

Introducción

Mediante esta disertación quisiera plantear algunas situaciones que ocurren dentro del marco de la entrevista y tratamiento de corte psicoanalítico en consultorio. Mi intención es mostrar cómo se nos presentan algunas *adolescencias* en nuestro trabajo cotidiano y porqué es imprescindible pensar y repensar continuamente nuestras actitudes, marcos referenciales y honestidad personal a la hora de hacer nuestro trabajo como psicoterapeutas.

Ante la llegada de un adolescente a consulta, la primeras preguntas que, a mi criterio, debemos hacernos son: ¿esta persona joven frente a nosotros, es un potencial paciente? ¿Pidió venir o lo/a trajeron? ¿Sus padres detectaron algo o fue la escuela, el gabinete escolar, el médico de cabecera?

Van transcurriendo las entrevistas, incluso comienza el tratamiento. ¿Ya es un paciente? Puede que no lo sea, que sus dificultades y/o patología no sea detectada por él/ella, incluso que no tenga ninguna patología.

Un paciente o padeciente lo es sólo cuando hay demanda de tratamiento y eso muchas veces es algo a construir. Si está ahí es porque hay un sufrimiento y eso nos sostiene como analistas realizando un trabajo junto con él/ella.

A qué nos referimos con el término *adolescencia*?

Desde el punto de vista del ciclo vital humano, la adolescencia es la edad que sucede a la niñez que y transcurre hasta la edad adulta, dice Héctor Ferrari (2001). Abarca un período de rápido crecimiento corporal y cambios psicológicos profundos. Pasará un período de turbulencia emocional, su *familia* resultará comprometida por este momento crítico, la *sociedad* se verá enfrentada con los fenómenos derivados del *mundo adolescente*.

Marcelli y Braconnier (2005) se basan en la premisa de que es posible concebir y describir la adolescencia como un proceso psicológico relativamente homogéneo según el tipo de sociedad. Los aportes de Freud han obligado a reconocer la importancia de la pubertad y el papel fundamental que desempeña en el acceso a la sexualidad, es decir, que se produce una reorganización de las pulsiones parciales subordinándolas a la primacía de la pulsión genital.

El adolescente, a merced de sus pulsiones, se ve obligado a rechazar a sus padres, ya que la presencia de éstos reactiva los conflictos edípicos, aumentando la amenaza de incesto, ahora potencialmente realizable.

La adolescencia es una etapa pero también un estado mental que puede emerger en cualquier momento de la vida. “(...) Podemos encontrar latencia en uno de 50 años y adolescencia en uno de 9 años estructuralmente hablando” postuló Donald Meltzer (1974).

Winnicott (1965) decía que el adolescente tenía que navegar a través de los *doldrums*, en su doble sentido en inglés, transitar el desánimo y la tristeza como en los tranquilos mares ecuatoriales, donde prevalece la calma chicha. “Esta palabra se utiliza en el uso coloquial y se traduce como *capa caída*. En el uso marítimo se refiere a un fenómeno que ocurre en el Ecuador caracterizado por períodos de calma cuando los vientos desaparecen por completo, atrapando embarcaciones a vela por periodos de días o semanas (...)” (<https://en.wikipedia.org>).

Son estos los desafíos que tendrá que encarar el adolescente para pasar a ser un adulto joven:

1. Desprenderse emocionalmente de los padres de la infancia.
2. Definir su identidad sexual.
3. Pasar de una situación de dependencia a una de relativa autonomía mental y emocional, resuelto entre otros temas la elección de pareja y de los medios de sustento.

En cuanto a la sexualidad, la trabajosa fusión entre la corriente sensual y sexual permitirá el hallazgo del objeto erótico, así como también la aceptación de la diferencia de sexos.

Actitud analítica hacia el paciente adolescente

Mauricio Knobel (1971), psicoanalista argentino, nos planteó algunas consideraciones en la técnica, aunque en primer lugar, dice claramente, que la terapéutica puede ser absolutamente la misma en todas las circunstancias.

El tratamiento psicoanalítico de adolescentes es quizás el que necesita mayores revisiones, por las posibilidades de *acting out* (actuaciones) que tanto por parte del paciente como del terapeuta.

Cuando hablamos de **enactment** (puesta en acto del analista) queremos significar que “el paciente “arrastra” al analista a conductas que le permiten al primero actualizar una cierta relación de objeto, es decir, que se juega en la **transferencia**.”

