

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

INTERVENCIONES EN EL MEDIO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE*

CHILDREN AND ADOLESCENTS' SEVERE MENTAL ILLNESS: ACTIONS IN THEIR ENVIRONMENT.

Jose Luis Gutiérrez Iradi**

RESUMEN

La atención del T.M.G. exige un análisis y una comprensión de las nuevas realidades familiares y sociales en las que, la creación de nuevos servicios dependientes de instituciones diferenciadas (sanidad, educación y servicios de Diputación y municipales) en objetivos, comprensiones y medios profesionales de abordaje. Esto plantea prioridades de coordinación y trabajo en red que según la gravedad de los casos, y la calidad y complejidad del trabajo de articulación, permiten un trabajo integrador. Sin embargo, en los casos más graves, esta colaboración no permite la creación de un holding continente básico ya que la fragmentación puede verse reforzada por la multiplicidad de intervinientes. En estos casos la creación de unidades y servicios institucionales hiper especializados (centros de día y unidades residenciales para psicóticos) deberían ser la alternativa consecuente para una adecuada asistencia tanto a los menores como a sus familias desbordadas por la complejidad clínica de los cuadros severos.

PALABRAS CLAVE: TMG, unidades institucionales específicas, articulación, integración, holding-continente básico.

ABSTRACT

Attention of Severe Mental Illness requires the understanding of all-new-different types of families and social realities, as well as the creation of new institutional services with different objectives and ways to intervene from their own prospective (educational, health and political administration). To accomplish this unified work, and due to its complexity in articulating the interventions with different professionals and the severity of the patients, a list of priorities regarding network coordination is needed. However, in the most severe cases it does not allow to work as a sort of basic holding continent because the variety of interventions might develop an enhanced fragmentation. Therefore, the creation of specialized institutions (day centers and residential units for psychotics) should be a clear alternative to assist these minors with as well as their usually overwhelmed families.

KEY WORDS: Severe Mental Illness, specific institutions, articulation, integration, holding, continent.

Dentro del entorno del Trastorno Mental Grave, tenemos que considerar en un primer lugar las familias”

* 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.

** Coordinador Unidad de Atención Precoz y de TMG Infantojuvenil. Equipo de Psiquiatría Infanto juvenil. Donostia. Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza, Zumalakarregi etorbidea 24, 20008 Donostia. E-mail: jlgutierrez@euskaltel.net

de los niños y adolescentes. Algunas de las vicisitudes de las “nuevas realidades familiares actuales ya han sido abordadas por B.Garmendia. Estas “nuevas realidades familiares” en muchos de los casos no hacen más que acentuar el descreimiento, el distanciamiento y la confusión de los jóvenes ante los dilemas identificatorios y el Gran Dilema ya señalado por Freud: “hacer como dice o hacer como hace el adulto”.

La identificación histérica al rasgo, al hacer, al comportamiento del grupo, organiza el consenso y la verdad virtual de jóvenes, e incluso de padres, que justifican los actos y las vivencias de los adolescentes con el discurso social: “es que mi hijo está muy adolescente”, “le pasa esto y lo otro porque está adolescente perdido”... En estos contextos familiares complejos y en las realidades sociales hiper complejas los adolescentes naufragan entre identidades maternas y paternas difusas, desafectadas y racionalizadoras ante las que el diagnóstico de gravedad de la dificultad de hijo hace que se desencadenen reacciones de angustia que deben de ser tratadas como momentos de crisis y que abrirán posteriormente las puertas a temas de duelo que en muchos casos serán duelos prolongados y en otros generarán renegaciones o reacciones traumáticas.

Tanto en unos casos como en otros, la exigencia de una valoración detenida de las historias familiares de las personas de referencia del menor, así como del diagnóstico estructural de personalidad de estos referentes será básica.

Sin entrar en el análisis de las influencias etiopatogénicas de la psicopatología familiar o materna ya valorado en otros trabajos y revisiones de estudios como los de Manzano y Palacio sobre la psicosis infantil, nuestra experiencia nos lleva a confirmar lo señalado por Manzano que citando a Ruter subraya que solo 2 hechos se desprenden como observación común en las familias de jóvenes pacientes psicóticos:

A/ La existencia en los padres de una mayor proporción de trastornos del pensamiento

B/ Un estilo particular de comunicación de la familia

Esta observación confirma nuestra corta experiencia de familiares de niños atendidos en nuestra Unidad de Atención Precoz y diagnosticados en su mayoría genéricamente bajo etiquetas diagnósticas de “psicosis simbióticas”, “trastornos psicóticos desorganizativos” o “trastornos generalizados del desarrollo”. En la mayoría de las familias de los 34 pacientes atendidos en los 6 años de existencia de nuestra Unidad, una característica común emerge en la práctica totalidad, de las familias de los pacientes y es la presencia durante el primer y/o el segundo año de vida de depresiones post-parto, depresiones

blancas, acontecimientos de vida desorganizadores de la frágil homeostasis familiar y personal de los padres así como dificultades médicas precoces desestabilizadoras del desarrollo y de las capacidades de contención de los niños por las familias.

