hay todo un tiempo de placer compartido vinculado a los objetos sin que el sujeto sea consciente de que el placer está vinculado a estos objetos. Es por esto que para nosotros es tan importante para las anorexias obligarlas a veces, a mandarles cosas de las que tienen ganas. Ahí está el interés de la hospitalización, que se realiza en contra de su voluntad, aparentemente, porque así les permitimos reencontrar un placer sin que deban reconocer que son responsables de este placer. Y sólo después lo reconocerán. Pero si lo hacemos demasiado deprisa, tenemos el conflicto de que se pregunte «¿a quién debo esto?», y está entonces la problemática de la oposición entre la necesidad y la salvaguardia de la autonomía. Reencontrar, pues, estas experiencias de placer compartido, reencontrar mediaciones, evidentemente, esto es mucho más fácil, o menos difícil, para la anorexia que para la bulimia. Hay una gran diferencia, de la que no he podido hablar bastante. Pero la anorexia tiene posibilidades de inhibición que hace que pueda satisfacer mucho más fácilmente su ideal; tiene posibilidades de dominio que no tienen los bulímicos. Los bulímicos pueden ser mucho más difíciles de tratar porque vienen a nuestros brazos y vomitan rápidamente al cabo de unas semanas o algunos meses, y lo que los caracteriza es la ruptura del tratamiento. Y una de las salidas posibles es la idealización y creo que con estos pacientes, que tienen estas problemáticas de dependencia no podemos prescindir durante un tiempo de la idealización de la relación. Porque la idealización es lo que permite unir la necesidad que tenemos del objeto y la salvaguardia narcisista. El objeto es tolerable porque es ideal y, sobre todo, no es pulsional. Y hay que poder tolerar durante un tiempo esta idealización bajo el aspecto de *fetichización del objeto* que es una forma de domi-

nio sobre él. Una de las salidas posibles también es la del desarrollo de un masoquismo erógeno, o sea, una capacidad de obtener placer a partir de un cierto sufrimiento. Es una etapa importante de vínculo con el objeto, o relación con el objeto. En fin, creo que terminaré aquí. Gracias por su atención.

«TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y TOXICOMANIAS EN LA ADOLESCENCIA»

Por el doctor Aimé Charles-Nicolás *

En realidad no podemos decir que la idea de que la toxicomanía es un trastorno psicopatológico de la adolescencia, sea aceptada por todos. Primero: que la toxicomanía pertenezca al campo de la psicopatología, no está en absoluto aceptado por la mayor parte de los autores sobre todo en Estados Unidos. Algunos consideran que no hay psicopatología del toxicómano y que en realidad los toxicómanos, los drogadictos, tienen síntomas pero no hay ninguna especificidad de la toxicomanía desde el punto de vista patológico. Es decir, que no hay perfil psicopatológico del drogadicto, que habría trastornos psicopatológicos en los drogadictos pero no más que entre la población en general. Y sobre todo esta psicopatología parece no tener ninguna relación con el comportamiento del drogadicto. Por supuesto, dentro de estas preguntas se plantea el problema de lo normal y lo patológico en la adolescencia. Es un problema que no abordaremos. Sin embargo, existen toxicómanos de personalidad «normal», entre comillas, compatible, en todo caso, con el funcionamiento más o menos normal. Y lo que es posible también es que se pueda considerar que algunos toxicómanos dependientes, donde la droga tiene una función en el espacio psíquico del sujeto, se puede considerar que el funcionamiento de este sujeto, tanto si es normal como patológico, no interviene en la definición de su toxicomanía. O sea que puede ser toxicómano

* Director del Centro «Pierre Nicole». París.

con un funcionamiento normal o patológico. Esto no tiene importancia. Lo importante es que la droga juega ese papel, o sea, toma posesión en el funcionamiento psíquico del sujeto.

¿Cómo empiezan las toxicomanías? ¿Cómo se considera que los adolescentes se vuelven toxicómanos? Grosso modo podríamos decir que algunos aspectos predominan en función de los sujetos, pero también en función de los enfoques particulares de los terapeutas. Se puede considerar que algunos toxicómanos empezaron su toxicomanía de forma un poco coyuntural. O sea que tenemos la impresión de que el comportamiento del toxicómano, el principio de este comportamiento es una coincidencia entre una espera muy puntual del sujeto, una espera de droga, y al mismo tiempo una coyuntura social de oferta y facilitación de la expresión pulsional. Y sin duda la oferta de droga, muy seductora, muy atractiva, puede encontrar en la precariedad del adolescente, de forma muy puntual, una complicidad para empezar un proceso de toxicomanía. La accesibilidad a la droga y el poder químico de la droga a continuación pueden organizar una toxicomanía.

De todas formas, es infrecuente. Y se ven toxicomanías que se inician con un principio muy asocial, como si el individuo fuera en primer lugar psicópata y delincuente y llegará a la toxicomanía después. La primera hipótesis conjuga muy bien con la inquietud general de la población a propósito de la droga. Es un hecho que en la mayor parte de los medios de difusión se presenta justamente la toxicomanía como el resultado de la presión de la oferta de las drogas, rechazando cualquier expectativa eventual. Y muchas veces, se han citado ejemplos en los periódicos de chicas y chicos muy bien educados, que han recibido una buena educación, que son personas equilibradas, que han gozado de todas las ventajas de la vida y que al final se han convertido en la presa de un traficante que los ha transformado en toxicómanos o en drogadictos. Y los padres tienen una gran inquietud por ver que sus hijos son presa de la droga, inde-

pendiente de cualquier predisposición, por así decir, o de cualquier tipo de preparación caracterial para hacerse drogodependiente. Ahora bien, la experiencia muestra que existen drogadicciones sintomáticas, es decir, que existen indiscutiblemente individuos que utilizan la droga para cuidarse, para tratar sus angustias, para tratar sus depresiones, esto ya de manera más infrecuente. Es evidente para psicólogos, psiquiatras y educadores, que la toxicomanía tiene una función autoterapéutica, anunciada ya de buen principio. Por lo demás, si una drogodependencia autoterapéutica se detiene, se ven surgir inmediatamente síntomas; por ejemplo una homosexualidad muy conflictiva, obsesiones, en fin, sobre todo fobias y angustias naturalmente, accesos o ataques de angustia difusa. Y esto se ve muy frecuentemente.

Así pues, progresivamente nos hemos ido deslizando hacia la idea de que la psicopatología era pertinente para estudiar la drogodependencia. Con el fin de ilustrar rápidamente esta idea, en la medida en que es útil y pertinente, quisiera subrayar que a partir de dos cuestiones fundamentales pero muy esquemáticas, 1) el toxicómano, ¿es responsable de su enfermedad?, 2) el drogadicto ¿es agente de su curación?, se pueden proponer cuatro modelos de comprensión de la drogodependencia.

En realidad se trata de un esquema que muestra que cuando se contesta *sí* a la cuestión «el drogadicto es responsable de su enfermedad», pero no es el agente de su curación, se induce un modelo religioso de explicación de la drogodependencia con una solución que procedería de «high power», como dicen los ingleses, es decir, de una potencia sobrenatural. Y cómo el pecador, el toxicómano recibe su curación de las manos de Dios. Pero, en fin, no quiero decir que sean así las cosas. Lo que sí diré es que hay muchas instituciones religiosas que se ocupan de los drogodependientes. Y justamente no hace mucho que regresé de La Martinica, –país donde nací–, y se me pidió allí que animara un seminario sobre drogodependencia, y en

la sala había muchas personas que esperaban zanjar el problema de la droga con una actitud o con una ayuda religiosa. El fenómeno es más importante todavía en los Estados Unidos. En fin, este es el modelo religioso; hay otro modelo que es el modelo moral que hasta hoy infiltra, el funcionamiento de las instituciones, en Francia sobre todo. Es decir, que el drogodependiente sí es responsable de su toxicomanía y sí es agente de su curación, y su toxicomanía, a la postre, con un poco de voluntad debería poder deshacerse de ella. En fin, me sorprende totalmente que cuando visito instituciones y cuando escucho a algunos de mis colaboradores, me doy cuenta, me percato que sigue habiendo restos nada despreciables de este modelo moral de la toxicomanía, de la drogodependencia.

La protección contra la droga es una idea muy antigua. Ya desde los años setenta, dentro de esta oleada del nuevo enfoque de la drogodependencia y dada la represión que hubo en los hospitales psiquiátricos, que fue seguida por un enfoque muy liberal de la toxicomanía, pues bien, tras todo esto o con todo esto no se prestó atención a que había muchos modelos morales. Y por lo demás, esta espera de la petición del sujeto, el hecho de que se le deja inerme frente a la proposición o propuesta de la droga que se renueva constantemente, se espera que tenga un brote de voluntad y que pueda componérselas sólo con una pequeña ayuda de un especialista. También hay un modelo médico, que dice que el toxicómano no es responsable de su toxicomanía y que hay causas bioquímicas, causas endorfínicas, que son las que provocan esta toxicomanía y que, naturalmente, su curación vendrá de un agente exterior. Hay un cuarto modelo que es más o menos el que podríamos considerar, y es el hecho que el toxicómano no es responsable de su toxicomanía, pero es parcialmente capaz de hallar sustituto y ayuda terapéutica para compensar sus perturbaciones que le llevaron a la drogodependencia. Esto es, grosso modo, lo que quería decir para introducir el problema de la drogodependencia no a través de los trastornos de la adolescencia sino a través

del campo de la toxicomanía. Es decir, que hay muchísimos especialistas que se ocupan de drogadictos que no tienen un enfoque psicopatológico, psicoanalítico menos aún, de la drogodependencia. En fin, sabemos muy bien que la toxicomanía se inscribe dentro de un contexto de trastornos de comportamiento del adolescente. Estamos de acuerdo en este punto. Y el punto sobre el que no estamos necesariamente de acuerdo es *la cuestión de la estructura.*

Les diré que yo trabajo en esta perspectiva y completamente. Pero encuentro que de vez en cuando se me reprocha el no poner en relación la toxicomanía con el problema de la estructura. Y hay neurosis, y eso es evidente, neurosis toxicomaníacas, pero son una minoría. Los especialistas y psiquiatras que dicen que la toxicomanía no es sino un síntoma perfectamente accesorio con respecto a una estructura psicótica, a una estructura neurótica, remiten el tratamiento de la toxicomanía al tratamiento de la neurosis, de la psicosis y, naturalmente, esos psiquiatras mantienen una intoxicación que es paralela al proceso de tratamiento de la psicosis y la neurosis. Y es evidente que, si no queremos que la teoría se oponga a la terapéutica, *habrá que interesarse esencialmente en el funcionamiento mental del individuo y mucho menos en su estructura.* De todas formas cuando se abandona la dicotomía psicosis-neurosis y se abre el campo estructural a todos estos amplios ámbitos de estados límites, de organizaciones anaclíticas y de todas estas patologías del narcisismo, se puede encontrar con cierta frecuencia la drogodependencia como síntoma evocador, precisamente, y la toxicomanía se instala allí como una verdadera entidad.

Las herramientas conceptuales de la psicopatología insisten en la importancia de las interacciones madre-hijo en la primerísima infancia. Por ejemplo, ciertas madres, como quiera que no entienden el significado de los gritos de sus bebés, de sus niños, podrían, lo digo en condicional, podrían repito, facilitar la evolución del bebé hacia un ulterior recurso a fuerzas ex-

teriores y sobre todo hacia prácticas de incorporación que ocuparían, tomarían el puesto de procesos de mentalización y de otros procesos psíquicos. Asimismo, una madre que ansiosamente se le anticiparía al niño en sus demandas lo haría intolerante a las frustraciones incluso mínimas; al ser intolerante a las frustraciones podría caer en manos de la droga y desarrollar relaciones de dependencia muy generales. De todas formas esta configuración madre-hijo se puede encontrar pero siempre a posteriori. Y, verdaderamente, no tenemos unos nexos lineales entre esta configuración y la toxicomanía actual.

En suma, cuando nos ocupamos de drogodependientes nos sorprende que hay a quien le ha faltado todo y a otros no les ha faltado nada. Y que sobre todo en el centro que dirijo en París, centro que recibe a toxicómanos des-socializados principalmente, nos sorprende, repito, la observación de la frecuencia de antecedentes de rechazo o de intervención de la madre en el psiquismo, en la psique del individuo. Pero lo que me sorprende a mí es que los toxicómanos dan la impresión de tener la convicción de que no vale la pena que se ocupe de ellos, que no vale la pena que la madre se dedique a ellos. Y en todo caso todos los que han ido, han corrido de mano en mano, de niñera en institución, todos ellos tienen la convicción que no vale la pena. Porque además no han sido capaces de retener a sus madres. No están a la altura de las circunstancias. No se trata de estar a la altura de las circunstancias en cuanto a rivalidades, etc. Pero narcisísticamente esto significa un poco como no ser válido.

Lo que se encuentra también desde el punto de vista psicopatológico es que se insiste sobre el fallo paterno en muchas configuraciones de drogodependencia. El padre parece ser que no introdujo leyes en las relaciones del niño con el mundo y éste tendría tendencia a transgredir y a apoyarse en la dependencia en lugar de en esta ley de la que carece, que no le ha sabido transmitir el padre. Muy a menudo se insiste sobre esas

dificultades del adolescente para identificarse con su padre, para representarse dentro de una función social y dificultades para entrar en este mundo social.

A mí me da la impresión que tal vez se podría subrayar esta expectativa de la sociedad con respecto a los adolescentes como una presión, una imposición importante que los toxicómanos dicen sufrir de forma muy penosa. También existe un recurso a la coyuntura de la adolescencia para explicar la drogodependencia; es decir, que para afrontar la eclosión de las pulsiones agresivas y eróticas, el individuo recurre a una droga que precisamente tiene una función química sedante. Y seguro que el adolescente evita los esfuerzos complejos de adaptación psíquica recurriendo así a estas drogas. Lo que hace el adolescente es congelar sus pulsiones y de manera muy eficaz.

Estoy esbozando un panorama de las «causas» de la toxicomanía. Pero en otros sitios se pone en tela de juicio la familia y se observa la frecuencia de productos de intoxicación en la familia. Se explica también que los odios movilizados por los conflictos familiares se han ido expresando en el seno de la familia de manera muy violenta, de manera traumatizante frente al niño. Y este niño en el futuro intentará adormecer sus angustias, o paliar sus angustias con productos tóxicos. Se subraya también que la toxicomanía viene a cohesionar a una familia que se estaba desintegrando, y la toxicomanía va a soldar la familia en torno a una misión, una especie de cruzada de preocupación mayor, de preocupación dramática que va a tener con ocasión de la drogodependencia del adolescente.

Naturalmente, este funcionamiento familiar tendrá tendencia a mantener al toxicómano en su situación de dependencia con respecto a la familia y con respecto a la droga. En realidad, más allá de todas estas teorías más o menos explicativas se halla la realidad de la clínica de las toxicomanías, y esta clínica

evidencia la complejidad de los mecanismos en juego y el hecho de que no se puede tener a priori una teoría que se podría aplicar a toda toxicomanía. Pero tal vez será necesario conjugar varias hipótesis para poner a disposición de los toxicómanos que se presenten en la consulta unas posibilidades de interpretación, unas posibilidades de asociación suficientes para que seamos útiles al toxicómano. Porque es evidente que si hay aspectos muy fuertes, muy marcados en tal o tal toxicómano, en realidad a menudo tenemos que tratar a una serie de determinismos muy diversos de la toxicomanía y habrá que distinguir cuidadosamente entre los distintos caminos que conducen a la droga en la adolescencia. Es decir, que el individuo recurre a la droga sin ninguna idea de toxicomanía o de drogodependencia, como si se representara la duración de la dependencia toxicomaníaca como un túnel que va a durar cierto tiempo y que él va a necesitar lo menos posible, espera él. Pero él sabe perfectamente que será necesario para su equilibrio psíquico. Y se trata de toxicomanías que tienen tendencia a perpetuarse, a perennizarse. Mientras que el primer caso que se refiere el recurso a la droga puntualmente, puede desarrollarse, es cierto, en forma de drogodependencia breve. Es bastante fácil tratar a este tipo de toxicómanos que duran un año o dos, toxicomanías que duran un año o dos, y que suelen ser compañeros de toxicómanos, que se convierten en toxicómanos porque han querido salvar al sujeto de su toxicomanía y hasta cierto punto se han encontrado arrastrados a la drogodependencia. En todo caso lo que sí me parece importante es distinguir bien el recurso a la droga, que es algo propio de la adolescencia que se puede considerar como sintomático y que pueda encontrarse en toda serie de configuraciones estructurales postadolescentes. Pero hay que comprender que hablamos aquí de los que permanecen en la drogodependencia durante años y años y que tienen muchas dificultades para zafarse de la drogodependencia. Y en estos sujetos, vemos que algunos han buscado activamente la dependencia, mientras que otros han buscado activamente el riesgo. Y ambas funciones de la drogodependencia se hallan sepa-

radas, en general, en los inicios de la drogodependencia. La toxicomanía no puede ser verdaderamente el producto de un encuentro fruto del azar entre un adolescente y la droga. E incluso si la droga está muy presente hoy por hoy en nuestra sociedad, e incluso si se considera que existen toxicómanos normales, por así decir. Estas personas son de muy fácil tratamiento, en general.

Quisiera decir ahora algo más concretamente a propósito de la conjunción, esa especie de connivencia misteriosa que existe entre la adolescencia y la drogodependencia y los inicios de la drogodependencia.

En la adolescencia, la drogodependencia llega como algo que esperaban, como algo puesto, justo para facilitar las dificultades del toxicómano. Así por lo menos es como veo las cosas y no soy el único. En cuanto a los distintos elementos de la problemática del adolescente, podemos decir que, por ejemplo, para empezar por la excitación pulsional, la droga y la toxicomanía vienen, como les decía antes, a congelar las pulsiones. Pero sobre todo, todo ese trabajo de elaboración que se hace normalmente en cuanto a la elección de la identidad sexual y la elección de objeto sexual, todo este trabajo de elaboración es evitado por el drogadicto. Y los trabajos que conceden mucha importancia, como por ejemplo el de Phillipe Jeammet, al eje actividad-pasividad, estos trabajos han sido confirmados por la clínica de las toxicomanías y la actividad de estas problemáticas en sujetos que, dándose un papel activo, luchan contra la vivencia de pasividad. O sea, que el drogadicto toma la dirección de las operaciones, se da un papel activo; pero, en realidad, este papel activo es un papel que conlleva la dependencia; es una acción que hace que gane en todos los aspectos, o sea, evita el tener que elegir ser activo o pasivo y, drogándose, se pone en situación de dependencia y debe, pues, sufrir la omnipotencia de la droga y volver a encontrar esta tranquilidad que le gusta en la dependencia; y al mismo tiempo, puesto que tiene mucho miedo de la pasividad, encuentra un papel muy activo. Además

esta forma de tomar la dirección de las operaciones, esta forma de actuar, le permite evitar resentimientos y le permite evitar también lo que le es difícil de representar. Y esto es algo que está muy presente en lo que dicen los drogadictos. Es importantísimo oír que con la drogodependencia actúan en dos frentes, porque evitan por una parte esta representación intolerable y, además, la substancia en sí, permite luchar contra estas representaciones intolerables.

