IUSAM

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE SALUD MENTAL

APdeBA

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA EN PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

NARCISISMO Y PSICOPATOLOGÍA DE NUESTRA ÉPOCA

Directora de Tesis: Dra. Sara Zac de Filc

Maestrando: Dr. Alfredo Ortiz Frágola

2018

ÍNDICE

Resumen **5**

Introducción **6**

Preámbulo: La monotonía **8**

PARTE I

LA PLATAFORMA DE OBSERVACIÓN

Capítulo 1 Self, narcisismo y psicopatología **10**

1 a Desde la náusea y la levedad del ser a la psicología del self 10

1 b El hacedor de la psicología del self y algunos conceptos claves 11

1 c Sobre la crianza en el horror 14

1 d Self, relación de objeto y vínculo 15

PARTE II

EL SELF EN EL DESARROLLO Y EN LA CLÍNICA

Capítulo 2 La desintegración parcial del self **22**

2 a Ejemplo de un problema clínico cuya comprensión se enriquece utilizando la perspectiva de la psicología del self 22

2 b La amenaza del humanoide 24

Capítulo 3 El self y la creatividad **28**

3 a Los escritos del adolescente 29

3 b Escritos y creatividad 30

3 c Primeras aproximaciones al sentido del escribir juvenil 31

3 d Algunos antecedentes y su aplicación actual. Las otras raíces del escrito 33

3 e Los escritos y el vínculo analítico 36

3 f En el terreno de la clínica 38

3 g Conclusiones 44

Capítulo 4 Adolescencia y actitud parental **46**

4 a La “rebelión de los adultos” 46

4 b La crisis de los adultos / adolescentes 49

Capítulo 5 El self juvenil y el clima de la cultura **57**

5 a Adolescencia en contexto 57

5 b De la moratoria psicosocial al campo virtual 60

5 c El mundo www 61

5 d Juventud y adolescencia 62

5 e La juventud y el cuerpo 62

Capítulo 6 Aspectos narcisistas en la clínica con adolescentes **66**

6 a El paciente y el analista 66

6 b Angustia neurótica y angustias primitivas 68

6 c Las organizaciones defensivas 72

Capítulo 7 El self y el proceso de duelo. Del objeto perdido a la expansión del sí mismo **77**

7 a Introducción 77

7 b El proceso de duelo 79

7 c El duelo anticipatorio. Simone de Beavoir y Francoise Sagan 85

PARTE 3 EL SELF EN LA CLÍNICA Y LA INTEGRACIÓN ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LAS NEUROCIENCIAS

Capítulo 8 Estrés en niños y adolescentes 92

8 a El self amenazado 92

8 b El concepto de trauma 95

8 c La idea de tensión psíquica y su manifestación en niños y adolescentes 97

8 d La naturaleza cuantitativa del estrés 101

8 e El colapso de la represa de Buffalo Creek. Observaciones sobre las situaciones de catástrofe en niños y adolescentes 103

8 f El ambiente psicológico y el estrés acumulativo 106

Capítulo 9 Psicopatología d las adicciones y vulnerabilidad adolescente 109

9 a El consumo problemático de sustancias psicoactivas 109

9 b Desarrollo evolutivo 112

9 c Equilibrio narcisista y sus oscilaciones. La hipótesis de la automedicación 114

9 d Neurobiología de las adicciones 120

9 e La patología dual 127

9 f La mirada social y los modelos de la adicción 128

9 g Las drogas y la persona 130

Capítulo 10 El self en el borderline 133

10 a El futuro incierto 133

10 b Crisis y errores en el tratamiento del borderline 134

10 c Del narcisismo a la intersubjetividad 137

10 d Afectividad borderline y depresión 138

10 e El problema d las dificultades técnicas y el mito del fracaso terapéutico 141

Capítulo 11 Conclusiones 147

Bibliografía 148

RESUMEN

El presente Trabajo Final de Maestría tiene la forma de un ensayo con ilustraciones clínicas acerca de diversos aspectos de la psicopatología de nuestra época, considerados a partir de la incorporación del narcisismo como una plataforma de observación de los fenómenos intrapsíquicos e intersubjetivos.

Se busca aplicar en este recorrido el producto del trabajo y la reflexión que surge de la práctica clínica y la investigación en psicoanálisis y psiquiatría dinámica, así como de algunas observaciones emergentes del campo literario.

Los fundamentos que me guiaron se arraigan en la aplicación de una perspectiva psicoanalítica que subraya las relaciones objetales y la integración del self en la génesis de la vida mental y el acontecer de las emociones. Dicha visión se enriquece con el nutriente conceptual que resulta de la admisión sin prejuicios de los aportes de las neurociencias junto a los de las ciencias humanas.

Desde ese punto de partida, se trata de recorrer diversas áreas en las que la dinámica del narcisismo y la llamada psicología psicoanalítica del self pueden aportar elementos útiles para una mejor comprensión del desarrollo psicológico y de ciertas constelaciones psicopatológicas.

INTRODUCCIÓN

En los sucesivos capítulos de este trabajo buscaré explicar en primer lugar el concepto de self, sus raíces y su ubicación en la metapsicología y la psicopatología El siguiente paso será mostrar entonces algunas facetas del desarrollo del self en los momentos de crisis vital, como la adolescencia normal, sus expresiones naturales y sus tropiezos, y también lo que ocurre con el duelo y sus vicisitudes. Me ocuparé también de cómo la tensión adolescente es enfrentada por una suerte de rebelión de los adultos de nuestro tiempo. Desde el marco teórico de la Psicología psicoanalítica del Self (Kohut, 1971,1978; Wolf 1988), cuyos conceptos centrales reseñaré en el capítulo 1 de este ensayo, observaremos como las vicisitudes del llamado objeto del self se cotejan con el acontecer de las relaciones de objeto y los vínculos.

En otro tramo de nuestro camino por la psicopatología de nuestra época observada a la luz de la psicología del self, me propongo abordar el problema de las adicciones y de cómo el consumo compulsivo de sustancias que actúan en el sistema nervioso

central se nos presenta como un esperanzado y fallido recurso en busca de alivio y distensión. Adicciones y usos sociales comparten un mecanismo del ¨engaño¨ al cerebro y a la mente a través de una ilusoria solución química. El campo de la interfase mente cerebro también estará presente cuando abordemos las consideraciones sobre el stress en niños y adolescentes.

También en el terreno del sufrimiento humano, la existencia desteñida y distorsionada por la patología del self se nos presenta con sus enriedos y su irregular trayectoria cuando nos planteamos la patogenia del sujeto borderline. La mirada en el tiempo nos muestra tanto infortunios como sorpresas inesperadas cuando observamos la evolución a largo plazo de estos pacientes difíciles.

La psicoterapia dinámica implica un camino hacia el conocimiento de la experiencia subjetiva de las personas. Tanto en el desarrollo humano apacible como en las vidas que sufren tropiezos o derrumbes, el reconocimiento respetuoso de la intimidad y sus escondites, nos deja ver tarde o temprano la imperiosa necesidad de contacto con una matriz que provea de soporte, estímulo y respuestas que permiten mantener la integridad del sí mismo.

El estudio de la mente, el cerebro y el ambiente psicológico constituye el fundamento de una *psicopatología del self* que resulta útil para la práctica clínica, junto al paciente, su vida social y su mundo interior.

Esta Psicopatología, que constituye el núcleo central de este ensayo, ayuda a orientarnos en el territorio complejo del sufrimiento humano y nos puede facilitar el imprescindible acercamiento a la captación de la experiencia subjetiva del paciente. Hoy sabemos que gran parte de la efectividad de una psicoterapia dinámica está centrada en la capacidad del terapeuta para moverse con flexibilidad en la alternancia entre privilegiar el sostén o jerarquizar el insight, sobre la base de la potenciación fructífera que sabemos que ejercen mutuamente ambas posiciones. Es decir, el sostén actúa como un marco que facilita la eficacia de la interpretación, y la interpretación adecuada, que apunta a un cambio estructural, le brinda también

al paciente la sensación de estar siendo comprendido, el paciente puede sentir que el terapeuta está cerca y es accesible.

La consideración conjunta del conflicto subyacente a la patología, y el déficit en la estructuración de lo que llamamos el self nuclear, destraba y facilita el desarrollo genuino y espontáneo, así como la realización de sus potencialidades. En tanto seamos receptivos y capaces de comprender, estar en sintonía y valorar las alternativas en la cohesión del sí mismo, será factible acompañar al sujeto en el trayecto de exploración de la vida.

.

PREÁMBULO: LA MONOTONÍA

La riqueza de la vida reside en la acción de los múltiples factores que determinan las emociones y la conducta humana en un contexto de desequilibrio. Por el contrario, cuando el contexto psicosocial y la vida mental abusan de un equilibrio que se torna congelado, el sujeto cae preso de lo que el físico nuclear canadiense Hubert Reeves ha llamado la **monotonía**. Él señala (citado por Massuh, 1990) que "gracias a los contextos de desequilibrio, y a la incesante expansión del universo que los hace posibles, la historia cósmica permanece inacabada".

Los estados de desequilibrio del sí mismo, a semejanza de lo que Reeves describe en la historia estelar, pueden ser evidencias del crecimiento. Su parálisis, empuja a la monotonía y el vacío existencial que abruman a muchos de nuestros pacientes. Luego, a veces, el intento desesperado por eludir esos estados desvitalizados, por escapar de la desolación utilizando cualquier recurso, termina produciendo la implosión del self, y allí se producen el caos y la fragmentación.

El observador atento, el terapeuta informado y sensible, son asiduos visitantes de estos territorios revueltos. El desarrollo de este trabajo es también la crónica de un recorrido por esos espacios, usualmente inquietantes, opacos, penosos; a veces iluminados por la sorpresa, la frescura, la esperanza y los anhelos.

PARTE 1

LA PLATAFORMA DE OBSERVACIÓN

Pondremos primero ante el lector el marco referencial que hemos de usar para estudiar la psicopatología, y a partir de allí, en los tramos siguientes destacaremos algunas áreas de la vida psíquica en las que encontramos que la perspectiva del psicoanálisis del self puede producir aportes útiles o clarificadores.

CAPÍTULO 1

SELF, NARCISISMO Y PSICOPATOLOGÍA

1a DESDE LA NÁUSEA Y LA LEVEDAD DEL SER A LA PSICOLOGÍA DEL SELF

"Y yo también quise ser. Fue lo único que quise; ésta es la clave del asunto. Veo claro en el aparente desorden de mi vida: en el fondo de todas esas tentativas que parecían sin relación, encuentro el mismo deseo: arrojar fuera de mí la existencia, vaciar los instantes de su grasa, torcerlos, desecarlos, purificarme , endurecerme, para dar al fin el sonido neto y preciso de una nota de saxofón"

Sartre, J P (1938): La náusea

"La vida es un boceto para nada, un borrador sin cuadro"

Kundera, M (1984): La insoportable levedad del ser

Antoine, el personaje de La Náusea, de Sartre, tal como Tomás, el cirujano de La insoportable Levedad de Kundera, sufren en distintas épocas (la postguerra en Sartre, el postmodernismo y la glasnost en el checo) la descalcificación del esqueleto psicológico, la flaccidez del aparato psíquico que atormentan a tantos de nuestros pacientes de hoy.

Enfrentando vivencias como las de los personajes de Sartre y de Kundera, pero partiendo desde las dificultades de la clínica, hace hoy más de 40 años, Heinz Kohut comenzó a prestar atención a ciertas formas transferenciales que desplegaban en el psicoanálisis algunos pacientes difíciles. Esto ocurría a la par de la falta de progresos en el tratamiento de esos pacientes que eran abordados, por analistas bien entrenados, utilizando las clásicas interpretaciones de la conflictiva edípica y de las resistencias. Los desarrollos de Kohut, que con el correr de los años configuraron la llamada Psicología del Self, abrieron la puerta para un estudio pormenorizado de la patología narcisista y de los aspectos narcisistas de la personalidad que hoy se pueden integrar con el corpus teórico psicoanalítico y se continúan con los aportes de las corrientes intersubjetivistas.

1 b EL HACEDOR DE LA PSICOLOGÍA DEL SELF Y ALGUNOS CONCEPTOS CLAVE

Heinz Kohut (Viena,1913 / Chicago,1981) estudió medicina en Viena y allí comenzó su análisis con August Aichhorn, discípulo de Anna Freud. La irrupción del nazismo lo lleva a emigrar a Inglaterra y luego a EEUU. Se radica en Chicago, donde prosigue su análisis con Ruth Eissler y completa su formación en psiquiatría y psicoanálisis. Se destaca como profesor de Teoría Psicoanalítica en el Instituto de Chicago y llega a ser presidente de la Asociación Psicoanalítica Americana y vicepresidente de la IPA.

Se sitúa teóricamente en una postura que parte de las hipótesis freudianas y llega a una teoría de las relaciones objetales. En ella la consideración de la transferencia (estudiada como transferencia narcisista o tipo “selfobject”) es esencia de la técnica, que apunta al desarrollo y fortalecimiento de la estructura psíquica a través del proceso llamado internalización transmutativa

Una de sus concepciones centrales es el estudio, desde una perspectiva novedosa, del narcisismo, al que considera una línea evolutiva independiente, diferente de la que corresponde a la libido. Esa línea del desarrollo va de formas primitivas, en la infancia, hacia formas evolucionadas con el correr de la vida. Pero el narcisismo

está siempre presente, nunca se abandona por completo, y forma parte crucial de la conflictiva del individuo y de los grupos.

Esta perspectiva toma como núcleo la existencia de una estructura psicológica a la que llamamos "**self"**, o **sí mismo**, y una estructura de relación a la que designamos "**sistema self - objetos del self".**

La noción kohutiana del self implica un nivel de abstracción relativamente bajo, más cercano a la experiencia subjetiva que los conceptos del aparato psíquico freudiano.

Constituye el núcleo de nuestra personalidad. Su esencia es difícil de definir, lo conocemos por sus manifestaciones. Tiene cualidad de estructura, es decir estabilidad a lo largo del tiempo, de modo que sus cambios en general son lentos. Se hace más visible cuando está dañado, como en la patología narcisista, en los estados tóxicos, en las situaciones traumáticas o en las crisis vitales.

Normalmente se experimenta al self con continuidad en el tiempo y el espacio.

Pero el estado del self presenta oscilaciones en su cohesión, su vitalidad y su armonía.

Para mantener cierta estabilidad en estas características, el self necesita de respuestas psicológicas del medio que le son provistas por lo que Kohut llama los objetos del self (O S). En la medida en que recibe estas respuestas, se mantiene cohesivo y vigoroso. Las experiencias de la interacción entre el self y los objetos del self constituyen el elemento central de esta perspectiva. Las experiencias y funciones de los O S son inicialmente cumplidas por los objetos parentales o sus sustitutos, y constituyen un soporte indispensable para el self en formación. Son un vector central para determinar la influencia del medio ambiente en el desarrollo del individuo. A medida que transcurre el desarrollo, las funciones de los O S siguen una evolución y transformación. Si la interacción va siendo adecuada, lo que implica necesariamente ciertas deficiencias no traumáticas, el self del niño se desarrolla y puede cumplir por sí mismo algunas de las funciones de los O S (por ejemplo calmarse y modular la angustia). Otras funciones pasarán a ser cumplidas por otros

O S nuevos que complementan desde el medio ambiente brindando reconocimiento, protección, estimulación, etc.

Es decir que la necesidad de esa función de soporte del self que llevan a cabo los O S nunca desaparece, aunque con la maduración se torna menos perentoria. De todos modos, la persistencia de estas necesidades nos lleva a la observación, no siempre aceptada fácilmente, de que el self no puede subsistir mucho tiempo en el vacío psicológico. Podríamos decir que “no existe el self”, en tanto estructura aislada, porque su emergencia y mantenimiento como estructura psicológica depende de la presencia de una matriz de O S capaz de haber brindado y brindar respuestas y sostén, y capaz de ser evocable.

Desde la perspectiva de la psicología del self podríamos decir que el fenómeno de la dependencia de una matriz de O S puede ser demostrable en casi cualquier analizado. Una vez que se establece lo que llamamos una transferencia narcisista (o tipo O S), o dicho de otro modo, una vez que las relaciones con los O S se actualizan en la transferencia, cualquier disrupción de la continuidad del lazo entre analista y paciente es experimentada como una amenaza.

Fuera de la situación analítica también podemos observar fenómenos análogos. Las manifestaciones de la perturbación del vínculo con alguien (o algo) que funciona como un O S, irán desde los más variados síntomas de disconfort físico o psíquico, hasta diversas formas de búsqueda de estimulación compensatoria del self a través de descargas pulsionales inespecíficas o del consumo de sustancias que alivian la tensión psíquica.

Kohut, que dejó emerger su teoría de la experiencia clínica, se encontró con que cuando ciertos pacientes no convalidaban sus interpretaciones sistemáticas de los conflictos libidinales y agresivos, era conveniente no considerar siempre esa situación como producto de la resistencia o la envidia, y que era mejor dejarlos transmitir como se veían y se experimentaban a sí mismos. Aquí puede producirse un deslizamiento desde una tácita posición de oposición entre analista y paciente hacia otra en la que prevalece un lazo empático.

Desde aquí él desarrolló un insight fundamental: que las vicisitudes de la cohesividad del sí mismo y las experiencias con los O S son centrales en la tarea analítica y constituyen un ingrediente poderoso del proceso.

En función de esta postura nuestro próximo paso será intentar acercarnos al concepto de self y objetos del self desde una breve referencia clínica-histórica (1c) y desde la teoría (1d), introduciendo el concepto de transferencias narcisistas.

1 c SOBRE LA CRIANZA EN EL HORROR

En el año 1951, es decir unos 20 años antes de que la Psicología del Self comenzara a desarrollarse de un modo organizado, Anna Freud y Sophie Damm (citadas por Kohut, H., 1985) publicaron un trabajo sobre un grupo de seis chicos que habían sobrevivido en un campo de concentración. En el curso de 3 años que permanecieron en el campo estuvieron al cuidado de grupos de mujeres que fueron cambiando sucesivamente. Los chicos sobrevivieron, pero las mujeres fueron todas exterminadas. Una vez que morían eran reemplazadas por un nuevo grupo de mujeres jóvenes que se hacían cargo de los niños en un nuevo turno hasta que eran ejecutadas.

Lo interesante del caso es que estos chicos tenían ciertas perturbaciones, por supuesto, pero sin embargo no eran psicóticos. Habían desarrollado un self suficientemente cohesivo, ellos quizás habían tenido la vivencia de ser aceptados en este mundo.

Una conclusión que se puede sacar es que estas mujeres jóvenes, en la medida en que percibían la proximidad del fin de su existencia se apretaban sobre la próxima generación con una clase de empatía, con una calidad de afecto, con un tipo de responsividad que otorgó a esos chicos desdichados un sentido de continuidad y realidad de su sí mismo que les permitió transformarse en individuos viables.

Kohut (1976) utilizó este ejemplo para mostrar la complejidad de la sustancia psicológica que subyace al término “madre” y a los “cuidados maternos”.

Hay ocasiones en que uno encuentra en la práctica clínica que hijos de madres muy enfermas tienen un grado aceptable de salud psíquica, mientras que los hijos de otras madres no tan obviamente perturbadas sí están muy mal. Ésta es una incógnita clínica que podría salvarse recurriendo al concepto de series complementarias, pero Kohut pensó lo siguiente: (que probablemente es aplicable en muchos casos de este tipo) si las madres están groseramente perturbadas, francamente psicóticas, por ejemplo, otros adultos ocupan su lugar y dan respuesta afectiva a los niños. Pero si las madres son fuertemente narcisistas, fronterizas, o esconden su psicosis tras las cartas de bridge, entonces esos chicos estarán inermes ante un medio ambiente emocionalmente vacío, incapaz de cumplir de manera acabada las funciones de O S y posiblemente no puedan volcarse hacia otros, enrolar a alguien en su propia causa.

Tanto en la clínica como en la teoría, nos acercamos a fenómenos y conceptos cercanos y a la vez diferentes. Me refiero a las ideas de objetos del self, relación de objeto y vinculo. Es conveniente efectuar algunas reflexiones al respecto

1 d SELF, RELACIÓN DE OBJETO Y VÍNCULO

Relación de objeto y vínculo son dos conceptos que suelen generar controversia en cuanto al peso específico que tienen en el proceso psicoanalítico tal como se lo considera hoy en día.

Sin embargo, cuando se coloca al self como un elemento central del trabajo psicoanalítico y de la reflexión conceptual, tal como nos proponemos en este

ensayo, la oposición vínculo- relación de objeto no tiene una pregnancia significativa a pesar de reconocer la importancia de ambos conceptos para el trabajo analítico.

Si tomamos como referencia el planteo de Janine Puget (1995) en su artículo de la revista de APdeBA sobre este tema, quienes así pensamos quedaríamos incluidos en el grupo de aquéllos que al poner el acento en los mecanismos que reúnen al sujeto con su objeto, tienen la tendencia a no intentar la diferenciación con claridad entre relación de objeto y vínculo.

Pienso que la razón es que precisamente los conceptos de *self, objeto del self, relación self- objeto del self* y más propiamente *experiencias tipo objeto del self*, probablemente contienen elementos referidos tanto a relación de objeto como a vínculo, de modo tal que actuando como conceptos puente eliminan, o mejor dicho atenúan, la oposición que puede existir entre aquellos dos conceptos polares.

Más allá de la obvia relación entre el estudio de las configuraciones vinculares y el análisis de pareja y familia, me parece que quizás el desarrollo de las teorías del vínculo, y las del self y los objetos del self obedecen, al menos en parte, a razones parecidas. Esto es: la necesidad de dar cuenta de una serie de fenómenos clínicos que suceden en la zona de encuentro de las subjetividades de los objetos, la experiencia de las influencias mutuas entre los sujetos y, más desde el campo de la teoría, estos conceptos guardan relación con un re-examen de la teoría del narcisismo al que nos conduce la clínica cotidiana y la patología de frontera.

Con lo mínimo que hemos expresado hasta acá, ya estamos incursionando en el terreno fangoso de la comparación entre teorías. Compartimos el escepticismo de muchos sobre la “traducción” de teorías en psicoanálisis, por el empobrecimiento que se ejerce sobre el racimo de significados que encierran ciertos términos en sus respectivos esquemas referenciales.

Aunque nadie parezca pretender conscientemente encontrar o definir una teoría única que explique todo, sin embargo tanto nuestros pensamientos privados como las discusiones públicas en los foros analíticos están llenos de frases como “eso no

es más que…” o “esa es otra manera de decir que…” o “acaso eso no es realmente lo mismo que Fulano describió como…”, etc.

Conjuntamente con esto, Arnold Goldberg (1984) decía hace poco que criticar una teoría por ser demasiado diferente en algún aspecto es algo parecido a condenar un libro por ser legible; eso es justamente lo que se supone que sea.

Posiblemente esas traducciones incorrectas, que necesariamente desembocan en malentendidos, generan visiones distorsionadas de las teorías. Decimos distorsionadas, no totalmente falsas. Por ejemplo, se dice a veces que ciertas teorías del self son “ambientalistas”, en desmedro del mundo interno del paciente. Pero lo cierto es que el Winnicott de “no existe tal cosa llamada bebé” podría extenderse, como decíamos anteriormente, a “no existe tal cosa llamada self” en tanto no puede existir aislado de ciertas configuraciones vinculares. Es decir, necesariamente está inmerso en una matriz de objetos del self con quienes interactúa. El medio de objetos del self actúa tal como el oxígeno para el organismo biológico. No se percibe directamente, pero sin él la vida mental es inconcebible.

Retornemos ahora a un punto de unión, de convergencia para las teorías de las relaciones de objeto, del vínculo, del self: la transferencia. La transferencia como reedición de relación de objeto, de vínculo, y la transferencia tipo objeto del self, siguen siendo, desde sus respectivos enfoques, instrumento- esencia del tratamiento analítico y de sus derivados. Quizás en la forma que entendemos la actualización transferencial de las experiencias arcaicas con los objetos del self hay algo que pertenece a las relaciones de objeto y algo que surge de la presencia del objeto, aunque luego esa presencia sea fallida o insuficiente y en consecuencia active antiguas experiencias insatisfactorias. Recuerdo a Cristopher Bollas (1987) cuando dice que “la estructura del yo es la huella de un vínculo”.

Aquí es necesario reconocer que el hecho de la transferencia entraña ciertas diferencias que pueden ser sustanciales. Detrás de ella sigue habiendo una motivación inconsciente, pero podrá haber no sólo lugar para el deseo sexual reprimido. Se podría ampliar al incluir a las necesidades narcisistas, de experiencias tipo objeto del self.

Es conveniente aclarar aquí qué se entiende por esto. Más que dar una definición, siguiendo a E. Wolf (1988), vamos a poner un ejemplo bien cercano a lo que estamos haciendo.

Imagínese el lector ante un micrófono, dando una charla a un grupo considerable de colegas, en una institución prestigiosa. Al principio uno se siente bastante bien, aunque con una ligera aprensión. ¿Cómo habrán de recibir lo que tengo que decir? ¿Cómo me saldrá?... De un modo optimista supongamos que uno va diciendo lo que ha pensado y los asistentes escuchan más o menos atentamente. El disertante se siente bien porque percibe que es escuchado y que hay una respuesta. Eso lo hace sentir más seguro, su autoestima se incrementa. Puede haber en el público algún gesto de asentimiento, de interés.

Formulándolo en términos teóricos, uno necesita esta responsividad porque nuestro self, que es una estructura psicológica, requiere ciertas respuestas psicológicas del medio para mantenerse cohesivo y vigoroso. Estas respuestas son provistas al self por diversos objetos, que llamamos objetos del self (*self objects)*. A su vez llamamos *experiencias tipo objeto del self* a la interacción que se produce entre el self y el objeto del self. Esa interacción se acerca, pero no llega a coincidir, con lo que sería una experiencia vincular, que se ubica en un contexto intersubjetivo.

Inicialmente hay vínculos arcaicos con O S, luego en forma progresiva esas experiencias van siendo internalizadas y se producen cambios en la estructura. Así entonces parte de las funciones, por ejemplo la fusión tranquilizadora con un objeto idealizado, se cumplen en una relación internalizada (hay una estructura psíquica interna que provee alivio a la ansiedad), y en parte el sujeto sigue necesitando vínculos con O S ahora más evolucionados, incluso de orden abstracto.

Aquí es donde decíamos que parece verse, por una parte, una relación de objeto internalizada y, por otro lado, la importancia de un vínculo intersubjetivo que provee a necesidades vitales para el sujeto. Ambas cosas se actualizan en la relación analítica. No podemos sin embargo escapar a una paradoja, porque hablando estrictamente, la relación self-objeto self se refiere a una experiencia intrapsíquica y no describe la relación interpersonal entre el self y los objetos.

Si enfocamos las cosas así, tarde o temprano se nos presenta el problema del narcisismo: recordemos que, muy cerca de lo que estoy delineando, Bollas describe lo que él llama el *momento estético* como una experiencia de rapto que ampara al self y al otro en simetría y soledad. En cambio, Puget (1995) dice que en la organización del vínculo la presencia del otro, en su alteridad, *salva* de la fusión narcisista.

Se advierten entonces visiones diferentes del *narcisismo*. En la perspectiva del self, que tratamos de mostrar, deja de tener un sentido predominantemente regresivo, defensivo o resistencial y pasa a ser considerado nuclear e incluso prospectivo, casi al servicio del desarrollo; mientras que ciertos fenómenos de sexualización o agresividad resultan ser productos ora defensivos, ora de desintegración del self.

Para no quedar enredados en la teoría, volvamos ahora a la viñeta y al sillón del panelista.

En vez de nuestra suposición optimista anterior, pensemos que la audiencia se está aburriendo un poco con la presentación. El conferencista descubre algún bostezo disimulado, otro espectador se refriega los ojos, varios de los asistentes se revuelven incómodos en sus asientos y en el fondo del salón alguno se escapa disimuladamente. ¿Qué sucede entonces con el orgulloso *teacher* del ejemplo anterior? Posiblemente empiece a sentirse más bien incómodo, por momentos distraído y más inseguro de sí mismo. Puede atropellarse en las palabras y que se le ahogue un poco la voz. No necesitamos explicar qué se siente cuando uno no tiene respuesta y se desconecta del medio. Aunque sea aquel día que contamos un chiste que nadie entendió, todos hemos experimentado alguna vez ese estado desagradable que puede parecerse también al sentirse rodeado de extraños que hablan otro idioma que uno no alcanza a comprender.

