

Artigue Gómez, Jordi  
Barriocanal Gil, Eduardo  
Borraz Estruch, Gemma  
Cabaleiro Fabeiro, Fernando  
Checa Peña, Josep  
Daher, Celeste  
Ferrer Tirado, Laia  
Franquesa Freixas, Amelia  
Garmendia Aldasoro, Begoña  
Gassó Tarrida, Josep María  
Gutiérrez Iradi, Jose Luis  
Laita de Roda, Paula  
López Morales, Sisa  
López-Palop de Piquer, Beatriz  
Maganto Mateo, Carmen  
Manzano Alías, Aroa  
Martínez Govern, Montserrat  
Oriol Sánchez, Anna  
Peris Hernández, Montserrat  
Pombo Ruiz, Janeth  
Taborda, Alejandra  
Tió Rodríguez, Jorge  
Tizón, Jorge Luis  
Vazquez Lejárcegui, Begoña

**N.º 55**  
**1º semestre**

2013

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

---

## TRASTORNO MENTAL GRAVE Y ENTORNO \*

## SEVERE MENTAL ILLNESS AND ENVIRONMENT

Begoña Garmendia Aldasoro \*\*

---

### RESUMEN

La organización psíquica de una persona se va construyendo a lo largo de la vida, pero principalmente en la infancia y la adolescencia. Se trata de ver cómo se organiza en la sociedad actual que propone tantos cambios y la influencia de estos en dicha organización. Haremos un recorrido por las diferentes fases de la estructuración psíquica y de las dificultades que se presentan en los trastornos mentales graves, trastornos con un grado de desorganización psíquica importante, que no permite un funcionamiento adecuado, y sobre todo con poca capacidad de adaptación a las diferentes situaciones que uno tiene que enfrentar en la vida. También ver diferentes posibilidades de intervención y los movimientos que produce la propia patología tanto en la familia como en los terapeutas que trabajan con ello.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno Mental Grave, Identificación, Simbolización, Subjetivación, Narcisismo.

### ABSTRACT

Especially throughout childhood and adolescence, the psychic organization of an individual is built. This work is about how our actual society, that proposes constant changes, organizes and influences it. We will follow a path across different stages of psychic organization and

the difficulties present in severe mental illnesses, as well as in those disorders that present an important degree of disorganization which does not allow a normal performance and, above all, which shows a lack of capacity to undertake the different situations that an individual has to deal with during lifetime. We will also look at the different actions that could be developed and at the movements that this sort of pathology generates in the family, as well as in therapists.

**KEY WORDS:** Severe Mental Illness, Identification, Symbolization, Narcissism.

### SOBRE EL DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN PSÍQUICA EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Aunque el ser humano siempre ha estado en evolución, en la sociedad occidental del siglo XXI tanto el niño como el adolescente están sujetos a modificaciones estructurales de la sociedad, que van a un ritmo cada vez más rápido. Tenemos por un lado, las técnicas de comunicación y sus aplicaciones, que evolucionan a una velocidad vertiginosa, y por otra parte, las estructuras familiares, con cambios profundos en su organización, y más frágiles, que tienen que hacer frente al desarrollo

---

\* Ponencia presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas" tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

\*\* Psiquiatra jefe de centro del Equipo de Psiquiatría Infanto-juvenil de Donostia. Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza. Zumalakarregi Etorbidea, 24, Donostia, 20008. E-mail: begona.garmendiaaldasoro@osakidetza.net

psíquico de estos jóvenes. Esto supone cambios en sus procesos de desarrollo y en los modos de adaptación de su funcionamiento psíquico, promovidos, además de por su propio desarrollo, por un entorno cambiante, con lo que el esfuerzo de adaptación es mucho mayor.

En el momento actual, el cuidado de la vida (organización) psíquica del individuo ha perdido importancia respecto a los criterios de adaptación y eficacia exigidos por el entorno, hasta el punto que estos se utilizan como medidor de la buena organización psíquica. Se multiplican las formas de comunicación con “otros” de los que es difícil diferenciar si son seres humanos reales o robots perfeccionados, (me refiero a todo el mundo virtual, redes sociales, etc.). Supone un cambio radical en la relación con la verdad - falsedad (realidad) y un riesgo de que la mentalidad de grupo se imponga sobre el pensamiento individual.

Como dice F. Guignard, el mundo virtual mantiene con el principio placer/displacer y el principio de realidad unas relaciones muy diferentes de las que mantiene la fantasía (fantasma) inconsciente. Promueve una ilusión de lo real que permite economizar el trabajo psíquico de ligaduras y de transformación, necesario para establecer vínculos de calidad con el mundo psíquico interno y con la realidad externa.

El mundo de lo virtual despierta una atracción poderosa en los niños y jóvenes, además de que les permite evitar el trabajo psíquico de simbolización y de internalización del objeto, y por tanto el de la elaboración de su duelo. Este mundo virtual propone una fuga omnipotente y maníaca. Los niños, y ni qué decir los adolescentes, tendrán que encontrar una nueva manera de transformar su excitación sexual, sin tener recursos mejores que la represión, con el consiguiente riesgo de utilizar preferentemente mecanismos de defensa más primarios.