La existencia de la drogodependencia es una existencia de puesta en acción permanente y esto actúa también para evitar que el sujeto deba pensar. Sin duda la droga y la toxicomanía actúan anestesiando lo que no se puede rechazar. Además la toxicomanía impone al sujeto una vida obligada. Esta es una expresión de Piera Aulagnier, pero es una noción que todos tenemos en mente: esta vida reglamentada por la droga, el sujeto está bajo la droga, dominado por la droga. Esto permite asociar inmediatamente con las instituciones que se ocupan del drogodependiente y sobre todo, por ejemplo, la asociación «el Patriarca» que tiene mucho éxito en España.

Sin duda estas instituciones aportan al sujeto un alivio de su angustia, le tranquilizan en su angustia. Y organizando de forma muy minuciosa la vida diaria del sujeto, se le evita pensar. Los drogodependientes dicen que viven esas obligaciones de elegir como algo doloroso y la droga elegirá en su lugar. Y sabemos que es la droga la que elige el modo de vida y los amigos, la droga elige la compañera también o el compañero. Por supuesto, no sólo hay esta actividad de pasividad y esta dimensión pulsional en la toxicomanía. Hay toda una problemática de identificación también, que es muy complicada, que podemos utilizar mediante muchos enfoques para comprender algunos comportamientos de toxicómanos, de drogadictos. En muchos se observa una negación global de esta multiplicidad interna, de esta especie de polifonía o de posibilidad de identificación que se tiene en el momento de la adolescencia, donde se pasa de

una imagen a otra. Hay, al contrario, alternativas masivas, y a veces ni siquiera hay alternativas, hay elecciones identificatorias casi obligadas. Y probablemente esto se debe a motivos anteriores. Pero lo que es sorprendente es que se tiene la impresión de que estas elecciones obligadas se basan en cuestiones de lealtad, cuestiones dramáticas de lealtad en las que el sujeto se encuentra ante elecciones imposibles; o sea que ser leal es ser, al mismo tiempo, desleal. Y la droga se utiliza para negar este conflicto, para negar la necesidad de elegir, y también para ocultar la vergüenza de haber sido desleal y para tranquilizar esa angustia que es provocada por la impresión de haber traicionado y de haber sido traicionado. Claro que hay otros aspectos identificatorios en la toxicomanía. Se ha insistido, por ejemplo, sobre el fallo de la función paterna. De esto he hablado antes. Hay muchas cosas, por ejemplo, sobre la depresión de la madre o la falta de interés por parte de la madre. Lo que me sorprende, –y quizá más tarde volveré a esto–, es que los drogadictos se quejan de ser la herramienta del narcisismo materno. Muchas veces se trata de niños que han sido objeto de un cierto desinterés o de una carencia de interés por parte de los padres en cuanto al futuro de estos niños. Son adolescentes que dicen que «me toma y me tira» cuando hablan de su madre. En fin, podremos volver a hablar de esto más adelante.

Lo que es seguro también es que en esta problemática del adolescente en general, el segundo proceso de separación e individuación tiene una función fundamental. Incluso se puede considerar que la toxicomanía es una tentativa para el sujeto de huir de esta fusión con la madre o de esta posesión de la madre sobre la psique del sujeto. Y esto es frecuente, lo dicen los toxicómanos.

O sea, dicen: «Me drogo para quedarme con ella» o «porque no me puedo ir» o «me drogo para irme y al mismo tiempo me quedo en casa». Pero algunos se fueron de casa y sin embargo dicen que su madre les posee, posee su cabeza. Esto es

una expresión muy corriente en los adolescentes, sobre todo en los drogadictos, el hecho de que se les coja la cabeza es algo bastante fuerte y bastante presente en su discurso. Así pues, estos toxicómanos no parecen haber sido considerados como individuos, sino como herramientas del narcisismo de los padres. La madre no pudo nunca llegar a negociar la separación e individuación. Y sin duda hay en algunas madres comportamientos que dejan comprender al niño que esperaban un triángulo, pues la madre se las arregla para decirle al niño que el objeto de su deseo no es su padre. Hay el hecho de que la madre no recurre al padre y sin duda hay drogodependencias que están vinculadas a esta complicidad secreta que hay entre la madre y el hijo. La madre dice: «Ni siquiera necesito preguntarle en qué está pensando porque ya lo sé. Estamos vinculados el uno al otro. Yo sé, leo sus pensamientos». Así pues, en cambio, impide la mediación del padre. Y sin duda hay muchos drogadictos que intentan liberarse de la madre. En cambio otros se imponen la misión de mantener a la madre con vida, de mantener a la madre en un estado de equilibrio psíquico y salvaguardarle un cierto narcisismo. Así pues, nos sorprende la incapacidad de estos padres en el momento de la adolescencia. No soportan la separación, no saben entrar en conflicto con el hijo. Por ejemplo, no saben prohibir al niño que entre en la habitación. Y alternan una permisividad y una represión que depende más de su estado de humor que de la realidad de la situación del niño o del adolescente. Se observa con frecuencia estas constelaciones familiares bajo formas del padre que está como en segundo plano frente a la madre que es omnipotente para el niño, y el padre no asume el papel de ruptura simbólica con la madre pregenital. Existe muchas veces un modelo familiar con parejas madre e hijo por una parte, y el padre por otra. Pueden ser también parejas con niño-abuela y la madre descalificada y dejada de lado por el padre. O sea que muchas descalificaciones como esta; y también sospechas incestuosas. Así pues, es para autonomizarse, es para afirmar su independencia, es para intentar liberarse de la influencia materna que algunos sujetos

escogen no la droga sino la toxicomanía, una existencia toxicomaníaca limitada que han decidido elegir para intentar liberarse de esa influencia. Y muy frecuentemente el sujeto dice que se ha sentido invadido por su madre. A mí me sorprende mucho que estos niños o adolescentes que tienen dificultades en separarse de su madre, cuando están en el centro «Pierre Nicole», carecen de respeto para con los demás; esto nos hace evocar el hecho de que jamás fueron reconocidos como teniendo derecho a un espacio vital o corporal y que no se ha concedido la suficiente atención a su presencia en el mundo. Son niños que probablemente han soportado escenas de violencia o de exhibición del cuerpo de los padres, escenas de violencia de los padres y también escenas sexuales. Los hijos de toxicómanos también tienen que asistir a estas escenas. Y recuerdo varios ejemplos de hijos de toxicómanos, en particular mujeres que se prostituyen en la habitación donde duerme el niño. O sea que esto es como un olvido del niño, una falta de respeto del niño como individuo. Lo que vemos después es que el adolescente se defiende con un desinvestimiento de toda relación. El no quiere, se niega a comprometerse en cualquier relación afectiva, no de forma neurótica, sino porque, si se le deja caer, se cae realmente.

Hay toxicómanos que no carecieron de nada y otros que carecieron de todo, otros fueron masivamente abandonados o fueron colocados en instituciones o en otras familias. Con mucha frecuencia oímos a toxicómanos que asimilan la búsqueda de la heroína a la búsqueda de su madre. Y hay así confusiones de palabras o asociaciones de ideas que nos hacen pensar que la búsqueda de heroína es una búsqueda de la madre. También esto me recuerda a una problemática de duelos importantes en la adolescencia y que está presente en los toxicómanos. Hay muchos toxicómanos, –yo tengo muchísimos en mi clientela–, hay muchos drogodependientes que empezaron su toxicomanía después de la muerte de sus padres, utilizando el dinero del seguro de vida íntegramente para comprar heroína y drogarse. El

dinero del seguro de vida o el dinero del seguro, cualquiera que sea, si se trataba de un accidente, o la herencia también... Mientras queda dinero no hay posibilidad de sacar al sujeto de su toxicomanía. O sea que en estos sujetos hay mucha dificultad para elaborar la pérdida de los padres.

Y en la inyección del polvo en la vena hay a la vez una tentativa de dominar afectos penosos o representaciones intolerables y también de controlar o dominar, o elaborar esta pérdida de los padres. Así pues tenemos un vínculo con etiologías traumáticas de la toxicomanía. No creo que tengamos que entrar en una discusión sobre la etiología traumática o no de la toxicomanía porque, por supuesto, primero habría que ponerse de acuerdo sobre el significado de la palabra traumatismo puesto que este término tiene significados variados, traumatismos masivos puntuales o bien minitraumatismos que sumándose dan lugar a trastornos de comportamiento. Pero lo importante es que en la falta de heroína, que es algo organizado por el toxicómano, en esta carencia hay una tentativa por el sujeto de recrear algo que vendría de la carencia de los padres y una confusión que hacen entre la carencia y el duelo. Es decir, el sujeto tiene una cierta dificultad en hacer un trabajo de elaboración alrededor de esa pérdida y busca la compensación en la inyección de heroína. Y aquí se aprovecha la idea de María Torok de distinguir el proceso de introyección y el fantasma de incorporación. De esto volveremos a hablar más adelante.

De forma general hay toxicómanos que no carecían de nada, los que carecieron de todo y los que están entre ambas categorías y que sufren por la falta de interés de sus padres hacia ellos. Hay drogodependientes que dicen que los padres los utilizan. Pienso por ejemplo en una joven que a los dieciséis años había obtenido de su madre una habitación. Entonces, muy concretamente, las cosas sucedieron así: su toxicomanía empezó a los dieciséis años; dice que se murió su padre y su madre tuvo que trabajar para alimentarla a ella y a sus dos hermanos.

Hacia la edad de catorce o quince años, cuando ella tenía catorce o quince años su madre encontró un amigo, en fin, se puso a vivir con otro hombre. Entonces nos cuenta que en un momento determinado esta relación tenía cada vez más importancia, de su madre con este hombre, y la madre le buscó un piso, una habitación a la niña no lejos de la casa familiar. Y dice: «Si yo hubiese estado en lugar de otra amiga me hubiese alegrado mucho tener una habitación a los dieciséis años. El drama es que mi madre me presentó esta habitación de la forma siguiente, me dijo: "Oye, puesto que mi novio vivirá con nosotros en casa ya no hay sitio para ti, por consiguiente nos vemos obligados a buscarte una habitación". Entonces así como mis amigas hubiesen estado encantadas de tener una habitación independiente, a mí esto me desesperó y a partir de ahí me precipité en la drogodependencia, o sea, porque estaba absolutamente derrumbada».

Vemos, pues, esta mezcla sutil de desinvestimiento e invasión contrariamente de la madre con respecto al niño o a la niña; ello supone que, a partir del momento de la identificación precoz, haya trastornos de la estima de sí mismo. Quisiera insistir en estos trastornos de la estima de sí mismo que a menudo están en relación con una patología de narcisismo extremadamente onerosa, gravosa. Cierto es que la ambivalencia, antes de la adolescencia, en la infancia ha dado lugar a grandes dificultades o a ciertas dificultades, sobre todo dificultades narcisistas. El recurso a las drogas es una suplencia, una intención de suplir el narcisismo y un papel mediador en las relaciones interpersonales. El individuo, en este caso, no puede reconocer su propia realidad si no es al precio de la dependencia. Quiero decir con ello que en el riesgo de la muerte que implica la inyección de droga, allí es donde el individuo experimenta su propia realidad y por otra parte en esta actitud de una presencia de la dependencia, de un nexo de dependencia, es allí donde el individuo reconoce su propia realidad de dependencia psíquica. A propósito de lo que decía en materia de riesgos, cierto es que

ciertos toxicómanos o algunos adolescentes entran en la drogodependencia por la puerta de la dependencia y saben que esto viene así, y otros empiezan la toxicomanía con un desafío deliberado de toma de riesgo; y esta toma de riesgo, este afrontar el riesgo se ha de tomar en cuenta porque, seguro que ese riesgo contiene un deseo de vivir y, lejos de ser destructivo o autodestructivo, el comportamiento del toxicómano aparece como una voluntad de vida, pero el individuo no está seguro de su derecho a vivir. Y dado esto, tiene que remitirse a una potencia sobrenatural, a una madre arcaica que le autorice a vivir. Incluso si escapa a la muerte, incluso si habiendo rozado la muerte se ve confirmado su derecho de vivir, el drama es que el narcisismo aflora otra vez y él tiene que repetir este desafío a la muerte. Y muy a menudo vemos tentativas de suicidio que se producen después del fracaso de la toxicomanía.

«UN HEROINOMANO: LA ADOLESCENCIA DE UN CAMINO PERDIDO»

Por J. Colás

Introducción

El paciente heroinómano, en mi experiencia, es un paciente que te cuestiona los patrones y modelos clásicos de acercamiento psicoterápico. Su tendencia a la actuación hace difícil el mantenimiento de cierto setting. Mucha de su conflictiva tiene que ver con los otros (pareja, familia, entorno social), lo cual está presente de una forma u otra en el tratamiento (traído por el paciente verbalmente o de hecho).

Con frecuencia es difícil entender lo que está pasando y poder mantener una actitud terapéutica. ¿Hasta qué punto no contra-actúa el terapeuta con estos pacientes?, ante una relación tan frustrante, manipuladora, llena de una angustia de muerte, con problemáticas graves, tanto médicas como familiares y sociales. Todo ello hace difícil encontrar y mantener un espacio mental, psíquico en tu actividad terapéutica y en el otro.

Quiero traer aquí una experiencia terapéutica, con sus diversos avatares, mi papel y mis dificultades. Un añadido de una entrevista catamnésica dos años después de interrumpido el tratamiento. Y para finalizar las preguntas que me hago en este caso.

Este tratamiento fue realizado en el marco del Centro Asistencial de Drogas de Santander, participando en diversos mo-

mentos el médico, para la atención médica, así como farmacología, de desintoxicaciones, y la Asistente Social.

Historia personal

Ramón es un chico de 23 años, enviado por el Servicio de Psiquiatría de Valdecilla. De aspecto agradable, colaborador y con una buena capacidad de verbalización. Lleva 4 años dependiente de la heroína i.v., en una cantidad que oscila sobre los 250 mg/d, 2 picos/d. Trabaja en una empresa de servicios, temiendo perderlo; está casado desde los 20 años, después de una relación larga y estable de noviazgo. Tiene un hijo de 12 meses.

Fumaba cánnabis con cierta regularidad, no teniendo problemas en su manejo y control, sin probar otras drogas. Durante el servicio militar sufrió un arresto al desobedecer, por lo que fue encerrado en un calabozo. Dice que lo pasó muy mal. Tenía de compañero a un yonky, que le invitó. A partir de este momento lo siguió haciendo con regularidad.

Es el mayor de 3 hermanos varones. Padre con el que no tiene mucha relación, es vivido como cortante. Madre que se angustia con facilidad y entregada a los hijos.

El paciente constantemente hace reproches, sintiendo a los padres responsables de lo que ocurre (le agobian, controlan, no le ayudan...).

Tratamiento

La relación terapéutica duró 2,5 años, con diversas fases que intentaré mostrar.

Primera fase:

De un año aproximadamente, donde después de conocernos, pedía ayuda medicamentosa. Se iba frecuentemente a un pueblo a desenganchar, venía esporádicamente, o era su mujer quien me telefoneaba o se presentaba en la consulta para informarme de su estado, o pedir asesoramiento. Fue una época en la que destacaría su dificultad en aceptar ayuda, creyendo que él solo lo podía hacer, no necesitando de mí. Yo adopté una actitud de disponibilidad, respetando su planteamiento, no dándole todo lo que médicamente me pedía, ponía límites, ayudándome para ello la mujer que se responsabilizó de la medicación.

Segunda fase:

De una duración de 9 meses aproximadamente.

Podemos establecer una relación terapéutica, con una frecuencia de 2 entrevistas semanales. Haciéndose cargo el médico del C.A.D. de los aspectos farmacológicos.

Destacaría de esta fase la dificultad en el manejo de sus afectos agresivos, dirigidos de forma autoagresiva y heteroagresiva. Inicialmente fuimos viendo la relación con su hijo, al que corta y machaca no permitiéndole jugar libremente. Darse cuenta de ello, viéndose como un padre «cortador», le despierta mucho odio, conectándole con experiencias suyas infantiles con su padre.

La fragilidad yoica para tolerar estos sentimientos era tal, que él relataba sentir «como si dentro de mí ese gigante, lleno de odio, me machacara», necesitando inyectarse heroína para protegerse de ese odio vivido tan peligroso.

Percibía que en muchas ocasiones necesitaba de la heroína para proteger aspectos suyos y relaciones que eran importantes para él (su hijo, la mujer y él mismo). La idea de la muer-

te y la destrucción estaba presente, de forma actualizada, recurriendo a clavarse en una ocasión una navaja en el vientre, necesitando hospitalización.

Era duro y dificultoso el tratamiento, porque mi estrategia en facilitar la verbalización, de tal forma que perdiera el poder omnipotente (ese gigante), que el temor a matar pudiera ser hablado y comprobar que yo no moría. En su relación conmigo pudimos analizarlo después de unas vacaciones de semana santa, donde me dice «me sentí perdido, sentí tanta rabia que pase de ti, de la medicación, del tratamiento y de todo, me volví a inyectar heroína».

Sus deseos de muerte hacia mí, que le hacían pasar, le daban pie a fantasear que vengativamente yo también pasara de él y le echara del tratamiento. Para evitarlo venía muy sonriente, educado y aparentemente colaborador, sometiéndose a esa figura superyoica que proyecta en mí.

Como estrategia buscaba detectar los momentos aparentemente colaboradores, donde adoptaba una actitud serena, habladora, explicaba todo, pero que sabía escondía esa conflictiva de odios.

Esta forma de funcionar la vimos relacionada con otros lugares y otras personas. Su intolerancia a situaciones que en el trabajo le despiertan mucha rabia, por ejemplo vivía la empresa como un padre que le obliga a trabajar, sintiendo una rabia tan intensa que ante el temor a no poderse controlar, y a las repercusiones de ser expulsado, le lleva a inyectarse heroína.

Mi insistencia en ir analizando este funcionamiento de hacerse el bueno, ante la proyección de esa figura-gigante que teme le castigue «pasar de él o echarle del tratamiento», me fue permitiendo entender un aspecto en su funcionamiento engañoso, dando una falsa imagen, a costa de renunciar a sus propios

sentimientos, a sus propias ideas y en definitiva a sí mismo. Todo ello relacionado con el no poder él hacerse cargo de algo suyo que le aterrorizaba tanto.