En términos conceptuales, el self se ha fragmentado parcialmente por insuficientes respuestas de los objetos del self. Hay un lindo ejemplo gráfico del efecto de la brusca desconexión de los objetos del self en la película “La Familia” (1987) de Ettore Scola, en el juego que practica el tío de Carlino cuando llama al chico por su nombre y al mismo tiempo mira por sobre él como si no lo viera, como si fuera

transparente. Carlino se desespera y se angustia cuando busca infructuosamente hacerse ver por el tío que entre tanto lo llama y lo ignora al mismo tiempo. Pensemos la infinidad de situaciones que se encuentran en el desarrollo y la crianza de niños que cuando llegan a la adultez padecen trastornos de la personalidad de tipo narcisista. Es frecuente que hayan tenido padres que los consideraban objetos difíciles de concebir como entes separados, pero al mismo tiempo se mostraron inaccesibles en aquellos momentos dolorosos, críticos o perturbadores, que era cuando sus hijos más los necesitaban. Por cierto que esa inaccesibilidad no es a veces más que dificultad o imposibilidad de la figura parental para sobreponerse a sus propias situaciones de dolor psíquico. Aquí es donde aparece lo que Winnicott (1979) solía llamar el trauma de la emotividad no compartida.

La cohesión, vitalidad, armonía del self pueden perderse gradual o súbitamente sea por razones psicológicas, orgánicas, tóxicas o por *alteraciones en la matriz de objetos del self* y esto último parece remitir a una experiencia vincular.

Aquellos vínculos, con raíces tempranas, se hacen presentes en la transferencia, dando entonces la posibilidad de analizar e interpretar tanto sus características como el tono que toman las reacciones a su inevitable disrupción.

El lector podrá preguntarse: ¿a qué nos referimos al hablar de necesidades narcisistas? A las que se movilizan cuando se desarrollan lo que Kohut (1978) describió como *transferencias narcisistas* o *tipo objeto del self*.

1) *Transferencia especular* (o reflejante) Se revive en el tratamiento la necesidad de hallar una fuente de aceptación, reconocimiento y confirmación de los propios valores.
2) *Transferencia idealizadora*. Se refiere a la necesidad de unirse a una imagen fuerte y poderosa para compartir entonces la calma y seguridad que emana de ella.
3) *Transferencia gemelar o de alter ego.* Se activa en la relación transferencial la búsqueda de ser igual, similar o compañero, par del otro. El afán de ser uno más, de ser y tener semejantes. (Véase la descripción más detallada de las necesidades narcisistas en el capítulo 6)

En cualquier relación más o menos intensa o prolongada, estas necesidades tienden a movilizarse y participan del vínculo. En tal sentido parece que pueden surgir variantes apreciables que se deslizan de la conceptualización a la postura del analista, e impregnan imperceptiblemente la situación analítica, si se abordan a estos fenómenos como defensas primitivas que dañan el vínculo, o si se los concibe como la inevitable expresión de genuinas y ocultas necesidades que emanan del self nuclear y verdadero del paciente.

Y una aclaración colateral pero pertinente: casi todos los fenómenos que hemos mencionado en torno al self y sus vicisitudes ya han sido antes, de una u otra manera, objeto de observación analítica y han sido tratados siempre con delicadeza y eficacia por los analistas que son competentes y empáticos desde diversos esquemas referenciales. La diferencia estriba, reiteramos, en que suelen ser considerados periféricos o secundarios ante otros conflictos sexuales o agresivos. Aquí, de la mano de una visión del narcisismo como línea evolutiva relativamente independiente, pueden en cambio aparecer como primarios o centrales.

Para terminar, aunque no nos dediquemos regularmente a terapia familiar, alcanzaremos a vislumbrar el peso de las configuraciones narcisistas no sólo en los análisis individuales, sino también cuando es necesario utilizar un encuadre de pareja o familia, especialmente en el tratamiento de adolescentes muy perturbados o con pacientes borderline. Allí apreciaremos con frecuencia el “uso vincular de otras personas para aliviar tensiones” sea a través de una unión fusional que complementa al self quebradizo o a través de conductas provocativas y búsqueda de enfrentamientos que permiten evacuar los perseguidores internos.

.

PARTE 2

ELSELF EN EL DESARROLLO Y EN LA CLÍNICA

Hasta aquí hemos incorporado los conceptos de self, objetos del self y transferencias narcisistas. Ahora, en la segunda parte de este ensayo, y remedando el camino que siguió Kohut en sus desarrollos teóricos, vamos a partir de un caso clínico, y de las dificultades que su abordaje presentó, para estudiar luego algunos aspectos del desarrollo de la personalidad y de la complejización de la vida mental en sus momentos críticos.

En téminos geográficos trataremos de ir de la clínica al desarrollo y de allí, con lo incorporado, de vuelta a la psicopatología.

CAPÍTULO 2
LA DESINTEGRACIÓN PARCIAL DEL SELF

2 a EJEMPLO DE UN PROBLEMA CLÍNICO CUYA COMPRENSIÓN SE ENRIQUECE UTILIZANDO LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DEL SELF

Así como el creador de la psicología del self partió de la clínica para pensar sus innovaciones y nuevos desarrollos, vamos a incluir a continuación una viñeta que ilustra algunos tramos de la perspectiva que estamos tratando de desarrollar, para más adelante sumergirnos en otros aspectos del desarrollo y de la psicopatología a la luz de la psicología del self.

Hace no mucho tiempo me despertó de madrugada una llamada en mi celular. Jimena, mi paciente, me dijo con voz agitada y temblorosa que sentía cosas raras, que se deformaban los objetos a su alrededor, tenía miedo y ganas de desaparecer de todo esto. Estaba en tratamiento desde hacía un par de años antes. A pesar de algunos antecedentes preocupantes que la precedían (dos internaciones previas por episodios psicóticos breves con intensos estados de despersonalización y un intento de suicidio), yo me había decidido a tratarla luego de una evaluación que duró varias semanas. En ese lapso supe de sus épocas de abuso de drogas y alcohol. Profesionales que la habían atendido antes habían diagnosticado psicosis, borderline y/o trastorno bipolar.

Sabemos que esta no es una situación infrecuente en nuestra clínica de hoy. Pacientes como Jimena, o sus versiones atenuadas, traen a nuestra consulta la patología sinuosa del aburrimiento, del vacío existencial, de la búsqueda de excitaciones químicas o sensuales en un intento agónico por recuperar el sentido de una vida que merezca ser vivida.

Así como el Antoine de Sartre que mencionamos al principio, Jimena sufría la descalcificación del esqueleto psicológico, la flaccidez del aparato psíquico que atormenta a tantos de nuestros pacientes de hoy, viviendo en un mundo líquido en el que no encuentran puntos de apoyo suficientemente sólidos y estables como los que hacen falta para aprender a enfrentar, sin derrumbarse, las vicisitudes de la vida.

El encuadre se ve afectado especialmente en los momentos de crisis, como aquella madrugada del llamado telefónico. Lo interesante del caso es que Jimena, que en otras ocasiones similares había terminado internada, se calmó bastante rápido y recuperó su modesta cordura apenas percibió dos cosas: una, que yo atendía su llamado sin eludirla y, segundo, que la escuchaba y conversaba con ella manteniendo mi serenidad, sin dejar de preocuparme por lo que le estaba pasando.

Ahora bien, sabemos que no alcanza con mantener la calma; las alternativas turbulentas del vínculo analítico no deben reducirse a un puro estado evacuativo. Si

bien el paciente con estados de fragmentación del self encuentra un marco integrador cuando puede aprovechar la estabilidad que le presenta el analista, los pasos hacia adelante en su funcionamiento mental habrá de darlos cuando en el vínculo transferencial haya lugar para la interpretación, para una historización que va a tener un efecto reparador sobre los huecos de la estructura psíquica (Ortiz Frágola, 2014).

2b LA AMENAZA DEL HUMANOIDE

Es frecuente que muchos pacientes difíciles de nuestro tiempo atraviesen vivencias inefables que escapan a nuestra configuración típica de la naturaleza neurótica. Sea a través de estados afectivos desbordantes, o disimulados detrás del paso a la acción, lo que acecha es un colapso de la subjetividad. En esos sujetos y en esos momentos**,** los miedos centrales no pasan necesariamente por la injuria o la extinción física. Lo que resulta insoportable es el tedio, la angustia existencial. Lo que preocupa "más que la muerte es la no vida" (Winnicott, 1963).

En una sesión del segundo año de tratamiento, Jimena comentó su clase de teatro: "El personaje que hice el viernes tenía que estar agachado en cuclillas, dejar la familia. Hicimos dramaturgia, inventar una historia. Yo era un ***humanoide****, que se le deformaban los dedos, ojos bizcos, con una capa. Estuvo bien, hice un personaje oscuro. Al terminar me dijeron que les había dado miedo y tensión, eso me gustó. En la improvisación se había acabado la comida, me encontraban y me estaban planeando comer, yo los hipnotizo y me los como yo".*

En ésta y en sucesivas sesiones pudimos ver con Jimena cómo el humanoide se correspondía con lo que podríamos llamar un estado de fragmentación del sí mismo, del self, algo que ella podía vivir como un inquietante desequilibrio, un estar al borde del abismo mental o, de manera más tolerable, como una puesta en escena que asustaba y movilizaba a los demás. Entonces, la respuesta podía ser, como le sucedía en anteriores tratamientos, un conjunto de interpretaciones que la dejaban a veces confundida, a veces culpable; o el abismo se hacía carne en los equipos ("dispositivos") con los que se la trataba y el resultado final era una internación. Allí el encuadre se veía invadido y trastornado por el humanoide.

¿Qué podría haber pasado en este caso, como en el de tantos otros “pacientes difíciles”?

El “humanoide” asusta, genera inquietud y en su tono siniestro se detecta y se vislumbra la violencia, a la que, a veces en forma de revancha, a veces para atajarse, se responde con interpretaciones profundas o con psicofármacos incisivos, según el momento y/o la formación del profesional.

Desde hace tiempo, algunos investigadores del desarrollo temprano y psicoanalistas han detectado cómo el infante se nutre de las versiones de sus estados internos que le son provistas, reflejadas por sus cuidadores, de manera tal que cuando las cosas van bien, lo que se le brinda al niño es una versión de su propio estado mental, no el del cuidador. No resulta demasiado difícil relacionar este proceso con el aporte que provee un buen psicoterapeuta, combinando la agudeza de esa función reflexiva con la contención del estado emocional del paciente. Tomando algunas ideas de Winnicott y de Kohut, P. Fonagy (2000) ha sugerido que cuando un mirroring inadecuado fuerza al niño a internalizar representaciones de un estado parental más que una versión de su propia experiencia, lo que se genera es una experiencia o estado alienado del self. Lo interesante, que podemos encontrar en muchos “humanoides” que nos toca analizar, es que esto se correspondería con la experiencia subjetiva de albergar sentimientos o ideas extraños, como si no fueran propios. Joyce McDougall (1993) tenía como paciente a un niño psicótico cuya madre (o sea, la que tenía que cumplir la función reflexiva en el temprano desarrollo de su hijo) decía: “El problema es que yo nunca sé si es que estoy enojada, tengo hambre, estoy ansiosa o quiero tener relaciones sexuales, y es ahí cuando empiezo a tomar”.

Por supuesto que éstas que Fonagy llama fallas de la mentalización materna son ubicuas, todos las tenemos o las producimos en alguna medida, todos tenemos aspectos no integrados del self en algún leve grado. Podríamos decir que buena parte de la patología de nuestro tiempo viene mechada por fracasos en los procesos introyectivos que dificultan la consolidación del psiquismo y hacen casi imposible enfrentar el dolor psíquico o la excitación. Entonces, se hace necesaria la utilización

de los vínculos, las acciones o las sustancias como elementos reguladores que permiten dispersar los afectos y sustituir los objetos internos dañados o faltantes. En otras palabras, **compensar vicariamente las fallas estructurales**.

Jimena no es una paciente cualquiera; más aún, yo diría que no es conveniente tener más de tres o cuatro pacientes de este tipo a la vez si se quieren hacer las cosas bien, conservar intactas la capacidad de estar en contacto con ellos y de estar en contacto con nuestra propia vida personal. Pero al mismo tiempo, Jimena nos muestra constelaciones psicopatológicas propias de nuestro tiempo, como decía al principio. Vivimos en una sociedad que facilita la generación de humanoides y que promueve, por exceso de ciertos estímulos o por falta de contactos suficientes, la activación de nuestros propios aspectos humanoides. Por supuesto que el reconocerlos forma parte de la capacitación y el entrenamiento. La consideración de los aspectos narcisistas de la personalidad en los análisis didácticos y formativos facilita la capacidad de captar y no malinterpretar esos mismos elementos en nuestros pacientes.

Estos pacientes, estos aspectos en los pacientes, ¿se presentan hoy con frecuencia? Sí, si sabemos verlo, si no los eludimos o los dejamos en manos de otros sectores del sistema de salud.

¿Más que antes? Difícil pregunta. En la bibliografía psicoanalítica o psiquiátrica de otras épocas no era frecuente la descripción de este tipo de casos. Abundaban, en cambio, los trabajos sobre pacientes neuróticos o psicóticos. Sin embargo, casos y ansiedades semejantes a los de Jimena están presentes en la literatura y en el arte en general al menos desde un siglo antes.

Kohut (1978) hablaba de la “hipótesis de la anticipación artística” para referirse a esa capacidad de los grandes creadores de adelantarse a las problemáticas de los tiempos que van a llegar. Como lo hizo Freud en la ciencia, como lo hicieron Kafka o Picasso, Sartre o Egon Schiele.

Estos frecuentes pacientes de hoy no son psicóticos, aunque a veces parecen estar cerca de la fractura. Pero infunden temor y preocupación. Y por cierto no son genialidades de los analistas o los psiquiatras lo que los vuelve a la cordura. Lo eficazmente preciso suele ser mantenerse cerca de la experiencia subjetiva del

paciente, aunque a veces el imaginario conceptual del analista, el esquema referencial idealizado, impone el deseo que debería estar, el conflicto debido o la fantasía que tanto nos ayudaron a comprender nuestra querida y confortable patología neurótica.

No es novedoso que la contratransferencia puede ser una guía esencial en una paciente como Jimena: en una época me fui dando cuenta de que ella armaba y ponía en marcha ciertos planes de vida, trabajo o estudio, que realizaba con inteligencia y originalidad. Eso me generaba satisfacción y estimulaba mi ilusión de que estuviera encontrando un sentido a su vida. Al poco tiempo ella encontraba razones irrefutables para renunciar o echarse atrás, en hechos que sugerían mecanismos de identificación proyectiva de aspectos alienados del self, como vivencias paranoides en relación con el medio laboral o académico, o síntomas corporales difusos y estados de despersonalización. Era inevitable, las primeras veces yo resultaba íntimamente decepcionado. Luego pudimos pensar que en esas situaciones ella revivía y recreaba el clima crónico vivido en su contexto familiar, con múltiples migraciones asociadas a nuevos proyectos de vida y modificaciones del grupo familiar, que siempre terminaban en conflictos insolubles y una nueva decepción de su parte. Acá, en cambio, ella se quedaba tranquila y la decepción y confusión la sufría yo.

Pacientes frágiles, madres quebradizas, analistas con protagonismo. El analista puede estar esperando de su paciente la confirmación de sus propias teorías, narcisísticamente catectizadas, igual que una madre indaga en la mirada de su hijo, influyendo sobre él.

La detección de esta contratransferencia ayuda a no considerar en forma anticipada las presuntas confirmaciones asociativas de algunos pacientes endebles como si fueran elementos genuinos y certeros.

El sujeto vulnerable, en sus momentos críticos, intenta aferrarse como puede a los objetos, ideas o interpretaciones de la realidad que tenga a su alcance, con tal de conservar algo de su precaria estructura, y el terapeuta suele ser un punto de referencia, aun cuando esté equivocado en sus apreciaciones. De modo que intensidad del vínculo o tratamiento prolongado no implican necesariamente avance

del proceso analítico o validez de las teorías del analista.

Capítulo 3
EL SELF Y LA CREATIVIDAD

En el capítulo precedente nos hemos asomado, vía la clínica de los estados de desintegración del self, a las vivencias inquietantes propias de los momentos tempranos del desarrollo. Pero sabemos bien que las fluctuaciones propias de esas etapas conllevan no sólo la amenaza de sufrimientos o padeceres, sino también el potencial generativo de nuevas configuraciones que florecen en el ámbito del espacio transicional. De ahí que el paso siguiente sea una incursión por el campo de la creatividad en la adolescencia (Cap. 3), el momento de apertura global del sujeto hacia lo social.

Es el período, también, en el que la perspectiva del self va a enriquecer el estudio de las vicisitudes y la conmoción del narcisismo propias de esta parte de la vida, así como de la relación con la familia (Cap. 4) y la cultura en su conjunto (Cap. 5).

La perspectiva del self nos brinda una posibilidad de acercarnos de manera incisiva y con herramientas apropiadas, al estudio de la creatividad. Y la adolescencia es un periodo privilegiado para su despliegue:

3 a LOS ESCRITOS DEL ADOLESCENTE

Hace mucho tiempo un joven de 17 años escribía en una de sus cartas a un amigo de su misma edad: "… Tú le das muy poca importancia a mis 'preocupaciones del futuro'. Y tratas de consolarme diciéndome que cualquiera que teme nada más que a la mediocridad ya se encuentra a salvo. ¿A salvo de qué? Debo preguntar. ¿Seguramente ni a salvo ni seguro de que no es un mediocre? ¿Qué importa si uno le teme o no a algo? ¿No es acaso lo más importante si es tan real como tememos que sea? Es verdad, incluso los espíritus más fuertes pueden ser atrapados por la duda. ¿Quiere esto significar que cualquiera que cuestione sus méritos posee un espíritu fuerte? Puede que sea un débil de espíritu, y al mismo tiempo un hombre honesto –ya sea por crianza, hábito o autotormento. No te estoy pidiendo –si es que alguna vez dudas de ti mismo– que analices minuciosamente y sin piedad tus pensamientos; pero si lo haces, descubrirás lo poco que hay dentro de ti para estar seguro. La grandiosidad del mundo está, después de todo, en la diversidad de las posibles alternativas, lamentablemente esto no nos brinda una base firme para el autoconocimiento."

La redacción y el envío de la carta habían comenzado a poner en acto el rico mundo de fantasías del joven, tramitado previamente alrededor de una organización cognitiva, pensante, de su experiencia interna y sus cavilaciones.

La carta citada fue enviada el 16 de junio de 1873 por el joven Sigmund Freud (1873'74), que acababa de rendir su examen de ingreso a la universidad, a su amigo Emil Fluss.

Freud mantuvo durante varios años de su adolescencia una activa correspondencia tanto con Emil Fluss, el amigo de su ciudad natal, Freiberg, como con Eduard Silberstein, con quien había creado la "Academia Castellana". Tempranamente se vislumbran tanto su originalidad literaria y su riqueza poética como la necesidad de encontrar en el destinatario de la carta un interlocutor privado con quien establecer un vínculo particular. Tal como en otros momentos de su vida, ese interlocutor serviría de espejo y confidente a sus inquietudes y proyectos.

La intención de este capítulo no es efectuar una exégesis de la adolescencia de Freud que se agregue a ese terreno transitado por amigos y detractores del psicoanálisis. Solo hemos colocado esta cita como modelo y ejemplo de la temprana y anticipatoria condensación de la creatividad y la genialidad con la conflictiva angustiosa propia de la fase, desplegado todo en el escrito adolescente, en este caso la correspondencia. Si bien es cierto que en nuestra época de comunicaciones digitales, cibernética interactiva y multimedia la correspondencia escrita y la literaria en general no cumplen el mismo rol ni ocupan el mismo espacio que a principios de siglo, la expresión escrita de la creatividad sigue, sin embargo, cumpliendo funciones en el desarrollo emocional y apareciendo de diversas maneras en el campo analítico. En este capítulo nos referiremos a las formas más elaboradas de los escritos, aquellas que son la continuación contemporánea de las producciones escritas de otras épocas y que siguen conservando un conjunto de contenidos y funciones que intentaremos discriminar. Otro examen diferente merecerán las formas acotadas, breves, instantáneas y combinadas con imagen y sonido que forman hoy parte del acervo cultural de la era de internet a través de mensajes de texto, twitter, facebook, whatsapp, instagram, snapchat y sus sucedáneos.

3 b ESCRITOS Y CREATIVIDAD

El tema de los escritos del adolescente tiene una serie de puntos de contacto con otros temas que han interesado siempre a los psicoanalistas.

En primer lugar, la cuestión de la creatividad, y en particular la creatividad literaria, nos ilumina sobre algunos procesos psíquicos propios de la adolescencia. Los escritos de analizandos adolescentes especialmente creativos –véase más adelante el ejemplo de Javier– nos conectan con otro campo: el de las producciones de los grandes pensadores en su edad juvenil. Sirven como ejemplo los escritos adolescentes del mismo Freud, que ha sido objeto de estudios de Gedo (1970), Eissler (1974) y Wolf (1984), o las medievales reflexiones de San Agustín analizadas por

James Anthony (1970) a propósito de las depresiones en la adolescencia. Más allá tenemos también las obras literarias sobre la adolescencia y con protagonistas adolescentes. Hay muchísimas de enorme riqueza e interés para nosotros y cada una de ellas sería merecedora de un estudio. Citemos solo a modo de ejemplo la poco conocida novela *El adolescente*, de F. Dostoievsky; el *Retrato de un artista adolescente*, de James Joyce; *La infancia de un jefe*, de Sartre; o las *Confesiones*, de J.J. Rousseau. Desde ya que el recorrido no se agota en los clásicos y se prolonga en autores de nuestra época globalizada, como Haruki Murakami y su relato en primera persona de un adolescente en fuga en *Kafka en la orilla*. Entre los argentinos, un buen ejemplo son las novelas *El juguete rabioso*, de Roberto Arlt, o *Risas y aplausos*, de F. Sánchez Sorondo, que muestran aspectos del derrotero adolescente en diferentes épocas y contextos.

Relatos en varias dimensiones muestran la adolescencia desde los ojos del observador, desde la vivencia íntima del sujeto joven y desde el imaginario de la época, con sus variables y sus constantes a través de los tiempos.

En suma, la presencia del adolescente en la literatura nos ilustra en variedad y profundidad sobre la adolescencia normal y patológica y sobre el mundo objetal del adolescente.

Ahora bien, un producto frecuente en las terapias de adolescentes son los escritos que los pacientes llevan a sesión o comentan en el curso de un tratamiento psicoterapéutico. Ellos nos van a permitir reflexionar sobre el sentido que tiene el escribir y su relación con la terapia, así como sobre la función de la creatividad en la progresiva integración de la personalidad.

3 c PRIMERAS APROXIMACIONES AL SENTIDO DEL ESCRIBIR JUVENIL

"La literatura es una expedición a la verdad."

Franz Kafka

Un primer acercamiento a los escritos adolescentes habría de obligarnos a considerar, por una parte, el sentido del acto de escribir; por otra, el contenido de los escritos; y en tercer lugar, su utilidad y aplicación en la terapia.

Mi interés por este tema surge, por una parte, de la práctica clínica, es decir, como lector o escucha de escritos, y seguramente se relaciona también con la otra cara del tema, es decir, con la posición del que escribe y se pregunta por las razones al respecto. Green (1990) cuenta que una vez se vio sorprendido por la pregunta de un ex analizado: “¿Por qué escribe?”. Su respuesta inmediata fue: “Como testimonio”. Luego pensó: necesidad de ser admirado, exhibicionismo, rivalidad edípica. Fácilmente podemos seguir su razonamiento y aplicarlo a nuestros analizados jóvenes. Más adelante admite su compulsión a escribir y aun más allá de ese obstinado deseo aparece la “imperiosa necesidad de aprehender los elementos de una experiencia compleja, a menudo oscura y huidiza, para organizarla en una visión coherente que garantice que no se ha de sustraer por completo a nuestro entendimiento”.

Me permito asimilar estas ideas de Green al afirmar que la experiencia juvenil de poner en escrito permite cristalizar una vivencia mental tumultuosa y precariamente organizada y otorgar un esbozo de coherencia a estados inefables que son fuente de displacer. Si consideramos la adolescencia como una fase de la transformación del self que altera la organización a la que se había arribado en la latencia e involucra estados de desequilibrio narcisista y cierto grado de angustia de desintegración, el acto de escribir (o cualquier otra expresión de genuina creatividad) es uno de los caminos que dispone el joven para fortalecer el self y para atenuar el subyacente temor al derrumbe. Esto ocurre a través del desarrollo y consolidación de los aspectos del self relacionados con estos talentos y habilidades que facilitan la aprehensión de aquellas

experiencias inefables, mientras proveen sendero sublimatorio a la sexualidad y a la violencia

3 d ALGUNOS ANTECEDENTES Y SU APLICACIÓN ACTUAL

Las otras raíces del escrito

Desde muy temprano estuvo presente este tema en la investigación psicoanalítica.

En el capítulo III de *Estudios sobre la histeria* (1893-95), Breuer expresa que la emoción producida por la pulsión de venganza es tramitada por el escritor en actividad poética. Hasta entonces subsiste la excitación penosa; luego, en cambio, es descargada.

Poco después, Freud (1899) mostrará la semejanza entre la génesis de los recuerdos encubridores y la creación literaria. Impresiones y pensamientos de diversas épocas de la vida se enlazan a través de vínculos simbólicos e ilustran tanto los sucesos importantes de la vida como el flujo de los resortes pulsionales (en ese momento el hambre y el amor). Pero lo más interesante del caso es que podemos apreciar que en su carta a Fliess del 25-5-1899 (inédita, citada por Strachey) Freud le hablaba de la próxima publicación de este artículo, apenas disimuladamente autobiográfico, y decía que su redacción le había proporcionado “un inmenso goce”.

Otro punto de referencia ideal para ahondar en las funciones que cumple el escrito en la economía adolescente es “El creador literario y el fantaseo” (1907). Allí Freud asimila la creación literaria al juego, el humor y el fantaseo generador de sueños diurnos. Más adelante la vincula con la producción de síntomas y los sueños. En todas ellas rastrea el cumplimiento de un deseo y la rectificación de una realidad insatisfactoria en algún aspecto. A la ganancia de placer que aquella disimulada satisfacción pulsional produce se agregan otras que varían de acuerdo con la estructura predominante. Según Freud, van desde la

revelación de la invulnerabilidad de “su majestad el yo”, representado en la figura del héroe, hasta la posibilidad de escindir el yo en “yoes” parciales personificados luego en los distintos personajes en conflicto.

Como vemos en este trabajo publicado por primera vez en *Neue Revue* en 1908, ya Freud en forma lúcida y clarificadora anticipa tres grandes configuraciones que, en forma esquemática, podríamos señalar hoy al estudiar la creatividad y en particular las producciones escritas de los adolescentes tras un siglo de investigación psicoanalítica: **1) la satisfacción pulsional y en forma especial el empuje de la sexualidad; 2) el mundo de objetos internos, aspectos del yo desplegados en las relaciones objetales; y 3) La organización del narcisismo a partir de los esbozos primitivos de un self grandioso que han de evolucionar hacia la progresiva integración de la personalidad.**

Otro aspecto que encontramos provechoso descubrir en el escrito adolescente es su relación con el **oposicionismo y la transgresión**. Al estudiar las experiencias con los llamados objetos del self, Wolf (1988) ha señalado la importancia de las necesidades adolescentes de oposición como parte de la consolidación progresiva del sí mismo. También Winnicott (1971) alude a la necesidad juvenil de confrontación para un desarrollo sano. Ahora bien, creeemos que el escrito adolescente, como otros actos creativos, puede encerrar una vivencia de confianza en la propia capacidad de sobrepasar a precursores idealizados al enfrentarlos y transgredir sus códigos estéticos.

Pensando nuestro tema también en términos de teoría de la técnica, se hace necesario no pasar por alto el **sentido resistencial** que adquieren ciertos escritos que ponen distancia con el analista y protegen fóbicamente al paciente disimulando sus afectos en la sesión.

Otra alternativa que no habremos de soslayar la constituyen aquellos escritos que podríamos llamar **evacuativos**, formas de descarga relativamente inespecíficas, a veces reverberantes, algo así como rumiaciones escritas donde el contenido simbólico interpretable es poco relevante en relación con el estado

global del psiquismo precariamente organizado en ese momento y el tipo de funcionamiento mental prevalente.