Los límites son más frágiles, mal organizados, y se desintegran más fácilmente cuando en nuestro entorno están flexibilizados, fragilizados, o desorganizados. El niño depende de sus padres para su desarrollo psíquico, pero asistimos a una deriva de lo infantil en el adulto, que frecuentemente se sirve de los niños para proyectar la satisfacción de sus propios deseos infantiles.

El tercero paternal, indispensable para que el bebé pueda salir de la simbiosis y organizarse en una problemática edípica es reemplazado por la guardería, cuidadores, las nuevas parejas de sus progenitores, etc. Los niños están inmersos en un grupo social con cambios, y frecuentemente se encuentran con una discontinuidad educativa. Pero la continuidad educativa es fundamental en la constitución del Súper-yo y del Ideal del yo. En esta

velocidad en la que estamos inmersos, para cuando nos damos cuenta, llega la pubertad, sustrato de los límites en el après-coup de la crisis identitaria del adolescente. ¿Y el periodo de latencia? Parece que el periodo de latencia esta en vía de desaparición en el mundo occidental actual.

La latencia ha sido poco estudiada, pues se ha considerado un período de descanso entre la resolución del complejo de Edipo y el nuevo empuje sexual de la pubertad. R. Urribarri, en cambio, habla de todo un Trabajo de Latencia. Se trata del esfuerzo psíquico que debe encarar el Yo para acallar la expresión sexual directa, y lograr que lo que al principio es básicamente ejecutado por los procesos defensivos (represión, formación reactiva), progresivamente posibilite afirmar la inhibición de meta y la descarga pulsional mediante la sublimación. O sea, una intensa labor en cuanto a la organización, complejización, funcionalidad y ampliación del aparato psíquico. Su fracaso o insuficiencia condiciona seriamente el devenir adolescente y sus patologías.

Peter Blos, gran experto en adolescencia dice: “El requisito para ingresar en la fase adolescente de organización pulsional y yoica reside en la consolidación del período de latencia, si no se produce dicha consolidación, el púber no vivencia sino una intensificación de las características previas a la latencia, y exhibe un comportamiento más infantil que tiene el carácter de una detención más que el de una regresión”.

## PECULIARIDADES DE LA ADOLESCENCIA

Freud fue quien reconoció la existencia de la sexualidad infantil. En la infancia se forman las estructuras libidinales que tienen un rol decisivo en la constitución de la vida psíquica, así como en la patología. Pero también postuló la constitución en dos tiempos de la sexualidad humana, el tiempo de lo infantil y el de la pubertad.

En la llamada crisis adolescente, este se ve enfrentado a nuevos conflictos desencadenados por el impacto de lo pulsional puberal, y lo pulsional para Freud supone una exigencia de trabajo psíquico. El primer desafío al que el adolescente tiene que hacer frente es pues, el de integrar los cambios de su cuerpo sexuado.

Pero, como nos recuerda A.M. Nicoló, además de los cambios corporales también tienen que afrontar: la agresividad, la reaparición de la temática edípica, con los duelos evolutivos necesarios para la separación de sus padres, los cambios en la idealización, la reinvestidura narcisista y la estructuración de la identidad. Todo esto cambia el mundo tanto intrapsíquico como interpersonal

del adolescente. Este tiene muchos frentes para batallar, pero tiene a su favor que, en general, se llega a la adolescencia con una fuerza de integración y de remodelación identificatoria importante, que hay que respetar y si posible, potenciar.

La conflictiva adolescente puede abordarse desde la perspectiva de la crisis y la reorganización de referentes narcisistas. Freud en “Una dificultad del psicoanálisis” (1917) señala que la condición de inconsciente de la vida psíquica es, por sí misma, una afrenta narcisista al yo. Si esto es así en todas las épocas de la vida, ni que decir tiene que en la etapa adolescente, en la que se necesita sobretodo, sentir y decir “soy yo”, la experiencia de la alteridad, de sí mismo y del otro, ofrece mayor resistencia.

En la pubertad se trastocan los referentes que hasta ese momento servían de apoyo al narcisismo. Principalmente, la representación corporal de sí mismo y la de las figuras parentales. El impacto puberal va a producir una reactivación de la angustia ligada a las fantasías edípicas, y a la angustia de castración (en su versión puberal), pero también una verdadera conmoción identitaria: el púber ve tambalearse la representación de sí mismo que tenía de niño, al igual que las identificaciones y relaciones con las figuras parentales. Como dice M<sup>a</sup> Elena Rodríguez: “la pubertad hiere al Yo”.

La constitución del Yo es inseparable de la génesis del narcisismo. La representación del sí mismo, esencial en el sentimiento de identidad, no puede construirse sin el otro. Comienza a estructurarse a partir de la relación con la madre (o sustituto materno), que con su mirada, sus gestos, su voz, etc. devuelve al bebé una imagen con la que este se identificará, y poco a poco irá diferenciándose y reconociéndose a sí mismo como un ser con un lugar propio.

La reactualización de las experiencias precoces en la adolescencia, puede poner de manifiesto la fragilidad de la investidura narcisista –narcisismo estructurante- y las carencias de organización psíquica.

La lucha contra los cambios puberales es ardua porque los adolescentes pueden vivirlos como una intrusión que el cuerpo y la mente sufren de forma pasiva y pueden sentirse abandonados sin lograr existir por su cuenta (Nicoló).