Sin embargo, aunque yo iba entendiendo algo del paciente, la clínica se iba deteriorando, antes se inyectaba esporádicamente, pero progresivamente fue aumentando su frecuencia, hasta que se volvió a enganchar físicamente. Todo ello trajo muchos más conflictos con su pareja y su familia: conflictos de coger dinero, de encontrarle jeringas, de amigos que dicen verle con camellos, cambios en la relación, etc... Todo ello me lo iba ocultando y aunque yo lo intente trabajar (ante resultados toxicológicos que daban positivo, de lo que era informado por el médico), lo entendí como la actualización, en relación conmigo de otra forma de engaño, donde ataca y sabotea la relación y el tratamiento. El me dice lo que siente «el gigante me machaca, soy un monigote, no puedo nada contra él». Así me sentía yo: impotente, engañado y manipulado.

Es evidente que su conflicto interno lo traía a la relación conmigo, en la transferencia. Donde ese gigante cargado de odio, a través del engaño y sus deseos de atacar el tratamiento, me trataba a mí, como un niño pequeño, al que no quiere dejar crecer, mostrar sus deseos de vivir, de ser libre, todo ello depositado en mí.

La situación se iba deteriorando, hasta que la familia preocupada me pide entrevistas (pareja, la madre). Después de hablarlo con el paciente, convinimos tener una entrevista con su mujer estando él presente, y otra con sus padres a la que prefirió no asistir.

Fueron momentos difíciles para mí, me sentí confuso en mi identidad de psicoterapeuta, por tener que plantearme estas entrevistas. Por otro lado sentía que el tratamiento no avanzaba, el «gigante» se encargaba de machacarlo y yo me sentía como

un monigote. Me animo al percibir que el paciente sintió cierto alivio cuando decidí hacerme cargo de las nuevas demandas familiares, no oponiéndose, incluso estando pendiente y puntual de esas entrevistas.

A partir de aquí se inició la *Tercera fase* del tratamiento. Durante las entrevistas con la pareja va apareciendo una dinámica en su relación, en la que domina la evasión, donde la mujer no puede tolerar la angustia, la inquietud del paciente (coincidentes con la acción del gigante que machaca). No puede hacerse cargo, y compartir estas vivencias, reaccionando con la distancia, la frialdad y el reproche. Ante ello, se incrementa el sentimiento de odio en el paciente, que se siente abandonado, recurriendo a su particular forma de defenderse del gigante, evadirse de él, con la heroína. Se ve cómo la mujer se siente engañada, manipulada y tratada como un monigote por el marido (fundamentalmente a través del escaso dinero). La mujer puede ir expresando su deterioro personal, como profesional y como persona, por la forma de reaccionar, pues al evadirse de lo que le angustia del marido, se evade de sí misma «estoy tan pendiente de él que me olvido de mí». En presencia del paciente, muestra deseos de cuidar de sí misma y de su hijo, aunque no se sienta valiente para intentarlo y dejarle.

Me sorprendió en la otra entrevista que hice a los padres a solas, dado que él no quiso participar, observar una dinámica similar, evasiva. Cuentan los padres y sobre todo la madre, como se sienten fundamentalmente fracasados, culpables, avergonzados, tristes,... se repliegan, no hablan. Se encierra en casa y no sale, evita el contacto con amigos y con la sociedad en general (la madre). Expresan ambos muy pocas ganas de vivir y no poder disfrutar de sus cosas, aficiones, etc...

La madre relata su angustia, que no soporta cuando ve a su hijo mal, reaccionando con reproches, que es consciente que dañan a su hijo, pero no puede evitarlo. Al tiempo cede a

los engaños y manejos manipuladores del hijo, fundamentalmente con el dinero, entregándoselo por no soportar la angustia y el miedo que siente. Todo ello repercute en la pareja de ambos que se ha ido deteriorando igualmente.

Toda esta información me hace confirmar, la idea de que ese gigante destructivo lo siente tan poderoso que no sólo le ataca a él, como un monigote, sino que ataca y está dañando a otras personas importantes para él, su mujer, y la relación de la pareja propia, así como madre y la pareja de ambos. ¿Qué puedo hacer yo con un gigante tan destructivo, que confirma en la realidad sus vivencias internas?

A partir de aquí monté la estrategia de ver fundamentalmente a la pareja con el paciente presente, y a los padres cada 30-40 días. Manteniendo el ritmo de sesiones con el paciente. Mi objetivo era ayudar a que la mujer y la madre pudieran cuidar de sí mismas, utilizando una expresión de la mujer del paciente, planteándoselo en presencia del paciente, que ella cuidara de sí misma, porque así el paciente podía aprender a cuidar de sí mismo.

Las sesiones con el paciente se fueron haciendo más difíciles, el gigante lleno de odio me atacaba con reproches de ser «un padre víbora que corta sus ilusiones», con deseos de matarme (muchos de ellos desviados hacia la madre, a la que quiso atacar con un objeto punzante), de abrirme la cabeza... Eran sesiones donde la gran proyección de sus imagos persecutorias aumentaba sus temores paranoides hacia mí. Por otro lado el temor a atacarme en la sesión y no poder contener su odio, daba lugar a frecuentes *actuaciones melancólicas,* cuando pasaba de mí y no venía a la sesión, o venía bajo los efectos de la heroína. Progresivamente el deterioro clínico aumentaba, tanto el consumo de heroína, como en sus relaciones externas y familiares.

A pesar de lo confuso que me sentí en ocasiones, por la conveniencia del cambio de estrategia, por sentir que yo intervenía más en su vida real a través de las entrevistas con su pareja y padres, pude mantener el hilo conductor tanto con la familia, como con el paciente.

El paciente pudo hablar de sus deseos de hacerme fracasar, de triunfar sobre mí, de someterme, lo relata como «deseos obcecados». Y todo ello a través de seguir «pinchándose heroína». Entendía que yo representaba un papel de padre que pone límites, y sobre el que dirige sus ataques y sus deseos de castrarme y matarme (hacerme fracasar como médico). Intenté mostrarle el daño que se hacía a sí mismo. Pude comprobar esta relación entre sus ataques a mí y el «pico» de heroína, cuando en una sesión me dijo que quería pegarme con el brazo izquierdo, justo en el brazo en el que él se «pica» heroína. Al tiempo que controla su agresividad, se castiga por ello.

Después de unos meses fue apareciendo una nueva temática, relacionada con la dificultad de poder sentir cariño y mostrarlo.

«Cuando me inyecto heroína hago el teatro de sentir cariño, es un cariño obligado». Es consciente de su cariño falso, obligado, sintiéndose luego avergonzado, sobre todo con la mujer.

Su dificultad para sentir cariño, le hace sentir que no sólo hace teatro con su mujer, también en el trabajo, sino con él mismo «no puedo ocuparme de mí mismo, como lavarme y afeitarme, hasta que no me pico». Todo lo siente como una obligación, contra la que siente un intenso rechazo y odio.

En este contexto, tuvimos una entrevista la mujer y yo, entrevista de pareja que quiso boicotear, no asistiendo y culpabilizando a la mujer: «Por tu culpa no voy al tratamiento». La mujer va dándose cuenta de las manipulaciones e intentos de someterla (culpabilizándola y confundiéndola), de la importancia para ella de prote-

gerse y no entrar en esa dinámica. Decidiendo separarse del marido e irse con su hijo a vivir a casa de sus padres. Hace planes para trabajar, retomar sus contactos profesionales, así como amistades. Manteniendo contactos conmigo a pedido de ella.

La separación de su mujer incide en la temática que ya veníamos trabajando, su dificultad de querer y mostrarlo. Su confusión, no diferenciando el teatro, el «falso» cariño, de lo auténtico, «pensaba que era yo mismo», cuando creía que era cálido y afectivo con su mujer, estando bajo los efectos de la heroína.

Afortunadamente la mujer le seguía queriendo, y entendió que la tarea del tratamiento y de ella para rescatar el marido auténtico (cuando se veían los fines de semana con el niño), ella le respondía con afecto, cuando le sentía a él sincero y no falso. No correspondiéndole cuando le sentía falso.

Hacia la heroína, aparece por primera vez el odio, mezclado con el cariño. Se siente confuso en su relación a la droga: «no puedo pasar de ella como no puedo pasar de mí mismo», refiriéndose al odio. Este sentimiento es tan insoportable que sólo ve como salida la muerte por suicidio. Con todo algo va cambiando en su capacidad de conectar con su capacidad de cuidar de sí mismo, de quererse; viene muy regularmente a las sesiones, se está haciendo cargo de aspectos suyos negados y ha disminuido el consumo.

El proceso terapéutico continúa, pudiendo en una sesión integrar y ver lo que de forma dispersa habíamos visto en otras sesiones. Después de darse cuenta de un aspecto suyo, que le llamaba cáncer (lleno de odio y deseos de morder), que le costaba reconocer, como algo propio, falseando hasta ahora como secundario a otros (por la proyección). Pasamos por la relación terapéutica de temer destruirla, expresión de su miedo a la integración de sentimientos tan contrarios, donde lo bueno de él proyectado en mí (deseos de vivir, de cuidar de sí mismo), pue-

da tolerar sus ataques. Vimos el recurso defensivo de «encerrarse en sí mismo», ayudado de la heroína, para esconder el cáncer, con la consecuencia de esconder también lo bueno de él, su capacidad de querer, que sólo puede mostrar de forma falsa, después de inyectarse.

Tímidamente aparecen unas ansiedades depresivas, proyectadas inicialmente en la mujer, imaginando que ella le olvide y borre de su mente. Poder hablar de ello le permite recordar aspectos suyos de los que por primera vez habla, su afición por la lectura y el periodismo.

El conflicto que va generándose en el paciente es entre su identidad propia y su identidad falsa. Duda entre hacer algo por que le guste (por ejemplo marcharse de casa de sus padres y protegerse de una madre que le despierta tanto rechazo que borra lo bueno de él) o hacerlo por obligación (curtirse y aguantar estar con la madre, por ejemplo), dilema entre ser el «hijo bueno» sometido al deseo de una madre, o por el contrario ser él mismo y hacer lo que siente y lo que quiera.

A partir de aquí y por el conflicto de identidad expuesto, reaparece el engaño, a través de la figura del «bucanero», ocultándome que se estaba inyectando (yo me entero por la analítica pedida por el médico). La figura del bucanero: que está al acecho del barco, el tratamiento como su self auténtico, que emprende una travesía llena de tesoros, y que es víctima de su asalto y sabotaje.

Viendo la situación decido poner límites, al tiempo que interpreto lo que está pasando. *Le digo que yo necesito saber* con quien estoy hablando, si con el «bucanero» falso y engañoso, que quiere sabotear el tratamiento y a él mismo, o por el contrario con Ramón el auténtico. Estos límites consisten en dos controles analíticos que den negativo de lo que me informará el médico. El acepta.

Esto permite retomar el tratamiento, deja de consumir tiene clínica de abstinencia, que cede sin ayuda farmacológica. Me dice que tiene más claro dejarlo, describe su situación como «se ha despertado el bello durmiente», «creo que he cambiado y de mí surge el deseo de dejarlo, no como antes que lo deseaban más los otros. Otras veces me iba fuera al pueblo, ahora me quedó aquí y no voy a pillar». Sí creo que algo está despertándose en él, cuando me dice que se puede entretener y disfrutar oyendo música y leyendo, actividades que él sitúa en su época auténtica, correspondiente a aspectos de sí mismo en los que puede mostrar su capacidad de sentir interés y poderse llenar, pudiéndose sentir entretenido.

Habla del «bucanero», relacionándolo a la frustración por la impaciencia ante situaciones que no van todo lo deprisa que él quisiera, que no se solucionan rápido (la mujer que mantiene la decisión que tomó, el tratamiento como una larga travesía emprendida por el barco). Esta frustración le despierta mucha avidez de acabar pronto (para ello robar) y al tiempo mucho odio con deseos de matarlo todo, «es como un suicidio» dice.

Hasta las vacaciones de Semana Santa, el paciente va recuperando aspectos suyos, me dice «estoy sorprendido de mí mismo, de recuperar mi capacidad de reírme y bailar que tenía antes de picarme, y yo no me acordaba de ello». Incluso puede funcionar desde una identidad propia, cuando me dice: «ahora veo las cosas desde otro ángulo, antes si me decían algo que no me gustaba, o que yo no aceptaba, me callaba y me picaba, ahora contesto y les hablo».

Por otro lado veo que la familia es capaz de recuperar su propia identidad, de tomarse en cuenta. La mujer mantiene su decisión, le sigue viendo, observando que cada vez le va notando más cariñoso, de forma natural, algo preocupado por ella y menos egoísta.

Los padres se han recuperado algo, vuelven a verse con amigos, quedando con ellos a cenar o pasear juntos: La madre es capaz de mantenerse firme, cuando su hijo ha intentado obtener dinero, pudiendo tolerar el miedo y la angustia que el hijo la creaba.

A partir de las vacaciones de Semana Santa, resurgió el «bucanero» con las características ya conocidas, con una violencia enorme. Dejó de venir a las sesiones. Yo sabía de él a través de la mujer con la que seguía manteniendo contacto. Ramón volvió a engancharse. La mujer desengañada y triste me habla de querer pensar más en ella y en su hijo, después de haberse hecho ilusiones en los cambios y progresos del marido.

El paciente tiene un contacto conmigo, traído por la mujer, en vísperas de mis vacaciones de verano, citándole para mi regreso en septiembre, habló de su «bucanero» que sabotea sus proyectos de vida (él, su familia, el tratamiento), puede poner algún límite al bucanero, pidiendo ayuda.

Dejó de asistir a mis citas, y a las concertadas con el resto del equipo del C.A.D. definitivamente en octubre.

Mis sentimientos fueron de desengaño, grandes dudas sobre su capacidad de protegerse, con el sentimiento de fracaso personal, de pérdida de tiempo, de ilusión. La rabia hacia el paciente por sentirme maltratado y de alguna forma robado, estuvieron presentes cada vez que le recordaba, aunque con el paso del tiempo atenuados.

Entrevista Catamnésica: Con motivo de esta reunión científica quise saber de él, para ello le llamé y nos vimos prácticamente dos años después de la última entrevista.

Me informa que lleva mucho tiempo sin inyectarse que volvió a vivir con la mujer hace seis meses. Que para ello necesitó

sentir que había tocado fondo y dejarlo en serio, me dice: «para recuperar a mi mujer y reconquistarla, tuve que volver a ser el chico de 17 años, recordar lo que hacía, como un novio, para que ella volviera de nuevo. Yo sé que ella me quería». Esperan un hijo, no fue buscado, le veo en una actitud realista y reconociendo su ambivalencia de sentimientos, por un lado le ilusiona, aunque por otro el niño le recortará y limitará.

La mujer empezó a trabajar, pudiendo tener la pareja una economía más holgada. Mantiene Ramón su puesto de trabajo, adaptándose a la reorganización que hizo la empresa, al introducir el uso del *ordenador,* sintiendo que recuperó la confianza en sí mismo.

Tiene miedo de engancharse, porque el deseo de picarse sigue presente, aunque pequeño.

El recuerdo que tiene del tratamiento es que le servía de apoyo, era un enganche. Pero no le sirvió para dejar la heroína, puesto que la decisión de decidir continuar o salir fue suya, varias veces me dice «Uno tiene que sentir que lo que dice de palabra lo hace de verdad» y «Eso es cosa de cada uno».

Finalizando me dice: «Ahora vuelvo a ser como antes» no recordaba que fuese tan nervioso e inquieto. Me gusta ser cumplidor, lo dice por su preocupación de llegar a la cita puntual.

Mi narcisismo recibió un golpe, al sentir que para él, el tratamiento y mi esfuerzo se reducía simplemente a ser un apoyo. Me recompuse pensando que el paciente, por sí mismo, fue capaz de sentir y recuperar sus aspectos auténticos, por los que yo había luchado en el tratamiento.

Reflexiones

¿Dónde está la figura del padre en todo esto? En la vida real era una persona trabajadora que entendía que con su tra-

bajo mantenía y atendía a la familia, siendo el contacto escaso con el hijo. La madre era la que se ocupaba de él. Los padres en las entrevistas que tuvimos me informan que a los 15 años empezó a cambiar, ser más rebelde, dejar de estudiar y empezar a trabajar a los 18 años en la misma empresa del padre, por su influencia. No hay que olvidar que fue el castigo militar, por no cumplir las normas, lo que no soportó.

A la luz de lo visto en el tratamiento lo insoportable, dada la intensidad de sus sentimientos agresivos, de odio, con deseos de muerte que no permite la integración de los mismos con sus imagos bondadosos llevándole regresivamente y con la ayuda de la heroína a un *funcionamiento similar a un falso self,* como un círculo vicioso no le permite sentir y disfrutar, incrementa su insatisfacción, y potencia ese odio interno. El «bucanero» representa una parte suya, regresiva, muy activa, que intenta impedir que el barco (el tratamiento, él como self auténtico) navegue, y aceptar la dirección de un capitán-padre, del que depende.

Por otro lado la adolescencia, con su rebeldía le permitió intentar ser él mismo, despertar del sueño infantil, de ser el niño bueno. La presencia de un padre-militar, contra el que no podía rebelarse (como elemento real), pudo quebrar su propio intento de ser él mismo, perdiéndose cada vez más de sí mismo, de ser él mismo, en la solución regresiva.

Creo que en el tratamiento tuvo la ocasión de enfrentarse a un padre, de querer intentar matarme, como médico, de hacerme fracasar. Tuve que hacer de padre que pone límites en el paciente y en su relación familiar, representando los aspectos protectores. Pienso que al final, me mató, para ser él.

No sé cual será el futuro del paciente, teniendo en cuenta sus aspectos más regresivos, no hay que olvidar que la intolerancia a situaciones de separación y de pérdida desencadenó el ataque del «bucanero» para interrumpir el tratamiento, durante mis vacaciones de semana santa.

Para finalizar, quiero agradecer al paciente la posibilidad de poderle entender y por lo que pude ir comprendiendo diseñar mi ayuda, tanto con intervenciones, interpretaciones y poniendo límites. En mi experiencia con heroinómanos no es fácil llegar a tener esta oportunidad, bien por la dificultad en la capacidad de verbalización, por la desconfianza del paciente o por las carencias del terapeuta.