Sin embargo, es necesario tener presente que de una mente parcialmente desintegrada también pueden emerger producciones novedosas con alto nivel de abstracción. La adolescencia, igual que la organización psíquica de ciertas personas especialmente creativas, se caracteriza por una fluidez de las configuraciones narcisistas básicas. Al estudiar **el proceso de la creación artística y científica**, Kohut (1976) decía que podemos hallar una alternancia entre: 1) períodos elaborativos de equilibrio narcisista que se expresan a través de autoestima estable, valores idealizados seguros y trabajo atento y perseverante; 2) períodos precreativos de intranquilidad, vacío, empobrecimiento de ideales y de autoestima y rasgos adictivos o perversos; y 3) períodos creativos propiamente dichos en que aquellas cargas narcisistas desprendidas de los ideales y del self se vuelcan al servicio de la actividad creativa, pensamiento original y trabajo intenso y apasionado.

Es fácil observar cómo esta secuencia esquemática de oscilaciones del psiquismo se parece mucho a la que hallamos habitualmente en adolescentes que encuentran en la escritura una forma de recobrar el control de su funcionamiento mental y de adueñarse del entorno inquietante que los rodea.

Creo que resulta ilustrativa al respecto la afirmación de Ray Bradbury (1991), el imaginativo maestro de la ciencia ficción (que fue además uno de los principales asesores creativos del complejo Disney World). Él decía que “el artista, el escritor, el poeta, pasa a ser dueño no solo de lo que ha creado sino de todo lo que representa”. Queremos decir con esto que también el acto creativo significa para el adolescente una manera de tomar contacto con el mundo y hacerse dueño tanto de una porción de la realidad como de una secuencia de su propia existencia pasada, presente o futura. Esto lo hemos observado con regularidad al cotejar los escritos de pacientes adolescentes, tanto con su propia realidad psíquica como con el entorno vital en el que están ubicados en el momento de la creación.

En su discurso de aceptación del Premio Nobel de Literatura ante la academia sueca, Vargas Llosa (2010) decía: “La literatura es una representación falaz de la vida que, sin embargo, nos ayuda a entenderla mejor, a orientarnos por el laberinto en el que nacimos, transcurrimos y morimos”. En este sentido, los escritos de los adolescentes suelen guardar estrecha correlación histórica con su propia vida, de allí que son tan frecuentes los diarios íntimos. Como su self sufre algún grado de fragmentación y esto se manifiesta en su eje temporal, el escrito apunta a **restablecer la continuidad evolutiva del sí mismo.**

De todas maneras, este conjunto de significados no agota el escaparate de los escritos. Ocurre que en ocasiones el mundo interno del adolescente explota en busca de una nueva organización. Silenciosa o turbulenta, la adolescencia es crisis y, en un sentido lato, es trauma y reconstitución.

Por eso se aplica al joven aquello que A. Ornstein (1994) señalaba a propósito del arte sobre el Holocausto y otras experiencias traumáticas: las metáforas y los símbolos alejan al lector de la realidad fáctica, pero lo acercan a la realidad psíquica. Son además un material de primer orden para comunicar experiencias subjetivas y transmitir estados inefables.

Los escritos, como otras formas de arte, son capaces de **aglutinar los aspectos subjetivos de experiencias traumáticas** y trasmiten tal comprensión de esas vivencias, que **alivian la sensación de aislamiento emocional** que distancia a las víctimas del medio que las rodea.

Tal consideración del **escrito como vehículo de un encuentro interpersonal** nos lleva al próximo punto.

3 e LOS ESCRITOS Y EL VÍNCULO ANALÍTICO

Cuando en la 23 Conferencia Freud (1917) se refiere al mecanismo de formación de síntoma y a la creación del artista, nos proporciona un elemento que nos servirá para agregar una nueva faceta al sentido del escrito en la sesión. Dice en ese trabajo que si la obra está bien lograda y ha anudado a ella la figuración

de su fantasía inconsciente doblegando al menos provisoriamente la represión, también aquellos que son espectadores (lectores en nuestro caso) extraen consuelo y alivio de las fuentes de placer de su propio inconsciente que se habían tornado inaccesibles.

El escrito del paciente entonces se desliza hacia la contratransferencia y hace pie firme en la situación analítica, añadiéndole riqueza y complejidad. Impacta en el terapeuta y estimula reacciones afectivas en él que, a su vez, por el examen de la contratransferencia, brindan más información.

J. Chasseguet-Smirgel (1991) asocia el encuadre de la obra de creación, es decir, el

espacio material en el que ésta se inscribe, con el encuadre analítico. Espacio-encuadre para la identificación proyectiva, el espacio ampliado que brinda el escrito incluye al analista, y el escrito adolescente traído a la sesión se inicia como confidencia, aunque incluye en su interior un mensaje hacia un mundo más amplio. Dicho mensaje apunta a buscar un **soporte para la identidad en el reflejo de la mirada del lector**, real o imaginario.

Pero retornemos al espacio configurado por el escrito adolescente e intentemos ver cómo se incluye en él el analista, objeto transferencial.

El espacio-encuadre de la creación está relacionado con el espacio transicional en el que Winnicott ubica la experiencia cultural, aquel que se genera una vez que se ha introyectado la confiabilidad del objeto.

Ahora bien, los pacientes adolescentes por lo general sólo llegan a mostrar sus escritos una vez que se ha instalado un vínculo profundo, una transferencia desplegada sobre un objeto actual confiable que, a su vez, puede llegar a actualizar aspectos confiables de las relaciones objetales tempranas.

Da la impresión de que, más allá de las circunstancias de cada proceso analítico en particular, que otorgarán al escrito un sentido individual, el acercamiento del material escrito para ser mostrado al analista guarda una relación latente de continuidad y contigüidad con el momento de la creación.

Dicha experiencia estética, bien estudiada por Bollas (1987), es una suerte de memoria existencial que está arraigada en la participación total del self en una honda comunión con el objeto y proporciona al individuo el sustento para una identificación emergente que consolida el sentimiento de sí. Ya en la sesión, el producto de la creación, a través de una cesura temporal, acerca aquellos momentos tempranos a la transferencia. En otras palabras, el escrito puede contener una forma de *déjà vu* o de *déjà vécu*, donde la palabra escrita oculta y revela el pasado.

3 f EN EL TERRENO DE LA CLÍNICA

El material escrito del adolescente llega a la sesión de muy diversas maneras, que van desde la forma totalmente espontánea hasta, en el otro extremo, por una invitación expresa del analista. Como ejemplo de esta actitud, Philippe Gutton dice utilizar este procedimiento con cierto beneficio terapéutico en adolescentes muy silenciosos que presentaban una psicopatología narcisista severa. Gutton y Bailly (1991) señalaban que los estados emotivos evocados en los escritos dieron paso a la expresión profusa de elementos transferenciales y aun a la eyección de material clivado de rara violencia. A aquellos autores no se les escapa que esta modificación del encuadre que aprovecha un procedimiento proyectivo “corre el riesgo de helarse en el retorno”. Esto se relaciona con lo que he mencionado antes sobre los aspectos resistenciales del escrito.

Más frecuentes en la escasa literatura sobre el tema, y posición en la que yo me hallo más cómodo, son los casos en los que el escrito es traído a la sesión sin mediar un pedido manifiesto del analista. El paciente por su propia iniciativa comenta o muestra en sesión alguno de sus escritos y este material es aprovechado por el analista, tal como podría hacerlo con otros elementos, desde un sueño hasta una pintura, un dibujo o una fotografía.

De todos modos, probablemente no tiene mayor sentido preocuparse por formular una técnica aplicable a todos los casos o a todos los analistas. Resulta obvia la necesidad de adecuarse a las características del campo analítico en

cada tratamiento en particular. En todo caso, tan sólo se trata de proveer las condiciones para la paulatina y espontánea “recolección de los elementos transferenciales” que, como decía Meltzer (1986), “vuelven a la casa” por sí mismos, atraídos por la atmósfera del consultorio, para luego ser reconocidos e investigados.

Si el adolescente es especialmente creativo, puede sacarse rico provecho de esta vía de acceso a su mundo interno. Vía de acceso para el analista que, a través del escrito, se acerca al inconsciente de su paciente, y recurso regio para éste porque permite la ampliación de su mundo interior a través de la creación de un espacio donde proyectar partes del yo y amortiguar su retorno amenazador.

Esto se puede apreciar en el siguiente escrito que trajo a una sesión Javier, un chico de 17 años que había sufrido estados de despersonalización que en una anterior consulta con un psiquiatra habían hecho pensar en un derrumbe psicótico. Instalado en un tratamiento analítico, se pudo observar con cierta nitidez la relación de dichos estados de desorganización del self con la activación del desborde pulsional que acompañaba a un noviazgo fervoroso, enhebrado con el temor homosexual en la transferencia. Asimismo, resaltaba por esa época, su segundo año de tratamiento, la falencia identificatoria asociada a la imagen de un padre al borde del fracaso profesional, que se veía decepcionado por lo que consideraba la mediocridad de elecciones de vida de su hijo.

El escrito, como ocurre con cierta frecuencia, si bien fue traído a sesión en el curso del segundo año de tratamiento, pertenece a una época anterior al comienzo del análisis. Podríamos considerarlo como una especie de asociación libre vinculada al material emergente de sesiones previas.

Recuerdos

“El hombre que vivía en guerra se bañaba en sus vahos infernales sin saber que sus recuerdos habían decidido tenderle una trampa. Se secó en estúpida ignorancia de lo que le aguardaba, y desnudo en la cama lo sorprendieron en

malón. Venían furiosos, agolpándose, levantando polvo en nubes siniestras; mientras prendían fuego al frágil hilo de sus argumentos.

Recordó edades más etéreas, días más límpidos, vividos más arriba en las boscosas laderas de la montaña. Recordó su trepar energético, hinchado de esperanzas. Los pájaros llenando el aire con la magia de sus cantos, gozosa arenga al heroico peregrino.

Luego lo acató una memoria especialmente intensa: la pared con aquella escalera subiendo hacia lo alto: ¿qué sentido tenía abrirse lento paso por el sendero ante semejante invitación a las alturas? Empezó el ascenso con renovados bríos y sin saber lo que pasaba se vio envuelto en la tormenta. Ya no había más escalera sino un acantilado resbaladizo azotado por el agua que se confundía con sus desesperadas lágrimas… Empezó la caída, cayó y cayó en una negrura interminable.

Más tarde… la selva con su atmósfera agobiante y seductora, su riqueza lujuriosa, sus colores irresistibles. La tormenta había pasado y un cielo intenso le daba la bienvenida a estas alturas menos etéreas, a estos parajes más espesos.

Ni escalera, ni sendero, sin embargo a lo lejos, muy lejos, se veía la cumbre imponente. Más amenazadora que nunca en su lejanía, le remordía hasta la última fibra de su corazón;

Había que volver, había que empezar a trepar otra vez.

Pero nada más lejos que la posibilidad de ascenso en una selva imprevisible recorrida por amables arroyos, cuyo murmullo invitaba a otro viaje muy distinto: a buscar la fuente en el seno de la roca. La gruta se abría ante sus ojos envuelta en verdes reflejos.

El hombre sintió que sus entrañas ardían, horrorizado empezó a gritar y su alarido lo ayudó a olvidar. Pero ahora los recuerdos volvían implacables destruyendo los ingeniosos fortines erigidos por la razón.

El 'hombre que vivía en guerra' estaba confundido, también estaba desnudo y tenía sed".

El malón impulsivo, la cumbre idealizada, la selva sensual y peligrosa, la gruta oscura y la fuente materna en el seno de la roca transmiten una comprensión inconsciente-preconsciente de las vivencias traumáticas que al mismo tiempo ayuda a aliviar la angustiosa sensación de aislamiento emocional.

La riqueza de estas imágenes puede ser un vibrante estímulo para la comprensión del analista y de los lectores analistas. Acá se produce un encuentro con lo "otro", en cuya real o imaginada presencia los recuerdos pueden articularse y tomar su lugar en la narrativa personal.

A partir de la sesión en la que Javier acercó su escrito pudimos comenzar a comprender mejor la relación entre ese viaje excitante y arriesgado y la trayectoria del proceso analítico, que lo llevaba, en una especie de *trekking* autobiográfico, por los vericuetos de su historia y su carácter. Allí reencontrábamos tanto los paisajes conocidos de la masturbación y el pánico por la disolución del self como la búsqueda de la quietud y la perfección ambicionadas.

Por supuesto que ante escritos como el de Javier el analista puede encontrarse con la misma dificultad que ante un sueño u otro material lleno de contenidos tentadores, y debe seleccionar los aspectos que considere apropiados para abordarlo. Uno de los inconvenientes que debe salvar en estos casos el analista de adolescentes es la impaciencia (posible reflejo contratransferencial del tono vital juvenil). En este sentido, creemos que aun cuando el analista no debe vacilar en interpretar el aspecto del escrito que le parezca pertinente, es necesario evitar "abalanzarse" interpretativamente sobre el material que constituyen los escritos, respetando así las otras funciones que he mencionado que ellos cumplen para el paciente. Mientras tanto, la visión analítica del escrito y de las configuraciones psicológicas que le subyacen pasan a ser almacenadas en la mente de analista y amplían su perspectiva actual. Más adelante, en ulteriores momentos del análisis, podrán ser aprovechados por analista y

paciente, permitirán incrementar la “profundidad de campo” (como las variaciones del diafragma en la fotografía) y facilitarán la inclusión en sucesivos contextos de algunas imagos básicas del analizado.

En el caso de Javier, semanas después de la sesión en que trajo su escrito, al analizar conflictos referidos a su dificultad en el contacto interpersonal y sus defensas esquizoides, veíamos que en su relato escrito no había otros seres humanos aparte del protagonista, y esto tenía que ver con aspectos de la actitud de su padre, que no pudiendo (igual que Javier) trabar relación fluida con el resto de la gente, se sentía por encima y lejos de los demás, inalcanzable como la madre de Javier. Naturalmente, aquí estábamos integrando otras secuencias del proceso analítico y en especial de su fluctuante relación conmigo.

Aunque sea a costa de perder una mayor claridad en el ejemplo, no abundaremos en más detalles. Nos interesa, en cambio, resaltar otra cuestión que consideramos más importante en este tema: la creatividad del paciente, y con ella la esencia de sus aspectos verdaderamente propios (personales), puede escurrirse inadvertidamente entre las filigranas ambiciosas de un analista penetrante, que se muestre urgido de poner orden en el caos a través de la precoz interpretación del contenido del escrito.

No debemos olvidar que la realización de ese escrito suele ser la formulación plástica de un aspecto muy privado de la vida interior del adolescente, y ha llegado a ser conocido por el analista sólo luego de vencer fuertes resistencias narcisistas, pasando por encima de las barreras del pudor o la vergüenza. La mayoría de las veces tales escritos constituyen una especie de prueba tímida que se presenta en el marco más o menos protegido que brinda la situación analítica. Si ese brote fresco es tratado con cierta desaprensión, rápidamente se reiterará la retracción narcisista original por vía del rechazo a la interpretación o del acatamiento adaptativo. En ese caso, se habrá desperdiciado una preciosa oportunidad de acceso al self nuclear del paciente.

Ante esta situación existen por lo menos dos elementos que influyen de modo determinante en la postura técnica. Ellos son: 1) el perfil de la identidad

profesional del analista, que podrá promover en grados muy diferentes la urgencia de interpretar; 2) las características de la personalidad del analista. Más allá de sus propias ventajas u obstáculos doctrinarios, más allá de su filiación teórica, importará su capacidad de tolerar el desorden y la ambigüedad sin presionar con la intrusión de nuevos significados, mientras mantiene un estricto rigor clínico. Con esto último nos referimos a que el analista conserve una perspectiva, una visión del telón de fondo donde están plasmados el presente transferencial y el mapa de las configuraciones básicas del analizado (estructura psicopatológica y relaciones objetales).

En este punto llevan alguna ventaja los analistas ya habituados a trabajar con adolescentes, porque suelen adquirir una especial ductilidad en su tarea. El analista de adolescentes que aprovecha los escritos de su paciente ha de ser un adulto capaz de relajarse, de jugar en confianza sin pecar de trivial o ingenuo, y también de aceptar y respetar la existencia de secuencias sin sentido.

Como señalé en el ejemplo de Javier, y tal como ocurre a veces con ciertos sueños cruciales en un proceso analítico, con el curso del tiempo muchas veces se vuelve sobre algún aspecto del escrito, se agrega una nueva comprensión que ayuda a significar nuevas alternativas de la situación analítica, o aun el escrito es resignificado por configuraciones posteriores.

A veces, algún aspecto del escrito se incorpora a esa suerte de código privado que suele aparecer en el transcurso de una relación analítica prolongada y que sirve para denotar algún prototípico objeto del paciente. Con Javier, por ejemplo, “el hombre que vivía en guerra” se reiteró en sucesivas ocasiones de ambivalencia que con frecuencia eran anticipo de estados de despersonalización.

Ante pacientes de este tipo, que más allá de su particular estructura mental sean inteligentes y creativos, los analistas tendemos a sentirnos atraídos por el tipo de material que nos presentan. Por tanto, con ellos será necesario detectar situaciones narcisistas de embelesamiento mutuo, que puede generar un *impasse*.

En el otro extremo hallamos jóvenes con menores recursos intelectuales que hacen duros esfuerzos por poner en juego su propia creatividad e intentan compensar también sus limitaciones por esa vía. Antonio, de 16 años, acercó a la sesión una carpeta con historietas que había escrito en los últimos meses.

"Guión y Dibujos Antonio R.

Producciones Antonio R. Presenta: Una alucinante historia de ciencia ficción que conmoverá al público argentino. Una historia apasionante con hondo dramatismo que el lector confundirá con la realidad. La Argentina y su potencia en todos los campos de conocimiento humano".

Luego seguía una historieta de 20 páginas donde mostraba cómo el mundo de la política internacional se había visto sorprendido por la aparición rutilante del líder de un grupo que vivía bajo tierra en la Patagonia y que había desarrollado una civilización superior. (El tratamiento de Antonio transcurrió a fines de la década del 80).

Aunque no era difícil detectar diversos clichés que había aplicado en esa suerte de *patchwork* gráfico-literario algo desacomodado con su edad cronológica, las producciones escritas de aquel adolescente sirvieron de mucho para acercarme a su austero mundo de fantasía. Allí, mediante la omnipotencia, buscaba compensar su minusvalía y salir del aislamiento social al que lo había sometido un déficit físico sufrido durante los primeros años de su infancia.

El analista ha de estar preparado también para sacar provecho de los rudimentos creativos de analizandos menos dotados. Si bien a veces, como señalaba Mijolla (1991), los escritos de adolescencia, por su manera ingenua y poco hábil de disfrazar, de idealizar, o incluso de racionalizar, testimonian una realidad modesta, son, sin embargo, un sostén precioso para el proyecto identificatorio adolescente. Desaprovecharlos sería quizás sumarnos a la vergüenza retroactiva que invade a los adultos cuando redescubren en alguna mudanza sus propios cuadernos juveniles.

3 g CONCLUSIONES

En los escritos de los adolescentes podemos hallar un rico material para nuestra tarea analítica. Ubicados en un plano de transición entre el juego y la asociación libre por un lado y las manifestaciones artísticas por el otro, sirven a una serie variada de funciones que van desde la problemática del deseo hasta la de la identidad.

Merced a los escritos podemos asistir a un proceso que hunde su raíz en las fantasías inconscientes, pasa por la cristalización en los procesos de pensamiento y llega a la acción de escribir e incluir luego el escrito en la sesión.

La fase adolescente, en tanto momento clave para la integración de la personalidad, confiere al psiquismo condiciones favorables para el despliegue de la creatividad. Cuando ésta no se halla interferida, su expresión escrita resulta de valor inapreciable para el joven, que necesita establecer la continuidad evolutiva de su self a través de un balance estable entre las configuraciones narcisistas y las objetales.

La realización de un escrito, de un modo similar a la marcha del proceso analítico, implica una construcción de la memoria, la activación de un eje temporal que requiere, como decía Aulagnier (1989), una confirmación recíproca de su legitimidad a través de otro autor. La transferencia coloca en ese rol al analista. Es necesario que éste no se apure a implantar su propia trama en ese espacio-encuadre dispuesto a recibirla y facilite, en cambio, las condiciones para que el adolescente disfrute de la generación de su propia historia, a través del despliegue de su creatividad.

Podríamos decir entonces, que merced a la creatividad el adolescente se adueña de su crisis. Pero, a su vez, se nutre en la familia y en la cultura, así como derrama en ese entorno su propia turbulencia.

CAPITULO 4

ADOLESCENCIA Y ACTITUD PARENTAL

4 a LA "REBELIÓN DE LOS ADULTOS"

Hace ya más de un siglo que el psicoanálisis comenzó a iluminar zonas oscuras y privadas de la persona. Hoy, la multiplicación de la información difunde secretos a todos los rincones, y las autopistas informáticas conectan tanto las oficinas de los adultos como los dormitorios de los adolescentes. Las redes sociales de la web promueven la conexión instantánea y van dejando poco lugar para la intimidad.

El desarrollo tecnológico ha mejorado muchos aspectos de la vida, nadie lo duda; pero, entre tanto, las diferencias entre las culturas se tornan difusas y una suerte de clonación psicológica facilitada por los medios de comunicación y las estrategias de marketing produce una generalización de las particularidades y los conflictos adolescentes propios de la época.

En casa, los jóvenes hacen sentir su presencia en la familia y, más allá, han alcanzado a tener una pregnancia tal en nuestra sociedad que se han llegado a invertir los roles y conflictos tradicionales.

En buena medida también ahora son los adultos quienes toman a los jóvenes como modelos de identificación. Se visten como ellos, con esfuerzo tratan de aprender a usar sus artefactos electrónicos, los imitan y hasta pueden recurrir a una discreta cirugía plástica para parecérseles. Por momentos, como esta dependencia de los nuevos valores les produce fastidio, también se "rebelan" contra ellos y los combaten, afirmando con decidida convicción que la juventud actual está perdida,

descontrolada y violenta. Podríamos decir que ahí se evidencia una insidiosa “rebelión de los adultos”, que es el título de este capítulo, que incluye algunas reflexiones sobre los padres, surgidas a partir del psicoanálisis de adolescentes y la observación de sus familias.

Violencia, inseguridad, maltrato y abusos preocupan, alarman y hasta generan nuevos rubros psicopatológicos que son tema para la prensa y para nuestros paneles científicos.

La sociedad se moviliza, y como emergentes de la crisis surgen los profetas del derrumbe que señalan las calamidades de la juventud o de la sociedad de hoy. Afortunadamente también hubo mentes lúcidas como la de Julián Marías (1988), que desde su tercera edad nos apuntó que si hay algo constante a través de los tiempos es la reiteración estereotipada de la quejumbre por la inmoralidad dominante en comparación con las épocas anteriores. Un espejismo reiterado que lleva a abultar los males presentes e idealizar el pasado.

Marías pensaba que “sería frívolo e irresponsable decir que nuestra época es particularmente inmoral, más que en otras en las que se dijo lo mismo. No es fácil saberlo, y ni siquiera es probable”.

Lo que sí, en cambio, parece evidente, en estos comienzos del siglo XXI, es un alto grado de desorientación y, por tanto, inseguridad, que afecta tanto a los jóvenes como a los adultos.

Cuando tratamos adolescentes y sus familias somos consultados frecuentemente por situaciones clínicas derivadas de crisis: en el adolescente, en los adultos, en la familia y en la sociedad. Esto nos obliga a tener ideas claras.

En primer lugar, vale la pena que recordemos que crisis deriva del griego *krisis / krinein*, que en el vocabulario jurídico designaba el momento de la sentencia. Para la medicina griega, que asimiló el término, la crisis es condición pero también causa de la resolución de la enfermedad, es decir que apunta a la curación y al progreso evolutivo. Veamos qué ocurre entonces con la crisis del adolescente y su familia.

Se puede advertir que siempre han existido visiones exageradas o deformadas de la realidad adolescente. Desde la psiquiatría se tendía hasta hace no muchos años a ubicar con excesiva ligereza a los jóvenes problemáticos dentro del grupo de las personalidades psicopáticas. Algo semejante ocurrió en los últimos veinte años en forma progresiva, con el abuso diagnóstico y terapéutico de la patología ADHD, que designa a, jóvenes inquietos y dispersos que hay que llamar a sosiego. A su vez, en las descripciones psicodinámicas de la adolescencia, partiendo de la actualización edípica, se suele subrayar: en primer lugar, el desborde de la sexualidad, su carácter cuasi perverso e impulsivo; en segundo lugar, ligada precisamente a la impulsividad, la tendencia del adolescente a la acción, el cortocircuito que yendo del impulso al acto elude el tránsito por los procesos de pensamiento, de simbolización.

Otra de las ideas que ha dominado la visión psicodinámica de la adolescencia es la de considerarla como una etapa de duelo. Más exactamente, de pérdidas y del consiguiente duelo: por el cuerpo y la identidad infantiles, por la bisexualidad, por la relación con los padres de la infancia.

Yo creo que si bien estos enfoques iluminan facetas importantes de la conflictiva adolescente, no alcanzan a explicar algunas cuestiones centrales del tránsito por esta etapa.

Otras perspectivas del psicoanálisis, con el estudio de los trastornos narcisistas, las estructuras de falso self y los trabajos sobre el desarrollo temprano, nos permiten entender mejor a los pacientes jóvenes en su espacio vincular.

El proceso adolescente puede ser comprendido como una fase de profunda movilización narcisista, un período de transformación del self que implica una nueva visión del mundo, la desidealización de los objetos de amor parental y la edificación de un nuevo conjunto de valores, metas e ideales.

Todo esto tiene que llevarse a cabo en un marco imprescindible de suministros narcisistas, provisión afectiva, confrontación, límites y autonomía paulatina. Esta idea de presencia parental, libertad y contención (que no es ocioso comparar con la

actitud del psicoterapeuta) está implícita también en el papel de la cultura que señaló Erikson (1970) al referirse a la moratoria psicosocial, el margen de maniobra que toda sociedad tiene que permitir a los jóvenes para experimentar la vida sin temor a las consecuencias y compromisos, con el fin de adquirir las características que necesitarán como adultos para hallar un sitio adecuado en la sociedad.

De modo que en verdad, salvo en situaciones excepcionales, hablar de las crisis adolescentes implica necesariamente considerar a los adultos que constituyen su familia, su medioambiente, su continente, su nicho ecológico. Y ellos también, como el joven, están sujetos a cambios dinámicos importantes, van a vivir su propia turbulencia y a padecer su propia vulnerabilidad. Ellos también oscilan entre el sometimiento a viejas rutinas y el camino de opciones renovadas que aún no han elegido. Ellos también suelen embarcarse en una oscura lucha por una nueva autonomía. Pero los senderos alternativos no suelen estar fácilmente accesibles y abiertos para los adultos. Entonces, la rebelión manifiesta y sintomática, o subyacente y detectable en los fantasmas inconscientes, aparece ante los ojos del analista atento.

4 b LA CRISIS DE LOS ADULTOS / ADOLESCENTES

Veamos ahora los estados de crisis que constituyen la contracara adulta de los avatares de la transformación adolescente cuyas perturbaciones reseñaron Marcelli y Braconnier (1986).

Esquemáticamente, podemos observar sus manifestaciones en cuatro áreas:

1) la identidad, 2) el cuerpo y la sexualidad, 3) los procesos de mentalización y 4) el paso al acto (esta clasificación por supuesto es arbitraria y sólo con fines expositivos porque las categorías se superponen).

1) La *identidad* como eje nuclear del self muestra sus vacilaciones cuando la adopción de un rol parental muy diferente de aquel de padre o madre de infantes fuerza al adulto a ubicarse como guía, límite y camarada de un hijo con nuevos derechos y libertades. El adulto que tiene que resignar parte de su autoridad,

especialmente si no le quedan otros hijos más chicos, suele atravesar períodos de confusión, incertidumbre y, muy especialmente, la clásica vivencia de vacío que acompaña a la enajenación de esos hijos que ya no lo necesitan como antes y producen un hueco en su mundo objetal.

Los padres relegan buena parte de su papel de provisión narcisista para sus hijos y pasan a cumplir un rol secundario. Ya no son idealizados como antes y padecen su propia necesidad de idealización.

Esto se liga a otra ecuación producida por la implacable renovación de lo que Bollas ha llamado los objetos generacionales, aquellas personas (deportistas, políticos, músicos), cosas, modas o sucesos admirados por cada conjunto generacional y que con el correr del tiempo pasan a ser como la marca registrada propia de esa generación. Por ejemplo: para algunos de mi generación pueden haber sido Los Beatles, la llegada a la Luna, el Mayo del 68, la vuelta de Perón, *Un hombre y una mujer*, la naranja Crush, el Wincofon, Mafalda, *Cien años de Soledad* o Ringo Bonavena versus Cassius Clay.