Para André Green lo esencial es “que la transformación en el cuerpo se adelanta a la transformación de las relaciones con los otros”. Y entre los dos tipos de transformación, se inscribiría la reorganización narcisista. “Como si las transformaciones del cuerpo debieran primero “psicologizarse” en narcisismo, para preparar los cambios en las relaciones de objeto, y en este punto

es donde tropieza el adolescente.”

La adolescencia no es solo una época de la vida sino una etapa reorganizadora de nuestro funcionamiento mental (Cahn), en ella, hay una recomposición de todo lo organizado anteriormente en el funcionamiento psíquico. Como dice Kestemberg: todo se prepara en la infancia, pero se juega en la adolescencia.

La evolución dependerá no solo de las capacidades del adolescente, sino también del funcionamiento de su entorno, de cómo le ayuda en su subjetivación.

En este periodo se exageran los obstáculos internos y externos para la apropiación por el sujeto de sus pensamientos y deseos, de su propia identidad. Periodo en el cual el incesante trabajo de desligazón-religazón en todos los dominios, narcisísticos y objetales, corre el riesgo de encontrarse comprometido por el exceso de desligazón. Tanto en las perturbaciones más banales como en las más inquietantes, parece como si la reviviscencia tardía de las angustias depresivas y de separación, amplificadas por el complejo de Edipo y por las heridas narcisistas que resultan, hiciese resurgir las primeras angustias más o menos superadas hasta entonces, movilizándolo por vía retroactiva los mecanismos arcaicos. De ahí el recurso a la regresión narcisista, a la externalización constante, al clivaje, a las identificaciones restadas, a la búsqueda agitada de una autenticidad que no puede encontrar. Todas estas defensas lábiles y pasajeras del adolescente son para hacer frente al peligro de asumirse como sujeto, pero en estructuras más límites perduran y se fijan, dejándolos en el límite entre la capacidad o incapacidad de acceder a la posición de sujeto.

Los mecanismos de desinvestidura, de clivaje y de denegación, protección principal del sujeto contra el conflicto, reducen considerablemente la posibilidad de ser el sujeto de sus propios conflictos, sin olvidar la expulsión fuera de la psique de las tensiones mediante: el acto, las identificaciones proyectivas e incluso mediante los sueños y fantasías. Semejante falla del dispositivo de para-excitaciones, narcisístico y objetal parece ligada al exceso o a la falta de la falta de parte del objeto, desde el nacimiento hasta el fin del desarrollo. Y esto con todas sus consecuencias en cuanto a las posibilidades de subjetivación, con riesgo de confusión de los límites, de la diferenciación yo - no yo, en todos los registros donde se ejerce su influencia, sea sobre las identificaciones a nivel del Yo, del Superyó o del Ideal del yo o el espacio dejado o no a la psique para un mínimo de repliegue, de autoobservación, de autocuestionamiento.

En el paciente con fallas en su organización, sobre todo si tiene un funcionamiento psicótico, toda esta

recomposición tiene muchas posibilidades de fracasar y provocar una desorganización mental con resultados catastróficos.

Respecto a la **PSICOPATOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA**, son numerosos los autores que invitan a no utilizar, en esta fase de la vida, las categorías diagnósticas que se utilizan en los adultos. Reaparecen mecanismos de defensa primitivos, ya sean de forma transitoria, o de forma más estructurada y duradera, pareciendo trastornos de tipo límite. Para E. Lauffer y M. Lauffer, se trataría de aspectos psicóticos inaccesibles en otra época que no sea la adolescencia, o en situaciones de crisis graves. Lo que en el adulto se podría considerar como psicótico, puede ser un fenómeno transitorio en el adolescente por la intensidad de la angustia que desencadena el propio conflicto evolutivo, incluso el funcionamiento psicótico puede actuar como defensa respecto a la descompensación evolutiva originaria de la pubertad. Tenemos que tener en cuenta que vemos niveles de regresión del funcionamiento mental que incluso si se prolongan, presentan un carácter transitorio, y se deben a una situación de crisis y de tensión.

Nos encontramos con manifestaciones como momentos de despersonalización, trastornos de identidad que alteran la relación con la realidad, también fantasías persecutorias, aislamiento, juegos al límite de la muerte, etc., cuyo objetivo es la negación de las transformaciones que se están llevando a cabo y la destrucción de la nueva realidad de la sexualidad. Es fundamental comprender como se articulan estos mecanismos en la economía psíquica del paciente. Las nuevas adolescencias complican más aún la situación: la mayor libertad y experimentación sexual (al menos aparente), la presión de sus pares, las transformaciones de la familia (menos normativa, menos unida), “actings” masivos en el cuerpo.

La primera herramienta terapéutica para estos adolescentes es la posibilidad de mantener la continuidad del vínculo, que les ayuda a reorganizarse y a afrontar los excesos pulsionales. Winnicott hablaba de una terapia para acceder a la terapia. El trabajo con el mundo relacional del adolescente, sus padres, familia, la inclusión en un grupo de iguales juega un papel básico para ayudarlo.

Hay que ayudar a construir un espacio mental, en el que distinguir lo interno de lo externo, la realidad de la fantasía, el sueño de la realidad.