COMENTARIOS A LA CONFERENCIA DE JESUS COLAS

Por Aimé Charles Nicolás

Gracias, Colás, por el trabajo notable que usted ha realizado y felicitarle quisiera también por haber escogido un caso que no es nada gratificante. El problema es que el caso no es gratificante para él ni tampoco para nosotros porque, en efecto, tenemos la impresión que no solamente el trabajo terapéutico no ha servido de gran cosa, sino que tal vez el doctor Colás, y todavía me lo pregunto, ha tenido el sentimiento de haber ocasionado, incluso mantenido la toxicomanía de su paciente. Cierto es que ha hablado de «Gigante», de «El Bucanero», y me parece, contrariamente a lo que decía el paciente, no era la droga, ni el clivaje. Usted ha presentado la observación de forma muy especial y no estoy acostumbrado. Pero, en fin, el «Gigante» en cuestión no era la droga ni una parte clivada de sí mismo, en una versión Kleiniana. Pero el terapeuta se ve colocado en una posición de San Jorge matando al dragón droga, sólo delante de la droga, sin soporte institucional y contra toda la coalición familiar. Por consiguiente era una posición insoportable, insostenible. Por consiguiente hay que felicitarle por sostener esta posición durante mucho tiempo.

El problema, me parece, es que le ha faltado a usted soporte institucional. Incluso si había controles... o porque había controles urinarios, el problema de la toxicomanía se sitúa en confesión de consumo o en no confesión de consumo. Por consiguiente, este toxicómano limitó el trabajo a una rivalidad extremadamente destructiva entre el terapeuta y la droga. Insis-

tió usted mucho sobre el concepto de odio y en esto encuentro que tiene usted razón. Pero seguro que es un odio que ayuda a vivir. Y el individuo, con este uso de la droga como una verdadera arma antifamiliar y también autoagresiva, digo, este individuo se encontraba mejor cuando el odio se transformaba en un sentimiento heteroagresivo. Unicamente cuando tuvo miedos en torno a sí, amenazas de que lo dejarían sólo, etc, solamente en este momento, cuando tocó fondo, como usted ha dicho, solamente en este momento, –y todo el mundo ha dicho que habían llegado a un punto sin retorno y que ya no podían más y que ya no podían continuar–, sólo en este momento, repito, pudo mejorar un poco el paciente. Por consiguiente, ha descrito usted muy bien la posición de impotencia del terapeuta sólo frente a la droga.

Jeammet hablaba esta mañana de mediación mucho más con la droga que no con la anorexia. Y usted no tenía ni el marco institucional de una hospitalización ni los medicamentos aproximados, el Naltrexón, (que en francia se llama Nalorex y que aquí se llaman Naltrex, creo). Por consiguiente no tenía usted ninguna medicación y estaba usted condenado al fracaso. Y efectivamente llegó a que él expresó un triunfo megalomaníaco clarísimamente, lo expresó claramente, y al final la conclusión en la que cayó es que era capaz de parar con la droga, dando a entender que durante el trabajo que había hecho con usted no tuvo nunca la decisión personal de abandonar la droga y que era usted el que lo deseaba en vez del paciente. Es cierto.

Cuando uno está frente a la droga, sólo, el drogadicto nos transforma en un sujeto deseante en vez del toxicómano. Es algo que se produce fatalmente y no veo cómo, en un inicio de la terapia en alguien que todavía está consumiendo droga, no veo cómo se pueda uno salir de esta situación sin la mediación. Por consiguiente, sí, era usted el que tenía que dejar la droga y hasta cierto punto era usted el padre normalizador que quería meterlo o hacerlo encaminarse por la buena senda. Es imposible salir de esta situación. Yo nunca he podido. Cada vez que me he visto en este tipo de complicaciones terapéuticas de compul-

sión de repetición o reacción terapéutica negativa, no he podido conseguir salir de la situación. Afortunadamente en el falso self que implica esta constante puesta en marcha, se ha explicado que la droga, –porque el paciente está bajo el efecto de la droga–, la droga le permitía tener sentimientos cariñosos y únicamente la droga le permitía tener relaciones más o menos normales con su entorno. Pues bien, tenemos la opción entre dos hipótesis explicativas: la de Bergeret, que tal vez a mí me convence más, la hipótesis de la violencia fundamental, no se trata de odio ni de agresividad sino que se trata de una especie de violencia instintiva no metabolizada y no secundarizada que el individuo intenta dominar con una substancia extraña o exterior que es la droga en este caso, que es una substancia química. Pero por otra parte, la segunda, sería tal vez más interesante en el sentido de poner, de unir esta idea de odio a una parte de la necesidad del individuo de necesitar este odio para vivir y por otra parte necesidades narcisistas muy antiguas que han sufrido un rebrote enorme en el momento del arresto militar. Tal vez esto que nos ha dicho Jeammet pueda ser útil. Porque ocurre que el odio, y en este caso preciso, a veces adquiere una tonalidad, un matiz paranóico. Y por detrás hacía toda una serie de cosas, se drogaba, mentía constantemente a propósito de su consumo de droga. Y usted no tenía... usted no sabía que no se drogaba si no era gracias al control urinario del hospital. Así pues, la certidumbre que tenemos es que hay un callejón sin salida que tal vez habría que estudiar. Y él lo hizo tan a menudo que su «Gigante» y su «Bucanero» tienen algo de intolerancia vital en cuanto a dejarse penetrar, una dramática defensa contra toda penetración cualquiera que sea y un dominio de la penetración únicamente a través de inyecciones de droga. Este sería un primer comentario. Es un caso muy interesante.

Y desgraciadamente no quisiera en ningún modo que usted tuvieran la idea de que la terapia es una cosa que no es movilizadora porque realmente puede ser muy movilizadora de toda una serie de cosas.

Philippe Jeammet (París)

Había un investimiento importante del doctor Colás y no ha podido interiorizar nada de esta relación sino ha sido en parte manteniendo la droga y después interiorizar y abandonar un poco la droga cuando ya ha cortado ciertos lazos. En el fondo no podía permitirse ir bien adelante, portarse bien delante del doctor Colás. Me parece que un trabajo profundo se ha ido haciendo; creo que ha sido un trabajo profundo que tal vez corría parejo con la calidad del investimiento del doctor Colás. A veces es muy difícil mantener un tratamiento de este tipo, pero como quiera que sea se mantuvo. No hemos tenido mucha información sobre la naturaleza del investimiento con lo que quedaba oculto, pero creo que veíamos un reflejo en el «gigante», tal como lo has dicho tú, Nicolás, un reflejo de idealización del terapeuta que correspondía a una devaluación narcisista del paciente. Y después ha rechazado al terapeuta como una mierda y el «gigante» se ha erigido en algo más potente que la droga. En fin, todo esto es un poco pesado y hasta frágil según que aspectos, pero me parece que va un poco más allá de lo que nos dejan traslucir las apariencias. Ha sabido como un cambio de profundidad gracias al hecho de que el terapeuta se prestó a ser el soporte de la mala autoestima que tenía el paciente y le ha transmitido esto. El terapeuta dijo: «¡Dios mío! ¿Qué he hecho? Podía tener una burna estimación de mi trabajo como terapeuta...» En fin...

Creo que este proceso de transferencia o de transmisión refleja la mala individuación. Ha habido un fenómeno de vasos comunicantes y por esto se permitía manifestar como que estaba mejorando usted. Porque esto podía conseguir que usted se hundiera y podía ser como algo más peligroso, mostrarse como algo más peligroso. Yo le interpretaría así.

Nicolás hablaba de la violencia, de Bergeret y yo personalmente tengo miedo a recurrir a fenómenos demasiado fundamentales. Cuando remitimos mucho a lo fundamental como en

la pulsión, en la violencia, es posible pero a mí esto me molesta porque no veo muy bien lo que se puede hacer en la relación con todo ello. Y creo que a menudo esto sirve para sacar de apuros, es como una pantalla, como una cortina.

Aimé Charles-Nicolás (París)

Contestaré brevemente a la pregunta. Es cierto que, en general, en el drogadicto esta función de la droga, en eliminar la huella del objeto libidinal, o algo así decíamos, recurriendo a la droga es evidente ello. Siempre me ha molestado la erotización que se había hecho de la toxicomanía en los principios de los años setenta, diciendo que la droga era un excitante y que la droga era una mujer para los toxicómanos, con algo muy erotizado en todo el uso de la droga. La realidad es muy distinta. En realidad, digo, nunca he oído a un toxicómano hablar de la droga en estos términos o con esta perspectiva. Es cierto que hay quien dice que la droga es una mujer para mí, es un objeto vital para mí pero con algo que no es libidinal. Buscan sensaciones no libidinales y cuando buscan estas sensaciones no libidinales saben que han tenido una necesidad en el sentido de sexualizar cierto número de sensaciones, que ha sido una necesidad para él de bloquear todo lazo o toda debilidad, o toda falla o toda feminidad, algo de este tipo. Y por consiguiente a su modo de ver está por encima, pero está muy por debajo en realidad de lo libidinal en las sensaciones que tiene, y el «flash» que da la heroína, efectivamente, nada tiene de erótico, en el sentido libidinal del término; es una especie de sacudida muy brutal del cuerpo que se ve arrastrado por la heroína o por la cocaína, pero nunca hablan de ello de manera erotizada los toxicómanos.

COLOQUIO

P/. **Fernando Cabaleiro, Madrid.** Dejo las felicitaciones y los agradecimientos porque los aplausos lo han mostrado. Y simplemente quizá quiero excusarme por hacer una pregunta muy elemental, y es preguntarle a Nicolás: ¿cuál es el tipo de encuadre que él piensa que a partir de él se puede trabajar con un toxicómano? Indudablemente es una pregunta... ¿Es que la desintoxicación, la deshabituación es algo previo? ¿Hay un trabajo previo a la deshabituación que se puede hacer en algunas circunstancias? Precisamente lo que le dice a Jesús es que falta una mediación, hay quizá un encuadre que no es suficiente para poder trabajar y sacar provecho del trabajo que realiza con su paciente. Quisiera que nos diera algunas ideas sobre el encuadre que puede favorecer un trabajo que realmente sea positivo en el toxicómano. Comprendo que es una cosa muy elemental, pero me parece tan elemental como importante. En todo caso a mí me interesa mucho.

R/ El hilo conductor de esta exposición (la del Dr. Colás) es que el toxicómano ha puesto súbitamente al terapeuta en una posición de omnipotencia. Efectivamente, para abandonar la droga, al comienzo se precisa una institución, no siempre pero muy frecuentemente, una cura de abstinencia, circunscrita en el tiempo, es decir, con un comienzo y un final claros, realizada en hospital. A partir de ahí se le considera libre de droga. Cada vez más yo oriento mi práctica hacia el uso de algún tipo de protección contra la droga, es decir, que instruido por las tribulaciones que ha vivido el Dr. Colás en su tratamiento, parece

preferible encuadrar de alguna manera al toxicómano, protegerlo contra la droga, es decir, acompañarlo eventualmente hasta un centro residencial de post-cura que le proteja.

Si esto no es posible, por ejemplo, si él quiere conservar su trabajo, como en este caso, si tiene una familia, su entorno, entonces se puede proponer que el terapeuta esté al lado del toxicómano para ayudarle contra la droga. Es decir, no que se coloque él mismo en el lugar de la droga, sustituyendo a la droga, sino que esté al lado del toxicómano, ayudándole a combatir la droga.

Es preciso subrayar que el hecho de que el consumo se reduzca, o se acabe, es una preocupación primordial para el terapeuta. De manera general, el encuadre institucional está fundamentalmente para impedir una oferta de droga demasiado insistente.

Si no hay esta posibilidad, se puede recurrir a los medicamentos que he señalado, la natrelxona, que es un producto inocuo, que no tiene efectos sobre el sujeto mismo pero que si se toma heroína después, el sujeto no experimenta ningún efecto, ninguna euforia, o sea, que tira el dinero. Por otro lado, puede interrumpir la toma cuando lo desee, de manera que esto no limita su libertad, no impide que se drogue si quiere hacerlo. Esto supone que el sujeto deja de estar en ese estado constante de torpor opiaceo que necesita permanentemente y por tanto conlleva una renuncia que no es fácil conseguir, sobre todo al principio, en los primeros momentos en una psicoterapia. Aproximadamente el 10% de toxicómanos se benefician de la natrelxona.

Esta protección contra la droga es importante al principio, en los comienzos de la psicoterapia; después las cosas se arreglan. Quiero decir que durante mucho tiempo se ha pensado que esta protección era un obstáculo para la elaboración. Lejos

de esto, es la droga la que impide la elaboración, es la droga la que pone trabas a la naturaleza, es la droga la que representa un acting out.

Por tanto, bien gracias a la contención institucional, o bien gracias a este medicamento, se organiza un área de posible elaboración, de posible reflexión alrededor de problemas pulsionales, de economía pulsional, que inevitablemente se plantean.

Es en un segundo tiempo cuando es posible dar al sujeto, en la medida de sus necesidades, es decir, que es en este segundo tiempo cuando se da una cierta idealización de la psicoterapia y del terapeuta, de la relación con éste, sin la cual nada es posible. Philippe Jeammet decía que no puede ahorrar esta idealización; esto es verdad, pero también lo es el riesgo de quedar en esta idealización y el sujeto puede perfectamente considerar al terapeuta de esta manera idealizada y seguir drogándose «por detrás», sin ninguna contradicción; al revés, siendo justamente la droga la que le permite negar toda significación conflictiva a esa posición paradójica que mantiene.

P/. **Alberto Lasa, (Bilbao).** En fin, yo también quería abreviar el capítulo de felicitaciones pero no del todo porque sí quería subrayar en particular, he apreciado mucho la honestidad de la presentación del caso de Jesús Colás. Porque yo creo que no estamos habituados en absoluto en los congresos a oír hablar de casos que no funcionan, y a mí me parece particularmente interesante cómo él planteaba la cuestión. En ese sentido me parece que deberíamos agradecérselo.

Quería hacer unas cuantas preguntas, tres concretamente y voy tratar de ser breve. Son preguntas de alguien que, como yo, no se considera ni especialista, ni conocedor del problema de la toxicomanía.

Primera pregunta: Yo diría que... Yo no sé si es que no queremos saber de la toxicomanía, pero me da la sensación de que

somos víctima de un prejuicio hacia la toxicomanía. Lo sintetizo en muy pocas palabras. Es decir, yo creo que pertenezco al gran número de psiquiatría que piensan que cuando la toxicomanía aparece ya es tarde...

Mi pregunta no sé si es absolutamente ingenua. ¿Se puede con ciertos preadolescentes en particular perfilar o dar ciertos rasgos característicos de aquellos preadolescentes que están en una situación de riesgo, de entrada en la toxicomanía? Porque clínicamente nosotros tenemos a menudo la impresión de preadolescentes en los que uno puede decir que seguramente no va a ser toxicómano y otros que nos dejan bastante inquietos en la posibilidad de que probablemente, no sé si por razones coyunturales o traumáticas, pueden fácilmente caer del lado de la droga. Entonces, mi primera cuestión sería ¿se puede hablar de un perfil pretoxicománico, por decirlo así?

Segunda cuestión. Es una pura curiosidad. Es que ¿la confluencia sexualidad-sida ha cambiado en algo el tema de la toxicomanía? Porque yo tengo la impresión de que es una fantasía puramente neurótica, ¿no?, que en la medida en que la realidad ha venido a confirmarnos esta especie de vinculación sexo mortífero, mortalidad, etc, esto debe de tener un cierto papel que pudiera, quizás, haber modificado ciertas costumbres en el terreno de la toxicomanía. Pero me parece que es un pensar puramente neurótico que precisamente no afecta para nada la capacidad de fantasear de los toxicómanos.

Y tercera pregunta, también pura curiosidad, referente a la entrada en la toxicomanía de las adolescentes. Porque en mi corta experiencia clínica siempre es una entrada yo diría que por denegación, es decir, en el contexto de una relación previa con un adolescente toxicómano, en donde la adolescente del sexo femenino se siente de alguna manera sacrificada o devotamente entregada a la droga. Y nada más. Sólo eran estas tres preguntas informativas, eh... Y me excuso quizás de no poder enriquecer el debate, sino de abrir nuevas interrogantes.

R/ En lo que concierne al Sida, que es la segunda pregunta que me ha planteado, a la que voy a responder en primer lugar y de ahí haré la conexión con el tema de las chicas y de los preadolescentes, creo que se ha confirmado la idea de que había una dimensión de riesgo considerable en la toxicomanía y, en todo caso, en el comienzo de la toxicomanía. En todo caso, la enseñanza que yo extraigo respecto del funcionamiento del toxicómano con el virus es que realmente él juega a la ruleta rusa con el virus y que estos son toxicómanos que por otro lado mantienen prácticas sexuales protegidas discontinuas; por otra parte, incluso los que son seropositivos están convencidos de que contraer el sida enfermedad es una cuestión de suerte, una cuestión de ordalía; y también de manera general la modificación de comportamiento que se esperaba puesto que se decía que el toxicómano dejaba de drogarse una vez que había contraído y desarrollado el sida, esto no ha ocurrido así. Hemos asistido, en cambio, de vez en cuando a reanudaciones muy brutales de comportamientos toxicomaníacos en sujetos en un ambiente de posible contaminación por sida, personas que se plantean las cosas en esta forma: «Yo hago mi suerte: Si contraigo el sida, tanto peor, si no lo contraigo, bien, es que Dios me proteje». Incluso en un contexto de seropositividad, hay sujetos que se plantean que no tienen nada que perder y que en todo caso es mejor acabar bien. Lo que me choca... he tenido una asociación de ideas con la cuestión del alcoholismo; parece que finalmente el alcohol resulta ser mucho menos mortífero que la toximanía. Hay alguien que es seropositivo y que me ha dicho: «Con el alcohol yo no tengo respuesta eufórica». Entonces, claro, el problema desaparece, bueno, no desaparece, pero lo veo como un problema de menor importancia. El hecho de que haya aparecido el sida no ha hecho que nadie se plantee abandonar la heroína para elegir el alcohol, o la cocaína, o los comprimidos.

Por otra parte, las chicas que son toxicómanas porque se sacrifican a salvar al chico toxicómano, bien, esas chicas debo

reconocer que los resultados con ellas son bastante buenos, tres o cuatro meses de internamiento les permiten restablecer un buen estado, recuperar el placer, y sus facultades originales. En cuanto a los preadolescentes, la prevención posible sería a través de permitirles tomar contacto con el placer, con experiencias de placer. Muchos toxicómanos, chicas sobre todo, ligan la consecución del placer al efecto de la droga, es decir, que ir al cine, escuchar música o pasear no tienen ningún efecto placentero si no es mediante el efecto de la droga. Sin la droga, el cine, la música, las relaciones sexuales, no les saben a nada.