Dichos objetos generacionales, que pertenecían y a veces enaltecían por medio de la identificación a la generación de los padres, han perdido progresivamente protagonismo. Reemplazados por nuevos valores de culto, hoy han dejado de existir o son reflejos ~~algo~~ pálidos y arrugados de una gloria en decadencia.

Bollas (1992) ha delineado el nostálgico proceso de duelo que se presenta cuando entre los cuarenta y sesenta años nos vemos forzados a admitir que nuestros objetos generacionales (tan preciados para la formación y el sentido de nuestra identidad generacional) son temporales.

Con cierta consternación, pasamos a ver cómo la propia generación “se convierte en un hecho histórico, en un movimiento que va de la subjetividad participativa profunda a lo objetivado”.

Para colmo, la procreatividad generacional es canibalística; entonces, la nueva generación utiliza los objetos de las anteriores a modo de collage para consumo y los somete a su propia digestión en forma de t-shirt o de estilos *vintage*.

Los procesos mencionados no pueden dejar de afectar la identidad de los miembros de lo que podríamos llamar la “generación usurpada”. En función del grado al que hayan arribado en su propia consolidación psíquica, los adultos reaccionarán en diversas proporciones con generosidad o con hostilidad y confusión. A veces correrán frenéticos tras nuevos objetos u objetivos, y ligeramente serán pintados como bipolares o ADHD de adultos. El abanico de posibilidades es muy amplio e incluye, cuando las cosas no van bien, todas las manifestaciones de patología del self. Sus expresiones más insidiosas llegan a ser la sensación de futilidad, la depresión vacía, el sinsentido de la vida, la agonía existencial. La perturbación de los padres con estos síntomas aparece también por vía proyectiva en las preocupaciones que expresan por la aparición transitoria de dichos estados en los hijos adolescentes.

A su vez, las áreas que señalamos a continuación resultan afectadas como expresión secundaria a la perturbación en el estado del self.

2) Las conductas y los síntomas centrados en *el cuerpo y las funciones vitales*, el sueño, la sexualidad, las conductas alimentarias.

En una secuencia paradojal, los adolescentes duermen cada vez más y los padres cada vez menos, con la irritación y el consumo de hipnóticos consiguientes. Los padres se suelen indignar también por la alteración del ritmo circadiano de los jóvenes, que viven durante la noche y duermen o deambulan como zombies durante el día. Pero tras esta desavenencia creo que subyace el dolor que produce el contraste entre las dos vivencias contrapuestas acerca del paso del tiempo: casi eterno para el adolescente, finito y cada vez más acotado para los padres, que sienten que se les escurre implacablemente sin poder evitarlo. El tiempo contratransferencial también suele delatar esta divergencia a través de la impaciencia del analista ante lo que percibe como pasividad del paciente adolescente y premura de sus padres por resolver la crisis.

Mencionábamos recién el consumo de hipnóticos, que se hace frecuente a partir de mediados de la cuarta década de la vida. Los hipnóticos, junto con el alcohol y los fármacos ansiolíticos, constituyen la faceta socialmente aceptada y el modelo

identificatorio de automedicación que los jóvenes toman de sus padres al utilizar sustancias psicoactivas.

Aquí se produce una confluencia de ambas crisis, adulta y adolescente, que resultan abortivas cuando intentan suprimirse a través de la solución química.

Cuando la angustia patogénica se concentra en algún aspecto del esquema corporal surgen los temores hipocondríacos (otra señal de un self vulnerable que se ha fragmentado parcialmente) o el quirúrgico recurso de una plástica, que brinda la ilusión de acortar la brecha estética con la nueva generación.

En el campo específico de la sexualidad es de antiguo conocida la reactivación edípica adolescente y la reactivación edípica de los padres del adolescente. Desde la biología sumamos otra secuencia incómoda para los adultos: próstata y menopausia insinúan su lenta aparición al mismo tiempo que la exuberante e impetuosa sexualidad del adolescente.

Es cierto que ambas sexualidades, la adulta y la adolescente, pueden paralelamente pasar a una nueva y gratificante fase. Pero también las disfunciones sexuales, el hastío o la infidelidad conyugal pueden ser señal adulta del retorno del conflicto reprimido.

En cuanto a los problemas de la serie alimentaria, son múltiples y multideterminados. A modo de ejemplo, señalemos sólo dos constelaciones típicas dentro del amplio universo de su psicopatología: 1) la clásica dupla de hija adolescente anoréxica o bulimaréxica y su madre algo excedida en peso, eternamente a dieta; la madre frecuenta al homeópata y la hija es llevada al psicoanalista; 2) el valor simbólico que la comida familiar tiene como sustituto de la escena primitiva; a través de fantasías con grados significativos de indiscriminación, padre y madre aparecen como protagonistas activos de un conflicto que se dramatiza a la hora de comer.

3) Una tercera área de expresión de la crisis pasa por los *procesos de mentalización*, que abarcan los conflictos y síntomas típicamente neuróticos.

El mecanismo de formación del síntoma neurótico pone en marcha fobias, histerias y obsesiones, que pueden tener su comienzo en la cuarta década de la vida. No tardan en aparecer, en el abordaje analítico, facetas vinculadas a la crisis vital desequilibrante.

Más interesante, sin embargo, a propósito del tema que nos ocupa, resulta la consideración de las depresiones de la mitad de la vida, contemporáneas de la crisis adolescente de los hijos.

La lucha tenaz en pos de logros económicos o académicos puede ser un camino que apunta a compensar la fragilidad del self de un sujeto. A veces ocurre que al ir alcanzando sucesivos objetivos, hacia la mitad de la vida, el self va deteniendo el motor que lo había mantenido con “temperatura”. Pero como la satisfacción que se anticipaba no se encuentra junto con el objetivo (es decir: se logra el objetivo pero no una gran satisfacción), aparecen entonces los estados depresivos fríos, esa falta de sentido de la vida que mencionamos al referirnos a los problemas con la identidad. Por supuesto, también puede ocurrir que las metas idealizadas no se alcancen. Kohut (1977) llamó la atención sobre las semejanzas entre la difusión de la identidad en el adolescente y las “depresiones vacías” en la edad media de la vida, que frecuentemente implican no tanto dudas sobre la identidad sino más bien una insatisfacción con el lugar que se ocupa en el mundo. Al reconocer que no podrá alcanzar logros que podrían compensar un self debilitado, el sujeto experimenta el vacío o incluso la potencial fragmentación que estaba oculta tras la lucha empecinada en pos de aquellos objetivos compensatorios.

4) Los problemas de *la acción y el paso al acto*. Son una forma común de expresión de las crisis en adolescentes y, por lo tanto, motivo de consulta en jóvenes, en quienes la fuerza, la actividad motriz y la autonomía han crecido bruscamente. No escapa a esta área de expresión la rebelión de los adultos. Una de sus formas más definidas en el contexto que nos ocupa hoy es la violencia familiar.

El analista de los adolescentes puede aparecer aquí involucrado, paso al acto mediante, en una situación interpersonal donde su rol se imbrica con el de terapeuta de familia.

Igual que en otras cuestiones en las que la insistencia en un tema produce una trivialización y una identificación superficial con un solo polo de la cuestión, el alerta sobre el maltrato por momentos dificulta una aproximación objetiva a la clínica de la violencia con y por adolescentes.

Las expresiones físicas del enojo por parte de padres exasperados hacia sus hijos adolescentes incrementa la intensidad de las peleas de los jóvenes con sus parientes y con sus pares. El mensaje subyacente que florece es que está bien pegar si uno está enojado.

Enfrascados en su propia crisis, muchos padres que castigan físicamente a sus hijos dan por sentado que ellos se desarrollaron bien gracias a las palizas que recibieron, sin darse cuenta de que, en todo caso, habrá sido “a pesar” de esas palizas. Incluso pueden sentirse desleales a sus propios padres, si no castigan a sus hijos, por ser demasiado blandos.

Si logra evitar una postura hipercrítica, el terapeuta podrá advertir que los padres que se aferran a patrones destructivos son habitualmente aquellos más conflictuados e inseguros respecto de su función parental.

Más aún, sin llegar a situaciones extremas, inclusive padres bien motivados y relativamente armónicos pueden tener dificultades para enfrentar sentimientos normales negativos hacia sus hijos. Rabia, impaciencia, envidia, decepción, por las características del hijo, pueden afectar su capacidad parental si estos sentimientos no son adecuadamente aceptados como normales y neutralizados con afectos positivos. Si esto no ocurre, el resultado puede ser una rigidez o severidad constrictivos. En otros casos, la negación o represión de sentimientos hostiles puede llevar a actitudes de excesiva indulgencia, sobreprotección o incapacidad para poner límites o decir no. El mecanismo resulta casi siempre contraproducente: genera resentimiento del joven hacia sus padres y, más tarde, hacia la sociedad.

Hoy sabemos que la tendencia a la acción puede considerarse desde diversas perspectivas: técnica de supervivencia, imposibilidad de la conducta simbólica mentalizada, estrategia interactiva, búsqueda desesperada de soporte, eclosión de

un self fragmentado. Lo cierto es que los padres del adolescente no escapan a este recurso aunque sea de una manera solapada. Por ejemplo: las típicas fugas juveniles son quizás menos frecuentes que los abandonos del cónyuge y el hogar familiar por alguno de los padres.

Sin ser, por supuesto, lineal (causa-efecto), la vinculación entre las desavenencias conyugales y las crisis adolescentes es obviamente estrecha. Sucede que a partir de la relación entre sus padres los hijos aprenden; desde temprano presencian y observan cómo los padres se comunican, cómo disienten, cómo negocian y cómo son. Según lo que se respire en el lenguaje emocional de la familia, los hijos abundarán en tolerancia o impaciencia, perdón o venganza, resentimiento o esperanza.

Sin prisa y sin pausa, este modelo se va incorporando y pasa a formar parte de la estructura psíquica, no sólo a través de los que los padres hacemos, sino por cómo somos.

También es natural que los conflictos graves entre los padres afecten a los hijos. Pero es apropiado observar otra cuestión que puede tener casi tanto peso como la anterior. Nos referimos a la capacidad de los padres para establecer una alianza parental.

La *alianza parental* es un vínculo de cooperación entre padre y madre que se esfuerzan en el objetivo común de la crianza de sus hijos más allá de las discrepancias que eventualmente puedan existir entre ellos.

Provee un sustento para la autoestima de ambos y les permite encarar las vicisitudes de la parentalidad y las ansiedades que el desarrollo de sus hijos usualmente reactiva.

Es importante tener en cuenta que la alianza parental puede mantenerse incluso en matrimonios que se separan y, en tal caso, aporta a los hijos una atmósfera beneficiosa que puede compensar, al menos parcialmente, otras carencias inevitables.

La rebelión de los adultos, como casi todas las rebeliones, contiene elementos destructivos, pero no carece de un potencial creativo. Si ese potencial se extiende desde el vínculo parental hasta el terreno de la relación analítica, mediante su reconocimiento podremos compartir con el adolescente y sus padres una excelente oportunidad de resolver antiguos conflictos y alcanzar un nuevo y más alto nivel de integración personal.

CAPÍTULO 5

EL SELF JUVENIL Y EL CLIMA DE LA CULTURA

5 a ADOLESCENCIA EN CONTEXTO

Una visión de la adolescencia y sus vicisitudes desde la psicología del self no puede de ningún modo prescindir del aire psicológico que respira el joven, del entorno con el que se identifica y al que identifica

Paradojas de la vida. En algunos momentos inciertos de la adolescencia, hay jóvenes que no ven la hora de llegar a la adultez. De acceder a los privilegios propios de los mayores. Quieren dejar de ser relegados, quieren competir en primera división. Necesitan el pase, el registro para conducir-se en la vida. Necesitan poder elegir su propio camino, más allá de las preferencias de quienes tienen todavía el poder de decidir sobre su existencia. Sueñan con el momento del egreso, de la graduación, el momento de saltar las últimas vallas que los separan de la libertad de ejercer el dominio para el que se sienten preparados.

La impaciencia es inevitable, el tiempo se siente lento, más aún cuando los veteranos se aferran a sus poderes, grandes o pequeños, y no ceden fácilmente su lugar en el escenario.

Por supuesto, los adultos más sanos y satisfechos son capaces de acompañar con generosidad, de compartir, alentar y generar discípulos sin cerrarles las puertas. Esos adultos sacan boleto para la estación siguiente y dejan lugar libre en el andén. Pero no siempre es así. Porque algunos adultos pretenden boleto de ida y vuelta.

La dificultad estriba en que en las generaciones anteriores, la abundancia de historia ya pesa demasiado, ya se siente en el cuerpo, ya se observa a simple vista. Entonces, esos adultos reticentes vuelven la mirada hacia los jóvenes que vienen de atrás, empujando en el ranking desde abajo. Y si no logran encontrar el sentido a su propio momento, esos adultos, que Lipovetsky (2007) ha llamado “adultescentes”, intentan por una doble vía enfrentar la amenaza del tiempo.

Algunos, con más ilusión que criterio, tratan de parecer nuevamente jóvenes, a través de un disfraz, vistiéndose a su estilo o recurriendo a alguna discreta cirugía plástica para borrar las huellas. Se aferran a sus posiciones y finalmente resultan ser una caricatura de lo que fueron. Otros, en vez de colgarse del hoy, se inclinan al ayer, y buscan el consumo regresivo, navegando en la nostalgia de los objetos, las ideas, los lugares y las experiencias de otras épocas. Intentan una especie de congelamiento del tiempo. Naturalmente, esta situación aburre o exaspera a los jóvenes, que sienten los obstáculos y demoras.

Décadas atrás se consideraba que la adolescencia era la adaptación del sujeto a los cambios biológicos que sobrevienen en la pubertad, especialmente la maduración de la sexualidad. Hoy sabemos que la adolescencia es eso y mucho más. Es un complicado proceso que tiene su faceta biológica, desde lo endocrino y las pulsiones hasta la maduración definitiva del sistema nervioso central. Pero implica también transformaciones de la personalidad y de la relación del individuo con el medio que lo rodea.

La juventud se vive en la interacción del empuje de las tendencias al desarrollo del sujeto, el variado universo de las variables socioeconómicas y las presiones y modelos que emergen de la cultura en sentido amplio y de los subgrupos inmediatos al sujeto. Entonces, tal como ha señalado Aaron Easman (1995), la juventud es un singular barómetro de la cultura, es un indicador implacable de los logros y fracasos de la sociedad. Es también modelada por la naturaleza de la adultez de esa cultura, sobre la que ejerce a su vez una influencia recíproca. El perfil juvenil es influido por el nicho ecológico en que le toca desenvolverse a cada joven, por el contexto económico que comparte y por las actitudes que cada sociedad impone a la expresión instintiva y a las posibilidades de autorrealización. En otras palabras, las posibilidades del despliegue del sí mismo (el “self”), lo que incluye un vector temporal hacia adelante, hacia el futuro.

Mientras los jóvenes de hoy atraviesan esta etapa que lleva a la consolidación definitiva de la identidad, su mundo cambia. En el centro y en los márgenes, se asiste a una explosión en la comunicación y en la informática. Pero el desarrollo

tecnológico, que se asocia a algunos beneficios de la industrialización y la comunicación, no puede lograrse sin pagar el precio de la transformación cultural; si hay progreso, hay cambio cultural, y son los jóvenes quienes señalan con nitidez ese cambio inexorable.

Es innegable que muchos adultos se asustan, otros a veces se preocupan, pero mantienen la confianza. Y esa preocupación se corresponde con muchas realidades de la juventud actual, aunque también con algunas fantasías sensacionalistas, apocalípticas o al menos inquietantes por su desmesura. Claro, como decíamos recién, el joven es barómetro y a la vez es un potente amplificador que informa sobre la sociedad, pero no con ingenuidad o benevolencia sino con registro crítico, a veces derrotista, a veces entusiasta y esperanzado.

Entre tanto , la sociedad de nuestro tiempo discurre acelerada, enfermando de apuro a los más pausados, impidiendo ver el paisaje cercano a los que se subieron al tren más acelerado, y empujando a la uniformidad a quienes se resisten a la superficialidad.

Además, esa sociedad en la que la gente parece expresar sin tapujos sus deseos de proximidad emocional, de comunicación intensa y frecuente, es una sociedad promotora de fuertes y sistemáticas decepciones, y resulta que ese ambiente, el cultural y el familiar, es nada menos que el oxígeno psicológico del individuo, que de buena o de mala manera, silenciosamente, lo nutre y lo sostiene…pero siempre le es indispensable. Como el oxígeno que respiramos, cuando es suficiente y bueno no se percibe. En cambio, se hace notar cuando falta o cuando está enrarecido.

Esto implica que el desarrollo humano saludable requiere de la existencia de un medioambiente que, como decía Donald Winnicott (1971), debe ser **facilitador del crecimiento**. Ese ambiente que en lo inmediato es la familia y en lo amplio es la sociedad en su conjunto, habrá de ser suficientemente capaz de contener y sostener al sujeto que crece. Al mismo tiempo, progresivamente va a fallar, no va a acertar en brindar una satisfacción total de las necesidades. Pero si las fallas son moderadas, no resultan traumáticas. En tanto sean fracasos no devastadores, también le servirán al sujeto para ir configurando su propia estructura mental, su

propia identidad y, con ella, la autonomía. De ese modo podrá progresivamente afrontar las situaciones de crisis de manera que le servirán para ir hacia adelante en vez de retroceder. Es decir, afrontar la crisis y salir fortalecidos.

¿Y en qué consiste la crisis?

La **crisis vital de la juventud** implica una profunda transformación de las estructuras del psiquismo y de la inserción social del sujeto.

Esta transformación personal genera diversas manifestaciones que esquemáticamente podemos agrupar en cuatro áreas: i) la identidad; ii) el cuerpo y las funciones vitales (sueño, alimentación, sexualidad); iii) los procesos mentales, que incluyen las capacidades intelectuales y el estado de humor; y iv) los problemas de la acción, lo que en psicología se llama el pasaje al acto.

Todas esas áreas se modifican, demandan esfuerzos del joven y de quienes lo rodean, y también son fuente de conflictos, desencuentros y turbulencias. Pero esto no es más que el desarrollo normal. Cuando las manifestaciones son intensas, se genera sufrimiento significativo para todos.

Ahora bien, así como la juventud es un barómetro de la cultura, es decir, expone los rumbos, las aristas, las grietas de la sociedad a la que pertenece, también el sentido inverso es válido: el ambiente en el que se desarrolla el sujeto influye de manera determinante en la forma que toma la transición y modela el estilo, la fachada y el interior de la cultura juvenil.

5 b DE LA MORATORIA PSICOSOCIAL AL CAMPO VIRTUAL

La tarea de búsqueda y desarrollo de la identidad está en el centro de la problemática juvenil. Erik Erickson (1970) describió lo que llamó la **“moratoria psicosocial”,** ese margen de maniobra que el entorno social debe brindar al joven para que pueda ensayar sin peligro los roles, los vínculos, la forma de participar en las relaciones con los demás. Es un período de prueba sin consecuencias, hay derecho a la devolución. Claro que no todos los jóvenes pueden darse ese lujo. Por

ejemplo, cuanto más limitados sean los recursos económicos, más temprano tendrá el joven que lanzarse al mercado laboral, aun desde la niñez. Ahí casi no hay moratoria posible. Cuanto más desorganizada esté la estructura familiar, menos respaldo tendrá el joven para ensayar, para buscar, para testear modelos variados de identificación sin sufrir mayores consecuencias. En esos casos, el joven se ve precipitado hacia el mundo adulto y en ese apuro hay más riesgo de equivocarse, hay menos margen de maniobra.

5 c EL MUNDO www

La moratoria psicosocial es como un terreno para las pruebas, los ensayos. Y el mundo que vivimos hoy ha generado también un terreno especial para esos ensayos. Nos referimos al campo de lo virtual. La construcción de nuevos roles se ve favorecida por la posibilidad de ingresar a un mundo ficticio, intangible, donde se ensayan acciones que todavía se teme instalar en la realidad concreta. Por supuesto que esta alternativa tiene también sus riesgos, como cuando la facilidad y la carencia de compromiso se tornan adictivas. Allí, el mundo de prueba se torna un obstáculo para el acceso al mundo real. Se pueden tener muchos contactos, muchos amigos en la web, pero no verdaderos vínculos. La máscara no deja ver la verdadera identidad; pero debajo de la máscara no hay nada, o hay algo que infunde temor, como en el cuento de Edgar Allan Poe.

En nuestra “modernidad líquida”, agudamente descripta por Zygmunt Bauman (2003), el hombre está abarrotado de conexiones virtuales, de contactos, pero con escasez de vínculos profundos, persistentes. Hay una enorme transparencia que deja ver aspectos de la intimidad, pero hay poca consistencia, al menos para muchos que sienten desamparo, soledad y vacío, aun cuando tengan acceso a bienes materiales y a experiencias intensas, aun cuando se esté siempre localizable y siempre interconectado. Ni qué hablar si a eso se suma la desagradable imposibilidad de conseguir aquellas cosas que se publicitan como indispensables para vivir bien, para ser alguien. En una ironía de la época, se consume mucho más, pero también aumentan los sentimientos de exclusión.

5 d JUVENTUD Y ADOLESCENCIA

La juventud se tiñe con colores adolescentes en sus primeros años, pero sus características van más allá de esa fase evolutiva, en tanto se continúa hasta el principio de la adultez. De allí que para muchos hablar de jóvenes implica referirse a aquellos que, compartiendo actividades, profesiones, lugares en el escenario social, son los de menor edad, los recién llegados: “deportistas jóvenes”, “políticos jóvenes”, “profesionales jóvenes”, etc. Allí el calificativo de joven se torna relativo: jóvenes son simplemente los de menor edad que el observador y se les adjudican las características buenas o malas de la juventud, aunque haga ya largo rato que se dejó esa etapa atrás. Digamos que hay un concepto universal de juventud, pero se puede ser joven, maduro o viejo a diferentes edades según la tarea que se enfrente. A los cuarenta años, por ejemplo, se puede ser un catedrático joven o un futbolista viejo.

5 e LA JUVENTUD Y EL CUERPO

El cuerpo es el territorio donde se instalan los cimientos de la personalidad. Un terreno inestable aún, sujeto a cambios y crecimiento, en un marco de vaivenes emocionales, terremotos y tifones. Una fuente de bienestar, placer y sufrimiento. Es un período de mucha necesidad de autoobservación, de vigilancia y preocupación por el funcionamiento del organismo, por el aspecto y por los posibles defectos que dañan la autoestima.

Desde lo psicológico es fácil relacionar estas cavilaciones que a veces llegan a tornarse preocupaciones hipocondríacas con el desarrollo de la sexualidad. Si llega a haber dificultades en la consolidación de la personalidad, es usual que se pongan de manifiesto en el campo de la vida sexual.

La sociedad de hoy otorga más permisos, pero no logra eliminar los problemas del sexo y el amar. A lo sumo cambian las secuencias: tal como señalaba McDougall (1978, 1993), antes se amaba y luego se tenía sexo; hoy, primero se tiene sexo y luego se ama o, si se tiene suerte, las dos cosas al mismo tiempo.

El cuerpo y la sexualidad preocupan y también entusiasman a los jóvenes. Algunos pueden disfrutarlos, para otros son motivo de pesar, o de tormento. A su vez, los adultos que los rodean viven estos eventos según les haya ido en su propia historia.

Aquellos que más dificultades hayan tenido en su propia juventud son los que más se inquietan y tienden a sancionar, reprimir o estimular sin aceptar el tiempo que a cada uno le toca, o sin la templanza para esperar a que las cosas se den o se regulen en forma espontánea.

En cambio, los adultos que vivan o hayan vivido su sexualidad de manera gratificante y con pocos sobresaltos son más benignos a la hora de juzgar y más pacientes a la hora de aceptar.

En el tiempo de hoy, los jóvenes y los mayores encuentran un acceso más fácil al goce de los sentidos, pero sin embargo no ha perdido terreno la profunda necesidad del afecto mutuo, el energizante empuje que otorga el ser valorado y reconocido en la propia subjetividad.

CUERPO, IMAGEN Y ESCENARIO

Dijimos que el cuerpo, a través de la sexualidad y de la búsqueda de la identidad, cobra protagonismo especial en la juventud. Es un tesoro valioso y venerado, cuidado o maltratado. Es fuente y objeto del deseo. Contribuye a la construcción o al derrumbe de la identidad.

Lipovetsky (2007) ha señalado cómo muchos comportamientos ponen de manifiesto que en la actualidad el cuerpo tiende a considerarse un elemento que se puede corregir, transformar o deformar a voluntad, como un objeto totalmente a disposición del sujeto. La cirugía estética, las dietas restrictivas y las gimnasias intentan modelar a pedido la corporalidad. Y un poco más, el consumo de fármacos o sustancias de todo tipo sirve para “gestionar” los problemas existenciales y los dolores de la vida, en un intento vano de suprimir por completo el sufrimiento.

Los jóvenes no son ajenos a estas tendencias contemporáneas, y en tanto su cuerpo se encuentra en el centro de la escena, son proclives a incorporar intensamente estos recursos.

"MI CUERPO ME PERTENECE"

En la juventud, el cuerpo como superficie también resulta escenario de vivencias propias del desarrollo, de tendencias impuestas desde lo social y, a veces, de sutiles tramas patológicas.

La realización de las llamadas "modificaciones corporales" se remonta a momentos muy antiguos en la historia de la humanidad. Pero desde los años setenta en forma paulatina, y en la última década en forma acelerada, los tatuajes y piercings han sido redescubiertos por la cultura occidental y han pasado a ocupar un lugar destacado en las tendencias de la moda postmoderna. Aparecen en todos los sectores de la sociedad, desde lo sofisticado hasta lo marginal o carcelario.

En muchos jóvenes, esta incursión en el *body art* se asocia a una suerte de toma de posesión de su propio cuerpo, una reafirmación de su lucha por la independencia frente a las expectativas parentales, una tenue consolidación de la identidad emparentada con los rituales de iniciación. Es siempre más frecuente en aquellos jóvenes con fuerte tendencia a la búsqueda de sensaciones y novedades. En algunos casos también guarda asociación con experiencias mucho más patológicas como el cortajeo, las adicciones y algunas perturbaciones de la personalidad.

Pero no puede negarse que la difusión masiva de este particular cultivo del cuerpo y sus superficies instala su práctica en el terreno de lo normativo, lo propio del desarrollo. De ahí que hoy en día están sujetas a controversia las investigaciones sobre estas conductas y su ubicación en los campos de lo médico y lo social.

Aunque no han pasado tantos años, desde el inquietante "hombre ilustrado" de la novela de Ray Bradbury hasta Lisbeth Salander, la querible heroína marginal de *Millenium*, de Stieg Larson, se ha recorrido un largo camino que culmina en la inocente mariposa tatuada en el cuello o el tobillo de una joven estudiante.

La juventud merece un lugar central en nuestra civilización. Para que pueda ocuparlo, es necesario valorar su potencial renovador y su empuje ilimitado, tolerar el caos en dosis reguladas, afrontar con límites claros cuando se haga necesario, aguantar el desconcierto, respetar su inmadurez y esperar con confianza su desarrollo pleno.

Arribamos ahora al tramo en que intentaremos conjugar nuestras apreciaciones sobre el devenir adolescente con el trabajo del analista. El analista de adolescentes en acción, con su propio self y el de su paciente involucrados.

Trataremos de ver como se revela la clínica con jóvenes cuando incorporamos a nuestros instrumentos los enfoques del self.

Bajo esa luz, luego, observaremos lo que también se pueda iluminar con esta perspectiva acerca de la psicopatología de nuestra época.

CAPÍTULO 6
ASPECTOS NARCISISTAS EN LA CLÍNICA CON ADOLESCENTES

6 a EL PACIENTE Y EL ANALISTA

"… no le abandonaba nunca su amargado y silencioso humor. Las causas de tal amargura eran muchas, unas próximas y otras remotas. Estaba enfadado consigo mismo, por ser niño y por estar sujeto a aquellos arrebatos de intranquila locura que le daban, y disgustado también por el cambio de fortuna que estaba modificando el mundo que le rodeaba, convirtiéndolo en una pesadilla de mentiras y suciedades. Más su disgusto en nada alteraba la visión. Y archivaba con paciencia cuanto veía, manteniéndose aparte de todo ello, gustando en secreto su aroma corrompido."

James Joyce, *Retrato del artista adolescente*

"… mientras miraba las piezas de la vajilla, notó que, detrás de su mirada, palpitaba una bruma viva. Por mucho que se empeñara en absorberse en una conversación con el señor Fleurier, esa niebla abundante y tenue, cuya inconsistencia opaca se parecía falsamente a la luz, se deslizaba por detrás de la atención que prestaba a las palabras de su padre, y esa niebla era él mismo. De vez en cuando, irritado, Lucien trataba de atrapar la niebla y mirarla de frente, pero cuando lo hacía sólo encontraba el vacío, porque la niebla estaba ya detrás."