Tenemos todo un conjunto de patologías con nombres diferentes, que forman parte del Trastorno Mental Grave: patologías límite o borderline, patologías narcisistas o anaclíticas, disarmonías evolutivas, personalidades de falso self o esquizoides, niños abandonados, víctimas

de sevicias y con carencias graves. Pueden presentar perturbaciones dominadas por la depresión, trastornos de comportamiento, manifestaciones psicósomáticas o dificultades cognitivas. Misès recomienda reagruparlos todos bajo la denominación de **PATOLOGÍAS LÍMITES**, a partir de mecanismos psicopatológicos específicos comunes.

En todas las patologías límites hay defectos precoces de contención en los inicios de la vida, insuficiencia en los aportes libidinales necesarios para el buen desarrollo psíquico, las madres o sustitutos maternos no han podido asegurar los movimientos de para-excitación suficientes, pero sin que haya habido verdadera ruptura que provoque la descompensación psicótica. También hay discontinuidad en la utilización del espacio transicional, o simplemente no existe, no hay juego presencia-ausencia, falta el proceso de individuación. Alcanzan la posición depresiva de Klein, pero no llegan a elaborarla.

Uno de los síntomas más frecuentemente descritos en estas **PATOLOGÍAS LÍMITES** es la perturbación del curso del pensamiento. Parece estrechamente ligado a la gran intensidad de la problemática depresiva. No se caracterizan por una incoherencia persistente como en las psicosis de tipo desorganizadas, sino por una irrupción del proceso primario en un proceso de pensamiento que funciona bajo el proceso secundario como fórmula R. Diatkine. La forma más típica del trastorno de pensamiento es la de la aparición intermitente de una vida fantasmática arcaica y muy agresiva, expresada de forma muy cruda, que alterna con modos de expresión de fantasías inconscientes mejor organizadas a través de un funcionamiento simbólico. Para Palacio y Dufour, esto constituye una perturbación específica de este funcionamiento simbólico, cuyo mecanismo se asemeja al trastorno del pensamiento de la manía clínica.

Presentan gran amplitud de fantasías agresivas para unas posibilidades libidinales limitadas, y dispersan esa angustia invasiva e intolerable mediante desplazamientos masivos de las pulsiones conflictivas sobre representaciones de muerte, destrucción o persecución. El Yo intenta así alejar las pulsiones conflictivas de los objetos primitivos y de atenuar la severidad de la angustia. Los lazos (ligazones) entre el objeto simbolizante y el objeto simbolizado y los que unen los afectos a las representaciones no consiguen mantener la estabilidad de un funcionamiento simbólico de tipo neurótico, y observamos un curso del pensamiento que se asemeja a la “fuga de ideas” de la manía. A veces, se da todo lo contrario, inhibiciones masivas del proceso de pensamiento, pero en todos los casos son pulsiones agresivas que se vuelven contra uno mismo o de las que

uno se defiende. Estas vivencias persecutorias surgen frente a intentos de simbolización que abortan, ya que el objeto simbolizante se vive como portador concreto de la sobrecarga de las pulsiones, sobretodo agresivas (“ecuación simbólica” de Hanna Segal)

Una de las mayores dificultades que presentan está en las bases del narcisismo, alteradas muy precozmente, principalmente por la incapacidad materna de investir ese niño como un objeto real, diferente del niño imaginario y distinto de ella misma. Desde ahí, tras los clivajes que se van a instaurar, se mantiene un dominio narcisista que prohíbe el acceso de ese niño a aspiraciones personales que podrían liberarlo del poder alienante de sus padres.

Los riesgos evolutivos pueden ser graves, sobretodo en la adolescencia, con situaciones de violencia, enfrentamientos con el entorno, manifestaciones depresivas, conductas adictivas y comportamientos autodestructivos. Estas alteraciones están relacionadas con la afectación narcisista, la depresión, amenaza de pérdida del objeto y fallas en la capacidad de pensar. Ya sea mediante actuaciones o mediante evoluciones con poca sintomatología, el riesgo principal en la adolescencia está en entrar en patologías graves de la personalidad.

El trabajo con algunos de estos pacientes no permite entrar en procesos de elaboración, las familias son de abordaje difícil. Por esto, los equipos tienen que plantearse abordajes diferentes como apoyarse en los lugares habituales de vida de estos jóvenes, manteniendo relaciones estrechas con la escuela y con los lugares de reunión de jóvenes como educadores de calle, centros de tiempo libre, etc. Se trata de, aunque sea de forma discontinua, poder ofrecer un lugar de referencia en el que apoyarse y elaborar un proceso.

Si pasamos al registro de las **PSICOSIS**, sabemos que la psique debe de garantizar al sujeto el sentimiento de continuidad existencial: ayer era el mismo que sigo siendo hoy, y probablemente seré mañana, aunque se puedan tolerar pequeñas variaciones. Todo lo que amenaza este sentimiento de continuidad existencial produce inquietud, angustia o pánico. Si esta amenaza es invasora, la psique debe de encontrar un escenario al que aferrarse para conservar una continuidad aunque sea ficticia. La pubertad y sus cambios son una enorme amenaza psicótica potencial, que se puede llamar “psicosis puberal” entendiendo este concepto, no como un diagnóstico cerrado, sino como el potencial negativo de desorganización. Además, para afrontar el envite de la pubertad se necesita una base de narcisismo sólido.