Yo no pienso que el hecho de querer salvar a un toxicómano con lo que ello supone de culpabilidad, de deseo de reparación, puedan explicar que se llegue a esta negación de toda sensación agradable, de esta dominación total del sujeto por la heroína. Pienso que el verdadero toxicómano, el que sigue en la droga después de tres o cuatro años tiene buenas razones para mantener esta conducta. En lo que concierne a los preadolescentes me parece que todo depende de la situación, del contexto familiar. Cuando uno se encuentra con padres, que no están, que no pueden aproximarse a sus hijos, que dicen cosas enormemente duras de hijos que tienen, por ejemplo, quince años, me parece que ahí lo que se plantea es un trabajo directo de prevención con los padres, pero cuando el padre está muy lejos, cuando es un padre incapaz de ir al fútbol con su hijo, de tener algún tipo de relación cordial con él, en ese caso quizá la prevención habría que hacerla en un contexto psicoterapéutico con el adolescente, aunque esto me parece muy difícil. Estos son los adolescentes a los que se lleva a consulta, esta no es nunca una situación buena. Si no la prevención habría que plantearla por el lado de la actuación política, de la acción local, por las actividades deportivas. Cuando en un barrio hay varias familias que plantean problemas de droga, hay que plantear la prevención ahí, a nivel del barrio, de los vecinos, de los asistentes sociales.

P/. **Marián Fernández, Galindo (Madrid).** Cuando le estaba oyendo me cuestionaba desde mi práctica psicoanalítica pri-

vada en este momento, y desde el marco estrecho de un gabinete analítico en donde sólo caben dos y todo lo más el fantasma de un tercero, muchas veces se tiene la tentación, y yo creo que el derecho, a hacer incursiones en el terreno de lo sociológico, y por lo menos preguntarse de qué forma la teoría psicoanalítica puede dar cuenta del comportamiento de los grupos. Y yo me preguntaba oyéndole, ¿qué podría haber antes de la droga. Es decir, usted ha hablado por ejemplo, naturalmente, de la constelación familiar, de las madres que tienen una conducta u otra. Pero esas conductas han sido universales y muy anteriores al fenómeno «droga» desde el punto de vista social. Entonces, creo que es Bergeret el que decía que el fenómeno droga como tal es un fenómeno coyuntural, circunstancial y que asistiremos en el futuro a la aparición de conductas igualmente inquietantes pero diferentes. Yo no sé si eso es cierto o no, pero en el pasado sí que no hubo drogadictos en la forma que hoy la drogadicción se extiende entre la adolescencia. Entonces mi pregunta es ¿cómo se manifestaba antes el fenómeno que hoy corresponde a la droga? ¿O habría que pensar con el profesor Jeammet que cuanto las sociedades son más liberales, menos cohercitivas, menos permiten la contención de la eclosión pulsional de la adolescencia? Esa era mi pregunta.

R/. Estoy seguro de que hay diversas hipótesis a las que uno puede acudir para explicar esta eclosión brutal actual de las toxicomanías. Existían las drogas, pero no existía este tipo de comportamiento. Por tanto, podríamos volver a la hipótesis, a las que se ha hecho alusión, de Bergeret. Realmente yo no estoy convencido de que la droga vaya a desaparecer para dejar lugar a otros comportamientos; más bien creo que va a persistir junto a otros comportamientos. Por ejemplo, pienso que la moda actual de los deportes de riesgo, de esas personas que escalan montañas «a pelo» solo con las manos, de esas otras que se lanzan al vacío en ultraligeros, parapente, etc., el París-Dakar, muchas expediciones, muchos riesgos que se toman deliberadamente, tienen una significación que está próxima a la

hipótesis que yo he planteado en otro lugar, y que concierne a la función ordálica de ciertas toxicomanías. Pero el hecho es que la droga tiene también efectos químicos y que esos efectos químicos llegan, me parece, a darse en un contexto social muy particular y que, por ejemplo, el lugar del padre no es el mismo en absoluto que anteriormente y este cambio ha tenido lugar de una manera muy brutal, en menos de cincuenta años. Además, como decía esta mañana Jeammet, en este momento se dan expresiones pulsionales que son, cuando menos, favorecidas. También que ahora las puertas no se cierran, que la puerta de la habitación permanece abierta, que los padres tienen mucha dificultad para expresar lo prohibido. Creo que hay una serie de modificaciones sociales de las cuales no nos damos muy bien cuenta pero de las cuales somos estrechamente dependientes y naturalmente los adolescentes tanto o más que nosotros. Ha habido un momento en el cual la droga resultaba muy interesante para los adolescentes, incluso para demasiados, es decir, que adolescentes que no estaban destinados a ser toxicómanos se han interesado también y han utilizado la droga como rito de paso adolescente, que ha habido una búsqueda de la mística hindú que en cierto modo está emparentada con mecanismos de defensa del orden del ascetismo o de la sublimación en un sentido general. Hoy día esas personas no utilizan la droga y ya no hay personas que buscan en la droga nada iniciático, nada del folklore que ha habido en otros momentos en torno a la heroína. En cambio, hay patologías narcisistas que han encontrando en la droga no solo lo que esperaban, sino mucho más, y esto de más es precisamente el motivo por el que la droga se va a mantener mucho tiempo.

P/. **Jaume Baró (Lleida).** Yo más que una pregunta querría hacer una reflexión en voz alta. Porque yo querría romper una lanza en favor de Jesús Colás. Después de comentarles el caso de esta mañana en las discusiones no públicas, digamos, comentaba con Jeammet una cosa que a mi me parecía importante. El ha dicho, –no sé si lo recuerdan–, que esta chica de la

que hablábamos, habíamos tenido la sensación de que estaba en el filo de la navaja entra la vida y la muerte, y él comentaba que cualquier pequeño grano de arena que se hubiera interpuesto en el mecanismo, en la estructura terapéutica que se organizó para intentar adaptarse y dar una respuesta a los problemas planteados por Montse, habría hecho fracasar el tratamiento. Yo ahora puedo decirlo (a mi colega Salcedo durante el tratamiento no se lo podía decir), que yo tenía la sensación de que estuvimos, pues, a treinta gramos de la muerte de la chica. Que se hayan presentado las cosas de una forma atractiva y para intentar transmitir la máxima cantidad de datos, pues, no implica las ansiedades profundas que vivimos. Eso viene a cuento porque yo pensaba luego que en otras circunstancias de hace tiempo, cuando yo tenía responsabilidades clínicas en servicios psiquiátricos extraordinariamente sofisticados, yo dudo de que Montse hubiera salido con vida. Es decir que los problemas de estructura asistencial, los problemas de competición, los problemas de conflictos y malentendidos, seguramente habrían hecho estropear ese algo que hizo... Que ha mantenido en vida a esta chica.

Entonces, yo pertenezco también a la generación de psiquiatras que en un momento dado dicen «no podemos con la toxicomanía». Hay que concederse unos medios, unos centros, unos profesionales, unos equipos porque en nuestra aproximación nos hacía falta un contexto, una base teórica con la que no contábamos. Yo recuerdo... No sé que ocurre ahora... Pero yo recuerdo que en mi época había una lucha encarnizada para conseguir que los toxicómanos salieran de las instituciones psiquiátricas. No se les quería, no se consideraban pacientes psiquiátricos y entonces se empezaron a crear, –te estoy hablando de nuestra experiencia helvética, suiza–, de centros específicos dedicados a los toxicómanos.

Con todo esto, yo... No sé... Nicolás defiende a ultranza la necesidad de un encuadre estricto, mucho más estricto en todo caso que el que hizo Colás. Yo no estoy seguro de que realmente todo

el mundo vea el caso poco gratificante y de fracaso. Seguramente que el caso no ha correspondido a las esperanzas que Jesús Colás había depositado en él, pero tampoco estoy seguro de que se pueda considerar un fracaso. Yo creo que en esto pasa como en la política, que quizá sea el arte de lo posible y que en determinadas circunstancias la única posibilidad que se puede tener de ayudar a un caso como el de Jesús es el acompañamiento, por mucho que se considere, pues, que la psicoterapia de apoyo sería de segunda fila, sería de menos calidad que la psicoterapia que intenta mejorar una estructura o profundizar en determinados aspectos, pues, tendría que ser más útil.

Yo quería hacer estas reflexiones porque a mí me parece que quizá se nos escapa alguna cosa, o que entremos en una dinámica de que, bueno, de que hay una patología y hay que crear un centro, una estructura y que hay que buscar... Es decir, las cosas hay que hacerlas así. Lo digo además con la tranquilidad de haber insistido mucho esta mañana en la importancia que tenía el defender el sitio tanto en el aspecto psicoterapéutico, como el contrato, el instrumento fundamental el tratamiento hospitalario de nuestra paciente de la mañana. Pero por otra parte yo insisto en que a mi juicio no vería yo tan fracasada la labor de Colás.

R/. **Jesús Colás (Santander).** Yo quería comentar que, bueno, la razón por la que he traído el caso de Ramón es por dos razones: una porque por lo menos en mi experiencia no es corriente tener la oportunidad de poder llegar a hacer un trabajo psíquico. Por lo menos los toxicómanos y heroinómanos con los que yo he estado trabajando es muy difícil entrar en un diálogo mental, están muy aferrados a lo real, a lo corporal, a cosas muy concretas. Yo estoy de acuerdo con el doctor Nicolás de que de alguna manera la falla en unos límites institucionales que hubieran servido de apoyo, no sólo con relación al paciente sino conmigo mismo, hubieran sido de ayuda. Y esas son las carencias de nuestra política sanitaria y de nuestra organización sanitaria. Eso sí es cierto. Sin embargo yo muchas veces en mi

experiencia con los herinómanos he tenido la sensación de tener que soportar el sentimiento de ser tratado como que no vales nada. Y a veces, porque me ha pasado en el caso de Ramón, pero en otros más, donde ellos, de alguna manera, necesitan tener la oportunidad de decidir lo que quieren hacer. Y después de un tiempo, incluso a veces te vienen a visitar diciéndote que están bien. Yo no sé... Yo no sé qué pasa con lo que se hace o con lo que se habla porque a veces yo he tenido la sensación de que los toxicómanos te engañan. Pero en el caso por ejemplo de Ramón, a pesar de todas las dudas, yo sí tuve el sentimiento de que algo había quedado, a pesar de que él mismo me dijo que sólo me había utilizado como un apoyo. Creo que él mismo me dijo que sólo me había utilizado como un apoyo. Creo que en ese momento también necesitaba negarme. Claro, también me surge la duda de que igual es un consuelo que yo me busqué, pero, bueno, no es el único caso con este, ¿no? Lo que sí es cierto es que te rompe, por lo menos en mi experiencia, todos los modelos de acercamiento con el resto de los pacientes. Ya el adolescente de por sí es complicado, ¿no? Pero el toxicómano, vamos, es una constante que me ha ocurrido, de ellos necesitar tratarte de esta manera. Lo quería comentar un poco como al hilo de antes, una experiencia personal en general con los toxicómanos.

R/. Estoy de acuerdo con Vd. Yo estoy convencido que sin la intervención del Dr. Colás esa decisión que el paciente ha planteado como suya de dejar la droga no habría sido tomada. Sin la intervención del Dr. Colás, el paciente no habría tenido esa detención en la droga de dos años. Esa interrupción ha permitido al sujeto tomar conciencia de su situación frente al Dr. Colás.

P/. **Philippe Jeammet (París).** Decir unas palabras a propósito de esto porque estoy perfectamente de acuerdo con usted. Es muy importante. Y estoy además convencido que la intervención del doctor Colás le puso en situación de decir: «Pude acabar con la droga cuando la decisión fue mía», nos ha

dicho el orador. Nunca hubiera habido decisión suya si no hubiera habido la intervención del doctor Colás. Estamos de acuerdo en que esta interrupción de dos años permitió al individuo responsabilizarse de cosas de las que no podía responsabilizarse frente al doctor Colás. Por lo demás, el doctor Colás hizo que el paciente haya rememorado el trabajo utilizándolo en su propio interés con idea de que él era el dueño, tenía en mano la terapia y que era él el que había decidido dejar la droga.

En fin, hay que reconocerle al doctor Colás, por una parte el habernos hecho partícipes de una observación tan interesante y que pudo no ser muy gratificante pero que en realidad fue muy útil para el toxicómano y en segundo lugar el haber sido suficientemente autocontrolado para no invadir el espacio psíquico del individuo, del enfermo o para no penetrar su psiquismo, que era en realidad el escollo de este trabajo.

Estamos pues de acuerdo sobre el hecho de que, contrariamente a lo que ha dicho el doctor Colás, su intervención fue mucho más determinante para el éxito de la evolución de este individuo. Naturalmente que sí.

P/. **Concha Santos (Madrid).** Bueno, yo quería plantearle al doctor Nicolás el problema de la ayuda terapéutica que se puede prestar al joven consumidor, en donde me imagino que usted hará una diferenciación entre los jóvenes en los que se puede considerar que el recurso de la droga sería una manifestación de un mecanismo defensivo como expresión del conflicto dependencia-autonomía, o dependencia-independencia, propio del adolescente en un funcionamiento, entre comillas, normal. Y en los toxicómanos que tenían, decía usted en la primera intervención de debate, buenas razones para ser toxicómanos cuando pertenecen a esas situaciones en que tras tres o cuatro años, o más de tres años, mantienen un consumo de droga. Y en donde, como usted decía bien, o si yo lo entendí así bien, la droga haya tomado el poder en el funcionamiento mental de esos sujetos.

Es decir que sería como... Mi pregunta sería un poco como la posibilidad... ¿Cuáles son las posibilidades de rescatar las partes sanas de esa estructura de personalidad, si se podría considerar ante esas partes sanas o esos adolescentes sanos, digamos, cuyo recurso a la droga sería defensivo, si se podía considerar que es una crisis que... en donde no es necesario una ayuda de especialista o bien que hay realmente riesgo de que la droga tome el poder del funcionamiento mental?

R/. Sí, efectivamente se corre el riesgo de que la droga tome el poder, entre comillas, en el funcionamiento psíquico del sujeto. Y en este caso es preciso hacer algo. Realmente estoy poco preparado para responder esta pregunta porque en general yo los veo ya un poco más tarde y verdaderamente no tengo una experiencia útil de casos así.

Dicho esto creo que cuando el sujeto tiene «buenas razones» para ser toxicómano entonces puede ocurrir que la toxicomanía se conciba como un verdadero proceso de separación e individuación.

Por el contrario cuando se trata de sujetos que consumen droga pero que no tienen razones particulares para ser dependientes, es decir, que son adolescentes que pasan simplemente su crisis, entonces la droga puede ser usada para hacer un cortocircuito de un proceso que el sujeto no sabe como manejar. Pero creo que la droga está tan extendida en las grandes ciudades que verdaderamente se anticipa a la demanda del sujeto cuando este aún no busca la droga. Cuando se trata de sujetos jóvenes, entre catorce y quince años, que están en una situación de rebelión, en una crisis de adolescencia, en este caso es la intervención de los padres la que puede ser útil, cuando esta intervención es mediatizada por los terapeutas, es decir que en estos casos es difícil hacer otra cosa que restaurar a los padres en su función. Una intervención directa por parte del terapeuta me parece imposible aquí. En el otro caso, cuando se trata de

un verdadero proceso de separación e individuación esto ya ocurre mucho más tarde hacia el final de la adolescencia, hacia los dieciocho años. Aquí sí es la psicoterapia la que puede ser útil. Como decía el doctor Colás hay un primer tiempo que puede ser el período de acompañamiento psicológico. Y en estos casos de sujetos que llegan al final de la adolescencia y que organizan su toxicomanía como un modo de dar el portazo sin irse de casa y en los que hay una cantidad de razones diferentes que justifican el mantenimiento de ese statu quo, es en estos en los que la psicoterapia, en un sentido estricto, aparece como útil.

P/. **Concha Santos (Madrid).** No me contestó totalmente a lo que yo quería plantear también que es ¿qué tipo de tratamiento, es decir, cuando habla de una psicoterapia... Porque yo estoy completamente de acuerdo con la observación que le hizo al doctor Colás de que no desvalorizo en absoluto la psicoterapia de apoyo que se pueda hacer. Creo que es fundamental y que es el primer paso y tal vez el peldaño primero necesario para poder hacer una segunda ayuda terapéutica. Pero ¿qué tipo de ayuda terapéutica, cuando habla de psicoterapia, se refiere? Porque está la familia implicada, el adolescente que no pasa la puerta, como dice, se queda en casa y vuelve, sale y vuelve. Entonces, qué tipo de ayuda a nivel familiar, a nivel personal con él, a nivel... Es decir... En el sentido de... Qué consideración sobre el consumo o no consumo de la droga y cómo eso influye en la toma... en el punto de vista terapéutico que usted ofrece.

R/. Bueno, creo que el manejo de esta situación es una cuestión muy delicada. Efectivamente creo que es importante no plantear de entrada prohibiciones porque ¿quién soy yo como terapeuta? ¿Yo estoy del lado de los padres, soy el que mantiene el discurso de los padres o, por el contrario, adopto una posición psicoterapéutica estricta? Creo que es eso lo que usted me está planteando. Porque no puede uno volverse hacia la familia para encontrar ahí la causa de la toxicomanía. Porque

quizá si se apoya a la familia se puede encontrar ahí una ayuda para resolver el problema de la drogadicción.

Yo insisto tanto en el problema de la droga porque antes he mantenido una postura en la que me parecía que lo primordial era restaurar el narcisismo del sujeto, crear una personalidad que pudiera funcionar más o menos y de este modo el problema de la droga desaparecería por sí mismo. Pero esta postura creo que tiene muchos inconvenientes, entre otros el que así se puede mantener el consumo de drogas durante muchísimo tiempo, indefinidamente. Y es por esto que en el momento presente soy mucho más intervencionista de lo que era antes. Por eso pongo tanto el acento en estos momentos en el apoyo institucional, en la mediación, en los cuidados al sujeto para de esta manera preparar el terreno a la posibilidad de una psicoterapia.

ACTO-HOMENAJE AL DR. ALBERTO CAMPO
Valencia, 18 de mayo de 1991

Cuando se cumple un mes de la muerte del Dr. Alberto Campo, psicoanalista, miembro didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis, miembro ordinario de SEPYPNA, y maestro de muchos de nosotros; se ha celebrado en Valencia un Acto-Homenaje al mismo con una conferencia de la psicoanalista Teresa Olmos de Paz, miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de Madrid, gran amiga y colaboradora del dr. Alberto Campo, cuyo título es «Adolescencia y Proceso Psicoanalítico».

El dr. Alberto Campo era descendiente de abuelos italianos emigrados a la Argentina.