Jean Paul Sartre, La infancia de un jefe

Los relatos de Joyce y Sartre ilustran con nitidez las vivencias de dos adolescentes: Stephen Dedalus (Retrato del artista adolescente) y Lucien Fleurien (La infancia de un jefe). En ellos podemos apreciar esas vicisitudes del narcisismo y la reorganización del psiquismo adolescente que son material habitual en los tratamientos de jóvenes. Nos ocuparemos ahora de las relaciones que existen entre la psicología normal de la adolescencia y la clínica del narcisismo. Vamos a considerar una serie de manifestaciones de índole narcisista, examinaremos los estados emocionales que son comunes en ellas y trataremos de explorar su aparición en la clínica psicoanalítica con adolescentes.

La perspectiva del self aporta un marco teórico apropiado para observar los estados transitorios de desequilibrio narcisista que se presentan regularmente en las personas que atraviesan la etapa adolescente. Desde ese punto de referencia, resulta esclarecedor observar que los estados subjetivos, los conflictos subyacentes y los procesos defensivos involucrados guardan similitud con los que hallamos en la clínica de los trastornos borderline y esquizoides. Los estudios freudianos de la neurosis y el complejo de Edipo permitieron captar en profundidad diversos aspectos del desarrollo mental en la infancia. De manera parecida, pensamos que se puede sacar provecho de la comparación entre el análisis de adolescentes y el de personas con trastornos de la personalidad relacionados con lo que se ha

llamado el narcisismo patológico (borderline, esquizoides, perversiones, impulsivos).

Tanto en los pacientes adolescentes como en los sujetos con trastornos de la personalidad son frecuentes los problemas con el encuadre y los límites, la transferencia negativa inicial, la idealización del analista, la tendencia al acting out.

La comprensión de estos fenómenos puede facilitarse concibiendo el despliegue de transferencias primitivas y la activación de necesidades narcisistas en la situación analítica, allí donde en ciertos momentos críticos se hace difusa la delimitación entre el sujeto y el objeto.

La idea de un narcisismo propio de la adolescencia aparece tempranamente en la literatura analítica. Un ejemplo de ello es un breve trabajo de Rank de 1911, citado por Etchegoyen (1991), que se refería al narcisismo como fenómeno normal que sobreviene en la adolescencia. Quien trabaje con adolescentes sabe que los fenómenos narcisistas son parte de la vida del paciente y de su terapia.

6 b ANGUSTIA NEURÓTICA Y ANGUSTIAS PRIMITIVAS

La práctica clínica nos permite observar diferentes tipos de vivencias de angustia. Cuando la emoción es experimentada por un sujeto cuyo self se encuentra armado, con un grado apreciable de integridad, y el temor se relaciona con una situación peligrosa relativamente específica, el centro de la cuestión pasa por el peligro en sí más que por el estado del sí mismo. Aquí estamos en el terreno de los impulsos sexuales y agresivos, el terreno de la angustia de castración.

Para estas situaciones, André Green (1983) utilizó el término angustia roja, porque evoca un daño corporal sangrante. Es aquella que subsume otras pérdidas sufridas en etapas anteriores. Está en el centro del modelo psicoanalítico clásico sobre la génesis de las neurosis, que pone la angustia de castración como referente central.

En la medida en que el trabajo psicoanalítico se extendió a los niños y a las patologías más severas, autores como M. Klein, H. Rosenfeld, H. Searles y J.

McDougall fueron observando y desarrollando perspectivas que incluyen formas de angustia arrolladora, de naturaleza primitiva. Al abordar estos estados, Green concibió la idea de lo que llamó la angustia blanca, por oposición a la angustia roja, neurótica, de castración. Aquí Green utiliza la raíz anglosajona blank, que implica espacio no llenado o no ocupado, como un papel o formulario en blanco.

En algunos casos, la angustia es sufrida por sujetos que comienzan a percibir que su sí mismo (su self) corre peligro de desintegrarse. Kohut (1977) pensó que el centro de estas experiencias pasa por un self en estado precario e inestable; en otras palabras, por un colapso de la subjetividad.

Los referentes clínicos más difundidos para referirse a estos fenómenos son la "ansiedad de fragmentación", la "angustia de desintegración" (Kohut, 1977) y el "temor al derrumbe" (Winnicott, 1963). Fueron muy estudiados en psicopatología, pero hoy contribuyen a nuestra comprensión de sujetos sanos, especialmente en la fase adolescente. La observación atenta de ciertas manifestaciones transferenciales nos permite también vislumbrar estos fenómenos en la clínica juvenil.

Kohut pensaba que en esos sujetos y en esos momentos los miedos centrales no pasan necesariamente por la injuria o la extinción física. Lo que resulta insoportable, tal como la "levedad del ser" de M. Kundera, es más bien la pérdida de la humanidad, o sea, la muerte psicológica. Winnicott diría que lo que preocupa "más que la muerte es la no vida". Bion (1988) nos habla del "terror sin nombre", al tiempo que Kohut afirma que tratar de describir la angustia de desintegración es tratar de describir lo indescriptible.

La literatura y otras expresiones del arte abundan en ejemplos de estas vivencias inefables. Recordemos, por ejemplo, el sopor, la perplejidad que le produce al Lucien de Sartre esa "bruma viva" que palpita detrás de su mirada. Vacío, disociación, distancia y borramiento de los objetos que se tornan inaccesibles aun cuando estén cercanos físicamente. Mientras tanto, el sujeto en cuerpo y alma asiste a un estado de disolución de su ser que se vincula con los procesos de despersonalización. Esa "insoportable levedad del ser" arrasa con la integridad en

el presente y obnubila la proyección del futuro, que pasa a vivirse de un modo opaco e inquietante.

Ricardo, un paciente que hacia el final de su adolescencia vivía con su madre divorciada y tenía una hermana mayor, concurrió un lunes a sesión sereno pero preocupado porque había debido asistir el día anterior a su hermana, que había hecho un fallido intento de suicidio. La madre había viajado el fin de semana con una amiga, la hermana lo había llamado desesperada luego de ingerir pastillas sedantes y él se había hecho cargo de la situación, pero la hermana le había pedido que no le contara a nadie, por vergüenza, lo ocurrido.

Siguió asociando sobre la ayuda brindada a su hermana y a continuación me dijo que estaba preocupado porque tiempo atrás, a raíz de un filtración en su departamento, los obreros habían debido abrir el techo *de un placard que daba al piso superior, un departamento donde vivía una señora con dos perros, y los obreros se habían quejado de las pulgas.*

En resumen, el hecho es que mi paciente relató luego la gran preocupación que tenía porque su casa hubiera sido invadida por las pulgas y cómo estaba tratando de eliminarlas. Su inquietud con respecto a la invasión de las pulgas, su ansiedad por la posibilidad de que se hubieran alojado en los rincones inaccesibles de su casa, me resultó sospechosa y me hizo pensar en una amenaza a la integración de su self. Cuando poco después le hablé de su temor por su estabilidad emocional, por sus propias ideas parásitas de suicidio, activadas por la exigencia que representaba para él la descompensación de su hermana, Ricardo mostró sollozando la profunda angustia que le producía verse privado del precario pero compensatorio sustento emocional que hasta ese momento había intercambiado con ella.

A partir de allí no resultó demasiado difícil interpretarle la actualización transferencial de este temor, que más tarde evidenciaría raíces tempranas en la vida del paciente.

El analista-plomero, en su propósito de detectar las pérdidas y repararlas, estaba amenazando, al romper el techo, la estabilidad e integridad de su psiquismo.

En Ricardo, la amenaza sigilosa y preocupante de la invasión de los insectos sugiere la preocupación más profunda por el debilitamiento y la posibilidad de derrumbe de su precario self. En una enorme variedad de formas subclínicas, muchos jóvenes muestran a través de síntomas hipocondríacos, de ideas de tinte paranoide o de preocupaciones bizarras, la angustia de desintegración que perturba su desarrollo académico o personal. Es el temor inefable, difícil de expresar, de alguien que vive en forma progresiva la desorganización del self. En formas más severas, la amenaza del caos también puede ser proyectada al exterior vía la identificación proyectiva en la vivencia del fin del mundo (Klein, 1946).

Arnold Goldberg (1983) se refirió a un estado semejante cuando publicó un trabajo sobre la naturaleza del *misfit*, que podríamos traducir como “inadaptado”, pero no en el sentido de transgresión que tiene en nuestra lengua, sino más bien para describir la vivencia subjetiva del paciente. Allí se refiere a la desagradable sensación de “no encajar” o “no pertenecer”. Se trata de vivencias a veces íntimas y secretas, transitorias o persistentes, en personas que se sienten aisladas de los demás, con falta de sentido de unión y conexión. Algunos saborean el sentimiento de creerse un poco fuera de lo común, otros experimentan periódicamente el ansia de pertenecer. En general, el deseo es no ser diferentes y su intención, ser aceptados. El resultado habitual suele ser entonces la excentricidad y la exclusión.

Así como el sentimiento de pertenencia es un logro positivo que forma parte del desarrollo normal de la mayoría de las personas, el sentimiento perdurable de ser un *outsider*, que sabe lo que debería hacer y aun así no puede hacerlo, y la vivencia de perplejidad ante como desempeñarse, son estados característicos de estos *misfits*. En la psicología normal de la adolescencia, la angustia por el proceso de integración social es fuente de inquietud cuando el sujeto no recibe de sus pares suficiente reconocimiento de su valor o su pertenencia grupal, a pesar de su empeño social, que está impregnado de vacilaciones.

La situación analítica con adolescentes es un campo propicio para la aparición de sentimientos y fantasías como las que estamos reseñando. El analista debe estar atento en la detección de estos estados psíquicos difícilmente verbalizables, que más de una vez se instalan solapadamente en la contratransferencia. Se trata de un mecanismo sutil, en el que a veces lo manifiesto puede ser solo un sordo pero inquietante displacer, una sensación de futilidad o inclusive un cuestionamiento de la identidad analítica, productos de la activación de sectores narcisistas de la propia personalidad del analista

Cuando un terapeuta utiliza una perspectiva psicodinámica, encuentra que en el transcurso del tratamiento de muchos adolescentes (aun aquellos no demasiado perturbados) aparecen formas de funcionamiento mental semejantes a las de los de pacientes graves. Quien tenga a su cargo pacientes jóvenes debe estar preparado para considerar y analizar los diferentes momentos de desintegración propios de un funcionamiento mental arcaico. Este es un territorio en el que muchas veces lo perturbador es un hueco, un déficit, grande o pequeño, en la estructuración del psiquismo. De ahí que es común que jóvenes (y por supuesto también adultos) a veces exitosos en su vida exterior sufran la dolorosa vivencia subjetiva de vacío.

6 c LAS ORGANIZACIONES DEFENSIVAS

En cuanto a las organizaciones defensivas, se puede ver cómo aquellos pacientes que sufren la angustia de desintegración que mencionaba a veces viven conflictos apasionados que en realidad resultan ser una forma de aferrarse al mundo, de colgarse de él. El mundo resulta entonces intenso, pero teñido de una coloración inestable y fluctuante.

Al referirse al psicoanalista y el adolescente, Florence Guignard (2001) decía que la organización psíquica al comienzo del tercer milenio está ubicada bajo el signo de lo virtual.

En esa pseudo-realidad, todo puede suceder. Por momentos, su impavidez (*coolness*), su mirada gris, refleja una actitud de no compromiso frente a su propio quehacer, que remeda, en pequeña escala, el desinterés afectivo propio de las

personas esquizoides. Esto podría ilustrar perfectamente el panorama que a veces enfrenta el analista de adolescentes y que puede ser confundido con actitudes resistenciales.

En ocasiones, el desinterés del joven deriva de vacío, del sinsentido, y esto se puede aliviar con algo excitante. A su vez, la búsqueda de excitación puede estar asociada a la presencia de fantasías grandiosas pre o inconscientes.

Este tipo de experiencias excitantes, que pueden ser manifiestamente sexuales o no, pueden servir para consolidar el self, siempre que el joven logre mantener un cierto grado de autorregulación. El concepto se vincula a lo que McDougall (1978) ha llamado **"técnicas de supervivencia"**. Allí, el individuo que siente amenazado su frágil equilibrio narcisista intenta preservarse a través de un arreglo de su relación con el prójimo: a) alejándose, como el adolescente introvertido, silencioso y distante o b) aferrándose a los otros con una sed de objetos vehiculada vehiculizada por la sexualidad, que sólo se sacia temporalmente en presencia de aquel a quien le toca reflejar la imagen ausente.

Las drogas también pueden cumplir una función semejante. Como señalé en otras oportunidades (Ortiz Frágola, 1997, 2005), el uso de sustancias psicoactivas es un camino siniestro que, paradójicamente, resulta ser a veces una técnica de supervivencia al servicio de la conservación del self como unidad.

Mientras tanto, el terapeuta suele sentirse incómodo frente a este zapping desconcertante de su paciente que oscila, sin llegar a ser bipolar, entre el difuso y pasivo desencanto y la aceleración inquieta, en busca de nuevas experiencias que nunca llegan a satisfacerlo plenamente.

Aquí, entonces, una ampliación del marco conceptual del terapeuta puede permitirle incluir una apreciación del narcisismo que no se reduce a elementos agresivos, destructivos o resistenciales, sino que deja un lugar para la visión de configuraciones y vínculos que funcionan al servicio del desarrollo y son esenciales en el mantenimiento de la estabilidad del self y la autoestima.

En este campo pueden ser de utilidad dos grupos de observaciones que tienen muchos elementos en común:

La idea de las **necesidades narcisistas** descriptas por Kohut como fuente de motivación. Son centrales en el desarrollo temprano pero persisten a lo largo de la vida como parte del narcisismo “normal”, a saber:

a) ***Necesidades especulares o de espejamiento*.** Se refieren a la necesidad de sentirse confirmado, reconocido, de ser aceptado y apreciado. Esto se asocia con la tendencia a exhibir y mostrar el propio self o los logros que lo representan (aquí aparece una concepción distinta a la habitual con relación a la imagen de sí mismo y las fantasías exhibicionistas, temas corrientes en la edad juvenil).

b) ***Necesidades de idealización***. Experimentarse a uno mismo formando parte de un otro admirado y respetado. Se busca la unión con un objeto estable, sereno y protector, es decir, que posea la solidez y fortaleza que el self aún no ha adquirido en forma suficiente. Se trata de la posibilidad de fusionarse con alguien o algo que aporte o complemente funciones no bien desarrolladas todavía.

c) ***Necesidades gemelares o de alter ego***. Necesidad de experimentar una similitud, igualdad o fraternidad con otros, sean hermanos, compañeros, colegas, camaradas o correligionarios con quienes se participa de una suerte de identidad grupal. También muy intensas en la fase adolescente y conflictivas en casos como los de los *misfits* mencionados anteriormente.

d) ***Necesidades de oposición***. De experimentar al objeto como una fuerza opuesta ante quien confrontarse. El o los objetos habrán de mantenerse sólidos sin abandonar por ello su papel de contención.

II) También puede ser de gran utilidad tomar en consideración, para la psicopatología y el trabajo psicoterapéutico con adolescentes, ciertas investigaciones sobre desarrollo temprano, como los trabajos de Emde, Sander, Stern, Lichtemberg y Fonagy, entre otros, que permiten además un puente con las neurociencias del cual seguramente será difícil prescindir en el futuro. En todos estos trabajos se pone el acento en la conformación de un campo intersubjetivo:

a) Para el **establecimiento de un núcleo afectivo del self** (Emde, 1998; Sander 1985) hace falta una experiencia de modulación que sólo ocurre gracias a la acción de ***"un otro regulador del self".*** Esto se relaciona con el monitoreo de la disponibilidad emocional del cuidador.

b) El desarrollo es estimulado por la ***sintonía afectiva*****,** que Stern (1989) considera como la respuesta intersubjetiva a las distintas emociones y a la vitalidad de los afectos que tienen lugar en los vínculos interpersonales.

c) Las ideas acerca de un ***funcionamiento reflexivo o "mentalización"*** propuestas por Fonagy (1997), que se refieren a la habilidad para interpretar las acciones de los otros y otorga coherencia continua a la organización del self. Este funcionamiento automático tiene un origen asociado a los intercambios de afecto entre el niño y sus padres.

Robert Emde señalaba en el Congreso de IPA de 1999 que las similitudes entre algunos aspectos de la situación analítica y los procesos del desarrollo temprano no implican necesariamente ni una regresión ni una identidad entre estas experiencias, sino que indican cuestiones vinculadas a la disponibilidad emocional que pueden ser esenciales a lo largo de la vida y, de modo muy especial, en la situación analítica.

La práctica clínica con pacientes adolescentes y el trabajo con adultos fronterizos o con otra patología narcisista tienen suficientes elementos en común como para convalidar semejanzas estructurales entre ambos grupos, aunque en los sujetos jóvenes la fluidez de las configuraciones psíquicas otorga más dinámica y rapidez a los cambios. Pero cuestiones como la idealización, confrontación y lucha, sintonía afectiva o disponibilidad emocional son ingredientes habituales en esos terrenos de la clínica.

Los terapeutas de pacientes adolescentes deben trabajar a veces con sujetos que se colocan en situaciones de riesgo y excitación. Si observamos estos hechos a partir de un esquema referencial que coloque en un lugar central el estado del self e incorpore los factores motivacionales recién mencionados, se podrá pensar en actitudes al servicio del genuino reconocimiento y la sana preservación del self y en

intentos de controlar la ansiedad de fragmentación a través de sentimientos intensos que unifican. Desde una perspectiva diferente, en cambio, otros autores tienden a vincular estas situaciones con el peso que ejercen los aspectos destructivos de self, que en el análisis obstaculizan el proceso y que además incrementan el dolor psíquico inherente al desarrollo de la personalidad.

El esquema referencial del terapeuta, que incluye su propia historia y formación profesional, lo que él suponga previamente que puede encontrar, el tipo de estímulos que puede registrar (el instrumento que posee el observador científico), influyen necesariamente en los hallazgos.

Sin embargo, un buen GPS para transitar estos terrenos lo constituyen la atenta semiología de las ansiedades transferenciales, la observación del estado subjetivo del paciente, ligada a la modulada inmersión empática del terapeuta en la situación analítica y, *last but not least*, el registro adecuado de la contratransferencia.

No olvidemos que tal como una madre puede buscar en la mirada de su hijo el espejo que confirme su propia identidad, el analista puede estar buscando en su paciente el reflejo de sus propias teorías narcisísticamente catectizadas.

La detección temprana de esta contratransferencia impide que se consideren en forma apresurada las confirmaciones asociativas de algunos pacientes endebles como elementos genuinos y confiables. Es bueno no olvidar que el sujeto en situación de vulnerabilidad narcisista puede llegar a sacrificar parte de su precario self con tal de lograr la supervivencia del terapeuta. Y en este caso, esa alianza solapada, en un tratamiento ficticio, impedirá el desarrollo de la persona verdadera que anida en él.

Los duelos ocupan un lugar ubicuo, en aquellos momentos inevitables de la vida en que se producen pérdidas, heridas y dolores; son esos fragmentos de la vida emocional que a veces inducen el crecimiento y en ocasiones son un obstáculo perturbador.
Aquí también vamos a insertar la perspectiva del self para ver si tiene algo que aportar, y nuevamente vamos a estar cabalgando entre el desarrollo armónico de la existencia y la psicopatología.

CAPÍTULO 7

EL SELF Y EL PROCESO DE DUELO

Del objeto perdido a la expansión del sí mismo

7 a INTRODUCCIÓN

Los procesos de duelo transitan también un derrotero que es camino inevitable de la existencia humana y pueden asimismo deslizarse hacia el campo de la psicopatología. Para la mayoría de los seres humanos, la concreta idea de la muerte propia existe en un bajo nivel de conciencia. Sin embargo, de cuando en cuando, ante la enfermedad grave o muerte de una persona cercana, en ocasiones al presenciar un accidente en la calle o la ruta, la posibilidad de la muerte aparece en primer plano y esto determina un cierto grado de angustia existencial.

Freud detectó bien la importancia del tema y dedicó un ensayo lúcido y meduloso al problema de la muerte: “De guerra y muerte. Temas de actualidad” (1915). En especial en su segundo capítulo, “Nuestra actitud hacia la muerte”, formula su consabida apreciación: la muerte propia no se puede concebir, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad. Lo interesante del caso es que tanto ese trabajo como aquel en el que estudió pormenorizadamente el

tema del duelo, la depresión y la identificación –“Duelo y melancolía”– fueron escritos en 1914-15. Esta no es solamente la época del comienzo de la Primera Guerra Mundial, sino que coincide con: 1) la muerte de su amado medio hermano Emmanuel y 2) la amenaza que pendía sobre la vida de sus hijos Martin y Ernst, ambos en el frente de batalla. De modo que había sobradas razones para que Freud tuviera en su conciencia el tema de la muerte y las pérdidas y se preguntara acerca de los sucesos mentales que la rodean.

Ahora bien, aún cuando en nuestra vida personal no estemos viviendo situaciones así de azarosas, también el tema de la muerte nos asalta cuando somos los psicoterapeutas de una persona que atraviesa un proceso de duelo; y en tanto nuestra subjetividad forma parte del campo analítico, nuestra reacción, nuestra actitud, pueden ser decisivas.

En este capítulo nos referiremos al proceso de duelo señalando:

1) Algunos aspectos psicodinámicos y psicopatológicos con especial acento en el estado del self. Los conceptos propios de la psicología psicoanalítica del self pueden resultar útiles para ampliar las perspectivas clásicas, ya desarrolladas en la literatura analítica, sobre este tema clínico.

2) También nos ocuparemos de lo que podemos llamar el duelo anticipado o anticipatorio, es decir, los mecanismos que se ponen en marcha antes de que se produzca en forma efectiva una pérdida que se vislumbra cercana, tal como a veces nos toca observar en el curso de un tratamiento.

A modo de ilustración utilizaremos dos ejemplos literarios que por mérito de sus autoras –Simone de Beauvoir y Françoise Sagan– alcanzan a mostrar con fineza y claridad varias configuraciones típicas.

3) La comprensión de las vicisitudes del self en el proceso de duelo facilita el vínculo empático en cualquier tipo de tratamiento y es importante, por consiguiente, en la estrategia terapéutica, pero no abordaremos aquí los aspectos concernientes a la técnica. El modelo que para ella provee la psicología del self está centrado en el análisis e interpretación de las transferencias tipo objeto del self (incluyendo las resistencias narcisistas que se oponen a su despliegue, la movilización ulterior de las necesidades arcaicas, las disrupciones del vínculo y la regresión a modos

tempranos de relación). Sólo la interpretación de estas transferencias llega a tener el carácter mutativo que provee la base para la restauración del self que se hallaba dañado o distorsionado, y todo esto merece un estudio más extenso que el aquí propuesto.

7 b EL PROCESO DE DUELO

Freud (1915) y Klein (1940), en sus clásicos y bien conocidos trabajos, sentaron las bases fundamentales para cualquier investigación psicodinámica sobre el duelo porque tomaron en consideración el yo, las pulsiones, el narcisismo y las relaciones objetales.

Al estudiar el duelo, Freud puso el acento en los mecanismos de identificación, su influencia en la conformación del yo y realizó un análisis económico del proceso del duelo en el lento desatar las ligazones con el objeto perdido. Apuntó a la patología cuando mostró que si el duelo se lleva a cabo por la pérdida de un objeto con quien había una relación narcisista, dará lugar a una melancolía, que toma prestados una parte de sus caracteres del duelo y otra parte de la regresión desde la elección narcisista de objeto hacia el narcisismo.

Por su parte, M. Klein mostró cómo el niño pasa por estados normales comparables al duelo del adulto. En ellos, el objeto del duelo es el pecho de la madre, junto con la leche y lo que ambos representan en la mente del niño: bondad, seguridad y amor. La pérdida de estos objetos buenos es, para Klein, el resultado de la propia voracidad y de los impulsos destructivos, con la consiguiente generación de culpa. Se configuran entonces duelos tempranos, los cuales caracterizan la posición depresiva y serán revividos posteriormente en cada duelo del adulto junto con la situación edípica toda.

También los trabajos de Bowlby (1961,1980), utilizando fuentes etológicas, analíticas y experimentales, proveen un marco para conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer lazos afectivos intensos con otros, y comprender las fuertes reacciones emocionales que aparecen cuando esos lazos se ven amenazados o rotos. Bowlby pensaba que ese apego surge de la necesidad de

sentirse a salvo y seguro, y se desarrolla muy tempranamente. Si dicho lazo se ve amenazado y se rompe, surgen intensas reacciones para tratar de restablecerlo.

Engel (1971) ha comparado al duelo con los mecanismos de recuperación de la homeostasis que se ponen en marcha cuando un sujeto sufre un traumatismo físico. Durante ese proceso de recuperación de la salud y el bienestar deben cumplirse una serie de pasos que Worden (1982) ha delineado sobre la base de los trabajos de Bowlby y Engel. Tales etapas del proceso de duelo serían: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 2) experimentar el dolor, la pena; 3) ajustarse al medio en el cual el objeto perdido ya no está presente; 4) despegar la energía psíquica ligada al objeto perdido y reinvestir nuevas relaciones. Cada una de estas tareas puede cumplirse o resultar abortiva. Por ejemplo, el fracaso de la primera fase determina la llamada "momificación". Allí se retienen objetos de la persona muerta, su ropa o su habitación sin modificaciones en una suerte de estado congelado, como si estuvieran listos para un regreso en cualquier momento. En la clínica psicoanalítica podemos encontrar "fantasías de momificación" en personas que mantienen un vínculo inconsciente con el objeto perdido como si nada hubiera pasado. A veces el objeto perdido es identificado proyectivamente en otro con tal intensidad que la realidad de la pérdida es negada.

Con este telón de fondo, puede resultar útil, en forma especial a la hora de una evaluación clínica, considerar el duelo según el modelo de la crisis vital. Así, podemos decir que es un proceso dinámico normal, inevitable y necesario que en algunos casos, por su intensidad, por su prolongación en el tiempo o por su forma, puede llegar a ser patológico. La discriminación a veces no resulta fácil, pero sí necesaria, porque conlleva actitudes específicas y diferentes del psicoterapeuta. Esto significa no solamente desarrollar un criterio fundado a la hora de indicar o no un tratamiento cuando consulta una persona en situación de duelo; también implica, si el duelo se presenta en el curso de un análisis o una psicoterapia analítica, detectar la repercusión contratransferencial particular que acompaña los momentos de fuerte movilización narcisista.

Hoy sabemos que tal conmoción del psiquismo nos obliga a prestar atención al estado del self del paciente y nos podemos plantear algunas observaciones al respecto.

Es sabido que en la concepción psicoanalítica tradicional el narcisismo se nos aparece como una fase temprana del desarrollo, un modo pulsional que debe ser abandonado para el logro pleno de la libido objetal. Kohut (1971, 1978) introdujo variantes interesantes en este esquema cuando planteó la existencia del narcisismo y la libido objetal como dos líneas evolutivas independientes que avanzan desde formas arcaicas hacia otras más evolucionadas.

El objetivo de esta digresión es sólo señalar ahora que el reconocimiento de la transitoriedad de la vida, el reconocimiento de la finitud de la vida, es una de las formas y transformaciones del narcisismo que contribuyen a lograr y mantener la cohesión de la personalidad.

Este reconocimiento, que es también aceptación de la propia muerte, es un logro progresivo, un largo proceso con antecedentes infantiles y dos fases críticas posteriores: hacia el fin de la adolescencia y cuando aparece la llamada crisis de la mitad de la vida.

Vayamos ahora al duelo. La pérdida del objeto por sí sola es insuficiente para explicar las características del proceso de duelo y las evidencias que lo distinguen. Desde una perspectiva psicodinámica, sabemos que la pérdida no es equivalente a los sucesos reales sino que más bien depende de la experiencia subjetiva. Por tal motivo, cualquier acercamiento clínico al fenómeno del duelo debe incluir necesariamente en algún momento una caracterización de la experiencia subjetiva del individuo que vive la situación de duelo. Aquí, quizás más que en otras situaciones del campo de la salud mental, se hace necesaria una adecuación personal del profesional que se ocupa de estos casos. Me refiero a que él mismo haya atravesado de una forma razonablemente equilibrada las propias situaciones de duelo que le tocó enfrentar y haya analizado la influencia que tienen sobre su propia personalidad.