Para Winnicott la psicosis es la traducción de una amenaza mayor sobre el sentimiento de continuidad de

la existencia. Utiliza el concepto de derrumbamiento, que más tarde será retomado por E. Laufer y M. Laufer como *breakdown*, traducido como ruptura, en la adolescencia. Tanto para ellos con la amenaza de derrumbamiento, como para P. Blos con la dificultad de separación /individuación, la primera infancia sienta las bases para la comprensión psicopatológica de la adolescencia. E. Laufer y M. Laufer han propuesto una diferenciación clínica de las manifestaciones psicóticas en la adolescencia, en episodio psicótico, funcionamiento psicótico y psicosis constituida.

En los adolescentes psicóticos podemos observar:

- Una confusión de las referencias identificatorias.
- Una excitación sexual, tanto interna como externa, que los atraviesa y que trata desesperadamente de ligar de las formas más diversas.
- Un objeto primario que mantiene la indistinción primitiva en lugar de favorecer la diferenciación progresiva, mediante un dominio alienante o una excitación indefinida ligada a su carencia.

Semejante amenaza sobre las bases narcisistas y la relación de objeto puede convertirse en absolutamente intolerable en la adolescencia, principalmente por ser el momento en que el sujeto se intenta plantear como autónomo, con su identidad sexuada, frente a un entorno familiar que, demasiado a menudo, trata a todo precio de mantener sobre él un dominio o un rechazo denegado, y esto cada vez que el sujeto se siente obligado a buscar un reaseguramiento contra el exceso de excitación, por la invasión que supone la presencia permanente del objeto externo.

Se producirá entonces, una colusión psicotizante entre un conflicto de identidad actual y la fragilidad narcisista primaria. Esta fragilidad es aún más intensa cuando se añaden mensajes, ya sean secretos, o dobles mensajes parentales, que conciernen al origen del sujeto, su lugar en la sucesión de generaciones, sus experiencias propias o las de sus genitores en referencia a él. De esta forma, se da una suma de desligazones, que suponemos ha sido masiva desde los orígenes, y enseguida ha dejado al sujeto invalidado y a merced del objeto. La reactivación del Edipo en la adolescencia amplifica hasta lo intolerable (incestuoso o asesino) las interrelaciones en el seno del triángulo edípico. Entonces se despliegan los sistemas defensivos calificados como psicóticos, especialmente las formas de no-toma en cuenta de la realidad interna y externa, con el clivaje que implican, yendo desde la denegación hasta la desinvertidura más o menos masiva.

Todos conocemos diferentes manifestaciones de esta lucha contra la amenaza psicótica, como ataques al propio cuerpo, tentativas de suicidio, trastornos graves de conducta alimentaria. Lo importante es reconocer que estas manifestaciones no son patognomónicas de ninguna organización psicopatológica precisa. La psicosis en la adolescencia corresponde a un estado de alta vulnerabilidad en el que la ruptura de los lazos parece ser la solución al sufrimiento, ruptura de lazos entre la psique y el cuerpo, de los lazos de esta psique con los otros, provocando un auto engendramiento omnipotente, o ruptura de toda ligazón asociativa dejando al funcionamiento psíquico a merced de su propia negatividad o a la locura del momento.

D. Marcelli insiste en la dificultad del diagnóstico de psicosis en el adolescente. Para él, habría que trabajar sin exigir la certitud diagnóstica como condición de tratamiento. Buscar certitudes diagnósticas nos llevaría a hacer lo mismo que el adolescente, borrar la duda. Quizás esta sea una de las diferencias fundamentales con la psiquiatría biológica de adultos, en la que propugnan que no se puede tratar a un paciente si no hay certitud diagnóstica. La apertura de la relación terapéutica sobre un tercero se hace imprescindible para tener una mirada más lejana, no tan implicada en la cercanía del tratamiento psicoterapéutico. El adolescente en riesgo de psicosis busca sentido, pero necesita del acompañamiento, para que, dejándole libre sobre el camino que decida tomar, le muestre los momentos en los que puede entrar en un callejón sin salida. El adolescente necesita tener las puertas abiertas para ayudarlo en su evolución.

Bernard Pénot, en su artículo sobre el trabajo en hospital de día para adolescentes, explica cómo, asumir subjetivamente las vicisitudes de su propia existencia, siempre ha sido un trabajo esencial para el ser humano. Los trastornos con los que trabaja pueden ser trastornos del curso del pensamiento, que pueden llegar a diversas formas de delirio y/o trastornos de comportamiento, que pueden llegar a ser un verdadero delirio actuado en pacientes denominados "límites". Como si el joven estuviese desposeído subjetivamente, pero diferente de lo que produce la represión en los neuróticos.

Para Pénot se trata de un defecto del proceso de simbolización. El desarrollo simbólico requiere una relación entre tres componentes: el Yo, el símbolo y el objeto simbolizado. El mecanismo en este caso sería la expulsión fuera del pensamiento, de lo pensable. El mecanismo que priva a ciertas representaciones de su posible significado, sin borrarlas, como haría la represión en los neuróticos. Freud habla de la renegación (déli)

como un proceso que no es ni raro, ni especialmente peligroso en la vida psíquica del niño, pero que en el adulto sería el punto de partida de una psicosis. Como la renegación se ejerce sobre la realidad externa, (ante la ausencia de pene en la niña, los niños reniegan la falta, creen haber visto un miembro), Freud ve, por oposición a la neurosis, el primer tiempo de la psicosis: mientras el neurótico reprime las exigencias del ello, el psicótico comienza por renegar la realidad. Semejante rechazo fuera de significado produce como mínimo una liberación de la carga afectiva, reduciéndola a una inquietante extrañeza. Pero esta puesta fuera de lo simbólico tiende a hacer desaparecer al propio sujeto de un posible juicio cualitativo y atributivo. Todo ocurre como si el paciente hubiese sido privado de las raíces significantes que le permitan poner palabras clave que permitan la comprensión de lo que le sucede.

