

TRABAJO EN COTERAPIA CON ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CRISIS*

Daniel Cruz** y Ramón Berni***

Resumen: Trabajo en coterapia con adolescentes en situación de crisis. El presente trabajo es una reflexión sobre el abordaje de casos de adolescentes en situación de crisis mediante el trabajo en coterapia desarrollado en un Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil a través de un dispositivo dirigido a atender casos procedentes de ingresos hospitalarios. Es un intento de respuesta al aumento de casos de adolescentes con trastornos graves de conducta dentro de las condiciones de presión asistencial existentes. Se mencionan las modificaciones técnicas que requiere el abordaje de los funcionamientos límites en la adolescencia y comentamos el tipo de intervenciones que nos han resultado de utilidad en nuestra práctica. Se añaden unas viñetas clínicas para ilustrar algunas de estas situaciones.

Palabras claves: Adolescencia, trastornos del comportamiento, coterapia

Summary: This paper is a reflection of the treatment of adolescents in crisis through the use of cotherapy in a post-alta unit in an Infant and Adolescents Mental Health Centre. This is an attempt to respond to the increasing number of adolescents with disruptive behaviour within the existing welfare pressure. The technical modifications required by the treatment of adolescent borderline personalities are mentioned as well as the kind of interventions that have been useful to us in our practice. We have illustrated some of these situations with short clinical descriptions.

Keywords: Adolescence, disruptive behavior, cotherapy.

* * *

* Comunicación presentada en XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título "Psicopatología de la violencia en el niño y en el adolescente", se celebró en Granada los días 8 y 9 de noviembre de 2002.

** Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues Barcelona. dcruz@hsjdbcn.org
Tel. 934171864 Fax. 937029107.

*** Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues Barcelona. rberni@hsjdbcn.org-
Tel. 934171864 Fax. 937029107.

Este trabajo es una reflexión sobre el trabajo en coterapia con adolescentes en situación de crisis que desarrollamos en un Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. En nuestra experiencia en la consulta ambulatoria de la asistencia pública, asistimos a un aumento de los casos de adolescentes que presentan conductas agresivas contra sí mismos, contra otros o contra objetos. La gravedad de esta situación, unida a la enorme presión asistencial existente, nos lleva a replantearnos su abordaje. Un intento de respuesta a esta situación es la creación de una unidad de post-alta destinada a atender pacientes procedentes de ingresos hospitalarios. Esta compuesta por un psiquiatra y un psicólogo clínico. Su objetivo es tener disponibilidad para atender a los casos procedentes de un ingreso hospitalario, de hospital de día o de urgencias (cuando acuden por trastornos graves de conducta). Se intenta recibir a los pacientes de forma inmediata (en el plazo de una semana), asegurar en este primer momento la frecuencia de las visitas (semanal o mayor) y trabajar compartiendo los casos que creemos necesario.

Para entender las particularidades del trabajo en coterapia con trastornos graves de conducta en adolescentes es preciso referirnos brevemente a la cuestión de la adolescencia, de los trastornos de la personalidad en dicha edad, y de las modificaciones técnicas requeridas.

La crisis de adolescencia, con la reactualización de los conflictos, a la vez que la reestructuración de las identificaciones y el alejamiento de lo que podía representar su seguridad hasta entonces, posee un potencial desestructurante. Pero esta crisis también es una oportunidad evolutiva única. Frente a los aspectos negativos de la actuación como cortocircuito de la mentalización, podemos oponer el que pueda ser una forma de dramatización de dichas representaciones. En el adolescente es habitual cierto grado de exteriorización de los conflictos, formando con su entorno lo que se ha denominado un “espacio psíquico alargado”.

Los trastornos de personalidad en la adolescencia son una realidad clínica a la que la denominación de estados o funcionamientos límites pone mayor acento en la existencia de una organización abierta, susceptible de evolucionar o decantarse. Sabemos que se caracterizan por los trastornos de la identidad, los fallos de mentalización, la negación de la realidad psíquica, el predominio de la escisión y de ansiedades de abandono y de intrusión. Todo ello conlleva la tendencia a la actuación, la dificultad para elaborar las propias dudas y contradicciones, y para enfrentar los conflictos. Es decir, dificultades para vincularse a los otros, a un proyecto, a un tratamiento y, en definitiva, a ellos mismos. Una característica que nos interesa destacar son las dificultades en atravesar el proceso de separación-individuación, por dos motivos principalmente. Por un lado, los padres también pueden encontrar dificultades en atravesar este período, al sentirse de algún modo amenazados por la situación, lo que duplicaría las dificultades del propio adolescente. Por otro lado se trata de un período donde el objeto externo pasa a revestir especial importancia, en la medida en que el adolescente necesita apoyarse en él, y puede jugar un papel facilitador o entorpecedor del proceso de separación-individuación, interfiriendo así en la resolución de la situación de crisis. Justamente se han descrito estas patologías como trastornos de la relación con el objeto.