Ahora bien, decíamos que la comprensión del fenómeno del duelo, así como el tratamiento de estados depresivos atípicos, se facilita cuando prestamos atención al estado del self del paciente.

Pero el self no puede concebirse aislado de un medio que lo rodea, una matriz de objetos y de relaciones con esos objetos.

Hemos señalado en el primer capítulo cómo a partir del estudio de los trastornos narcisistas de la personalidad, Kohut observó que todos los seres humanos experimentamos ciertos aspectos del mundo exterior y de las personas que nos rodean como si fueran parte de nosotros mismos. También encontró que las relaciones con esos objetos, que llamó self objects u objetos del self, cumplen un papel relevante en la regulación de la autoestima y que sus alteraciones influyen de modo decisivo sobre el estado de nuestro self, que varía desde la plena cohesión hasta la parcial o total fragmentación (suele ocurrir que al establecerse un vínculo intenso con otra persona, ésta pasa a ser en parte objeto de las pulsiones y en parte objeto del self, en forma simultánea y en diversas proporciones). Un elemento básico para la salud psíquica de un sujeto, desde esta perspectiva, consiste en que los vínculos con objetos del self hayan evolucionado desde las formas arcaicas propias de las etapas tempranas hasta formas más maduras. Esto implica el desarrollo de aspectos de la estructura psíquica que pasan a cumplir parte de las funciones que en un comienzo cumplían los objetos tempranos (por ejemplo, en situaciones corrientes el sujeto va a ser capaz de autotranquilizarse sin necesidad de la presencia directa del O S). Conflictos intrapsíquicos y fallas ambientales pueden determinar la persistencia de vínculos con O S arcaicos que van a teñir las relaciones del sujeto.

Si nos ubicamos entonces ante el proceso de duelo, vamos a observar que el tono prevalente de la pérdida sufrida, por un lado, y las características previas del self de quien sufre la pérdida, por otro, influirán sobre la reacción posterior. En forma muy esquemática, podríamos decir que: 1) podemos experimentar el dolor por la pérdida de alguien o de algo a quien dirigíamos nuestro amor, nuestro cariño, nuestra libido, y que vivíamos como un ente separado de nosotros mismos; o 2) podemos experimentar la pérdida de alguien o algo que era vivido como parte de nuestro

propio self, cuya existencia o respuesta eran necesarias en mayor o menor medida para sostener nuestro sí mismo. Esto puede referirse a una persona, una cosa concreta o abstracta, un ideal, o incluso una parte de nuestro propio cuerpo. (Es bueno aclarar que tal como en la relación objetal clásica, la relación tipo objeto del self se refiere a una experiencia intrapsíquica y no describe la relación interpersonal entre el self y otros objetos).

También, en forma sumamente esquemática, podríamos decir que en el primer caso los afectos predominantes en el duelo serán tristeza, angustia neurótica, a veces culpa, rabia y algún grado de desinterés por el resto de las cosas mientras el yo está absorbido en el trabajo del duelo. En el segundo caso, en cambio, cuando la pérdida predomina en el ámbito de los O S, los síntomas prevalentes corresponden a los fenómenos de pérdida de cohesión del self: vivencia de vacío más que tristeza, falta de sentido de la vida, preocupaciones y vivencias hipocondríacas. Si el vínculo con el O S mantenía, aunque sea en un sector escondido de la mente, su naturaleza arcaica, la pérdida genera un estado de profunda subestimulación del self, y se hace más notorio el vacío, la futilidad y, eventualmente, la búsqueda de estimulación, la búsqueda de excitación a través de la sexualidad, la química o la hiperactividad, todos estados que fueron clásicamente catalogados como defensas y reacciones maníacas o psicopáticas. Cuando el proceso tiene un curso insidioso y apunta a la fragmentación del self, pueden aparecer tendencias reivindicatorias, rabia narcisista inacabable e ideas deliroides.

Por otra parte, no es difícil darse cuenta de que, sin llegar a estos estados de grosera fragmentación o subestimulación, las formas benignas y transitorias de pérdida de cohesión que se producen en el duelo normal, encuentran un alivio significativo ante la presencia de alguien que, supliendo la falla que se ha producido en la matriz de O S del doliente, se acerca a él de una manera serena, confiable y amistosa. La presencia no intrusiva del familiar, el amigo o el terapeuta que acompaña, a veces silenciosamente, en el proceso de duelo, compensa provisoriamente de un modo efectivo el déficit producido por el O S perdido. Por supuesto que para que todo esto pueda ocurrir, ese objeto sustitutivo tiene que estar

capacitado para soportar y compartir la angustia que se presenta al respirar ese aire enrarecido, como veremos después en un ejemplo literario.

En el caso de un tratamiento psicoanalítico, un paso ulterior será la interpretación adecuada tanto de las transferencias narcisistas que entonces se han desarrollado, como de los efectos de las inevitables disrupciones en estos intensos vínculos.

Otro elemento característico del estado de duelo es la recapitulación del pasado, el "trabajo de reproducción" o "trabajo de recuerdo", como los llama Freud al estudiar el caso Elizabeth von R., la adolescente que había cuidado a su padre moribundo.

Pero hoy no lo veríamos como una simple abreacción. En esa etapa de transición que representa el período de duelo, la nostalgia del pasado se hace presente, y el recuerdo grato y doloroso a la vez fortalece y unifica al self aliviando la pérdida, porque el mismo recuerdo se comporta como un objeto del self del doliente. Como expresaba alguna vez Renata Gaddini (1997), el confort que procura "la alegría tranquila del recuerdo".

Todos hemos podido apreciar alguna vez cómo aquellas personas que han sufrido pérdidas importantes, y en especial si no han podido vivir en su vida posterior experiencias satisfactorias, viven aferradas a los recuerdos del pasado y encuentran en ese pasado el principal soporte para su existencia. De igual modo, el recuerdo de la historia de una nación o de un grupo humano de otra índole constituye una amalgama esencial para la cohesión de esa sociedad.

En este sentido, las manifestaciones del arte y la cultura de un pueblo han servido siempre para asimilar y superar sus experiencias más dolorosas. Lo interesante es que en el mundo moderno, con la video-electrónica y las autopistas informáticas, las imágenes que desde la cultura registran e informan sobre el presente y el pasado tienden a perder el carácter local y se tornan universales. Es posible que esta disponibilidad general, enriquecedora en tantos aspectos, se acompañe también de cierta pérdida de la exclusividad, una carencia de privacidad que atenta contra la posibilidad de que el hombre de hoy haga el duelo necesario por las cosas que deja atrás, incluyendo sus ilusiones no cumplidas.

Entonces, la intimidad es sustituida por la soledad. De todas maneras, yo prefiero no adentrarme en el terreno sociológico para no tener que considerar demasiadas

variables, pero estas cosas pueden detectarse en los casos individuales. Las personas en trabajo de duelo necesitan poder reconectarse con su propio pasado para poder dejar atrás aquello que han perdido; y si tienen éxito en esta tarea, pueden incluso lograr un grado mayor de integración en su personalidad.

Podríamos decir que aunque la pérdida del O S recorta transitoriamente una fracción del sí mismo, en algunos casos la elaboración exitosa del duelo puede conducir a una verdadera expansión del self, a través de un nuevo y renovado contacto con la vida o incluso, en ocasiones, produciendo un desplazamiento de cargas narcisistas desde el self hacia un concepto de participación en una existencia supraindividual y atemporal. En esos casos llega a aparecer una serenidad equilibrada que, por supuesto, habrá de ser diferenciada de una pura negación del dolor o la angustia.

En cambio, cuando las cosas no marchan bien en este momento del proceso de duelo, muchas personas padecen un malentendido: en el caso de la pérdida de un familiar cercano, sienten que están deshonrando su memoria si ponen su energía emocional en otra relación humana, especialmente si esta relación les produce placer o alegría. En otros casos están atemorizados ante la posibilidad de querer a una nueva persona y volver a sufrir otra pérdida. Como si la porción del self involucrada en ese vínculo no pudiera recuperarse jamás, sienten que estarían exponiéndose a una amputación que esta vez resultaría insoportable.

7 c EL DUELO ANTICIPATORIO. SIMONE DE BEAUVOIR Y FRANÇOISE SAGAN

No es una novedad en nuestro quehacer que el buen escritor, sin necesidad de conocimientos psicopatológicos, a veces tiene la enorme virtud de saber transmitir con una riqueza y profundidad mayor que la del científico la frescura y vitalidad de los estados emocionales normales o patológicos.

Es interesante cómo dos de las más destacadas novelistas de la Francia de la segunda mitad del siglo XX, Simone de Beauvoir y Françoise Sagan, se han ocupado, con veinticinco años de distancia, del aspecto del tema que ahora quiero mencionar. Me refiero al duelo anticipado o anticipatorio, el trabajo de duelo que se efectúa antes de haber perdido al objeto amado en forma efectiva.

En la dolorosa novela autobiográfica *Una muerte muy dulce*, S. de Beauvoir (1964) describe en forma descarnada, por momentos amarga y por momentos tierna, los últimos tramos de la vida de su madre, desde el momento en que, a los setenta y siete años y estando “sana”, se fractura la cadera. En los días subsiguientes le detectan un cáncer avanzado, la operan, y a partir de allí transcurren cuatro semanas donde las hijas asisten al agravamiento, agonía y muerte de su madre, que, sin conocer su diagnóstico, se aferraba a la vida y, presintiéndolo, se preparaba para la muerte. Mientras tanto, su hija Simone, que era la mujer de J.P. Sartre, muestra con una claridad incomparable cómo se va desarrollando en forma anticipada el proceso de duelo antes de la pérdida concreta del objeto.

Así se suceden la sorpresa del “no puede ser”, la rabia impotente, hacia los médicos, hacia la vida, luego la vibrante ambivalencia entre, por una parte, haber preferido para su madre una muerte súbita, sin agonía, sin sufrimiento y sin percepción del fin cercano y, por otro lado, la satisfacción de haber podido aprovechar esos últimos treinta días de la vida de su madre para acompañarla, para decirle cosas nunca dichas, para estar pegada a ella en los momentos en que se siente el dolor físico o la proximidad de la muerte. Creo yo que, además, este lado de la ambivalencia tiene una faceta subyacente. En este período, De Beauvoir, que se declara indiferente a las ceremonias y a la religión, aprovecha sin embargo para efectuar ese proceso anticipado que prepara en estos casos para la fase posterior de duelo propiamente dicho y que actúa como profilaxis espontánea del duelo patológico y la depresión.

Desde ya que en el caso de De Beauvoir, la creación de su novela, tal como en otras personas la rememoración de episodios vividos con el objeto perdido o ciertas actividades póstumas, sirve de modo ideal para llevar adelante el proceso de duelo, porque de esa manera se retoma y se subraya, se profundiza el contacto con las partes del propio self que están fusionadas con aspectos del objeto perdido.

Por su parte Françoise Sagan (1995), en su novela *Un disgusto pasajero*, coloca ante la muerte a Matthieu Cazavel, un hombre de unos cuarenta años sin más señas destacables que la de estar casado con una mujer que lo aburre, tener una amante algo tonta por quien siente un afecto cómodo y llevar una vida más bien fácil y

superficial. Con aséptica serenidad, su médico acaba de diagnosticarle un cáncer de pulmón y le avisa que tiene unos seis meses de vida, tal vez un poco más.

La novela muestra el recorrido tumultuoso de Matthieu durante el día que sigue a su diagnóstico. Al principio recordábamos el tema de la libido objetal y el narcisismo, la distinción entre objeto de amor y de odio, y objeto del self. Pues bien, el problema de Matthieu también nos presenta otro aspecto del duelo que creo que es tan importante como el que estudiamos habitualmente. Me refiero al duelo por la pérdida de algo que es parte de uno mismo: por la propia salud ante la enfermedad; por el vigor y la juventud ante el paso de los años; por los objetivos que no se cumplen o que deben cambiar ante las adversidades de la vida. Y el trabajo de duelo en estas situaciones puede ser tan decisivo para la salud mental como el que se realiza ante la pérdida de una persona amada. El terapeuta avezado o perceptivo no pasa por alto esta cuestión cuando aparece en el proceso analítico y en el caso de una psicoterapia puede llegar a ubicar este problema, así como las interferencias que lo obstaculizan, en el foco del tratamiento.

La novela de Sagan condensa en forma elocuente todos los mecanismos que el protagonista pone en funcionamiento para afrontar la vivencia de amenaza de pérdida de su propia vida a partir del dictamen del médico.

Matthieu, que empieza por sentir horror ante ese medicucho antipático, pasa a sentirse dividido entre la voluntad frágil de enfrentar la muerte con dignidad, la solución expeditiva de adelantarse a ella, y el deseo de dejarse mimar como un niño desvalido.

Otro de los méritos de la novela de Sagan es que además de mostrar el aluvión de sentimientos, la elaboración atropellada de los recuerdos y los actos espasmódicos del protagonista, también nos ilustra, como si fuera una clínica observadora y sagaz, la otra cara del duelo anticipatorio: esta es la reacción de las personas (matriz de objetos del self) que rodean al sujeto, aquellas de quienes pasa a depender en buena medida la cohesión del self del paciente (pues cumplen funciones tipo objeto del self), quienes a su vez se enfrentan a una doble tarea, contener a Matthieu y comenzar por anticipado su propio trabajo de duelo. Entonces, podemos apreciar la perturbación que producen las fallas empáticas, como la del amigo íntimo, que ante

la visita de Matthieu y sin descuidar un instante sus importantes negocios, dice que no cree en el diagnóstico hasta que no lo confirme un médico de renombre. O la de su amante, que sólo puede llorar acongojada diciendo que ella trae mala suerte a las personas que quiere y, ya dándolo por muerto, sufre pensando en su futuro sin él. También la ternura insuficiente de la esposa, que no le alcanza por la falta de amor mutuo, o la aceptación cálida de su temor regresivo por parte de una antigua novia.

Para el final, Sagan nos reserva una sorpresa irónica que alivia la angustia, cuando esa misma noche el médico, ya no tan aplomado como al comienzo, llama a Matthieu para avisarle que ha habido un lamentable error, “Ud. sabe cómo son estos laboratorios franceses”, dice, de modo que espera que no haya pasado un día demasiado malo.

De vuelta en la clínica, no es ocioso reiterar que analistas y psicoterapeutas deben estar capacitados para comprender los mecanismos normales del duelo y sus desviaciones más comunes.

Ante una pérdida significativa, ya ocurrida o no, mucha gente tiene la sensación de que no va a poder tolerarlo, o se va a volver loca, más aún si nunca antes habían vivido una situación semejante. Esto se hace más notorio en la medida en que suelen estar aturdidos y experimentan cosas que normalmente no son parte de sus vidas. El profesional debe estar en condiciones de reconocer estos procesos, acompañarlos y detectar sus desviaciones, los condicionantes y las personalidades con riesgo.

Debe tener presente también que especialmente en ese período, el terapeuta forma parte de la matriz de objetos del self del paciente, objetos de quienes depende en buena medida la integración de su self y con quienes pone en juego los mecanismos a los que recurre para recuperar o mantener su cohesión.

Como señalé al principio, esto implica que el proceso de duelo se presta para el desarrollo de aquellas transferencias que al comienzo de su obra Kohut llamó narcisistas y más adelante, “tipo objeto del self”. En tanto el analista pasa a constituirse en objeto del self para el paciente, se revivirán en el tratamiento las vicisitudes de aspectos arcaicos de los vínculos originales y las respuestas que se

desencadenaron ante las inevitables fallas, aun sutiles, del objeto necesitado. En ese camino, dos reacciones características serán: 1) la retracción, que aparta y aleja del analista un sector vulnerable del sujeto, que se torna privado e inaccesible; algo así se vislumbraba detrás de la crónica cortesía distante que siempre había reinado entre Simone y su madre y que recién se revirtió en ese último mes anterior a la muerte; 2) otra reacción frecuente ante las perturbaciones del vínculo con el objeto del self es la búsqueda de estimulación pulsional con objetos con quienes sólo se tiene un contacto superficial, como Matthieu Cazavel en su vida cotidiana y tantos otros que intentan protegerse, como señalaba McDougall (1982), de "la indiferenciación, la pérdida de identidad, la implosión fragmentadora del otro".

Para terminar sin dramatismo, creo que podemos recoger una cita bíblica con el fin de resistir la tentación del abandono o la evitación que se nos presentan al enfrentar algunas de estas situaciones. Me refiero al Antiguo Testamento, cuando Dios le dice a Moisés: "He colocado delante de ti la vida y la muerte, ¡elige la Vida!".

PARTE 3

EL SELF EN LA CLÍNICA Y LA INTEGRACIÓN ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LAS NEUROCIENCIAS

Desde sus orígenes tempranos el psicoanálisis ha buscado establecer lazos con la neurobiología.

Los iniciales esfuerzos de Freud en el "Proyecto" se continuaron con intentos esporádicos en el siglo que siguió. Con el tiempo, sin embargo, en términos generales se fue generando una actitud de mutua subestimación y rechazo entre muchos seguidores del psicoanálisis y de la llamada psiquiatría biológica.

Más allá del campo específico de disciplina del inconsciente, el psicoanálisis dejó de mirar a las neurociencias y se nutrió y enriqueció con los aportes de la psicología evolutiva, la filosofía, estudios de familia y pareja, lingüística o interacción comunicativa. Mientras tanto la neurobiología y disciplinas afines continuaron su desarrollo, con el empuje que les brindaron las nuevas técnicas de imágenes y los avances en genética, neurotransmisión y psicofarmacología.

Ahora bien, en la segunda mitad del siglo XX muchos psicoanalistas, tanto en Argentina como en Estados Unidos, Francia y Suiza, entre otros, comenzaron a actuar en hospitales generales y servicios de psiquiatría, y se produjo un acercamiento que generó un campo fértil para una psicopatología psicoanalítica.

A su vez, en los últimos 30 años se asistió en neurociencias a un acelerado y explosivo desarrollo. Claro que la euforia de los descubrimientos no llega a completarse, al menos todavía, con el hallazgo de soluciones acabadas a la patología de la mente, pero el avance es innegable.

De todas maneras en los tiempos de hoy muchos investigadores en neurociencias (el premio nobel Eric Kandel es uno de ellos) deslizan su mirada hacia el psicoanálisis, y muchos psicoanalistas ya no necesitan disimular, como en otras épocas, sus lecturas o su interés por la neurobiología ni se incomodan u horrorizan ante la posibilidad de que su paciente de análisis reciba un psicofármaco (Freed, 2008) en tanto esté adecuadamente indicado. Mientras tanto, en la revista Neuropsychoanalysis publican y debaten destacados miembros de la IPA.

Convengamos que ya pertenece al pasado la pretensión simplista de referir cada fenómeno psíquico a una zona única del cerebro, pero también es evidente que el estudio de ciertas situaciones clínicas se enriquece con la visión de un psicoanalista informado en neurociencias. Eso sí: el entusiasmo debe ser moderado por la cautela.

Hace poco, el psicoanalista Robert Michels (2010), formulaba un interrogante: dado el estado actual de ambos campos (psicoanálisis y neurociencias), cómo deberían orientarse nuestros esfuerzos y recursos de investigación?, y cuáles son los riesgos a evitar? Probablemente, decía Michels, el riesgo más importante en el intento de construir puentes interdisciplinarios es que los esfuerzos intelectuales y las líneas de investigación no se

distraigan de las agendas propias de cada disciplina para que puedan conservar su propia productividad.

Agreguemos nosotros que la cosecha más abundante suele surgir a posteriori, a partir de la integración de los avances de cada campo (psicoanálisis y neurociencias) cuando arribamos al terreno de la psicopatología.

En la parte tercera de este ensayo, entonces, vamos a ilustrar clínicamente esta postura de confluencia disciplinar estudiando tres situaciones clínicas donde la psicopatología dinámica psicoanalítica puede sacar provecho del apoyo en las neurociencias: las situaciones de stress en niños y adolescentes, las organizaciones fronterizas y el problema del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO 8

ESTRÉS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las amenazas al self, que constituyen situaciones de stress en niños y adolescentes son un conjunto que nos desliza desde el terreno de la normalidad hacia la patología y nos permite pasar de la psicología del desarrollo a la psicología clínica. Es una clínica que cabalga entre el daño corporal real y el daño fantaseado, entre la carencia, la desprotección y las huellas o lesiones en el psiquesoma.

8 a El SELF AMENAZADO

Cuando en el capítulo inicial de esta tesis mencionamos el trabajo de Anna Freud y Sophie Damm (citadas por Kohut, H., 1985) con personas que habían estado en

la infancia durante tres años en un campo de concentración, mencionamos la diferencia entre los sucesos en sí y la experiencia subjetiva del niño, así como la gravitación de la relación con las personas cercanas que constituyen su matriz de objetos del self.

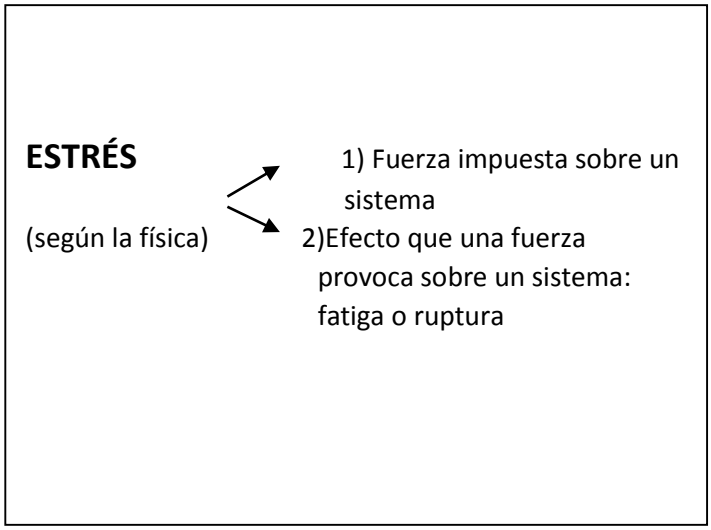
Esto nos acerca a una de las cuestiones básicas que ahora nos interesa señalar a propósito de la cuestión del stress: **La naturaleza del impacto que una situación de estrés provoca en un adolescente, y más aún en un niño, está fuertemente correlacionada con la capacidad del medio parental o familiar de asimilar, contener y metabolizar el impacto estresante.** En otros casos opuestos, por supuesto, los padres pueden potenciar, o provocar, la acción patógena. Esta formulación nos obliga a anteponer algunos intentos de aclaración antes de continuar.

Se podría afirmar que si el medio parental o familiar protege lo suficiente, podría limitar el estrés en el niño. ¿Habría entonces situación traumática pero no estrés?

La confusión deriva de que ESTRÉS es un concepto psicológico derivado de la física, donde tiene dos significados (Fig. 1): 1) estrés es una fuerza impuesta sobre un sistema y 2) estrés es el efecto que una fuerza provoca en un sistema, que puede ser fatiga o ruptura.

Ambos significados se aplican en psicopatología y a veces no están claramente delineados. Ocasionalmente se utiliza “estrés” para el estímulo y “distrés” para la respuesta. Según otros, distrés es un fracaso adaptativo que produce enfermedad y es displacentero.

Fig. 1.



Los e**stresores o agentes estresantes** pueden tomar diversas formas, como el exceso de trabajo o estudio, alta temperatura, nivel de ruido excesivo, operaciones quirúrgicas, violencia en el seno familiar, marginación social. Si esos estímulos son prolongados y severos, producen un conjunto complejo de cambios fisiológicos y conductuales inespecíficos descritos por Hans Selye (1978), endocrinólogo canadiense, como el Síndrome General de Adaptación, que constituye la respuesta del organismo al estrés. Selye definía el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a cualquier exigencia. No nos detendremos demasiado en el problema de la definición de estrés porque está muy claro que no hay consenso en los diferentes autores al respecto. En los últimos años el tema ha sido abordado desde la psiquiatría, apoyada en los sucesivos DSM con las publicaciones sobre el PTSD (Posttraumatic Stress Disorder), que por definición implica una amenaza seria a la vida o a la integridad física del sujeto o de otros. Algunas de las consideraciones que presentamos en este capítulo tienen elementos en común con las correspondientes al PTSD, pero la perspectiva del self amenazado excede la definición acotada del cuadro comprendido en la definición del DSM. También los llamados trastornos adaptativos y las antiguas depresiones reactivas se vinculan a la existencia de situaciones vitales que han implicado un daño o una pérdida para el niño o el joven.

En el terreno de las investigaciones neurobiológicas han surgido datos de interés sobre la relación entre estrés y sistema endocrino inmunitario. Se ha observado que luego del estrés agudo hay ciertos aspectos del sistema inmunológico que se inhiben por el aumento del cortisol. Si el estrés se prolonga, esta tendencia se acentúa. Leonard (2005) ha investigado la relación entre el estrés agudo y el crónico, los procesos inflamatorios (que incluyen el cerebro) y la depresión. Los mediadores de este proceso serían las citoquinas, mensajeros pertenecientes al

sistema inmunológico que pueden ser proinflamatorias o antiinflamatorias. Las citoquinas proinflamatorias y los glucocorticoides (hormonas suprarrenales) tienen un efecto tóxico sobre el cerebro. Algunas células cerebrales (astrocitos) y otras células sanguíneas (linfocitos NK o *natural killers*) también participan de este mecanismo que marca un posible camino neurobiológico involucrado en el estrés y la depresión.

Apoyándose en esta hipótesis, puede pensarse que las medidas psicológicas e interpersonales, así como los fármacos antidepresivos, facilitan la reversión de las alteraciones en estos circuitos inmunoendocrinos, produciendo una acción moduladora que favorece la neurogénesis e impide que los sistemas de protección actúen en contra del propio organismo.

8 b EL CONCEPTO DE TRAUMA

Ahora bien, volviendo a la mirada psicodinámica sobre estos procesos, con el fin de tratar el problema en niños y adolescentes vale recordar lo que mencionamos recién sobre el uso del término a partir de la física, es decir, estrés como estímulo nocivo y estrés como respuesta del sistema. En función de eso, hay autores que tienden a considerar como estrés, o situación de estrés, las circunstancias que afectan de modo agudo o crónico el equilibrio, la homeostasis psicofísica. Siguiendo esa línea, tenemos que distinguir entre estrés agudo y estrés crónico. El estrés agudo nos acerca al concepto de **TRAUMA** y situación traumática. Esta perspectiva del tema ha dado lugar asimismo al estudio de los efectos producidos por las situaciones de desastre o catástrofe, es decir, estrés colectivo. Nos referiremos luego a lo que se observa en niños y adolescentes al respecto.

El estrés crónico se presta también al estudio de la psicopatología infantojuvenil porque tiene que ver con los problemas derivados de situaciones de defecto o distorsión de las relaciones parentales, familiares o sociales, y ha dado lugar, entre otros, al conocido estudio de Massud Khan (1963) sobre el **TRAUMA ACUMULATIVO**.

Los autores que basándose en el otro sentido original de estrés, prestado de la física, lo consideran una compleja reacción del organismo ante los estímulos perturbadores, ponen el acento en los síntomas que se producen en el sujeto como resultado de los procesos de defensa y adaptación, de modo que para ellos el estrés puede tener incluso un carácter reorganizativo y compensatorio

En esta línea, también tenemos que considerar otros conceptos relacionados. Uno es el de **AROUSAL**, que podemos traducir como despertar o alerta. Para algunos es un concepto separado del de estrés, que sería una respuesta más psicológica, mientras que arousal, de orden eminentemente fisiológico, refleja la actividad simpática con incremento de la frecuencia cardíaca y del metabolismo. La fisiología de un chico practicando un deporte, representando una obra en el colegio, o de un adolescente que pasa a buscar a una chica, producen reacción de alerta, pero no de estrés, y es más bien excitación gozosa. Claro que si la excitación es excesiva, se transforma en estrés.

Sabemos bien que el estrés es un factor de riesgo para diversas enfermedades, y en esto se relaciona con la forma en que los diferentes individuos responden a los eventos de la vida. En la vida de cualquier persona ocurren cambios; unos son malos o dolorosos (muertes, problemas familiares, dificultades económicas en la familia, accidentes), otros son en principio buenos o neutros (nacimiento de hermanos, comienzo de nuevas etapas escolares, viajes). Cada uno significa cambio e implica en algún grado una amenaza de pérdida de control.

Usando este sentido amplio, podemos decir que el **ESTRÉS** resulta del **CAMBIO**, sea este bueno o malo. Un chico sometido a una situación traumática, un desastre natural, sufre estrés, como veremos enseguida, pero también ocurre estrés como producto de ciertos cambios evolutivos. El ingreso a una nueva actividad académica se acompaña de satisfacción y prestigio para el niño o adolescente, pero también implica nuevas exigencias y la obligación de desarrollar nuevos talentos y habilidades, es decir, exige al sujeto un esfuerzo de adaptación, en el que puede ser acompañado o no por el medio familiar y la estructura educacional.