El trabajo con adolescentes con dificultades de subjetivación muestra muy frecuentemente, que los sectores en los que su pensamiento se atasca, son sectores problema para sus familias, principalmente para sus padres. Nos encontramos con ciertos bloqueos del pensamiento en los padres: una dificultad a la hora de mantener un discurso que explique ciertos momentos importantes (pruebas) de su historia personal. Se trata de un tipo de defensa narcisista, que hace de barrera respecto a una vivencia traumática, a una herida sentida en cierto nivel generacional de la familia.

Toda expresión verbal de la propia historia (generacional, nacional) implica necesariamente la aceptación de cierta crítica, mediante el reconocimiento de las carencias, faltas, fallos que han podido jalonar esa historia. Pero reconocer los fallos supone una reactivación de las defensas narcisistas para obturar las heridas del amor propio.

El problema está en que la prevalencia en una familia de este tipo de defensa, priva al joven de referencias en el discurso, que le son indispensables para tratar mentalmente su herencia histórica. Esto toma la forma de un rechazo, de una negación comunitaria, familiar, privando a la siguiente generación de ciertos lazos del discurso que le impiden situarse y asumir su propia génesis existencial. Podemos decir que la familia fracasa en la creación de "mito" familiar suficiente.

Esta visión generacional de las dificultades de mentalización de los pacientes con Trastorno Mental Grave reposa en la idea de una "matriz originaria activa de significados" necesaria al inicio de la constitución de cada ser humano para fabricarse un discurso interno y una vida fantasmática- lo que Lacan llamó "disposición

para fantasear". Todo indica que esta matriz primera se constituye al inicio de la vida de cada uno con las interacciones madre-bebé, en lo que Winnicott describe como espacio transicional, en el que las respuestas de la madre (verbales, gestuales) a los primeros esbozos pulsionales del recién nacido van a proporcionar elementos de significado que progresivamente irán tomando sentido para el bebé.

Parece que este modelo que coloca los primeros significados en la madre o sustituto indicaría el mejor dispositivo terapéutico para trabajar con los trastornos graves de la subjetivación. Estos pacientes nos obligan a remontarnos al origen de este proceso de subjetivación, a la fase que M. Klein designó como esquizoparanoide. Para tratar algo desde ese momento es necesaria una transferencia troceada, dividida entre diferentes protagonistas.

Lo que Pénot propugna para una institución terapéutica que se proponga ayudar a jóvenes con este tipo de dificultad, es que debe de procurar, no solo un lugar para poner palabras, sino también un espacio para vivir conjuntamente y permitir el surgimiento de un discurso cambiante a partir de la experiencia vivida conjuntamente. Pero para que surja ese tipo de palabra no basta con compartir actividades de la vida cotidiana, es necesario ser el soporte para retomar las fallas de cada caso, a partir de la transferencia de éstas en la institución.

Una parte importante del trabajo institucional es la de reconocer la reproducción en la institución de las dificultades específicas de cada caso, su reactualización a través del contacto cotidiano. A menudo se organiza un movimiento de descalificación entre los miembros del equipo proporcional y recíproco al grado de psicotización del paciente. Se puede pensar como una manera particular de desplazamiento sobre el equipo terapéutico de las relaciones existenciales primarias de ese paciente en su medio original, en la matriz inicial del pensamiento subjetivo. Esta idea puede ser útil para soportar el fenómeno. Es importante preservarse en lo posible de la búsqueda de culpables, de quien tiene razón. Freud dice que el juicio atributivo es el mecanismo por el que se delimita el Yo. (1925).

Una condición indispensable para este trabajo es que cada uno, tenga el rol que tenga, pueda expresar libremente el rol subjetivo que siente en esa situación. Cuando se consiguen aparecen vivencias, chocantes entre ellas, pero que permiten pensar en común.

Lo principal es que lo que aparece transferido de esta manera es la dinámica de rechazo-repudio-desautorización, que frecuentemente es la manera

de relación en el entorno primero del adolescente en cuestión. Se impone mediante la repetición inducida en el otro. Este fenómeno no está determinado por la organización fantasmática del paciente. Al contrario, veremos que lo que falta en el paciente es precisamente una construcción fantasmática, al menos en esta parte de su psiquismo. La hipótesis de Pénot es que este fenómeno de inducción produce la actualización en la relación terapéutica, de huellas perceptivas precoces que no han podido adquirir una verdadera imagen mental. El trabajo de representación psíquica y su puesta en palabras realizada entre terapeutas será lo que pueda ofrecer cierta restitución para el adolescente de las referencias significativas que le faltaban para poder estructurar su experiencia singular.