Ejemplos de “acontecimientos de vida desorganizadores”:

Madre A: mujer de 32 años, hermano de 19 suicidado cuando ella contaba con 24 años. La abuela materna todavía lleva luto. Durante el embarazo y parto y primeros meses de su 1er hijo, a la madre le sobra todo el mundo. Ve a su hijo como un monstruo.

Madre B: Sus propios padres desaparecen (no por defunción) cuando ella tiene 16 años. Primero la madre y un mes más tarde, el padre. Ella, con su abuela, queda a cargo de sus 6 hermanos menores, de los que el más joven tiene un año. Asegura el crecimiento y la escolarización de todos ellos; cuando el menor cuenta con 18 años, emigra al País Vasco y con 34 años funda su propia familia.

Madre C: En el 2º año de tratamiento de su hijo de 5 años. Inexpresiva, anestesiada, como si nada fuera con ella. Maquillada como una maniquí. En el embarazo constantes angustias de muerte del bebé y miedos a responsabilizarse de él. Problemas con el pecho; el niño se le atragantaba. A su propia madre se le murió un hijo 2 años antes de su nacimiento. Ella es la 3ª hija con 2 varones de 2 y 4 años mayores que ella. Posteriormente nace una hermana 2 años más joven considerada como la rebelde de la casa. En medio de su adolescencia, su propia madre comienza a trabajar y ella tiene que ocuparse de sus 3 hermanos con grandes dificultades sobre todo con la hermana “rebelde”.

Entendemos que estas vicisitudes existenciales, marcan los estilos parentales relacionales y comunicativos de los padres y constatamos las coincidencias con las observaciones de Selvinni Palazolli sobre los “juegos psicóticos en las familias” y sobre lo que ellos llaman “juegos de impas familiar” y sobre los impases en la pareja en las psicosis de la adolescencia.

Desde este punto de vista no podemos más que suscribir las necesidades de trabajo grupal e individual familiar con técnicas de trabajo cercanas a la óptica del pensamiento complejo que yendo más allá de la teoría psicoanalítica y de la teoría sistémica, integran en el aquí y en el ahora los movimientos transgeneracionales e individuales de los miembros integrantes de la familia. Citando a Selvinni Palazolli se trataría de pasar del pensamiento psicoanalítico al pensamiento sistémico y de él al pensamiento multidimensional (Morin). Entendemos que esta complejidad tendría que ver con el edipo infantil

y el edipo de lo padres inmersos en un “socius” en el que la transformación con sus crisis de valores y de referentes complejiza y crea nuevos modos y cuadros de sufrimiento.

En este sentido, en un segundo nivel y de forma, tal vez, mas preeminente en la adolescencia, el entorno social significativo tanto del niño como del adolescente con trastorno Mental Grave se asocia cada día más, con un entorno multiprofesional que pivota fundamentalmente en torno a dos espacios:

A/Escuela, con sus diferentes aportes y contribuciones a los alumnos con “necesidades educativas especiales”: Pedagogos terapéuticos, auxiliares de comunicación, logopedas, módulos terapéuticos...

B/ Los servicios sociales y servicios dependientes de organismos de bienestar social (Ayuntamientos, Diputación), que con sus psicólogos, educadores y servicios concertados intervienen en los abordajes terapéuticos de nuestros pacientes.

Asistimos así a una pluralidad de intervenciones, ópticas y comprensiones que, en el mejor de los casos, conseguimos articular, diferenciar, jerarquizar y modular para ajustarlos a las necesidades y al momento del menor y de su familia.

Sin embargo, en los casos más complejos, la caótica estructuración de los pacientes y de su entorno con sus transferencias múltiples en los numerosos intervinientes, complejizan la comprensión de la fallas y del funcionamiento basal de los pacientes, creándose así incluso una mayor desorganización ligada a una sobreexcitación desestructurantes.

En estos contextos, a nuestro parecer, es necesario tomar en cuenta que a la coexcitación natural e inevitable de la relación adulto-(niño-adolescente) se le añade una multiplicidad de intervinientes que, según los casos:

A/ Permiten un trabajo en red integrado e integrador a través de un trabajo de diferenciación y de recolección de las trasferencias, que permite reactivar la matriz significativa de la problemática del paciente en cuestión.