Probablemente sea conveniente cuidarse de una extensión excesiva del concepto de stress, que al hacerle abarcar sucesos de la vida común haga perder el significado específico al término.

Sin embargo, y especialmente cuando de niños y adolescentes se trata, la valoración de un evento es altamente subjetiva y su importancia, eminentemente personal. Distintos chicos desarrollan diferentes tipos de reacción bajo la influencia del mismo agente estresor, y no sólo importan su propia capacidad de adaptación y tolerancia, sino que además es enormemente importante la capacidad amortiguadora de sus padres y familia. Por tal motivo, es digna de considerar la posición de Richard Lazarus (2012), que considera el estrés como un **SISTEMA DE VARIABLES INTERDEPENDIENTES** y un proceso altamente personalizado. Las características especiales de cada chico determinarán que un suceso tenga importancia central o periférica. Y algo más, que tiene peso especial en la infancia: a veces, la no existencia de un suceso puede convertirse en un agente estresor. Piense el lector en las hoy clásicas descripciones de Spitz (1945, 1959) sobre el hospitalismo o los cuadros de privación afectiva en niños abandonados o en niños hijos de padres con patología esquizoide o narcisista severa. Los padres no existen, no están accesibles o no pueden responder porque están "fuera del área de cobertura".

8 c LA IDEA DE TENSIÓN PSÍQUICA Y SU MANIFESTACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Aquí puede sernos de utilidad otro concepto, esta vez derivado del enfoque psicodinámico, la idea de **TENSIÓN PSÍQUICA**. Podemos decir desde esa perspectiva que el organismo infantil mantiene un relativo equilibrio de fuerzas y que la disrupción de ese equilibrio a raíz de cualquier estímulo intenso incrementa la tensión y determina alteraciones en el funcionamiento del niño que reflejan el efecto del estrés. A su vez, ciertas conductas de infantes sometidos a traumas severos pueden ser consideradas defensas que tienden a restablecer el estado original de equilibrio.

Se ha observado que los estados de tensión psíquica incrementada exageradamente (que usando el sentido amplio del término constituye una situación de estrés) provocan una primitivización y desdiferenciación del funcionamiento psicofísico, y esto se manifiesta de diversas maneras. Con esto nos referimos específicamente, entonces, a las manifestaciones del estrés en niños y adolescentes:

1) La variedad de la actividad del niño disminuye.
2) La conducta se torna menos organizada u organizada en un menor nivel de complejidad e integración. Aparece conducta desorganizada y agitación.
3) La tensión se difunde de un sistema a otro. En un infante, los procesos psíquicos y corporales están entrelazados de modo más inmediato que en niveles más altos del desarrollo evolutivo. En consecuencia son comunes alteraciones del funcionamiento corporal y síntomas somáticos variados.
4) La conducta se torna menos realista y adaptativa.
5) Complicando aún más los acontecimientos, aparece una hipersensibilidad en algunos sectores específicos, de modo que sucesos triviales que normalmente no serían perturbadores pasan a tener eficacia traumática.
6) Rocking, moaning.
7) Letargo, falta de respuesta a los estímulos.

Al considerar estas manifestaciones resulta fácil evocar lo que ocurre en momentos regresivos en personas adultas y, especialmente en el campo de la psicopatología, en las crisis de ansiedad (entre ellas las clásicas crisis histéricas) y en los episodios psicóticos agudos.

También en la observación de niños sanos es interesante apreciar cómo se pueden presentar en forma transitoria manifestaciones como las señaladas ante situaciones triviales que impliquen la perturbación de las necesidades primarias de alimentación, calor, estimulación táctil y motora, etc.

Entonces, vemos que en cuanto al modo de expresión de la tensión en un organismo inmaduro puede decirse que en general el estrés se refleja en disturbios en el funcionamiento fisiológico más fácilmente en infantes que en adultos. Por ejemplo: durante el primer año de vida, como parte de la respuesta total a situaciones de estrés se encuentran trastornos gastrointestinales, rápidos cambios en el color y vascularización de la piel, alteraciones en el ritmo respiratorio y cambios bruscos de la temperatura corporal. Con el crecimiento del individuo, estos trastornos fisiopatológicos se observan de manera menos directa y son reemplazados por otros signos de tensión, como verborragia o inquietud psicomotriz. Sin embargo, si bien el desarrollo del psiquismo da lugar a expresiones más elaboradas en la vida emocional y el desarrollo cognitivo permite su tramitación intelectual, aquellas expresiones tempranas de estrés pueden perpetuarse a través de vías facilitadas de respuesta psicosomática.

En relación con estos procesos corporales, Pierre Marty (1995) desarrolló una serie de elaboradas formulaciones psicoanalíticas sobre lo que llamó la desorganización psicosomática y el enfermar somático, extendiendo los procesos de fijación y regresión a las funciones somáticas. Allí se produce, señala Marty, una claudicación de lo imaginario y de la vida onírica.

Otras manifestaciones del estrés en niños de corta edad, más severas que las anteriores, son fenómenos como el *rocking* (balanceo) y el *moaning* (gemidos monótonos y reiterados). Se pueden ver con facilidad en niños o adolescentes con trastornos severos en el desarrollo del self, que ante estímulos comunes –por ejemplo la cercanía o, más aún, el contacto corporal con otra persona– que para ellos son catastróficos, presentan esta sintomatología. Véase una perfecta ilustración de esta secuencia en la descripción de los contactos interpersonales del protagonista de la novela de Mark Haddon (2010) *El curioso incidente de un perro a medianoche*. En estos casos podemos ver cómo para un self extremadamente frágil, un estímulo trivial puede ser fuente de estrés significativo.

Otros síntomas, como la letargia o una falta completa de excitabilidad y respuesta, probablemente aparecen como expresión de que el estrés se ha tornado tan intolerable que el organismo se halla completamente fatigado o exhausto. También se puede pensar que esto constituye una suerte de parálisis y aislamiento protector contra estímulos o estrés adicionales, como se observa en situaciones de estrés colectivo del tipo de los desastres y catástrofes.

Sybille Escalona (1960), que estudió en la Clínica Menninger este tema, pensó que estados prolongados de estrés pueden interferir en las secuencias del desarrollo evolutivo, trayendo aparejada una desarmonía en el desarrollo e interfiriendo en la integración adecuada del psiquismo.

Se puede pensar que esta desarmonía evolutiva, que instala en forma paulatina pautas irregulares de funcionamiento mental, guarda cierta relación con la génesis de estados patológicos del carácter como aquellos que observamos con frecuencia en la práctica clínica con adolescentes o adultos, en particular con los fenómenos del tipo borderline. En ellos sucede que lo que el self ha percibido como amenazas a su integridad fue generando en forma progresiva cierto grado de bloqueo a los estímulos, parálisis emocional y fenómenos de apego patológicos (*attachment*). Esto nos lleva a hacer unas breves consideraciones sobre el problema de la **naturaleza cuantitativa del estrés.**

El infante humano está sujeto al principio a todo tipo de excitaciones que son parcialmente controladas por una coraza protectora provista por la “madre-medioambiente”, como diría Winnicott, y gradualmente adquiere su propia barrera antiestímulo.

Para la mayoría de los individuos, esta barrera funciona de un modo eficaz en su función de proteger la integridad del self y la organización de la personalidad ante situaciones moderadamente estresantes, es decir, cuando el nivel de excitación externa es superior al promedio pero tolerable.

Desde este punto de vista, el estrés y el trauma psíquico pueden ser comprendidos como fenómenos mentales de naturaleza cuantitativa.

Cuando la barrera contra los estímulos, conformada en los niños también por el medio parental, es sobrepasada, se perturba la capacidad de los sistemas mentales para procesar los estímulos y se trastorna la organización e integración del psiquismo. A posteriori se ponen en marcha procesos de reorganización del self, pero pueden persistir los efectos patógenos del estrés en tanto el nivel de eficiencia y fortaleza del yo no se hayan restaurado en forma suficiente.

Massud Khan (1963) desarrolló la idea del **trauma acumulativo,** que surge como resultado de las brechas, las grietas en el papel de la madre como escudo protector en el curso del desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia, básicamente en aquellas áreas de la experiencia en las que el chico continúa necesitando a la madre o el medio parental como un yo auxiliar para sostener y complementar sus funciones yoicas aún inmaduras. El trauma acumulativo, dice entonces Khan, deriva de la tensión y el estrés que el chico experimenta en el contexto de su dependencia de la madre. Estas fallas se cristalizan progresivamente en una estructura patológica del carácter, de modo que las fallas tienen valor de estrés patogénico, no por su efecto unitario sino por estrés acumulativo. Por tal motivo, a veces son difíciles de detectar clínicamente en la infancia, pero el hecho es que gradualmente se van enquistando, podríamos decir, en la conformación de rasgos patológicos de carácter o dejan su huella en términos de una especial vulnerabilidad.

Ahora bien, podríamos preguntarnos: si el estrés, especialmente en niños, es una cuestión de sobrecarga, ¿importa entonces qué clase de estrés o de agente estresante se ha impuesto al organismo?

8 d LA NATURALEZA CUALITATIVA DEL ESTRÉS

Y la respuesta es que sí, la clase de trauma, el tipo de estrés, también determina diferencias psicopatológicas. El setting social y físico, las expectativas del individuo y de sus padres, el tipo de perturbación de la vida personal y familiar es diferente, por ejemplo, en un accidente automovilístico, un desastre natural o tecnológico, una situación de guerra o la alteración de la situación laboral del padre o la madre del niño o adolescente. Más aún, si se pretende homogeneizar

estas situaciones en términos de trastornos específicos como el TSPT, se tiende a dejar de lado que, como señala Levy Yeyati (2013), en realidad se trata de una estructura que forma parte de un texto subjetivo en un contexto social.

Un tema que nos interesa señalar aquí es el rol de la agresión en relación con los cambios de personalidad que se producen en niños y adolescentes como consecuencia del estrés (Coates y Gaensbauer, 2009). Algunos trabajos señalan que los chicos que han experimentado estrés agudo tienden a presentar hiperactividad y agitación, mientras que las repuestas de inhibición y retraimiento son producto de algún tipo de depleción noradrenérgica cerebral que es resultado de la sobre-estimulación reiterada de los sistemas de lucha y fuga.

El problema es evidentemente más complejo y se presta a interesantes correlaciones entre las hipótesis neuroquímicas y las psicosociales, que llegan incluso a extenderse a la cuestión de la depresión.

Donde sí hay en general cierta coincidencia es en señalar que en el curso del tratamiento de niños y adolescentes que han estado sometidos a estrés tienen especial importancia la movilización de la agresión y las fantasías de venganza, cuyo abordaje, además de una función de descarga catártica, permite lo que podríamos llamar la metabolización psíquica del trauma y logra destrabar el desarrollo evolutivo que a veces se detiene o altera en algunos sectores.

Estos procesos nos revelan una compleja dinámica intrapsíquica individual que se pone en marcha ante las situaciones de estrés. Pero no por ello dejan de ser de utilidad las observaciones sistemáticas de grupos de sujetos a partir de sus manifestaciones externas, considerando su evolución a lo largo del tiempo.

¿Qué nos muestran, por ejemplo, los estudios sobre TEPT en niños y adolescentes?

Clínicamente, los síntomas de estrés postraumático más comunes en niños y adolescentes son: (Pynoos, 1990; Kassam-Adams et el, 2012):

- Miedos recurrentes
- Evitación de sujetos y situaciones que se asocian al trauma

- Imágenes intrusivas en forma de sueños o pesadillas
- Concomitantes fisiológicos de la angustia
- Dramatizaciones de la situación traumática
- Cambios de personalidad (aislamiento, depresión, irritabilidad)
- Evidencia de la acción de mecanismos defensivos como identificación con el agresor y evitación fóbica

Como se puede observar, muchos de estos síntomas coinciden con las manifestaciones clínicas del estrés subagudo o crónico que mencionamos antes, y en este sentido es necesario señalar que más allá de los síntomas postraumáticos específicos, el trauma o estrés agudo también produce disrupciones en la resolución de los logros del desarrollo correspondientes a la edad del sujeto cuando ocurrió el suceso. Por ejemplo: trastornos en la modulación de la agresión, en la destreza motora y el control de esfínteres, en el dominio de la ansiedad de separación, en el establecimiento del sentido de autonomía e independencia y en el mantenimiento de la confianza en los cuidadores.

8 e EL COLAPSO DE LA REPRESA BUFFALO CREEK

OBSERVACIONES SOBRE SITUACIONES DE CATASTROFE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En cuanto a las investigaciones sobre seguimiento a largo plazo en TEPT en niños y adolescentes, se ha acumulado una copiosa bibliografía. Uno de los trabajos más medulosos y metodológicamente rigurosos fue el publicado por Green y colaboradores (1994), de la Universidad de Cincinatti, sobre un follow up de 17 años con niños sobrevivientes del colapso de la represa Buffalo Creek.

Allí ocurrió algo de eso que uno sólo ve en las películas de cine-catástrofe. El 26 de febrero de 1972, luego de cinco días de lluvias torrenciales, el dique de Buffalo Creek se derrumbó y dio lugar a la súbita inundación de agua y barro de un valle y de la población allí ubicada. Murieron 125 pobladores y varios miles quedaron sin vivienda. El Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Cincinatti, que se hizo cargo de gran parte de la atención psicopatológica, estudió en 1991 a 99

adultos jóvenes que a su vez habían sido previamente estudiados poco tiempo después del desastre, cuando contaban entre 2 y 15 años de edad. A la vez, los investigadores compararon este grupo de sobrevivientes del desastre con una muestra de individuos no expuestos pertenecientes a una comunidad demográfica y culturalmente similar del este de Kentucky.

De los niños expuestos, el 80% había perdido su hogar en el colapso de la represa, y aunque sólo el 7% había sufrido heridas importantes, el 41% había visto cadáveres de personas conocidas muertas por la catástrofe.

Como era de esperar, los síntomas presentes inicialmente, como ansiedad, irritabilidad, quejas somáticas y agitación, disminuyeron significativamente en este período de 17 años. No varió demasiado la tasa de depresión y, por otro lado, se incrementó el abuso de alcohol, droga e ideación suicida que no estaban presentes en la muestra original. Naturalmente, esto último se relaciona con el cambio de edad del grupo, ahora 17 años mayor que en la muestra original, cuando tenían entre 2 y 15 años.

Lo interesante del caso es que ambos grupos, el de Buffalo Creek (los expuestos al estrés) y el de Kentucky (que no habían sufrido la catástrofe), eran muy similares en cuanto a su funcionamiento actual en la mayoría de las áreas (laboral, académica, familiar), aunque los de Buffalo Creek aún tenían tasas más altas de TEPT. A posteriori de la inundación, aproximadamente 1/3 de los niños desarrolló TEPT en algún momento; en el follow up había un 7% del trastorno.

En Argentina existe una serie de publicaciones sobre estrés referidas a adultos o jóvenes, relacionadas con la Guerra de Malvinas, el terrorismo de Estado, la explosión de Río Tercero, los atentados a la AMIA y la embajada de Israel, y el incendio de Cromagnon. Algunos de esos trabajos se atienen a la visión acotada de las manifestaciones según el DSM. Otros, en cambio, ponen un fuerte acento en la herida social y sus determinantes así como en el rol del Estado en la rehabilitación del sujeto.

Las consecuencias del huracán Katrina en Nueva Orleans también dieron lugar a numerosas observaciones de reciente publicación. Kesser y cols. (2009) estudiaron trastornos emocionales serios en 797 chicos de 4 a 17 años dos años después del huracán. Los chicos que tuvieron más frecuencia de perturbaciones fueron los que habían sufrido la pérdida de un familiar directo y aquellos que presentaban una patología previa.

La cuestión de la pérdida de un familiar nos abre otro aspecto de interés. Pynoos (2009) estudió jóvenes que habían padecido el terremoto de Spitak, Armenia, en 1988, y comparó a aquellos que habían sufrido la pérdida de un familiar directo con otros que habían padecido la misma catástrofe natural pero que no habían sufrido la muerte de ningún familiar. La conclusión fue que la pérdida de ambos padres, y en menor grado la pérdida del padre, es un importante factor de riesgo para depresión, pero no lo sería tanto para TEPT.

A veces se produce lo que algunos autores (Pfefferbaum y cols., 2008) llaman duelo traumático, cuando la situación de desastre trae aparejada la pérdida de un ser querido. En esos casos, los recuerdos e imágenes pueden ser tan terroríficos que el niño reprime todos los otros pensamientos o recuerdos de la persona perdida que servirían de confort y lo acompañarían durante el proceso de duelo. De tal modo, se pierde al objeto y se aliena una parte del self ligada a él.

Se han efectuado estudios semejantes con otras situaciones de catástrofe y consiguiente estrés agudo. Existe en la mayoría de los trabajos, y esto se ve bien en el estudio de Buffalo Creek, una tendencia a diferencias significativas en la respuesta a largo plazo, en función de la edad del sujeto. Las personas adultas muestran que a pesar de que los síntomas declinan con el tiempo, sin embargo mantienen tasas definitivamente superiores de TEPT, ansiedad y depresión en relación con testigos no expuestos al estrés. Sin embargo, en los chicos, con el correr del tiempo los efectos disminuyen sustancialmente y su perfil epidemiológico es semejante al de los grupos no expuestos, aun cuando, como en el grupo de Buffalo Creek, sólo un puñado de ellos había recibido atención psicológica.

Hay bastantes datos que sugieren una tendencia en los chicos de mayor edad a evidenciar mayores secuelas. Ya en los adolescentes mayores, la respuesta comienza a ser cada vez más semejante a la de los adultos.

Los niños de edad preescolar en el momento de estrés agudo tienen más respuestas inespecíficas del tipo regresivo y de desorganización en la conducta como los mencionados antes, mientras que los de edad escolar muestran más temores específicos respecto de la situación traumática, trastornos del sueño y problemas escolares. De todas formas, el hecho que señalaron los investigadores de Buffalo Creek y que coincide con nuestra experiencia y con lo que se señala en diversos trabajos, es que las diferencias iniciales en la respuesta ante situaciones de estrés agudo parecen deberse no sólo a diferencias en la magnitud del impacto sufrido, sino a que **la expresión sintomática varía sustancialmente de acuerdo con la edad del sujeto**.

La otra cuestión que se señala en diferentes trabajos es que el daño de los chicos guarda relación directa tanto con su exposición a aspectos específicos del trauma como con el grado de adaptación y recuperación de sus padres y con la atmósfera general del hogar. **Si se encuentran inmersos en un medio favorable, la mayor parte de los individuos pueden ser resilientes a mediano plazo**. Esto se ve favorecido cuando las organizaciones gubernamentales responden rápido y en forma eficaz, tanto en cuanto a atención médico-psicológica como en relación con soporte social y reconocimiento.

De modo que tenemos **el trauma, la edad y el ambiente**. Todos estos ingredientes van a ser determinantes del grado de estabilidad que pueda alcanzar y/o mantener el self.

8 f EL AMBIENTE PSICOLÓGICO Y EL ESTRÉS ACUMULATIVO

Buscando ampliar la mirada más allá de las situaciones catastróficas de estrés agudo, y reconsiderando las ideas freudianas sobre el trauma, Kohut y Wolf (1978) han señalado cómo las historias clínicas psicoanalíticas solían destacar ciertos incidentes dramáticos, ciertos hechos groseramente traumáticos, desde el hecho de

presenciar la “escena primaria” hasta la pérdida de un progenitor en la infancia. “Pero hemos llegado a pensar”, dicen Kohut y Wolf, “que tales hechos traumáticos pueden no ser más que indicios que apuntan a los factores verdaderamente patógenos, esto es, la atmósfera insalubre a las que se vio expuesto el niño durante los años en que se estableció su self”.

Sin quitarle importancia a las situaciones de trauma que determinan el estrés agudo, esto nos conduce a atender también a la significación de las situaciones de estrés acumulativo. Allí podemos apreciar cómo incluso el self vulnerable de un niño o adolescente puede hacer frente a estrés grave si está arraigado en un medio saludablemente sustentador. Si, en cambio, ese medio fracasa reiteradamente, se produce una realimentación patógena del estrés.

En el campo de los estudios del desarrollo temprano desde una perspectiva psicoanalítica, los investigadores que enfocaron los procesos de mentalización, como Fonagy y Bateman (2006), han informado hallazgos semejantes al considerar el efecto de las situaciones de abuso. Los traumas tempranos, asociados a la experimentación de amenazas sostenidas a la integridad personal, promueven una hiperactivación de los sistemas de apego que llega incluso a la búsqueda de proximidad con la persona abusadora.

En los niños, esto inhibe la capacidad para pensar en sus estados mentales, lo que Fonagy llama la pérdida de la mentalización. Lo que ocurre es que sólo pensar en el estado mental de la persona abusadora, en tanto figura parental, es demasiado doloroso. Algo semejante parece ocurrir con los sobrevivientes a otro tipo de traumas.

El efecto a largo plazo es que estas fallas en la mentalización conspiran contra la posibilidad de desarrollar un self cohesivo que pueda sacar provecho de las relaciones afectivas en vez de aterrarse o eludirlas.

En síntesis, la consideración de la existencia de las situaciones de estrés nos permite enriquecer, en la práctica clínica con niños y adolescentes, nuestra visión de muchas situaciones clínicas en las cuales esos eventos pueden ser un elemento

importante en la psicopatología. A su vez, en los casos de situaciones de catástrofe o trauma agudo severo, nos permite también prevenir el efecto perturbador que dichos estados pueden aparejar sobre los procesos evolutivos propios de las etapas iniciales de la vida.

CAPÍTULO 9

PSICOPATOLOGÍA DE LAS ADICCIONES Y VULNERABILIDAD ADOLESCENTE

Entre las transferencias narcisistas y los circuitos cerebrales de refuerzo

> "La biología es verdaderamente un reino de posibilidades ilimitadas; tenemos que esperar de ella los esclarecimientos más sorprendentes y no podemos columbrar las respuestas que decenios más tarde dará a los interrogantes que le planteamos."
> Freud, S., 1920

> "Psychoanalysts need neurobiology and neurobiologists need psychoanalysis."
> Kandel, 1999

Freud supo vislumbrar, adelantándose a su tiempo, la luz que el psicoanálisis y la neurobiología iban a echar sobre nuestros interrogantes clínicos y teóricos. Por cierto, es aún extenso el trayecto por recorrer, pero ello no nos autoriza a despreciar los avances incipientes.

9 a EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las adicciones constituyen una pandemia social, un problema psicopatológico y un embrollo jurídico. Hoy nadie duda que el abuso de drogas es un fenómeno dinámico y multideterminado, que requiere de una confluencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Aun cuando es cierto que hay casos típicos, tenemos derecho a desconfiar de cualquier teoría o explicación única del abuso de drogas.

En este capítulo nos referiremos a algunos aspectos de la psicopatología y la clínica de las adicciones en los adolescentes buscando la confluencia entre los aportes del psicoanálisis y los de otras disciplinas del campo de la salud mental, como las neurociencias. En ese contexto, la vulnerabilidad es uno de los puntos centrales, y tanto el estado del self como el desequilibrio narcisista propio de la adolescencia se hallan íntimamente relacionados con dicha vulnerabilidad.

Si bien no existe prácticamente período de la vida en el que el riesgo de adicción esté ausente, está demostrado que niños y adolescentes son los grupos etarios más proclives. El problema de las drogas constituye un verdadero desafío para las generaciones jóvenes (Kaminer y Tarter, 2004; Kosten, 2003; Pumariega, Rodríguez, Kilgus, 2004).

También representa un desafío para los profesionales de la salud mental. Y es bien sabido que muchos colegas evitan estos pacientes o sufren cierta incomodidad al enfrentarse con un adolescente que abusa de las drogas.

Aunque pocas veces se lo admita abiertamente, la consulta con el paciente adicto constituye con frecuencia una experiencia molesta, difícil y desalentadora en la que el analista se siente por momentos desarmado o impotente aunque sea un profesional experimentado. Así, le resulta complicado mantener una actitud confiada, objetiva y no enjuiciadora, necesaria para el éxito terapéutico. La valoración narcisista de su rol analítico se ve socavada en el abordaje de casos que implican una probabilidad alta de fracaso del tratamiento, que suelen presentar dificultades en el contacto con el paciente o su familia y que además pueden poner sobre el tapete la cosmovisión del analista y su actitud ante el uso de sustancias químicas que afectan el estado de ánimo.

Hoy es posible encontrar, en muchos pensadores del campo psicoanalítico, profundas formulaciones que buscan dar cuenta de la complejidad de las constelaciones adictivas. El elogio del instrumento analítico encuentra entonces su contrapartida en cierto tono discretamente peyorativo con el que resultan calificados (o “descalificados”) los productos de la transferencia y los vínculos del sujeto adicto. Cierto es que la reacción terapéutica negativa (RTN), por ejemplo, es un obstáculo frecuente en el análisis de estos pacientes, pero su aparición, influida por el tipo de estructura de personalidad subyacente, no es necesariamente un ingrediente central o un impedimento definitivo en estos casos. El consumo de drogas abarca un amplio espectro de personalidades de base y, en consecuencia, pueden generarse diversas variantes transferenciales. Pretender enfocar todos los casos usando los mismos parámetros y supuestos básicos conduce necesariamente al desencuentro y a la dificultad en el contacto intersubjetivo. Por

ejemplo, el paciente que es predominantemente captado desde la perspectiva de su hostilidad reacciona frecuentemente con sumisión o con rabia hacia el terapeuta, que como un integrante más del *establishment* ve confirmada fácilmente su propia perspectiva: la asociación entre lo malo –la falla moral para el imaginario social– y la conducta adictiva.

Si repasamos buena parte de la bibliografía analítica sobre adicciones, encontramos una serie variada de conceptos que pueden estar reflejando, a través de un ingrediente crítico, la respuesta del analista ante el despecho que a veces sufre durante el tratamiento de estos pacientes-problema: resistencia narcisista, manipulación, objetos tiránicos, arrogancia, ataques maníacos, pacto perverso, desafío tanático signado por la pulsión de muerte, obturación de la triangulación, narcisismo maligno, ataque al pensamiento. Estas son sólo algunas precisas formulaciones que pueden estar señalando: a) las complicaciones de la clínica analítica de las adicciones; y b) la insuficiencia del instrumento utilizado cuando no se amplía la perspectiva. No es casual que J. Riviere (1936), la autora de uno de los trabajos clásicos sobre RTN, haya advertido lúcidamente que algunos aspectos de la transferencia de estos pacientes pueden constituir un golpe para el narcisismo del analista que afecta su instrumento de trabajo.

La cuestión es que cualquiera sea la perspectiva o la técnica que utilicemos, los pacientes adictos constituyen un reto, y Brandchaft (1999) se ha preguntado: "¿Cuán a menudo cierta falsedad del paciente acerca de sus propias metas, experiencias o sentimientos puede llegar a ser fomentada inconscientemente por respuestas del analista que le indican que sus sentimientos son defensivos, anacrónicos, destructivos u obstructivos?".

LA ADICCIÓN Y SUS PERSPECTIVAS

Naturalmente, una visión completa del tema requiere demasiado espacio. Intentemos, sin embargo, una reseña de algunas perspectivas que conviene no desestimar para tener una visión actualizada. Algunos elementos pertenecen a la geografía que transita habitualmente cualquier psicoterapeuta. Otros provienen de áreas relacionadas que no pueden ser ignoradas gratuitamente. Ampliar nuestro

espacio mental para dar lugar a los aportes de la interdisciplina nos da la posibilidad de movernos con mayor eficacia en un terreno que no tiene por qué quedar marginado en la periferia de la terapia psicoanalítica.

Veamos entonces algunos puntos a considerar:

1) Aspectos del desarrollo evolutivo que incluyen la difícil delimitación entre normalidad y patología en la adolescencia. La depresión juvenil y su relación con el consumo de drogas.

2) La transformación narcisista de la adolescencia, las vivencias de vacío y el campo intersubjetivo.

3) La neurobiología y los cambios neuroquímicos asociados con la transición del consumo de sustancias a la adicción. Los sistemas cerebrales de refuerzo o recompensa y la motivación. La patología dual.

4) La vulnerabilidad que resulta de las circunstancias anteriores y su inclusión en un modelo integral de las adicciones. La mirada social. Las drogas y la persona.