Todo ocurre como si para la puesta en imágenes y en palabras, inaccesible hasta el momento para el paciente, fuese necesario un paso primero por el terapeuta-otro y un trabajo sistemático de auto reconocimiento por ese otro. Todo esto para permitir al paciente apropiarse subjetivamente de nuevos útiles de representación mental para su uso propio. En este estado, pre-subjetivo, parece lógico abstenerse de interpretaciones directas.

El hecho de que el fenómeno haya sido reconocido y soportado por los terapeutas el tiempo necesario, parece ayudar a salir del estricto movimiento de repetición, y muestra una notable mejoría sintomática. Este movimiento de inducción no está en la contratransferencia, ya que esta se basa en una proyección fantasmática del paciente sobre el terapeuta, y en este caso no hay aún constitución de fantasía. El terapeuta se va a sentir atrapado por el mecanismo de repetición mediante un cortocircuito de su propio sistema preconsciente, por eso, no se puede hablar de transferencia objetiva.

En este tipo de pacientes es necesario tener en cuenta que el grado de clarividencia de cada profesional sobre el caso, no depende tanto de su grado de formación, como de la posición transferencial en la que se encuentra respecto al caso. Es esta posición la que determina el grado de implicación subjetiva, y por tanto de ceguera de la situación. Estos posicionamientos subjetivos se caracterizan por ser vividos como los más objetivos y profesionales posibles. Sólo mediante la puesta en relación con los posicionamientos de los otros, se puede dar una cuenta de la extraña incompatibilidad entre ellos, y ver que se trata de una manera compleja, proyectada de la renegación- rechazo-clivaje (déni-désaveu-clivage) inherente al caso.

Lo que da especificidad al trabajo del psicoanalista es el soportar la transferencia y ponerla a trabajar, ya



sea una transferencia de la fantasía o una transferencia troceada por la renegación-clivaje (déli-clivage). Desde un punto de vista psicoanalítico, se trataría de intentar que donde estaba el ello, advenga el yo.

Freud (1915) define el proceso de subjetivación como el momento en que se organizan las relaciones matriciales fundadoras de la subjetividad naciente, a través de las interacciones pulsionales con los primeros referentes. Se trata de un primer tiempo subjetivante en el que el protagonista parental hace y deshace, el padre o la madre son la realidad. Cuando este proceso no ha sido posible, o ha estado trabado por alguna razón en el desarrollo del paciente, necesita ser retomado terapéuticamente, y esto se realiza a través de la inducción repetitiva en los terapeutas de las posiciones troceadas, divididas en una relación de desautorización. A partir de ahí ciertas experiencias primarias en dificultad de subjetivación (huellas psíquicas a falta de imagen mental) podrán ser rearticuladas en términos simbolizables para transformar gradualmente la experiencia.

## FAMILIAS

Cuando los padres de niños psicóticos llegan a consulta, la mayoría de las veces ya han hecho un recorrido anterior. Pero, en casi todos los casos, hablan en términos muy vagos y generalmente exploratorios. Describen los hechos a los que están acostumbrados. Pero hablan de niños que sufren trastornos disociativos, niños psicóticos, o borderline.

Cuando ves al paciente, la transferencia es inmediata, su comportamiento es a veces destructivo y violento, sin embargo parece aceptar con un sosiego esperado desde hace tiempo, las palabras que intentan dar sentido a su comportamiento.

Con los padres hay que darse cuenta de que las palabras hacen daño, solo confirman lo que ya les habían dicho: el niño tiene una patología mental grave. La sombra de la locura parece haberse instalado en ellos. Hay unos momentos de evidente dolor, y consiguen retomar el control, normalmente el tono obsesivo suele ser el dominante. A pesar de aceptar el tratamiento es bastante frecuente que anulen las citas posteriores o que interrumpan el tratamiento.

Sobre los padres a los que se anuncia la patología mental grave de los hijos cae de repente una gran responsabilidad y el sentimiento de falta. Se produce una mezcla de sentimientos que saturan la relación con el terapeuta. Son padres marcados por la incertidumbre y el fracaso, y en ese momento se enfrentan solos, cada

uno por su lado, con su impotencia y culpabilidad. Están desconcertados y se sienten más frágiles que nunca. Una gran herida narcisista, que nos toca recoger para proteger las posibilidades de tratamiento del hijo/a.

Lo más llamativo es la gran ansiedad que invade a los padres, su vivencia de objetos anaclíticos marcados por el fracaso, así como la cantidad y la calidad de impotencia, de desamparo y de miedo, que inaccesible a su experiencia verbal, les paraliza y a veces les atrapa en una repetición pasiva de lo que les ha ocurrido.

La identidad de estos padres percibe cada acercamiento como una intrusión, una indiscreción indebida, pero por otra parte si subestimamos sus expresiones emocionales o no damos respuesta a una pregunta implícita nos podemos encontrar con un fondo depresivo que va a complicar la apertura inicial. Por todo esto, hay que ser especialmente cuidadosos a la hora de establecer sobre todo las primeras relaciones con la familia.

Pero, para trabajar con pacientes graves en la adolescencia es necesario actuar a dos bandas: en la realidad interpersonal del adolescente con un trabajo con la familia, y en la del mundo intrapsíquico con un trabajo personal. Sobre todo en los inicios del tratamiento, el Yo del paciente es un Yo muy frágil, y se apoya en el Yo de otros miembros de la familia, que en los casos más graves tiene que encargarse de un mínimo examen de la realidad. Se trataría de integrar en el tratamiento las partes que el paciente escinde y proyecta en su familia, y tener en cuenta al trabajar con la familia que el paciente es el portavoz de un funcionamiento familiar paralelo, no dicho, pero compartido por sus miembros.