Por otro lado, el paciente adolescente es el que más exige a su analista una comprensión de la realidad externa en la que el adolescente se mueve. Por lo tanto nos llevamos tarea para la casa, es decir, estar al día con lo que incumbe a su mundo juvenil (modas, cultura, lenguaje).

La **flexibilidad** es un rasgo fundamental que tiene que tener el analista debe tener para poder efectuar un tratamiento psicoanalítico adecuado. El proceso psicoanalítico y el encuadre de la situación terapéutica deben mantenerse en los límites más estrictos. El único lugar donde el adolescente tendrá patrones de conducta verdaderamente estructurados es la sesión analítica, lo que tiene un efecto terapéutico de incalculable valor. Es allí donde será posible proyectar la parte

psicótica de la personalidad con mayores posibilidades que el individuo no se desintegre psicóticamente.

El terapeuta será rechazado con la misma facilidad que todos los demás adultos. Esta situación crea sentimientos contratransferenciales negativos. Si no los considera adecuadamente surgen en el terapeuta necesidades de modificar algunos aspectos de la conducta del paciente que implica un verdadero sometimiento a exigencias parentales, lo que puede perjudicar toda la situación terapéutica.

Si en cambio puede aceptar la fluctuación y los períodos narcisistas (autistas) de su paciente, podría permitir un lento aunque penoso proceso de cambio de los objetos internos rechazados (sentimientos, partes de la personalidad, consciencia moral, impulsos) cuya proyección en el mundo externo puede hacerse peligrosa y amenazante.

Debe ser capaz de aceptar las proyecciones de todas las características de la personalidad del adolescente. Lo que más frecuentemente se observa en los adolescentes es la manipulación. El manejo de la actuación y su correcta interpretación obligan al terapeuta a funcionar como superyó o como ideal del yo, según las circunstancias pero siempre a través de interpretaciones y nunca a través de actuaciones o de jugar el rol deliberadamente (sólo para devolverle la proyección como interpretación).

Comprensión, empatía, flexibilidad, utilización de un lenguaje común y sentido común por parte del terapeuta, proveerán las posibilidades de modificar aspectos psicóticos de la personalidad (self fragmentado) y facilitarán la modificación del superyó cruel (castigador).

En relación al crecimiento mental, que no es lineal sino fluctuante, se logra cuando el self (sí mismo) puede ir de procesos de mayor fragmentación (en un clima persecutorio, escindido, de negaciones y proyecciones) hacia una mayor integración (clima en el cual hay responsabilidad, reparación, cuidado, gratitud)

Betty Joseph (1993), propone la comprensión de los impulsos hacia o contra el desarrollo, mediante su estudio del **uso que la paciente hace del analista y de sus interpretaciones** por un lado, y de **sus propias capacidades mentales**, por el otro.

Nuestro objetivo, dice Joseph, es facilitar que la personalidad contenga y sea responsable de más aspectos de sí misma, así ampliando el yo y modificando su estructura, y aumentar su capacidad para pensar, para hacer la prueba de realidad, etc. Como paso para conseguir esto, enfatiza la necesidad de prestar de cerca atención a la forma en que los pacientes escuchan las interpretaciones del analista en un momento determinado, e intentar descubrir cómo las utilizan.

La *manera* en que los pacientes usan la relación con el analista, y específicamente sus interpretaciones, nos proporciona una información crucial sobre las dinámicas internas de las mentes de nuestros pacientes.

Una de sus contribuciones distintivas ha sido la de reconocer la forma en que las proyecciones del paciente constituyen una constante presión hacia la puesta en escena por parte del analista en la sesión. Su reconocimiento de la presencia de esta fuerza y de la forma en que afecta al analista en la sesión, le lleva también a centrarse muy atentamente en la experiencia del analista y en las complejas interacciones que suceden de momento a momento, que son una fuente importante de comprensión del mundo interno del paciente, así como la base de las interpretaciones de tales procesos, que el analista espera proporcionaran un mayor insight y cambio psíquico.

Sin embargo, si el analista consigue prestar mucha atención a las respuestas del paciente a su intervención, estas pueden alertar al analista de la naturaleza de la relación de objeto que de hecho está viva y presente, de la fantasía inconsciente que incorpora y del significado que la intervención ha tenido para el paciente.

Cuando Joseph describe la tendencia de la paciente a ***acoplarse, para intentar crear la ilusión de un acuerdo perfecto***, uno puede ver el modo en que esto puede proteger a la paciente frente a ciertos tipos de ansiedad, conflicto y culpa.