De lo anteriormente señalado se derivan una serie de implicaciones técnicas. Es necesario abordar la problemática en su globalidad. Se trata de atender tanto los diferentes síntomas que presentan como los fallos estructurales de la personalidad, la alteración de la dinámica familiar y la inserción en su medio social. Los riesgos más habituales para el tratamiento pasan por la posibilidad de situaciones de impasse o de ruptura, frecuentes en este tipo de población por el ataque al pensamiento o por la amenaza de actuaciones. En definitiva, estos casos nos plantean trabajar más el continente que el contenido, más que el evitar un pensamiento por la represión de un deseo prohibido, nos enfrentamos al evitar el pen-

sar en sí. Por lo tanto, estos casos obligan a una postura terapéutica activa en la necesidad de poner límites, reasegurar el narcisismo, buscar mediadores y ayudar a subjetivarse, a encontrar un sentido a su trastorno y a su propia historia. De ahí la necesidad de crear –“inventar”– dispositivos clínicos y estructuras de cuidados que resulten atractivos a este tipo de adolescentes reacios a vincularse, donde se les ofrezca un contacto flexible en el que se sienta tenido en cuenta él y su entorno.

En nuestra experiencia, el trabajo en coterapia con estos pacientes dentro del Centro de Salud Mental ha permitido movilizar ciertas situaciones. Pensamos que ofrece una serie de ventajas al paciente frente a abordajes más clásicos, pero que también ofrece ventajas a los terapeutas, a los que permite recuperar capacidad terapéutica y les ayuda a poder invertir y pensar los casos.

Al reflexionar sobre este tipo de trabajo, hemos aislado diferentes tipos de intervenciones que nos han parecido significativas:

- a) **Separación de espacios entre padres y paciente**, atendidos a partir de un momento dado por diferentes profesionales. Permite profundizar en los conflictos de parentalidad que puedan estar trabando la situación de crisis o interfiriendo en el proceso de separación-individuación. En este espacio diferenciado se pueden abordar con mayor facilidad la repetición de los conflictos transgeneracionales. Pero aún en los casos en que es difícil elaborar esta conflictiva parental, ha resultado beneficiosa esta separación de espacios. Quizá le ha permitido al adolescente tomar posesión de su lugar, sabiendo que los padres también tienen uno. Pensamos que el abordaje de los padres se ha de hacer dentro del mismo centro, ya que no se trata de una derivación a la red de adultos ni de una indicación de tratamiento individual, sino de la contención y abordaje de la patología parental implicada en la crisis del adolescente.

Así es el caso de una chica de 16 años, que acude tras un recorrido durante más de 2 años por varios tratamientos en la red pública y a nivel privado. Consultó en primera instancia por trastornos de la alimentación, pero también presentaba fracaso escolar, aislamiento social, consumo de tóxicos, trastornos de conducta (agresividad, hurtos, impulsividad) y había realizado dos tentativas autolíticas mediante ingesta de pastillas por haberse sentido rechazada por amigas. Hubo un punto de inflexión en el tratamiento que coincidió con dar un espacio para los padres con otro terapeuta. El discurso de la madre sobre esta hija única adoptiva era absolutamente negativo, sin empatía, con rechazo de las implicaciones de aspectos significativos y sin que el padre matizara un punto de vista diferente. Se mantuvieron las sesiones a pesar de que no se producía ninguna elaboración manifiesta de la temática ni toma de conciencia de aspectos implicados en el trastorno de la hija o en la relación con ella. Pero justo a partir de este momento la paciente pudo abordar en su espacio individual su propia posición respecto a la de sus padres, y entrar de lleno en un proceso psicoterapéutico. A partir de ahí la sintomatología más conductual remitió y retomó sus estudios y amistades, manteniendo su tratamiento.

b) Trabajo en coterapia en presencia del paciente. Es útil ante adolescentes en los que puede haber mucha tensión en las entrevistas, en momentos en que hay que tomar decisiones sobre la marcha, o cuando es difícil establecer a solas una comunicación que permita acceder a su mundo psíquico. Ayuda a salirse de la relación dual y puede facilitar cierta reanimación del funcionamiento mental al facilitar introducir representaciones. Llama la atención el efecto que tiene el hablar entre los terapeutas sobre el paciente en su presencia, no como algo intrusivo sino con comentarios sobre sus vivencias sin que se le esté interpellando ni tomando decisiones o emitiendo diagnósticos frente a los que pueda sentirse excluido.