Hizo toda su formación médica en el Hospital de Niños de Buenos Aires, su alma mater de siempre, donde entró practicante en la época de la gran epidemia de parálisis infantil.

Ya médico pediatra, se interesó por la neurología y la psiquiatría infantil y luego por la adulta; Freud y la psicoterapia, además de la electroencefalografía y el Rorschach. En esa época (1955-65) era médico concurrente en el Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Municipal de Buenos Aires.

Su primer trabajo para llegar a ser miembro ordinario versó sobre un niño con neurodermatitis, trabajo que posteriormente supervisó con Meltzer (1960), entonces desconocido. Mientras,

había llegado Perón, y el primer Servicio de Psiquiatría y Psicología infantil que montó en los sótanos del Hospital de niños, fue arrasado por el cambio de régimen.

Durante dos años estuvo becado en Ginebra (1958-60) para estudiar con Piaget. Fue la primera beca en psicología concedida por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas. A su vuelta a Argentina recreó ese Servicio que nuevamente se extinguió con otro general Onganía, en 1986.

En aquella época de Ginebra, inició su relación con Barcelona, invitado por la entonces Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis, y a través del Dr. Pere Folch y Terttu Eskelimen, a quienes conoció en Suiza, y subvencionado por la OMS, para enseñar y supervisar, en especial las ideas kleinianas; cosa que ya hacía en Ginebra, en la Sociedad de Suiza de Psicoanálisis. Asimismo, colaboró con el Dr. Ajuriaguerra en su penetración y revolución del sistema psiquiátrico vigente en la Clínica Universitaria de esa ciudad. Esa colaboración consistió en el trabajo con grupos de pacientes psicóticos.

En el verano de 1959, en el Congreso de Copenhague, conoció personalmente a M. Klein y a su grupo.

Ya de vuelta a la Argentina (1961) y participando en unas jornadas internas de la APA, escribió «La interpretación y la Acción en el Análisis de Niños»; poco después el trabajo sobre «La Omnipotencia», en otro congreso interno, y finalmente el trabajo para miembro titular «El pensamiento y la Culpa en la Personalidad Psicopática», publicado por SEPYNA.

Durante su análisis aprendió a tocar el cello y, aparte del bricolaje con materiales muy diversos, madera, plomo, piedra y plástico, se dedicó a hacer música de cámara con un pequeño grupo de aficionados.

Su trabajo para miembro didáctico fue «La Hipocresía como Trastorno del Carácter» y, más tarde, a raíz de un Congreso Latinoamericano escribió, junto con J. Mom y los Baranger, sobre «Las Corrientes Actuales en el Pensamiento Psicoanalítico».

Dos años antes de emigrar a Europa fue invitado a recrear, por tercera vez, «su» Servicio en el Hospital de Niños de Buenos Aires, que incluía la primera Residencia en Psiquiatría y Psicología Infantil de Latinoamérica. Antes de que los generales los destruyan otra vez y estando en pleno apogeo, se fue de la Argentina definitivamente, y se instaló en Barcelona, donde fue fundador y jefe del Hospital de Niños de Barcelona, y profesor de la Hora de Juego Diagnóstica en la Sociedad Catalana del Rorschach y Métodos Proyectivos, desde 1972.

Además de los citados, sus trabajos científicos más importantes son:

– «Sobre algunos casos de intoxicación por conocimiento de hojas malva». Día Médico, Nº 15, Enero 1947. En colaboración: Dr. B. Cantlon.

– «La neumoencefalografía en el síndrome epiléptico de la infancia» en «La Epilepsia en el Niño». Ed. Ateneo, 1949.

– «Las Variaciones del síndrome cerebroso en relación con la fisiología moderna del cerebelo». Tercer Congreso Sudamericano de Neurocirugía, Abril 1949.

– «Sobre un caso de asociación de síndrome de Laurence-Moon-Biedl, con cavum septum pellucidum», Arch. Arg. de Pediatría, XXXIV, Agosto 1950.

– «Higiene Aeronáutica», Ensayo Psicosomático. 1 T. Biblioteca de la Fac. de Medicina de Buenos Aires en colaboración con el Prof. Dr. R. Agrelo, 1952.

– «Esclerosis tuberosa». En colaboración con los Dres. A. Mosovich. A. Corti, F. Curcio. A. Delmar. Arch. Arg. de Pediatría, XXXIX, Nº 3, 1953.

– «Trastornos de Conducta en los niños epilépticos». IV Jornadas de Pediatría, Mar del Plata, 26 de Marzo de 1953.

– «Psicoterapia en el asma». IV Jornadas de Pediatría, Mar del Plata, 28 de marzo de 1953.

– «La interpretación de las Entrevistas con los Padres en el Análisis de Niños», en colaboración con V. Campo, Rev. de Psicoanálisis, XIV, 1-2, 1957.

– «Modelo para un Taquistoscopio transportable». Presentado al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (inédito), 1959.

– «La Psychothérapie dans le cadre de l'Hospital psychiatrique: la Psychothérapie Pavillioonaire», en colaboración con el Cr. C. Cherpillod, publicado en «Medicine et Hygiene», Nº 502, Año XIX: 376-377, 1961.

– «La manifestación de la défense maniaque dans un groupe de psychodrame psychanaytique», con el concurso del Dr. Henrik Carpela, becado por el Gobierno Finlandés para ese fin, publicado en «Acta Psychother». 10:439-453. 1992.

– «Funcionamiento del yo en el duelo normal y patológico», en colaboración con los Dres. L. Griberg, A. Dellarossa y otros; trabajo publicado en la Revista de Psicoanálisis, Tomo XXI- Nº, Abril-Junio 1964.

– «Fundamentos para la creación de la 1ª Residencia en Psiquiatría de la Infancia en la República Argentina. Hospital de

Niños de Buenos Aires, Marzo de 1971. Plan de Salud Mental de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

– «Organización y Plan de Estudios de tres años para la Residencia en Psicopatología y Salud Mental de la Infancia. Hospital de Niños de Buenos Aires. Marzo 1971.

– «Organización y Plan de Estudios de tres años para una Residencia en Psicología de la Infancia, para Psicólogos. Hospital de Niños de Buenos Aires. Marzo 1971.

– «Los Psicofármacos en Pediatría». Rev. Hospital de Niños de Buenos Aires. Julio 1971.

– «Consideraciones sobre los Episodios Psicóticos de la Infancia (con especial referencia a la Folie a deux) Congreso de Psicopatología Infanto-Juvenil. Octubre 1971. Buenos Aires.

– «Integración de la Psicopatología en el Hospital Pediátrico». IX Jornadas del Hospital de Niños de Buenos Aires, Octubre 19/1971.

– «La Técnica en niños».

– Autor del capítulo XIII: «Analizabilidad en la pubertad y adolescencia», en el libro «Analizabilidad y momentos vitales» de Carlos A. Paz y colaboradores.

– Dirigió la Enciclopedia sobre el desarrollo del niño y del adolescente y fue coautor, junto a Teresa Olmos, del primer tomo.

– «Esperanza y Desesperanza. Consideraciones sobre la interrupción del Proceso Analítico». 1976.

– «Psicoterapia y reeducación. Aspectos terapéuticos de la reeducación». 1979.

– «La depresión en la infancia y la psicoterapia psicoanalítica de sus manifestaciones». (1984).

«Psicoterapia en la Adolescencia». (1985)

– Libros:

– «La Epilepsia en el Niño», 1 T., Ed. El Ateneo, 1950

– «El niño Asmático», 1 T., Ed. El Ateneo, 1956

– «El Juego, Los Niños y El Diagnóstico. La Hora de Juego», junto a C. Rivera. 1989.

Al Dr. Alberto Campo siempre le interesó la enseñanza, en intentó enseñar a pensar, dar ideas e inspirar, antes que inculcar reglas. Fue un rabioso defensor de la libertad mental.

INTRODUCCION A LA CONFERENCIA DE TERESA OLMOS DE PAZ.

Por Fuensanta Guijarro.

La mayoría de vosotros ya conocéis SEPYPNA: Sociedad española de psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente. Esta sociedad fue creada en el año 1982 por un grupo de psiquiatras y psicólogos que en su mayoría hicieron su formación en el extranjero; uno de ellos el Dr. Ricardo Sanz, fundador y miembro de la Junta Directiva hasta 1991, ha sido el introductor de dicha sociedad en Valencia. A su trabajo y dedicación se debe el que hoy seamos un grupo ya considerable de socios. Asimismo hizo posible la celebración del 4º congreso nacional de la Sociedad que tuvo lugar en Valencia en Octubre de 1990, como muchos de vosotros recordaréis. En nombre de todo el grupo de Valencia quiero expresarle nuestro agradecimiento por toda la labor desarrollada, y por todo el apoyo y colaboración que sigue prestando. En nuestro deseo el poder hacer una serie de actividades científicas a lo largo del año, que nos permitan intercambiar puntos de vista, y enriquecernos mutuamente. Todos sabemos lo difícil y solitario que es nuestro trabajo y lo importante que es el tener un lugar donde poder compartir nuestras dudas temores e inseguridades, así como poder escuchar y aprender de los que tienen más experiencia. Ese es el objeto de SEPYPNA, y entre todos hemos de intentar llevarlo a cabo.

Hoy iniciamos las actividades con un acto jornada en recuerdo del que fue gran psicoanalista y maestro insustituíble de

muchos de nosotros: El Dr. Alberto Campo, fallecido hace hoy precisamente un mes.

Me resulta muy difícil hablar de él. Todavía es demasiado reciente, y aún cuesta cree que hay sucedido.

Aquí hoy estamos muchas personas que mantuvimos un vínculo estrecho con él a través supervisiones, seminarios conferencias... Muchas personas que le hemos conocido, apreciado y admirado. Cada uno de nosotros tendría muchas cosas que contar sobre él. Soy consciente de que mis problemas son insuficientes para expresar los sentimientos de todos y cada uno de nosotros.

Gran persona; gran amigo; hombre polifacético con un gran sentido del humor que permitía combinar lo lúdico con el trabajo. Hacía del trabajo un acto lúdico. ¡Que lejos estaba con el la exigencia superyoica tan frecuente en otros ambientes.! Trabajador incansable que dio tanto, y aún le quedaba tanto que dar,

Alberto Campo fue:

– Fundador y Jefe del Servicio de Psicopatología del Hospital de niños de Buenos Aires desde 1968 a 1972.

– Miembro Titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

– Miembro Titular Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis.

– Miembro de SEPYPNA.

– Profesor de Instituto de Psicoanálisis de la Sociedad de Psicoanálisis.

Entre sus trabajos más importantes destacan:

– «Corrientes actuales en el pensamiento psicoanalítico» junto a Willy y M. Barranger y Jorge Mon.

– «El pensamiento y la culpa en la personalidad psicopática»: Aspectos parciales del análisis de un delincuente juvenil».

– Sobre la omnipotencia.

– La Técnica en niños.

– La depresión en la infancia.

– Autor del capítulo XIII: Analizabilidad en la pubertad y adolescencia, en el libro «Analizabilidad y momentos vitales» de Carlos Paz y colaboradores.

– Dirigió La Enciclopedia sobre el desarrollo del niño y del adolescente y fue coautor junto con Teresa Olmos del primer tomo.

– Su último libro fue junto a Cristina Rivera: «El juego, los niños y el Diagnóstico»,

Hoy queremos recordarle trabajando, y para ello quién podría hacerlo mejor que su gran amiga y colaboradora Teresa Olmos de Paz.

Teresa Olmos de Paz ha sido:

– Coordinadora de Diagnóstico y Psicoterapia en el Servicio de Adolescencia del Centro de Salud Mental nº 1 de Buenos Aires desde 1968 hasta 1972.

– Coordinadora el Departamento de Delincuentes juveniles del Instituto del menor de Buenos Aires, desde 1968 hasta 1970.

– Es miembro de la Escuela Argentina de Psicoterapia.

– Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

– Profesora del Instituto de Psicoanálisis de la A.P.M.

– Miembro de SEPYPNA.

Sus trabajos más importantes son:

– Proceso analítico de un adolescente.

– Algunas reflexiones sobre elaboración en insight en psicoanálisis de niños

– La adolescencia de un niño con síntomas somático.

– Coautora junto a Carlos Paz y Mª Lucila Pelenta del libro: «Estructuras y/o estados fronterizos».

Autora del Cap. XIV («Episodios psicóticos y analizabilidad»), en el libro (Analizabilidad y momentos vitales de Carlos Paz y colaboradores.

– Coautora junto a Alberto Campo del primer tomo de la «Enciclopedia del niño y el adolescente».

– En 1990 Working through in child psychoanalysis».

Revista: Melanie Klein and objects relations.

Hoy Teresa nos va a hablar de Adolescencia y Proceso Psicoanalítico, y para ya cederle la palabra y escuchar todas las cosas interesantes que nos tiene que contar, termino como empezaba Alberto Campo su capítulo sobre la Analizabilidad en la pubertad y Adolescencia: «Toda consideración acerca de la adolescencia debiera comenzar por definirla y desde aquí se inician las dificultades».

Seguro que Teresa nos va a facilitar la comprensión de ésta tan compleja del desarrollo.

TEORIA PSICOANALITICA DE LA ADOLESCENCIA

Por Teresa Olmos de Paz

Al amigo y al maestro que tanto tuvo que ver en mi desarrollo como psicoanalista de adolescentes.

La última vez que hablé en esta sala, estaba a mi lado Alberto J.Campo. Lamentablemente hoy 18 de mayo, hace un mes que ya no está entre nosotros pero, sí está su fuerza, su ternura, su vitalidad y su creatividad.

Creatividad la de Alberto que entre otras muchas cosas, lo llevó a postular y desarrollar el Psicoanálisis de Adolescentes. Primero en la República Argentina y más tarde en España.

Hoy sabemos los psicoanalistas que también analizamos adolescentes que, Alberto J. Campo fue uno de los pilares del desarrollo del psicoanálisis de adolescente. Es por ello que creo que, el mejor homenaje que hoy podemos brindarle, es este acto de pensamiento y de contribución a la difusión del psicoanálisis de adolescentes.

Yo voy a tratar de conservar la transformación en pensamiento de esta experiencia emocional tan fuerte para mí.

Las palabras que Fuensanta Guijarro acaba de pronunciar nos sirven de introducción a este tema tan amplio, difícil y complejo como lo es la adolescencia o el proceso adolescente.

Si bien, desde la perspectiva psicoanalítica, no deberíamos olvidar que un estudio exhaustivo del adolescente, aparte de cuestiones individuales propias, solo puede ser encarado en su interrelación con el medio familiar y social.

Las comunidades adolescentes de hoy nos muestran los cambios en los valores y en los comportamientos y nos ayudan a discriminar los factores culturales y los factores intrínsecos en el estado de espíritu adolescentes. Por lo tanto, creo que la adolescencia es un hecho individual pero transcurre en un medio cultural, social e histórico determinado que marca las características de cada adolescente.

Literalmente, adolescencia significa la condición o proceso de crecimiento. Cada individuo construye la historia de su vida y la adolescencia ocupa un lugar en esa construcción. En la cronología de la historia de vida la adolescencia suele actuar como elemento unificador entre la infancia y la adultez; pero la historia según sabemos, es mucho más que una secuencia de escenas, acontecimientos y personajes en que, el pasado, el presente y el futuro estuvieran unidos por un argumento lineal. Pasado que deja huellas y el sujeto historiador va interpretando; como nos decía Sigmund Freud: el pasado, el presente y el futuro están unidos por el hilo del deseo que corre a través de ellos. (Freud, S., 1907). También los trabajos del yo suponen tomar en cuenta como éste teje los hilos de las fantasías y los hilos del pensamiento.

A partir de «Tres Ensayos Sobre La Sexualidad» (1905), texto en donde Freud introdujo las tres premisas fundamentales de LA METAMORFOSIS DE LA PUBERTAD la primera publicación hasta donde yo conozco, que encaró de manera explícita, la problemática adolescente fue la de Ernest Jones en 1922.

En su trabajo titulado: SOME PROBLEMS OF ADOLESCENCE nos propuso que «la adolescencia recapitula la infancia

y la manera en que una determinada persona ha de atravesar las necesarias etapas del desarrollo de la adolescencia, está en gran medida determinada por la modalidad de su desarrollo infantil» (1922). Recapitulación que no debería ser igual al concepto de repetición, ya que esté último suele ser tomado de modo literal como si no hubiera producido ninguna transformación histórica. Jones mismo señala que, la recapitulación no significa una repetición idéntica del desarrollo previo.

Mi experiencia con adolescentes me llevan a la conclusión de que la adolescencia, lejos de ser una recapitulación pasiva del pasado, constituye un momento de reestructuración y es un espacio pleno de historia y potencialidad. Es un estado de resignificación del mundo infantil porque se agregarán dos elementos fundamentales; la capacidad efectiva de realizar la vida erótica y la capacidad de procrear, que luego éstas se reflejarán en un sentimiento de identidad y autonomía con conciencia de la temporalidad. Tiempo que incluye el pasado y presente pero, también el futuro.

Ahora bien, decía que Jones fue el primero que encaró explícitamente la problemática adolescente, sin embargo no debemos olvidar que Sigmund Freud había ya introducido la adolescencia en la clínica psicoanalítica. Fue él, quien de manera pionera, aplicó el método psicoanalítico en la adolescencia con su paciente Dora.

Es remarcable cómo los problemas que esta adolescente planteo a Freud llevaron a éste a profundizar en la consideración e instrumentación técnica de la transferencia. Hoy, noventa años después, sabemos acerca de la dificultad que presentan los adolescentes con su característica tendencia a la actuación, producto de su turbulencia emocional y narcisista.

En la medida en que su capacidad de simbolización no está todavía consolidada no pueden establecer un clivaje entre el acto y su significado.

El turbulento proceso de desidealización de los padres oscila con vínculos idealizados y, será de primera importancia poder articular en nuestra tarea interpretativa la relación existente entre lo observado y lo soportable. Hecho fácil de decir, sin duda, pero en ocasiones difícil de hacer. El objetivo del psicoanálisis es ayudar a lograr el máximo nivel simbólico y, la dificultad es cómo articulado con el nivel de contención necesario.

Por todo ello, pienso que es necesario tener un conocimiento profundo de los conflictos que caracterizan ese estado adolescentes, pues ello nos permitirá establecer un mejor contacto y adecuar nuestros procedimientos analíticos a la mente del adolescente. Asimismo, podremos valorizar mejor los elementos a tener en cuenta en el momento de comenzar a analizarles.

Resulta difícil en ocasiones, distinguir o establecer los límites entre el proceso adolescente y sus psicopatología. Igualmente se suele observar que la adolescencia o los procesos psicoanalíticos de adolescentes, constituyen una de la zonas en las que más se ha tendido a buscar apresuradas soluciones técnicas y otras estrategias terapéuticas, antes de intentar comprender los hechos de observación.