Cuidado! Material sensible

Algunas contraindicaciones que son (y no tanto) conocidas por las personas que trabajan en la atención de pacientes en el rango de edad de esta etapa evolutiva son:

Confidencialidad: sabemos que los tratamientos cuentan con esta premisa, pero cuando se trata de pacientes muy ***actuadores (tendencia a las acciones)***, ¿cómo nos manejamos? La práctica de la psicoterapia psicoanalítica implica una posición ética presente en el encuadre de trabajo, por lo que no podemos salir corriendo a alertar a los padres acerca de lo que nos confían nuestros jóvenes pacientes. Lo primero es confrontar al paciente con lo que está ***publicando*** (diciendo pero no dándose cuenta de su significado ni de sus consecuencias). Para ser claro: ser guardián de la intimidad de un paciente no implica dejarlo a la deriva si el riesgo de su accionar es, citando la ley de salud mental: “si existe un riesgo cierto e inminente”, es decir, si corre peligro su vida, integridad física o la de los demás. Por lo tanto si es necesario extender la entrevista, sumar entrevistas en la misma semana, será nuestra responsabilidad hacerlo. Si el paciente aun así no se anima a hablar con sus padres, podemos hablar nosotros con un adulto en la familia siempre ***intentando lograr su consentimiento***.

Comunicación con los padres: se deja claro en el acuerdo inicial que toda comunicación con los padres se realizará a sabiendas del paciente, incluso, que existirán entrevistas de orientación para éstos. Los padres pueden llamarnos, informarnos acerca de las conductas y /o hechos que acontezcan con sus hijos, los podemos orientar, pero ***sin que se haga a espaldas del paciente***.

Actitud y coherencia: si el paciente percibe algo de su entorno o algo que acontece en la sesión con nosotros, ***jamás se le debe negar una percepción***, podemos en todo caso poner en duda, indagar, repensar, pero no ir en contra de algo que él /ella perciba, ya sea sensorial o

intuitivamente. Por tanto, los egos y los prejuicios, fuera! No olvidemos que nuestro mayor compromiso es con la verdad (personalísima).

Lenguaje: el uso del lenguaje es algo que diferencia generacionalmente y marca los roles: adulto – adolescente – niño. ***Si nosotros usurpamos el lenguaje de la comunidad adolescente***, confundimos y somos intrusos intentando *hablar en chino a un japonés*. La manera, creo, es anteponer el “como ustedes dicen” y luego la frase o palabra que ellos utilizan. Esto es parte del respeto y es tenerlos en cuenta.

Silencios: les recomiendo tener muy en cuenta que los silencios no necesariamente tienen el mismo motivo que en los adultos, no hablan de la transferencia (que están pensando algo avergonzante que nos involucra) o son interpretables como resistencias. Intentemos manejarnos como en las entrevistas preliminares, esperemos un rato, intentemos decir algo que remueva el obstáculo y sigamos.

Para finalizar: ¿Qué nos sostiene haciendo un buen trabajo?

Pienso que la respuesta más honesta y jugada es:

- El análisis personal.
- Las supervisiones.
- La formación.

Con otros condimentos:

- Estar conectado con el adolescente que uno fue y de algún modo, sigue en nosotros.
- Encontrar el coraje para meternos en su mundo.
- Tener curiosidad, ***no fisgonear, sino querer entender***.
- Tener consciencia de los propios límites, es decir, no salvaremos a nadie ni educaremos a nadie y no siempre todo saldrá bien.
- Las artes y los vínculos: necesitamos nutrirnos para enfrentar los horrores y la desesperanza, encontrar belleza en el mundo.

El tratamiento de adolescentes no es juego, no es relajado y no hay certezas, pensemos bien si nos sentimos preparados para esa emocionante y enmarañada aventura.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aberastury A. y cols. “Adolescencia” (1971). Ed Kargieman.

- Bion, W.: "Volviendo a pensar" (1967). Ed. Hormé. Pág. 64 – 91.
- Ferrari, Héctor: "Salud mental en medicina", (2001) Editorial Corpus. cap. XV, pág. 171-181.
- Joseph, Betty "cambio psíquico y equilibrio psíquico"(1989). Ed. Julian Yebenes.
- Marcelli y Braconnier: "Psicopatología del adolescente" (2005). Ed. Masson. Pág 14 – 15.
- Meltzer, D y Harris, M.: "Adolescentes" (1998). Ed. Spatia. Cap. 1, 4, 5 y 6.
- Meltzer, D.: "Familia y comunidad". Ed. Spatia.
- Winnicott D: "Juego y realidad". (1994). Ed. Gedisa, pág. 32.