Es el caso de un chico de 16 años que acude tras dos años de evolución de un cuadro de trastornos de conducta agresivos, fracaso y absentismo escolar, relaciones inestables y consumo de tóxicos. Vive con la madre. Padres separados hace 12 años y hace 2 años ruptura de la relación de pareja de la madre con quien había ejercido funciones parentales hasta ese momento. No mantienen contacto con ninguno de ellos. En la anamnesis tan sólo destaca la existencia de ansiedad de separación y de enuresis nocturna hasta los 8 años. En un primer momento los trastornos de conducta aumentan, con agresividad verbal y física hacia la madre y otras personas ante situaciones de frustración. Apreciamos rasgos paranoides en el contacto con nosotros a la vez que un seguimiento muy irregular de la prescripción farmacológica. Se intenta sin éxito que vaya a vivir con otros familiares dada la situación insostenible con su madre. Las fugas del domicilio, consumo de tóxicos y “encuentros” con la policía hacen necesario un ingreso psiquiátrico. A partir de aquí optamos por seguir visitas en coterapia, tanto por la situación de tensión en las sesiones como por la dificultad para cuestionarse aspectos intrapsíquicos. Resultó movilizador el intervenir en forma de coterapia en momentos en los que la tensión le impedía mantener la comunicación. Resultó interesante la atención con la que nos escuchaba hablar entre nosotros sobre él, en vez de rebatir los comentarios como hacía a menudo al dirigirse directamente a él. También ocurría al escucharnos hablar con su madre, frente a la excitación que se creaba en los diálogos entre ellos. Progresivamente ha habido una mejora notable en diferentes aspectos, que si bien no podemos confiar en que sea definitiva, al menos permite hacer más accesible su seguimiento.

- c) Una tercera modalidad de intervención es la que calificamos de **diferenciación de roles**, en la que llevamos a cabo actuaciones en paralelo en las que asumimos roles complementarios. Así, uno de los terapeutas se hace cargo de los aspectos intrapsíquicos mientras otro aborda aspectos más externos, o bien diferenciamos

las intervenciones más acogedoras de otras más normativas, o bien nos encontrábamos sosteniendo proyecciones diferenciadas de aspectos positivos y negativos. Aquí hemos seguido el modelo de trabajo del hospital de día, donde frente al funcionamiento disociado y proyectivo del paciente se intenta conseguir un encuadre que pueda recoger estas transferencias diversificadas y permitir así al paciente sostener una relación estructurante con nosotros. Implica un trabajo de síntesis de equipo para recoger este funcionamiento fragmentario y evitar el riesgo de caer en contraactuaciones. Para el terapeuta, esta diferenciación de roles le permite hacerse cargo de un área de trabajo con el paciente sabiendo que otros aspectos de la relación ya son abordados.

Fue el tipo de intervención desplegado en el caso de una chica de 14 años. Vive con sus padres y un hermano menor. Consulta derivada por su pediatra por sintomatología somatoforme en la que excusa un absentismo escolar casi total. Diagnosticada de fibromatosis. Hasta este momento había habido una adaptación buena exceptuando la existencia en la infancia de ansiedades de separación y miedos. Ambos padres se muestran muy frágiles y depresivos, con gran rechazo a aceptar la existencia de aspectos subjetivos en la problemática de la hija y justificando sus actuaciones sobreprotectoras. La demanda insistente e injustificada de nuevas pruebas médicas e incluso de intervenciones quirúrgicas, según nos refirió alarmada su pediatra, lleva a que aconsejemos un ingreso a través de psiquiatría el cual aceptan. Tras el ingreso, sigue tratamiento medicamentoso antidepressivo y ansiolítico, y disminuyen las quejas somáticas, pero persiste la negación de los aspectos subjetivos y el elevado absentismo escolar, excusado esta vez en el rechazo por parte de un grupo de compañeras. La familia declara estar dispuestos a emigrar a otra comunidad autónoma si eso la ayuda a una mejor integración social. Nuestra intervención en ese momento consistió en señalarles clara-

mente uno de nosotros las contradicciones de su postura, lo que suscitó una reacción negativa momentánea contra el profesional, pero manteniendo la vinculación al centro a través del otro profesional, que intervenía de forma más conciliadora y con quien mantenían una proyección más contenedora. A partir de ahí se entró en una dinámica que paulatinamente permitió que se manifestasen los conflictos relacionales subyacentes, siendo satisfactoria la evolución posterior. Un año después supimos que el padre había sufrido un brote psicótico.

En algunos de estos casos, tras haber pasado situaciones difíciles de distinta índole, al movilizarse o mejorar, podíamos decir “ahora incluso lo paso bien”. Creemos que no se trata de un comentario frívolo o banal, sino que señala la vivencia de que este tipo de abordaje ha permitido dotar al espacio terapéutico de una dimensión transicional, en la que se posibilita el trabajo psíquico de representación y subjetivación. Winnicott señaló la conexión en los fenómenos transicionales entre lo lúdico y la posibilidad de representación, a condición de que se tratase de un área de experiencia no sometida a amenazas o exigencias.