LA CRISIS ADOLESCENTE comienza con la pubertad y es un momento de la vida que implica peligro y también implica oportunidad.

Cuando el niño abandona el estado «latente» e irrumpe en él la turbulencia emocional, consecuencia de la metamorfosis de la pubertad, sobreviene una crisis de «desidentificaciones» que cuestiona profundamente su ser. Crisis que equivale a la pérdida de su identidad infantil asentada en identificaciones anteriores y que puede devenir peligrosa a consecuencia de no hallar en su mente continente para su sostén. También puede evolucionar hacia la expansión de la realidad psíquica produ-

ciendo el crecimiento mental; por lo tanto también presupone oportunidad.

La crisis adolescente involucra un «cambio catastrófico», un tipo peculiar de configuración inherente a estructuras muy diversas de cambio y transformación.

La conjunción constante de fenómenos ligados por Bion con esa denominación, incluye la alteración del sistema –violencia e invariancia– dentro de la relación continente-contenido. (Bion, W. 1966) Hay elementos que transitan por el cambio adolescente sin modificarse (invariancia) pero, también hay una alteración del sistema previamente existente (violencia) que, deriva de un cambio que desorganiza el sistema «latente» constituído.

«Cambio catastrófico» que no implica una catástrofe real aunque si puede acercarse en diversos grados, a una catástrofe real.

Una peculiaridad que torna vulnerable al adolescente es el estado de transición, donde el sujeto pierde la seguridad y tiene que afrontar la inseguridad de lo que desconoce. La experiencia central del dolor reside en la incertidumbre que al adolescente le cuesta tolerar. El no sabe todavía qué será y se encuentra profundamente confundido y, la incertidumbre es lo esencial que se manifiesta en esas oscilaciones de dispersión e integración que produce sufrimiento al adolescente.

La pubertad por lo tanto representa una profunda conmoción psíquica e inaugura en el individuo un estado de dispersión, acompañado con angustias persecutorias y confusionales. Sin lugar a dudas, la angustia de castración ocupa un lugar esencial en este estado mental. A partir de entonces, en el adolescente, comenzará un proceso en que se tendría que llevar a cabo una serie de operaciones simbólicas fundamentales y, en

que una clave esencial será el poder simbolizarse como extraño apoyado en su extrañamiento corporal e ir resignificándose acerca de «quien soy yo», «quienes son mis padres», «qué es la muerte».

Resignificación que involucra el trabajoso camino a recorre, desde el yo ideal narcisista omnipotente al ideal del yo, desde el narcisista omnipotente al ideal del yo, desde el narcisismo infantil a la elaboración de a constelación edípica: *FENOMENO CENTRAL DE LA ADOLESCENCIA.* Escapando al incesto, el adolescente inicia la búsqueda de objetos de amor en el mundo externo.

Freud en 1905 introdujo las tres premisas fundamentales a tener en cuenta en el desarrollo adolescente. Ellas son: 1) la subordinación de pregenitalidad a la genitalidad, 2) el establecimiento de nuevos objetos sexuales-heterosexuales y 3) la consolidación de la exogamia, es decir el encuentro familiar. También nos advirtió Freud acerca del doloroso proceso de desidealización de las imágenes paternas que se lleva a cabo en la adolescencia. Decía Freud: «Contemporáneamente a la desestimación de esas fantasías incestuosas, se consuma una de los logros psíquicos más importantes, pero también más dolorosos del período de la pubertad: de desasimiento respecto de la autoridad de los progenitores, el único que crea la oposición, tan importante para el progreso de la cultura, entre la nueva generación y la antigua». (S, Freud, 1905)

Desde esta perspectiva freudiana podemos considerar a la adolescencia como una etapa de transformación final y como un puente entre la sexualidad poliforma perversa infantil y la sexualidad adulta centrada en la genitalidad, que implica a la vez un proceso de resignificación y elaboración de la constelación edípica.

Cincuenta y dos años más tarde, Anna Freud al señalar «la azarosa empresa del principio al fin» que significa emprender el

análisis de un adolescente, los describió fundamentalmente como personas que pasan repentinamente de un estado emocional a otro, con exagerada intolerancia a la frustración, quienes dan mayor importancia a la acción (acting out) en su economía mental, se asemejan a los sujetos que atraviesan períodos de duelo o de infortunios amorosos y están empeñados en una lucha emocional de extremada urgencia e inmediatez. Su libiado está a punto de desligarse de los padres para catectizar nuevos objetivos y es inevitable un retraimiento narcisista para llenar, según Anna Freud, los períodos en que ningún objeto externo está catectizado.

Si bien concuerdo con la descripción global que Hace Anna Freud del adolescente, como también con las dificultades clínicas y técnicas que ellos nos presentan, considero que las nociones de duelo y narcisismo visualizadas solo en términos de energía psíquica y no de significado, resultan insuficientes para la comprensión del estado mental adolescente.

Como ya lo planteara en otra oportunidad, (T. Olmos de Paz, 1983), pienso que en el psiquismo no cabe hablar de un narcisismo anobjetal. El narcisismo, en mi criterio, se instaura de entrada a través del vínculo con el objeto representado, en un primer tiempo, por la madre, luego por los padres y por los personajes significativos de la infancia.

Sigmund Freud, en 1914, incluye la categoría del valor como indisociable de la vida psíquica; valor que el sujeto se asigna a sí mismo y a sus objetos. También, él articular de forma explícita el narcisismo primario con el narcisismo de los padres introduciendo, así, el espacio del vínculo intersubjetivo en la estructuración del sujeto. El narcisismo implica una relación entre un investimiento yoico y su investimiento parental. La vivencia del narcisismo satisfecho tiene su origen en los padres.

El yo realiza diferentes demandas: demanda de placer, demanda de amor y demanda de reconocimiento narcisista. (P.

Aulagnier, 1979). La relación narcisista es componente de la relación amorosa; y esta relación entre el yo y una parte de sí mismo, señalada P. Aulagnier, es necesaria para que la líbido de objeto permanezca al servicio del yo, al servicio del objeto real y sus investimientos recíprocos; asimismo, destaca la necesidad de asegurarse el yo un objeto de amor y la necesidad de hallar en la realidad una prueba de la verdad de lo que él piensa, estarían en la base de la demanda narcisista.

También Wilfred Bion por su parte, ya había señalado en 1965 «que la escala que va del narcisismo al social-ismo es de primera importancia»... «El significado es una función del amor a sí mismo, del odio a sí mismo, del conocimiento de sí mismo» (W. Bion, 1965) La función materna de revêrie es la que permite la identificación con el bebé y también su diferenciación. El amor de la madre se expresa a través del ensueño y el impacto emocional de ella sobre el bebé y del bebé sobre ella, es una experiencia emocional que proporciona satisfacción narcisista y provee una primitiva incorporación de significado por la mente del bebé que, posibilita sobrellevar las vivencias de desamparo y de aniquilación. Entre una relación en que no se vivencia la autonomía del objeto, es un vínculo eminentemente narcisista y sin embargo objetal.

Estos procesos se reactivan en la adolescencia y el adolescente remodela el narcisismo infantil. Las fantasías de omnipotencia están a la orden del día y se manifiestan en el convencimiento que tiene el adolescente de que nada es imposible. Siente que puede ser y hacer lo que desee. Esto va unido al conflicto que surge en el vínculo con los padres, vínculo ambivalente como muestran las oscilaciones entre el desprendimiento y el mantenerse ligado a ellos.

Ahora bien, creo que para que el proceso adolescente pueda desarrollarse, la función parental debería llevarse a cabo, proporcionando al adolescente posibilidad de continencia en su

turbulencia emocional y ayudándolo así, a ser y tener una experiencia de su ser creando. El adolescente necesita crearse un espacio para que todo lo extraño se despliegue y poder simbolizarse como extraño a partir de su extrañamiento corporal; espacio que, también como analistas, tenemos que ayudar a crear para posibilitar la instauración del proceso analítico.

Desde la función parental, es fundamental poder tolerar el cuestionamiento e imaginar un hijo desprendido y autónomo haciendo su camino, que le permitirá al yo del adolescente consolidar identificaciones y continuar su tarea de construcción de su propia identidad. Asimismo para que el Complejo de Edipo pueda elaborarse y el adolescente pueda desalojar a los padres del lugar omnipotente y omnisciente, necesitará de unos padres que se dejen sustituir.

Al resignificarse el narcisismo en la situación triangular, se produce una oscilación entre la ambición de perfección omnipotente y la aceptación de los límites que toda satisfacción implica. Esta estructuración del self condicionará que, en cada situación de pérdida, se reactive la organización narcisista que se apaciguará cuando, a través del trabajo de duelo, se procese la elaboración simbólica de las pérdidas.

Coincido plenamente con Arminda Aberastury (1971) cuando sostiene que en la adolescencia deben elaborarse tres duelos fundamentales: 1) el duelo por el cuerpo infantil y las fantasías de bisexualidad; 2) el duelo por la identidad y el rol infantiles; y 3) el duelo por los padres de la infancia.

Duelos que no se pueden acelerar ni detener, que involucran un lento trabajo y nos conducen a comprender *el dolor mental que implica el proceso adolescente.*

La primera pérdida que debe aceptar el adolescente es la de su cuerpo infantil; cuerpo que deja de ser el mismo, tornándose desconocido; primera crisis que evoca la muerte.

El adolescente, para ir asumiendo su identidad como varón o mujer, explora y descubre sus genitales que ahora han adquirido nuevas características. En la masturbación de la adolescencia, a la fantasía de escena primaria se agrega el peligro de consumar las fantasías incestuosas por la madurez genital; por ello la masturbación en este momento, cumple una tarea de elaboración de fantasías.

La masturbación tiene una doble vertiente; por una parte es experimental, un juego adolescente que permite salida a la excitación sexual y el reconocimiento de su cuerpo.

«Jugar» con las identidades sexuales u, con su polimorfismo sexual pregenital es una de las tareas que se encuentran intensificadas, y dependerá de las «fantasías centrales masturbatorias» (Laufer, M., 1984), para que la masturbación se caracterice por ser transitoria, intentando al principio negar el dolor que implica la renuncia a la escena primaria, o se instales de manera compulsiva.

La otra vertiente es que, la masturbación, produce angustia confusional por las fantasías de apoderarse de la identidad de un objeto por intrusión. (Meltzer, D., 1967) Cuando la *angustia confusional, y la angustia de castración,* son excesivas, la masturbación suele tornarse compulsiva. De esta manera deja de cumplir la función de ayudar al yo a reorganizarse en torno de la supremacía genital. En la medida que lo logra será la prueba de un elaboración del duelo por la pérdida del cuerpo y la identidad infantil.

Ahora bien, Sigmund Freud ha señalado que el narcisismo infantil –«His Majesty the Baby», como alguna vez nos creímos– caerá bajo el efecto de la represión y en su lugar se erigirá un ideal. «La formación del ideal sería, de parte del yo, la condición de la represión. Y sobre todo yo el ideal recae ahora el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real (...) La

perfección narcisista de su infancia (...) procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo»; (Freud, S., 1914), fundándose la autoestima en el amor a sí mismo del narcisismo esencial, ahora regido por el ideal del yo.

En relación al origen del ideal, nos dice Freud: «La incitación para formar el ideal del yo, cuya tutela se confía a la conciencia moral, partió en efecto de la influencia crítica de los padres, ahora agenciada por las voces, y a la que en el curso del tiempo se suman los educadores, los maestros y, como enjambre indeterminado e inarbacable, todas las otras personas del medio (los prójimos, la opinión pública)» (Freud S., 1914). Así el ideal surge a partir del momento en el que otro deja de ser un admirador incondicional, y como consecuencia de desilusiones sucesivas respecto de las imagos parentales idealizadas.

Las demandas que el mundo externo produce, el self narcisista y omnipotente del adolescente intenta negar pero, a través de la identificación, las va introyectando como propias y así se reestructura el ideal del yo.

Estos procesos nos permiten comprenderlos y comprender, en el vínculo transferencial, aspectos como: sus fanatismos, la amistad «homosexualidad», enamoramientos deslumbrantes, idealizados excesivas y también desidealizadas.

Ahora bien, el ideal del yo involucra la dimensión de futuro, la lleva en su esencia en los proyectos anticipados y ayuda a la organización y reorganización del tiempo con secuencias de principio y fin.

El abandono de yo idealizado, en beneficio de los ideales futuros, implica un largo y difícil cambio. La desidealización es condición principal y un factor determinante esencial para el surgimiento de los ideales.

La entrada en la adolescencia, donde toda adquisición se replantea, implica la desidealización del tiempo infantil y una reestructuración de los ideales del yo, que marca la entrada del sujeto en la *temporalidad,* instaurándose la conceptualización del tiempo que involucra la noción discriminada el pasado-presente y futuro y la aceptación de la muerte de los padres, la pérdida de su vínculo pasado con ellos.

En muchos adolescentes, como veremos luego en los casos clínicos, ese pasaje no se pudo ni se puede realizar. De ahí la importancia de un anclaje certero (invariancia) del proceso identificatorio, condición fundamental para que el adolescente pueda continuar su recorrido al vivenciar la crisis de *desidentificaciones,* y afrontar la «locura puberal»; en lugar de detenerse y quedar fijado en una posición, consecuencia de la intolerancia al sufrimiento que le produce su *crisis de identidad,* o en ocasiones llegar a perder su propia individualidad.

«La capacidad de seguir sintiéndose él mismo, en la sucesión de cambios, forma la base de la experiencia emocional de la identidad». (Grimberg, L. y R. 1973)

Por otra parte, quisiera destacar que las características que presenta el adolescente, *consecuencia de su crisis de desidentificaciones,* son aspectos que han llevado a comparar y en ocasiones a confundir, algunas de sus características con formas de comienzo de una psicosis. Si bien sus rasgos han conducido a remarcar las dificultades que se presentan a la hora de analizarles, también ellos muestran aspectos positivos que nos permiten establecer un contacto como analistas.

Decía Alberto J. Campo, *«el amor por la «verdad», sus intereses por el conocimiento que implica una búsqueda infantil derivada hacia objetos actuales, la idealización de la amistad, la capacidad de admiración por figuras significativas y el sentirse comprendidos»,* son también características que facilitan la tarea analítica, sobre todo en los comienzos del tratamiento.

Los autores norteamericanos, (Peter Blos, P. Giovachini, J. Masterson, etc.) teniendo en cuenta diferencias físicas, psicológicas y sociales, distinguen diferentes períodos del desarrollo adolescente: 1) la pubertad o adolescencia temprana, (de los 12 a los 15 años); 2) adolescencia media, (de los 15 a los 18 años); y 3) adolescencia tardía (de los 18 a los 21 años).

Esta separación, suele ser confirmada, en general, por los adolescentes a través de sus grupos y en las relaciones entre ambos sexos. Asimismo, es diferente la actitud de un adolescente de 12 o 13 años ante un tratamiento analítico de la que muestra uno de 18 a 19 años.

Pero en psicoanálisis, tendemos a comprender esas conductas y actitudes como exteriorizaciones de un estado mental y, al implicar el proceso adolescente diferentes modalidades del funcionamiento mental, prefiero llamar *primera adolescencia* al tipo de funcionamiento mental que se caracteriza, fundamentalmente, por el estado de omnipotencia narcisista y confusional, consecuencia del impacto en el self de la metamorfosis de la pubertad y *segunda adolescencia,* al modo simbólicas, básicamente el *trabajo de elaboración de los duelos* por las pérdidas del cuerpo infantil, de las fantasías de bisexualidad, de la identidad infantil y de los padres de la infancia.

Modalidades de funcionamiento mental

Primera Adolescencia

a) Predominio de la sexualidad «perverso poliforma»

b) Predominio de la relación de objeto narcisista.

c) Inicio de crisis de «desidentificaciones». Estado de «confusión». Angustia paranoide y angustia de castración.

d) Fantasías inconscientes y conscientes omnipotentes. Idealización versus desidealización.

e) Aislamiento versus dispersión.

f) Oscilaciones de la autoestima, vivencias de inferioridad-superioridad.

g) Predominio de la identificación proyectiva y el spliting del self y del objeto.

h) La violencia se expresa básicamente a través de la intrusión y violación de la intimidad del otro.

i) Se enfrenta a los duelos, aunque en ese momento es más bien trabajado por los duelos.

j) Comienzo del proceso de reestructuración de las categorías que tienen que ver con el *cuerpo* y posibilidad y simbolizarse como extraño; también aquellas que tienen que ver con *la presencia y ausencia, la intimidad y el secreto,* manifiesto esto último en el *grupo de pares de mismo sexo.*

En el pasaje del estado narcisista a la constelación edípica se resignificará el mito de origen, teorías que el adolescente va a reconstruir acerca de su origen; «novela familiar».

Segunda Adolescencia

a) Predominio de afirmación de la sexualidad genital.

b) Angustia de castración. Angustia depresiva.

c) Disolución-elaboración de la constelación edípica.

d) Reestructuración del ideal del yo y Super-yo.

e) Manifestación del dolor frente a las pérdidas y elaboración de los duelos básicos (cuerpo, fantasías de bisexualidad, identidad infantil y padres de la infancia).

f) Predominio de identificaciones introyectivas.

g) Reconstrucción del tiempo-historización.

h) Reestructuración de aquellas categorías que tienen que ver con: lo permitido-prohibido, castrado-no castrado; lo privado y lo público manifiesto por ejemplo en la diferencia entre el «íntimo/a amigo/a» y los amigos/as del grupo mixto heterosexual, la resignificación de la categoría temporal y aquella que tiene que ver con lo posible-imposible, categorías éstas últimas en íntima conexión con la elaboración de fantasías omnipotentes.

Las categorías se van estructurando en sucesivos estratos en el curso del desarrollo, y tienen que ver con los trabajos de simbolización que el yo va realizando. «Implican virajes cruciales en el proceso de estructuración. Su necesariedad es de tipo lógico y no cronológico. Categorías que se van construyendo de las operaciones que la función materna hace posible. Estas operaciones se van enriqueciendo, cualificando y resignificando en diferentes estratos. (Pelento, M. L. 1988).

La reconstrucción de la categorías descritas van dando la pauta de que el psiquismo del adolescente se ha resignificado y estructurado.

Cuando por el contrario, el adolescente se siente incapaz de elaborar los duelos en relación a su infancia, las técnicas de escisión se intensifican como defensa ante el dolor y desde la organización narcisista con el objeto; y solo buscan las supresión de la angustia y del dolor mental por el daño infligido a la pareja de los padres.