B/ En otros casos sin embargo, no se crean las condiciones mínimas de un holding continente básico. Por ejemplo:

1. En niños-adolescentes y familias donde la proyección y la interacción confusiónante (¿en descarga evacuatoria –operatoria?) se sitúan en un primer plano.
2. En niños adolescentes en los que predomina los funcionamientos desintegrativos, la multiplicidad de intervenciones e intervinientes pueden entrar en conflicto con su funcionamiento ya que en estos

pacientes la fragmentación, que parece necesaria para su organización mental (Bion), corresponde también a un mecanismo de defensa que viene regresivamente a reemplazar las escisiones. En estos casos el trabajo en red, a pesar de las buenas condiciones, puede no permitir el abordaje del funcionamiento desintegrativo que puede perderse e incluso fragmentarse más potenciando las defensas del paciente y reforzándose así un abordaje fragmentario de comprensiones múltiples no articuladas.

Estas dificultades de articulación de las patologías más graves de la infancia exigen la creación de servicios institucionales hiper especializados, que garanticen una continuidad y un holding continente y favorecedor de una creación de sentido, que es solo garantizado por servicios específicos. Esto plantea la necesidad de creación de estructuras similares adaptadas a púberes y adolescentes así como a sus familias, que en esta fase de la vida necesitan de espacios diferenciados y diferenciadores, más si cabe, que en el periodo infantil precedente.

La finalidad es la creación, a través de diferentes mediaciones y aproximaciones psicodinámicas (grupales, individuales, familiares... educativas) de unos marcos institucionales que favorezcan la exteriorización primero y desde ahí, la interiorización y la sintonización de diferentes aspectos de la personalidad, y de los conflictos internos, e inter y trans generacionales a través de grupos de pares y de adultos.

La colaboración en este caso de las familias pasa por el reconocimiento de los trastornos así como de una, aunque sea mínima, disposición a colaborar en el intento de reactivación de las referencias significantes desorganizadas en las realidades intra psíquicas interpersonales de los adolescentes y de las familias. Como lo ha señalado B.Garmendia, “el trabajo con los adolescentes con dificultades de subjetivación, muestra frecuentemente que los sectores en los que su mentalización se desorganiza son sectores problema para las familias y concretamente para sus padres”.

Nos encontramos con ciertas fijaciones del pensamiento y de los afectos que generan dificultades a la hora de sostener una dinámica y un discurso que explique ciertos momentos importantes de la historia personal, familiar y vincular. Estos conflictos narcisistas hacen de barrera respecto a vivencias traumáticas, a heridas sentidas a cierto nivel inter o trans generacional de la familia.

El trabajo institucional ya sea ambulatorio con programas de tratamiento intensivo ya sea trabajo en centros de día, crea las condiciones de organización de un espacio transicional que a través de la reverie

compartida reactiva y reactualiza en la institución movimientos emocionales proporcionales a los conflictos desorganizadores de los pacientes y sus familias en su medio original.

En el trabajo a doble banda se abordan la realidad interpersonal del adolescente con un trabajo con la familia, y el mundo intra psíquico 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.

Como lo señalábamos precedentemente estos sería los impases familiares señalados por Selvini Palazzoli y que conllevan situaciones muy complejas, intergeneracionales en muchos casos, que pueden crear identificaciones alienantes o incluso objetos enloquecedores (según términos de García Badaracco) que aplastan al paciente.

Todos estos elementos se manifiestan en el funcionamiento cotidiano de las interacciones paciente-familia y nos confirma 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... lo que en muchos casos se presenta como conflictos del comportamiento cronificados desde los vacíos, no solo familiares o individuales de los adolescentes y sus patologías, sino también desde los vacíos institucionales, que por la carencia de instituciones contenedoras especializadas, reactualizan las fallas precoces de los entornos naturales de acogida y comprensión de los pacientes como sujetos psíquicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Garrone, G. Jablensky, A. et Manzano, J. *Jeunes Parents Psychotiques et Leurs Enfants*. SIMEP.
- Manzano, J. et Palacio-Espasa, F. (1983). *Étude sur la psychose infantile*, SIMEP.
- Palacio, F. y Dufour, R. (1994). *Diagnostic structurel chez l'enfant*. Masson.
- Palacio, F. (1993). *La pratique psychoterapique avec l'enfant*. Paidós
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, E. Selvini, M. Sorrentino, AM. (2012) *Los Juegos Psicóticos en la familia*. Paidós
- Soule, M. et Golse, B. (1992). *Les Traitements des Psychoses de L'Enfant et de L'Adolescent*. Paidós.