En el trabajo con la familia nos enfrentaremos a situaciones muy complejas, intergeneracionales en muchos casos y que pueden dar identificaciones alienantes (R. Cahn), objetos enloquecedores (García Badaracco), que aplastan al paciente.

Este trabajo debe de proporcionar una integración subjetiva de calidad de la experiencia vivida. Para esto, el trabajo entre diferentes intervinientes permite retomar ese primer momento de la relación madre-hijo.

Todas las especificidades del funcionamiento psicótico: la prohibición del pensar, la fantasía incestuosa, la no diferenciación dentro-fuera, la falta de espacio privado para uno mismo, la dificultad de individuación-separación, las identificaciones alienantes, etc., se manifiestan en el funcionamiento cotidiano de las interacciones paciente-familia, y nos confirman que el trauma no es un suceso concreto que ocurrió en un momento dado, sino que es un tipo de funcionamiento que coexiste junto a otro "normal".

El trabajo en estas situaciones es difícil porque corremos un riesgo continuo de que el paciente o la familia no soporten el tratamiento, por los movimientos que supone y que pueden sentir como peligrosos, arriesgados, pues se tambalea todo el edificio construido conjuntamente para defenderse del peligro de aniquilación.

La alianza terapéutica es lo principal que se debe construir, pero supone una cierta dependencia del terapeuta, de la institución, y esto choca con la necesidad de buscar autonomía del adolescente. Es necesario encontrar un equilibrio que permita soportar la dependencia para ayudarle en el camino hacia la separación sin fractura psíquica.

En los pacientes que presentan trastornos del tipo de disarmonías psicóticas, las dificultades de integración escolar se expresan mediante el comportamiento, dificultades de control pulsional con la irrupción, en diferentes actividades de expresión que se les pide, de una fantasmática inquietante de tipo devoración, muerte, etc. Los trastornos de la simbolización que aparecen en actividades abstractas, y cuando hay que organizar un discurso, no suelen impedir la escolarización en primaria. Pero son pacientes muy sensibles a las situaciones de fracaso, vivido como una amenaza a su integridad, por lo que es necesario que la organización escolar sea suficientemente continente como para soportar situaciones de angustia y agitación.

Cuando se trata de problemas de comportamiento, para que el problema cambie, se necesita tratar el entorno en el que vive el adolescente. Uno de los principales pivotes es la familia. Sería necesaria una intervención que reduzca las identificaciones proyectivas, ya sea mediante una terapia de familia o intervenciones no tan organizadas que ayuden a mejorar el funcionamiento familiar.

También la intervención con la escuela, con educadores de calle o algún interviniente que pueda asegurar la inclusión en un grupo de iguales es necesaria en estas situaciones. De hecho, para hacernos una idea de la importancia de lo relacional-social, la única diferencia encontrada en el estudio de Barter, entre los adolescentes que recidivan tras una hospitalización por tentativa de suicidio, y los que no recidivan está en la existencia de un contacto al menos semanal con sus amigos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bursztejn, C. et Gerber, R. (2001). «Quelle école pour les enfants autistes ? ». *Enfance&Psy*, 2001/4, no 16.
- Cahn, R. (2004). *La place de l'adolescent et la subjectivation. Adolescence et folie*. Paris: Fil Rouge
- Guignard, F. (2009). Reflexiones de una psicoanalista acerca del niño en la sociedad occidental hoy. *Filigrane*, septiembre 2009.
- Jeammet, Ph. (1989). *La apuesta narcisística de la adolescencia*. *Temas de Psicoanálisis*, año VII nº 12, diciembre.
- Ladame, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris: Masson.
- Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : P.U.F.
- Misès, R. (1990). *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris :P.U.F.
- Nicoló, A.M. (2009). Descompensación psicótica en la adolescencia. *Psicopatología en salud mental del niño y del adolescente*, 14, 39-48.
- Nicoló, A. M. (2011). El trabajo clínico con los adolescentes difíciles. ¿De qué manera ha cambiado la técnica? *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid*, n.º 63, 103-123.
- Palacio, F. y Dufour, R. (1994). *Diagnostic structurel chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Pénot, B. (2006). Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution soignante. *Revue Française de Psychanalyse*. 2006/4, vol. 70.
- Pénot, B. (2007). El equipo psicoanalítico en el hospital de día. Revisión de algunas condiciones para que los pacientes se adueñen de su propia subjetividad. *Psicoanálisis*. vol. XXIX-Nº3-2007
- Rodríguez, M.E. *Acerca de la clínica del narcisismo en la adolescencia*. (no publicado).
- Sabatini-Scalmati, A. (2008). La relación con los padres de niños psicóticos. En Geissman, C. y Houzel, D. (dir.), *Psicoterapias del niño y del adolescente*. Cap. 37. Madrid: Ed. Síntesis. (Org. 2003).
- Urribarri, R. (2000). Patología en la adolescencia y su relación con la latencia. *Rev. de Psicoanálisis*, LVII,2.