Las identificaciones introyectivas no se consolidan. Por el contrario predominan las identificaciones proyectivas que van sacando al adolescente del núcleo de su identidad.

El riesgo más extremo consiste en que puede ir perdiendo su propia individualidad; esto puede observarse, por ejemplo, en el mundo de la adicción a las drogas; mundo que aisla al adolescente que se introduce en él, como ritual que lo aliena y que le sustrae su sentido de identidad familiar.

Los cuadros clínicos varían: en un extremo, las psicosis, depresiones severas, anorexia mental, adicciones, organizaciones boderline de la personalidad sin olvidar las neurosis obsesivas, hasta la canalización de la depresión, vía corporal, en los cuadros psicomáticos.

También en la adolescencia patológica, se presentan diferentes grados o «fachadas» que implican organizaciones defensivas de la subyacente depresión que van, desde el oposicionismo y la denigración sistemática del mundo adulto e infantil, hasta la destructividad psicopática y perversa en la delincuencia. Cuadro éste último, consolidado con una organización defensiva que, como bien decía Alberto Campo, «está al servicio de mantener un equilibrio precario pero significativo, contra el aburrimiento y la depresión». (Campo A. J., 1963)

Son adolescentes, estos últimos, que llegan al tratamiento enviados por los padres, con los cuales es difícil trabajar. En cambio, están los adolescentes a los que, sin alcanzar un estado patológico muy severo, el sufrimiento se les torna excesivo; tienen miedo, no pueden concentrarse y están más o menos solos por encontrarse en un momento de excesiva turbulencia emocional. Son adolescentes que, aunque su fenómenos regresivos sean intensos, y a pesar de las dificultades que presentan en un comienzo, como dice Meltzer, «es maravilloso trabajar» y cuyo objetivo terapéutico es ayudarles a imaginar, a simbolizar, por ende, a pensar.

Termino este contacto con la adolescencia recordando a Alberto J. Campo, maestro e íntimo amigo, quien en múltiples oportunidades de diálogo e intercambio se sintetizó: por una parte, la problemática central de la adolescencia: el desprendimiento de nuestros padres y lo que ello implica; por otra: el psicoanálisis de adolescentes en el cual el adolescente con «sus aspectos sanos del self» hace uso del análisis para desprenderse de sus padres. En este sentido, decía Alberto, el analista cumple la función de objeto de transición.

Valga mi homenaje y mi gratitud hacia él.

La segunda parte de la Jornada-Homenaje estuvo centrada en: OBJETIVOS DEL PSICOANALISIS DE ADOLESCENTES. EL PROCESO ANALITICO DOS CASOS CLINICOS

(Por razones de discreción prefiero no publicar esta parte)

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1971): «Adolescencia» en *Adolescencia* de A. Aberastury y colab. Kargieman, Ed. Buenos Aires.

Bion, W. (1965): «Transformations». Cahnge from Learning to Growth». Heinemann-London, 1965.

Bion, W. (1966): «Catastrophic Change» en Bulletin British Psychoana. Soc. Nº 5.

Aulagnier, P. (1979): «Les Destins de Plaisir-aliènation-amour-passion». Press Univ. de France, 1979.

Aulagnier, P. (1984): «L'apprenti-historien et le maître-sorcier». Press Univ. de France, 1984.

Campo Alberto, J. (1963): «El Pensamiento y la Culpa en la Personalidad Psicopática. Aspectos parciales del análisis de un delincuente juvenil». Trabajo leído en la A. Psic. Argentina, 1963.

Campo Albert, J. (1980): «Analizabilidad en la Pubertad y Adolescencia» en Analizabilidad y Momentos Vitales de Carlos A. Paz y Colab. Nau Llibres, Valencia, 1980.

Campo Alberto, J. (1980): «El Desarrollo de los 12 a los 15 años» y Olmos de Paz Teresa en «El Desarrollo del Niño». Enciclopedia Psicol. Océano, Barcelona, 1980.

Comitee on Adolescence (1968): «Group of the Advancement of Psychiatry: Normal Adolescence». Charles Scribner's Sons, New York, 1968.

Freud Anna (1958): «Adolescence». Psycho-Study Child, XIII: 255-278, 1958.

Freud Sigmund (1905): «Tres Ensayos de Teoría Sexual». Tomo VII, Amorr.

Freud Sigmund (1907): «El Creador Literario y el Fantaseo». T. IX, Amorr.

Freud Sigmund (1914): «Introducción al Narcisismo». T. XIV, Amorr.

Freud Sigmund (1917): «Duelo y Melancolía». T. XIV, Amorr.

Grinberg, L. y R. (1971): «Identidad y Cambio». Kargieman, Buenos Aires, 1971.

Jones, E. (1922): «Some Problems of Adolescence» en Papers on Psychoanalysis-Maresfield Reprints, London, 1977.

Laufer, M. (1976): «The Central Masturbation Fantasy, the Final Sexual Organization and Adolescence». Psycho. Study Child XXXI: 297-316, 1976.

Meltzer, D. (1967): «La relación entre la Masturbación Anal y la Identificación Proyectiva». Rev. de Psicoanálisis. Tomo XXIV-4-1967.

Meltzer, D. (1980): «Teoría Psicoanalítica dell'adolescenza». Quaderni de Psicot. Infantile, Nº 1, Roma. 15-31.

Olmos de Paz Teresa (1980): «La Analizabilidad y los Posibles Episodios Psicóticos» (Proceso analítico de un adolescente» en Analizabilidad y Momentos Vitales-de Carlos A Paz y colab. Nau Llibres, Valencia, 1980.

Olmos de Paz Teresa (1983): «El Narcisismo y sus Vicisitudes». Trabajo leído en la reunión conjunta de la A.P.M., S.E.P. y S.P.P. Noviembre, 1983.

Olmos de Paz Teresa (1990): «De la Confusión a la Simbolización. Adolescencia y Proceso Psicoanalítico». Trabajo leído en la A.P.M. Octubre, 1990.

Pelento, M. L. (1988): «Estructuración Temprana del Psiquismo» en Cuadernos Referencia, Buenos Aires, Nº 1, 1988.

INFORME SOBRE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Por la Coordinadora general de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia.

Introducción

Reunida la Coordinación General de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-juvenil, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil de la AEN, Sección de Psiquiatría Infantil de la AEP y Societat Catalana de Psiquiatría Infantil), considera necesaria y urgente la creación de la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes, lo que constituye una antigua preocupación de sus Sociedades-miembro y ha sido objeto de múltiples iniciativas y diligencias. Para ello elabora el presente informe con objeto de que sirva de orientación básica a las instancias que tienen competencias o interés en este tema. Es el producto de los acuerdos fundamentales de quienes representan a la práctica totalidad de los médicos del Estado Español que trabajan cotidianamente con la formación y la identidad de Psiquiatras de niños y adolescentes.

La Psiquiatría de niños y adolescentes tiene una larga historia en Occidente. Son numerosos los tratados sobre la Especialidad y casi inabarcable la producción bibliográfica sobre sus muy diferentes aspectos. Asociaciones científicas propias cubren ámbitos autonómicos, estatales, europeos e internacionales.

La especialidad de Psiquiatría Infantil (incluyendo siempre la Adolescencia) hace años que está reconocida en Alemania, Francia, Reino Unido, Italia, Portugal, Grecia, Suiza, Finlandia, Irlanda, Dinamarca, Luxemburgo entre otros países europeos (1), encontrándose España entre las casi inexistentes excepciones y oscilando la duración de la formación post-graduada entre 4 y 6 años.

En España existen en la actualidad dos referencias oficiales a la formación de Psiquiatras de niños y adolescentes:

1. El Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación por Resolución de fecha 15 de julio de 1986 (2), en el que la Psiquiatría Infanto-juvenil sería, no una especialidad de Psiquiatría, sino un área de capacitación específica dentro de la especialidad de Psiquiatría. Según este programa un año de formación específica con niños y adolescentes bastaría para estar capacitado.
2. El Borrador del Real Decreto de Especialidades Médico-Sanitarias de Licenciados Superiores de 23 de junio de 1989 (3), donde se señala la Paidopsiquiatría como subespecialidad pediátrica de 2 años específicos y con una articulación no aclarada con Psiquiatría.

La primera de las referencias no ha tenido hasta ahora una incidencia práctica significativa y la segunda es todavía un Borrador sujeto a modificaciones y, en ningún caso, existe la aceptación del rango de Especialidad. Solamente parece dársele este carácter en el Anexo IV del Real Decreto 1691/1989 de 19 de diciembre (4), en el que al referirse a las «Condiciones de formación de los Médicos Especialista», se exige a los médicos de la C.E.E. un mínimo de 4 años de formación especializada de Psiquiatría Infantil para que dicho título de la Especialidad les sea reconocido a todos los efectos en España. Además de ser esto paradójico, crea una situación de agravio comparativo para los psiquiatras de niños y adolescentes del Estado Español, si-

tuación que se hará más aguda a partir de 1992 con la libre circulación de profesionales dentro de la C.E.E.

Esta introducción hace aquí referencia a la «Declaración de la Coordinadora General» del 25 de septiembre de 1990, que se adjunta al presente informe y que pone de manifiesto la situación actual de la Psiquiatría de niños y adolescentes en España.

El que siga sin reconocerse la Especialidad y por tanto sin existir Centros de Formación acreditados para ello, tiene como grave consecuencia la importante escasez de psiquiatras de niños y adolescentes en España, con serias repercusiones en las prestaciones preventivo-asistenciales a la población infantil y adolescente.

2. Definición y carácter autónomo de la especialidad

La Psiquiatría de niños y adolescentes se define como aquella psiquiatría cuya especificidad se deriva de ocuparse de las edades más evolutivas y más dependientes de las familias de origen, de las épocas más importantes para el aprendizaje y la socialización, y de los períodos de mayor trascendencia para la vida psíquica del ser humano adulto. Todo ello le da una intensa coherencia y peculiaridad al conjunto de sus conocimientos, de su práctica clínica y de sus perspectivas sanitarias, a la vez que tiene necesidad de hacer confluir en ella conocimientos procedentes de muy diferentes disciplinas (Psiquiatría de adultos, Medicina, Pediatría, Pedagogía, Psicología evolutiva, Logopedía, Psicomotricidad, etc.). Por ello, la formación del especialista en este campo debe organizarse y programarse desde instancias que tengan esta identidad propia de la Psiquiatría de niños y adolescentes.

Ya en 1969, tanto Psiquiatras de niños y adolescentes, como de adultos, Catedráticos de Universidad, Presidentes de Sociedades Psiquiátricas internacionales o expertos de la O.M.S. en este campo suscribían o afirmaban en un histórico artículo, «A propósito de la Autonomía de la Psiquiatría infantil» (5), lo siguiente: «La Paido-psiquiatría es una disciplina de encrucijada.

En ella convergen la pediatría, la psiquiatría, la psicología, la pedagogía para no citar más que las vías principales. Pero esta diversidad de accesos debe precisamente hacer definir la autonomía del lugar de encuentro. Por lo que se pone de manifiesto que la paido-psiquiatría no puede ya ser considerada en la actualidad como una simple prolongación de una de las disciplinas citadas. Se constata por otro lado que en numerosos países –U.S.A., Gran Bretaña, Canadá, Alemania del Oeste, Suecia, Italia– se ha instalado esta autonomía, consagrada desde hace una veintena de años por una enseñanza específica. Se llega por consiguiente a una especificidad de la Paido-Psiquiatría sobre la que por otro lado ha hecho hincapié la Asociación Mundial de Psiquiatría. Esta última votaba una resolución de acuerdo con las directivas de la Organización mundial de la Salud, que prevé una formación particular en el dominio de la psiquiatría infantil» (párrafo IX).

Lo que en España resulta de toda actualidad, lo suscribían hace 22 años, entre otros, las siguientes personalidades: Henri Ey, Houzel, Ciril Koupernik, S. Lebovici, Male, R. Diatkine, M. Soulé, R. Misés, J.L. Lang, Th. Kammerer, Estinger, Flavigny, etc...

Esta cita no sólo resulta elocuente, sino que posee una gran autoridad en la materia.

En el caso de España, la autonomía de la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes debe estar garantizada, como la de cualquier otra especialidad médica, por la existencia de una Comisión Nacional de la Especialidad en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

3. Períodos fundamentales de la formación

Sobre un total de 5 años:

	Mínimo	*Máximo*
A. Psiquiatría de niños y adolescentes	2 años	4 años
B. Psiquiatría de adultos	1 año	2 años
C. Pediatría	1 año	2 años

(Se consideran años básicos los mínimos y complementarios la diferencia entre máximos y mínimos).

A. El mínimo de 2 años de Psiquiatría de niños y adolescentes será obligatorio y no admitirá ningún tipo de formación equivalenhte y durante este período se llevará a cabo la formación teórico-clínica esencial de la Especialidad.
B. El período de Psiquiatría de adultos podrá ser equivalente o complementarse con Gerontopsiquiatría.
C. Cada año complementario de Psiquiatría de niños y adolescentes con dedicación especial a la Psiquiatría de enlace pediátrico equivaldrá al año básico y/o complementario de Pediatría.

La comisión competente valorará que un año de formación médica post-graduada en Servicios reconocidos sea tenido en cuenta y convalidado en el conjunto del programa formativo.

4. Unidades y Centros docentes. Su acreditación

4.1. La Comisión Nacional de la Especialidad será quien establezca cuáles de las Unidades solicitantes poseen una capacidad docente y las acredite. Se han de tener en cuenta, al menos, los siguientes criterios:
4.1.1. Que la Unidad corresponda a un territorio sanitario determinado.

4.1.2. Que la red asistencial sea lo más completa posible (Hospital de día, Unidad de tarde, Equipo consultante hospitalario, Unidad de hospitalización psiquiátrica de Adolescentes, etc.) o que, al menos, exista el dispositivo fundamental, el equipo interdisciplinario de Salud Mental de niños y adolescentes, que permita:

- 4.1.2.1. La atención a la libre demanda y derivaciones de niños, adolescentes y padres.
- 4.1.2.2. El trabajo en Programas preventivos.
- 4.1.2.3. El trabajo con guarderías, colegios e institutos.
- 4.1.2.4. El trabajo con Asistencia Social y con Instancias judiciales.
- 4.1.2.5. El trabajo con Pediatras.
- 4.1.2.6. La participación en reuniones de equipo y sesiones clínicas.
- 4.1.2.7. La formación y la supervisión clínica llevada a cabo fundamentalmente por psiquiatras de niños y adolescentes.
- 4.1.2.8. La práctica de psicoterapias para lo que se propiciarían supervisiones ajenos a la institución pero acreditadas por ella.
- 4.1.2.9. La asistencia a actividades formativas no institucionales, pero reconocidas de interés.
- 4.1.2.10. La realización de trabajos de investigación.

4.1.3. Se valorará de forma ecuánime el interés de rotar por diferentes Servicios o funciones y el

de llevar a cabo experiencias terapéuticas y de seguimiento de larga duración.

4.1.4. Que exista una Comisión de Docencia que vele por el cumplimiento concreto de los objetivos docentes y que valore la adecuada evolución formativa de los especialistas en formación.

4.2. La Comisión Nacional de la Especialidad acordará con las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y de Pediatría la manera de llevar a cabo los años básicos y/o complementarios de cada una de estas especialidades.

5. La formación teórica

Debe ser llevada a cabo a través de cursos y seminarios. Los criterios deben ser flexibles en cuanto a la orientación propia de cada Unidad docente, que ha de enviar el programa general a la Comisión Nacional de la Especialidad, pero no debe faltar el desarrollo de los conocimientos recomendados como fundamentales por diferentes organismos de relevancia internacional, como la O.M.S. Europa o la American Academy Child Psychiatry (6).

5.1. Desarrollo psíquico del niño y adolescente.
5.2. Psicopatología del niño y del adolescente.
5.3. Diferentes modalidades terapéuticas en Psiquiatría de niños y adolescentes.
5.4. Clasificación, epidemiología y métodos de investigación.

6. Sistema de reconocimiento y titulación de quienes ya poseen la formación propia del especialista

Debe establecerse, como ha sucedido en situaciones similares, una Disposición transitoria que, con carácter muy inme-

diato, nombre una Comisión a tal efecto y establezca unos criterios adecuados.

La Comisión podría estar formada por:

- Un Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría.
- Un Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría.
- El único Catedrático de Psiquiatría Infantil del Estado Español.
- Tres prestigiosos profesionales decanos de la Psiquiatría de niños y adolescentes*.
- Dos representantes de las Asociaciones científicas de la Especialidad, nombradas por su Coordinadora General.

Los criterios utilizados por esta Comisión deben ser flexibles, pero asegurando siempre que un mínimo necesario para ser especialista se cumpla. La Comisión estudiará caso a caso para determinar el reconocimiento oficial de cada candidato a especialista.

Los criterios fundamentales propuestos son los siguientes:

1. Que lleguen a completarse un total de 5 años de formación especializada.
2. Que haya al menos 2 años de trabajo en Psiquiatría de niños y adolescentes. Si estos 2 años no son de dedicación plena, han de justificarse, al menos, el doble de años con dedicación parcial.
3. Que haya al menos un año de trabajos en Pediatría, o en Medicina o en Psiquiatría de Enlace pediátrico, o en Psiquiatría de adultos.

* Se sugieren: LLuis Folch i Camarasa, Francisco J. Mendiguchía Quijano y Jesusa Pertejo Seseña.

4. Que se reconozcan los años de trabajo y de formación llevados a cabo en el extranjero por médicos españoles.
5. Se valorará en los casos dudosos, la pertenencia a Asociaciones Científicas de la Especialidad así como los trabajos y publicaciones en este campo. Una entrevista con el candidato podría ser llevada a cabo en estas situaciones.
6. Que se presente un «curriculum vitae» acompañando a la solicitud con las certificaciones correspondientes.

7. Documentación Bibliográfica básica

1. A. Berguer «Estudio sobre las Especialidades Médicas en España y la Comunidad Europea». Organización Médica Colegial, 1990.
2. «Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría y aprobado por la secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 15 de julio de 1986». Edit. por Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
3. Borrador del Real Decreto de Especialidades Médico-Sanitarias de Licenciados Superiores de 23 de junio de 1989. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid.
4. Real Decreto 1691/1989 de 29 de diciembre. Anexo IV, BOE número 13, lunes 15 enero 1990, pág. 1275.
5. A. Berge, R. Diatkine y otros. «A propos de l'Autonomie de la Psychiatrie Infantile». Revue de Neuropsychiatrie infantile, 17, nº 3. pág. 215. Paris 1969.
6. Child Psychiatry: A plan for the coming decades. A project of the American Academy of Child Psychiatry. Washinton DC 1983. Pag. 71-82.2