9 b DESARROLLO EVOLUTIVO

Hoy es un lugar común la relación entre adolescencia y uso y abuso de drogas. Algunos aspectos evolutivos nos pueden ser de utilidad para comprender mejor las adicciones en adolescentes:

a) Lo específico de la psicopatología en niños y adolescentes es su **carácter evolutivo**: ellos están inmersos en un desarrollo madurativo continuo que hace que lo que puede parecer patológico a una edad no sólo no lo es en otra, sino que puede llegar a tener un valor estructurante, de modo que su ausencia a veces denuncia un trastorno patológico. En cuanto a las drogas, familiares y/o terapeutas pueden caer en el error de confundir el uso esporádico recreativo de sustancias psicoactivas con el abuso y la dependencia adictiva. Las fantasías subyacentes y la significación psicopatológica son muy diferentes y, por ende, las medidas a implementar también son diferentes.

b) La **crisis adolescente** implica una profunda transformación de las estructuras del psiquismo y de la inserción social del sujeto.

Esta transformación personal genera diversas manifestaciones que esquemáticamente podemos agrupar en cuatro áreas: i) la identidad; iiI) el cuerpo y las funciones vitales (sueño, alimentación, sexualidad); iii) los procesos de mentalización que incluyen el estado de humor; y iv) los problemas de la acción, el paso al acto. Desde las cuatro áreas encontramos determinantes para el consumo de sustancias. Tanto las alteraciones de la identidad como los cambios pulsionales y las alteraciones del humor generan displacer, mientras que el paso al acto, asociado a un control precario de los impulsos, provee por una parte placer inmediato y por otra cierto alivio de las vivencias desagradables a través de la droga que actúa en el sistema nervioso central.

Wieder y Kaplan (1969), de los primeros psicoanalistas que estudiaron en forma pormenorizada el tema en adolescentes, subrayaron el rol que las drogas cumplen para reducir el distrés y mantener la homeostasis en adolescentes, como una suerte de “prótesis estructural”.

En todas las áreas suceden transformaciones y disrupciones, se generan síntomas que son capturados por el entorno social y catalogados por los médicos, los sociólogos, los periodistas y los psicoanalistas.

c) **Vulnerabilidad y afectos depresivos**: reasignación de prioridades libidinales, duelo por la pérdida y duelo anticipatorio; durante la fase adolescente son sumamente frecuentes las manifestaciones de tipo depresivo, que suelen incluir una clásica nostalgia angustiosa, esa difusa melancolía existencial que tan bien reflejan los jóvenes creativos o los escritores que han sabido describir las vivencias interiores de los jóvenes en esos años hipersensibles, a veces vacilantes y opresivos. Sirvan de ejemplo las obras de Herman Hesse, el *Retrato de un artista adolescente*, de James Joyce; *La infancia de un jefe*, de Jean P Sartre o, entre los argentinos, *El juguete rabioso*, de Roberto Arlt.

Sucede también que los sentimientos típicamente depresivos, el humor triste, son muchas veces negados u ocultados, en especial por los adolescentes varones,

que los asocian con blandura, debilidad o falta de hombría. Muestran más, en cambio, la apatía y la abulia, el vacío afectivo, la falta de concentración, el aburrimiento, la fatiga y la irritabilidad.

Además de la negación de los afectos depresivos, en forma compensatoria puede aparecer la **tendencia a la acción**, el paso al acto, que lleva a reacciones impulsivas y a conductas violentas o delictivas. La tendencia a la acción se asocia con frecuencia al consumo de sustancias psicoactivas y a otras formas de búsqueda de estimulación tales como las conductas de riesgo o la promiscuidad sexual. Son los mecanismos que McDougall (1978, 1993) describió en el paciente desafectivizado cuando el sujeto intenta compensar el hueco que padece en su vida emocional.

Introversión y sufrimiento mental son elementos propios del escenario adolescente, muchas veces transitorios y sin significado patológico. De todas maneras, la persistencia, continuidad y profundidad de los afectos depresivos en adolescentes son datos significativos que con frecuencia se asocian al consumo adictivo de sustancias y marcan una diferencia con las oscilaciones circunstanciales del humor y las transformaciones propias de la crisis evolutiva mencionadas en el ítem anterior que acompañan el consumo esporádico.

9 c EL EQUILIBRIO NARCISISTA Y SUS OSCILACIONES. LA HIPÓTESIS DE LA AUTOMEDICACIÓN

La clásica visión de la adolescencia se sustenta en el papel protagónico que tienen los cambios pulsionales que suceden en este período (Freud, S., 1905, 1925 y 1939; Jones, 1922; Freud, A., 1957). Más cercano a nuestros tiempos, Laufer y Laufer (1984) han señalado la naturaleza del impacto potencialmente traumático que puede tener en algunos adolescentes la llegada a la madurez física de la pubertad. La adolescencia resulta ser entonces la continuación del desarrollo psicosexual interrumpido por la latencia. El tema esencial: la reactivación del drama edípico y los duelos que lo acompañan.

Pero la transformación adolescente implica también una reorganización del equilibrio narcisista alcanzado en etapas anteriores y una conmoción de los mecanismos reguladores de la autoestima. Las sustanciales modificaciones de la imagen corporal y la activación del desarrollo cognitivo causan en el joven un impacto de tal magnitud que trae aparejada una completa reestructuración de su self. El paulatino reemplazo de una representación duradera del self por otra puede poner en peligro a un self cuyo establecimiento nuclear había sido deficiente. La concomitante desidealización de las figuras parentales debilita otro soporte narcisista y entraña un aumento de la vulnerabilidad del self. Entonces, nuevos ídolos o ideales, la sumisión a la cultura o la formación de una contracultura pueden servir por igual para restaurar una autoestima vacilante.

Pensamos que el narcisismo y la intersubjetividad son dos ejes centrales a la hora de considerar la patología adolescente y en especial el abuso de drogas. En los pacientes jóvenes se pueden apreciar con claridad estados de desequilibrio narcisista que son versiones amplificadas de aquellos que forman parte de la vida cotidiana. Los jóvenes suelen sentirse aburridos, apáticos, encarcelados en su timidez o desvitalizados por el tedio. Aman y elogian, odian y desprecian sin solución de continuidad, “surfeando” en la superficie de sus olas emocionales. A veces se hunden en cavilaciones existenciales mientras se agitan los sectores de la personalidad que regulan el estado de sí mismo –el self– y la valorización que el sujeto hace de sí, la autoestima.

El self puede perder cohesión, vigor o integración y la identidad se ve afectada. Hasta fugaces períodos de despersonalización o desrealización pueden ser propios de una adolescencia normal o una severamente perturbada.

Entonces, vamos a encontrar que el funcionamiento del psiquismo en algunos jóvenes con adolescencias difíciles es bastante similar al de sujetos que se mueven en un rango borderline, con impulsividad caótica y afectividad turbulenta (Ortiz Frágola, 1999, 2000, 2017). Naturalmente, el carácter transitorio, breve, del desequilibrio narcisista, se asocia con benignidad del proceso y consumo

esporádico. Su persistencia es, en cambio, típica en el abuso y la dependencia de drogas.

También ocurre algo similar con ciertos mecanismos que el sujeto utiliza para enfrentar sus vivencias desagradables. Así, los estados autoinducidos de tensión, en los que se buscan intencionalmente situaciones de extremo esfuerzo, agotamiento o dolor, actúan como una suerte de estimulante afectivo y sensorial que permite acercarse a los límites y llevan de la apatía a la euforia. Otras veces el sufrimiento narcisista determina la búsqueda de alguna estimulación que permita recuperar la vivencia de un sí mismo cohesivo, firme, valioso, la sensación de estar vivo. Los recursos son diversos: la hipersociabilidad, la sexualidad compulsiva o **el uso de sustancias psicoactivas** (Ortiz Frágola, 2007; Pumariega, Rodríguez, Kilgus, 2004).

Si reflexionamos acerca de estas constelaciones psicopatológicas, es muy probable que evoquemos nuestra experiencia con los pacientes adictos que hayamos tratado.

Pero también la clínica de la transferencia o la simple observación atenta de la vida psíquica de personas del rango neurótico nos dejan ver ejemplos de lo que es el sufrimiento narcisista y de cómo el uso de sustancias químicas puede ser uno de los mecanismos para sobrellevarlo.

En consecuencia, una hipótesis para tener en cuenta es que cierto uso de drogas en la adolescencia, y el uso de otras sustancias psicoactivas como el alcohol o los fármacos autoadministrados en un período posterior de la vida, en especial ansiolíticos, hipnóticos y analgésicos, pueden cumplir funciones psicológicas y neurobiológicas semejantes.

Otro aspecto a considerar pasa por la repercusión afectiva en el entorno vincular. Los estados mentales juveniles sacuden necesariamente la vida familiar, así como son moldeados o deformados por ese continente. Los terapeutas no escapan tampoco al impacto de esa turbulencia, y pueden verse envueltos en el *turmoil* adolescente. Así surgen las consultas de familiares angustiados por las

situaciones de riesgo en que se coloca un paciente o por la confesión alarmante de su falta de ganas de seguir viviendo así. En el analista o en todo el equipo terapéutico se generan entonces estrés e impotencia que corren paralelos con la vivencia de los familiares y con las experiencias infantiles del paciente.

En el mundo de las relaciones objetales y los vínculos interpersonales, la conmoción narcisista emerge entonces en un campo intersubjetivo compuesto por un self precario y vulnerable inmerso en una matriz de relaciones arcaicas y fallidas. Esto no significa necesariamente un grupo familiar con objetos enloquecedores (García Badaracco, 2000), sino que alcanza con un medioambiente incapaz de sintonizar afectivamente con el sujeto, de brindarle suficiente contención emocional y lograr alguna comprensión empática de sus vivencias. El desbalance narcisista de los padres sumidos en su propia crisis vital, que los deja no disponibles para sus hijos, es moneda corriente en las familias de los jóvenes adictos. Los padres están "fuera del área de cobertura", inalcanzables para las silenciosas necesidades filiales de idealización.

A su vez, en los tramos iniciales del tratamiento, la repetición transferencial del adolescente adicto suele ubicar al analista en un rol paterno vacilante, desconectado de las inquietudes de su hijo y de su escenario, de la alternancia juvenil entre la omnipotencia y la zozobra. Esto puede coincidir con el analista en estado de desconcierto ante un panorama –la dramática de la adicción– que no termina de conocer y comprender o que malinterpreta desde el otro lado de la brecha generacional.

La observación del desarrollo nos muestra que los avatares ya señalados de la transformación adolescente, los cambios puberales, el remodelamiento psíquico, el desequilibrio narcisista y la presión social determinan una especial vulnerabilidad ante la oferta de las drogas.

Las sustancias psicoactivas, insistimos, pueden proveer un alivio transitorio a algunas de las manifestaciones propias de la adolescencia, sea a través de la atenuación de estados afectivos displacenteros o merced al efecto desinhibitorio y

la facilitación del contacto social. En el primer aspecto, al referirnos a las motivaciones para el consumo, hablaremos del **factor automedicación;** en el segundo caso, del **factor recreativo** del uso de drogas.

Fig 1. Manifestaciones de las crisis de adolescencia patológica y (en amarillo) efecto compensador de las drogas de adicción

El problema es también que en la medida en que algunos jóvenes se habitúan a disfrutar de las drogas y a confiar en ellas para afrontar su vida, los procesos normales de integración y complejización del psiquismo se ven interferidos en una atrofia por falta de uso (como un órgano o un músculo) que perturba sus posibilidades de crecimiento y desarrollo mental (Khantzian, 1997, 2003).

Cercana a la perspectiva descripta, que conecta el uso de drogas con la búsqueda de regulación del estado del self afectado por razones evolutivas o psicopatológicas, Ulman y Paul (1989, 1992) han definido lo que llamaron mecanismos adictivos gatillo (*addictive trigger mechanisms*). Estos son sustancias específicas o comportamientos (alcohol, drogas, alimentación, juego patológico) que se usan de manera regular y compulsiva para despertar fantasías arcaicas y estados de éxtasis por su efecto antidepresivo y antiansioso. Este efecto se logra porque estos estados reproducen funciones cumplidas originariamente por los

llamados objetos del self. A las funciones descriptas por Kohut en su *Psicología del Self* (espejamiento, idealización, gemelaridad), estos autores agregan en este caso lo que llaman función de pacificación, que es un intento de aplacar la rabia narcisista y proveer una suerte de anestesia disociativa.

Pero a diferencia de lo que ocurre con los objetos del self propios del desarrollo humano, que cumplen esas funciones de soporte del self y a la par promueven su desarrollo (para que más adelante el self modificado pueda hacerse cargo de gran parte de esas funciones), en estos casos los mecanismos gatillo son vicarios, mimetizan esas funciones pero son incapaces de agregar estructura y transformar al self. Por el contrario, deforman el self y tienen un efecto esterilizante que cosifica a una persona transformándola en un ritual y un hábito deshumanizado.

La pérdida del carácter de humano es central en esta visión de las adicciones. Está presente en el pasado de los vínculos del sujeto adicto y se torna esencial en el tratamiento, cuando el paciente adicto experimenta transferencialmente al analista como una suerte de esponja absorbente (no-humana, más bien un objeto transicional) que humedece y transforma los estados disfóricos de fragmentación o colapso del self, de alienación o de rabia narcisista.

El analista debería permitir ser usado transitoriamente como cosa inanimada, teniendo cuidado de no rechazar las funciones adscriptas ni de gratificarlas contratransferencialmente involucrado. Si bien estas alternativas se van haciendo visibles una vez que se va instalando el lazo transferencial, ya desde el inicio del vínculo con el paciente adicto es necesario que el analista pueda detectar no tanto lo que la droga le hace al paciente, sino más bien lo que la droga hace por él: cuando transcurría el primer año de tratamiento, Martina, que inició su análisis a partir de una internación por sobredosis de cocaína y alcohol, decía: *"La droga es el mejor compañero para alguien como yo… cuando yo tomaba cocaína me sentía más linda, abría más los ojos, tenía una mirada más linda. A mí la cocaína me sentaba bien, me iba con lo que me faltaba a mí para sentirme bien conmigo misma. Era mi peor momento y, sin embargo, en algo me sentía bien conmigo misma".*

Una mirada analítica del sujeto proclive a la adicción va a vislumbrar tarde o temprano algún déficit significativo en cuatro áreas nucleares del funcionamiento psicológico relacionadas con el terreno narcisista: 1) registro y regulación de las emociones; 2) mantenimiento de un sentido estable del self; 3) manejo de los vínculos interpersonales; y 4) cuidado de la propia integridad, incluyendo la habilidad de anticipar las consecuencias de la propia conducta.

Ahora bien, hasta aquí nos hemos referido a la vulnerabilidad poniendo el acento en sus aspectos psicodinámicos, aquellos que surgen en forma nítida en los jóvenes sanos y en la práctica clínica general con adolescentes adictos. Pero los progresos de la neurobiología en los últimos veinte años hacen visibles otros aspectos de la vulnerabilidad vinculados al funcionamiento del cerebro.

9 d NEUROBIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

> "Es lógico que nos sorprenda el hecho de que tan a menudo nos viéramos precisados a aventurarnos más allá de las fronteras de la ciencia psicológica. Los fenómenos que nosotros elaborábamos no pertenecen sólo a la psicología, tienen también un lado orgánico-biológico."
>
> Freud, S., 1938

Los avances en neurociencias están revolucionando la comprensión de los mecanismos involucrados en las adicciones. No se vislumbra razón suficiente para dejar de incorporar los nuevos datos a una teoría general que integre los aportes psicoanalíticos y las investigaciones neurobiológicas. Es apropiado y necesario estar enterado de los últimos descubrimientos y desarrollos en temas que, como la neurobiología de las adicciones, se hacen presentes a diario en nuestra práctica clínica, lo sepamos o no. Esto nos va a permitir no sólo tratar mejor al paciente adicto, sino también comprender más acabadamente muchas manifestaciones de la parte neurótica de la personalidad de jóvenes y de adultos que no necesariamente son abusadores de drogas pero que sí utilizan sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, café, ansiolíticos) en su vida cotidiana en forma recreativa o ante situaciones de estrés psicobiológico.

La primera cuestión a considerar desde esta perspectiva es que las investigaciones neurobiológicas en adicciones han mostrado que **las drogas que**

generan dependencia parecen tomar el comando de zonas filogenéticamente antiguas del cerebro que se ocupan de la regulación de tendencias repetitivas como la alimentación, la sexualidad y la interacción social (funciones que evocan, no por casualidad, los conceptos psicoanalíticos de pulsión o impulso instintivo). Estas áreas cerebrales comprenden el sistema límbico e incluyen la amígdala, el núcleo accumbens y el área tegmental ventral (Bickel, 2006). Los circuitos vinculados a esta zona proveen sensaciones de placer, que también son activadas por las drogas de abuso. Además, el sistema límbico es responsable de nuestra percepción de las emociones, lo que explica la propiedad que tienen todas estas sustancias de alterar el humor. Más aún, evidencias adicionales sugieren que las zonas más "modernas" del cerebro, como la corteza frontal, parecen quedar *off line* tanto estructural como funcionalmente durante el proceso de adicción. Pero la corteza frontal o cerebro anterior, que queda relegada en las adicciones, está relacionada con el pensamiento abstracto, con la capacidad de planear, de resolver problemas complejos y tomar decisiones. En otras palabras, podríamos decir que el cerebro se torna más primitivo en su modo de funcionar y pierde logros evolutivos alcanzados previamente.

Ahora bien, decimos que las drogas de adicción se apropian del comando de ciertos circuitos, pero ¿cómo sucede esto?

Es relativamente simple. Las células del sistema nervioso se comunican entre sí y conforman circuitos –envían, reciben y procesan información– a través de sustancias químicas que son los neurotransmisores. Y bien, algunas drogas adictivas, como la marihuana o los opiáceos (morfina, heroína, analgésicos opiáceos) tienen una semejanza estructural con los neurotransmisores, entonces "engañan" a las neuronas y generan mensajes falsos que producen una disrupción en la red.

Otras drogas, como la cocaína, el éxtasis o las anfetaminas clásicas, provocan una liberación de gran cantidad de neurotransmisores normales que inundan y también distorsionan los canales de comunicación, a la par que agotan las reservas naturales de esos transmisores (Volkow, NIDA, 2007).

En última instancia, todas las drogas de adicción producen liberación de dopamina en las zonas cerebrales mencionadas, generan placer y cierto grado de euforia. Esto va de la mano con que **todas activan los** c**ircuitos o sistemas cerebrales de refuerzo (*brain systems of reward*).**

¿Qué implica esto? Cada vez que se activan estos circuitos, el cerebro advierte que algo importante está ocurriendo, que debe ser recordado (aunque sea de manera inconsciente, diríamos como psicoanalistas) y luego repetido (sin elaboración, por supuesto). Son conductas necesarias para la supervivencia del individuo y la especie (alimentación, sexualidad). Y como las drogas de adicción activan estos circuitos, el consumo, que al principio era voluntario y ocasional, se transforma paulatinamente en compulsivo. En inglés, esta "hambre" por consumir droga se denomina ***craving***. Es una fuerza, una tendencia imperiosa a consumir la sustancia de adicción. (Ni la complejidad del tema ni el propósito de este trabajo justifican el salto epistemológico que implica el intento de relacionar este término con el concepto de pulsión en psicoanálisis, pero es un terreno interesante para la especulación que está comenzando a ser abordado por algunos autores (véase Khantzian, 2003, y en ese mismo artículo los comentarios de Panksepp, Johnson, Koob y Clifford Yorke).

Los activadores naturales de los circuitos de refuerzo como la comida o el objeto sexual despiertan fuertes y apasionados apetitos. Sin embargo, en los cuadros de adicción, la droga los supera. Por eso se afectan vidas, salud física, relaciones de amor y familias. Y decimos que los supera porque cuando se consumen las drogas de adicción se libera de 2 a 10 veces más cantidad de dopamina que ante los refuerzos naturales (Spanagel, Weiss, 1999), y esto produce un muy poderoso factor de motivación, es decir, esa conducta tiende a ser repetida más allá del obstáculo que se interponga en el camino. A su vez en el cerebro del sujeto adicto, los reforzadores naturales como alimento o sexualidad pasan a ejercer un menor efecto. Esto tiene que ver con cambios celulares que se producen a raíz del proceso de "aprendizaje" que conlleva el consumo de drogas, la llamada **neuroplasticidad**. Pechnik et al. (2007) han señalado que al comienzo, en el uso inicial de cualquier sustancia participa una decisión voluntaria, pero con la

administración repetida de la droga, esa elección se torna progresivamente menos voluntaria y más influenciada por la adaptación del cerebro a la presencia crónica de la sustancia.

¿Cómo y por qué se producen esos cambios?

La transición del uso recreativo a la adicción está asociada con cambios en el funcionamiento neuronal que se acumulan con la administración repetida y que disminuyen paulatinamente con el tiempo luego de la discontinuación del uso. Esto lo vivió cualquier ex fumador.

De la misma manera en que bajamos el volumen de una radio que suena demasiado fuerte, el cerebro reacciona ante la inundación de dopamina y otros neurotransmisores asociada a la ingesta repetida de droga, a través de disminuir la producción de dopamina o disminuyendo el número de receptores que reciben y envían señales. Este descenso del número y sensibilidad de los receptores que sigue a la administración repetida de la droga se llama *down regulation*. Como consecuencia, el impacto de la dopamina en los circuitos de refuerzo del adicto es anormalmente bajo y esto se relaciona con las manifestaciones de depresión, indiferencia y profundo desinterés que dominan su panorama emocional. En términos farmacológicos se habla de tolerancia; la misma cantidad de droga produce cada vez menos efecto y en consecuencia, se tiende a aumentar la dosis progresivamente para lograr el efecto de antes.

La activación de los circuitos de refuerzo positivo, que llevan al sujeto a volver a consumir para obtener nuevamente placer, la disfunción hedónica de estos circuitos, ha sido llamada el **"lado luminoso de las drogas de adicción"** (Koob, 2006). Pero en estrecha relación con los anteriores vamos a hallar los llamados **circuitos de refuerzo negativo:** las drogas pueden también actuar como refuerzo al aliviar estados anímicos negativos previos, como dolor, angustia, depresión, aburrimiento o inhibición social, manifestaciones frecuentes y típicas en la juventud. Esta forma de refuerzo es también llamada **refuerzo negativo**. Aquí tendríamos el **factor automedicación**. La droga encaja, podríamos decir, en una deficiencia del sujeto y la alivia temporalmente.

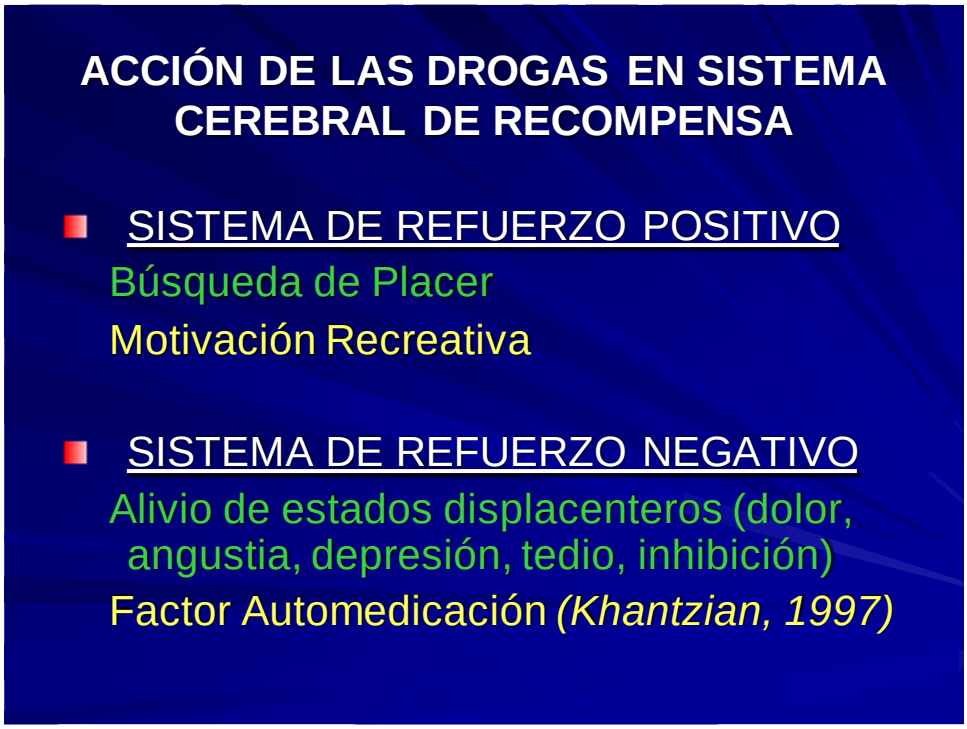


Fig 2. Sistemas cerebrales de refuerzo (*brain reward systems*)

Una forma especial de refuerzo negativo es el alivio de los síntomas de abstinencia, que son manifestaciones displacenteras que aparecen en el sujeto que interrumpe o disminuye el consumo de una sustancia de adicción. Sabemos que cuando la dependencia se establece, el alivio de estos síntomas puede convertirse en un potente refuerzo para continuar el consumo de drogas (Palomo y Ponce, 2002). Este ha sido llamado **"el lado oscuro de las drogas de abuso".** Hay que volver a consumirlas, ya no por placer sino para aliviar el sufrimiento de no consumirlas.

Cualquier profesional que haya tratado pacientes adictos conoce el problema de la posibilidad de la **recaída**. La vulnerabilidad a las recaídas, aun luego de largos años de abstinencia, implica (Kalivas y Volkow, 2007) la confluencia de cambios en el funcionamiento cerebral resultado de injuria química (uso repetido de la droga),

disposición genética, desestabilización emocional y disparadores ambientales aprendidos.

Finalmente, dos áreas en las que las futuras investigaciones arrojarán datos significativos en los próximos años son el sistema endocannabinoide y los circuitos que actúan en la modulación del estrés.

Respecto del **sistema endocannabinoide**, aunque hasta aquí para simplificar hemos preferido no referirnos a ninguna droga en particular, conviene dedicar un párrafo a la marihuana, por ser la sustancia hasta ahora ilícita más consumida por los adolescentes en Argentina y en general en el mundo occidental, sujeta además a fuertes polémicas a propósito de su legalización. En el análisis de cualquier paciente joven de nuestro tiempo, el tema del uso de marihuana, ni qué hablar del alcohol, suele aparecer directa o indirectamente.

Es imprescindible permanecer actualizado en los desarrollos sobre este tema, presente en la clínica cotidiana. La presión social a favor del consumo no deja ver con claridad el potencial adictivo y la relación con las psicosis en algunos pacientes, así como el prejuicio médico hace difícil distinguir entre los pretextos que se publicitan para justificar y difundir su consumo, del potencial que tienen las investigaciones recientes sobre los canabinoides como analgésicos, que podrían ocupar un lugar que facilite la disminución del uso de los fármacos para el tratamiento del dolor que son derivados opiáceos, hoy epidemia en Europa y el norte de nuestro continente (Volkow, 2017)

Los agentes psicoactivos presentes en la marihuana son los cannabinoides. El más importante es el 5 tetrahidrocanabinol (5THC). Pues bien, ya en la década del 90 se identificaron receptores cannabinoides distribuidos en la corteza cerebral y núcleos de la base, que son entonces los lugares de acción de la marihuana.

El descubrimiento de estos receptores estimuló la búsqueda de los transmisores endógenos con los cuales estos receptores interactúan en forma natural (Gold, Frost-Pineda, Jacobs, 2004).

Devane aisló en 1992 el primer cannabinoide endógeno, que es llamado anandamida. Así, la secuencia opio-receptores opioides-opiáceos endógenos parece repetirse con la marihuana y las anandamidas.

Dicho de otro modo, la marihuana provee un agente externo, el THC, que actúa en los mismos lugares del cerebro donde actúan las anandamidas, que son sustancias naturales del organismo.

Pero quizás lo más importante es la observación experimental de la capacidad reforzante. Aunque en este sentido la **anandamida** es menos potente que los opiáceos, **comparte con éstos los lugares de acción en el cerebro y diversas propiedades farmacológicas,** como la participación en los circuitos que regulan la percepción del dolor (Martin, 2004).

Otro dato curioso e interesante es que se ha hallado anandamida en el chocolate, un alimento para muchos difícil de resistir.

Uno de los desafíos que enfrentan actualmente los investigadores es dilucidar con precisión el rol fisiológico del llamado sistema endocannabinoide. Éste abarca receptores distribuidos tanto en el cerebro como en otras regiones del organismo y no sólo está involucrado en mecanismos de refuerzo, vías de dolor y analgesia, sino también con procesos cognoscitivos y con el apetito y el metabolismo. Se sabe que hay relación con el llamado síndrome metabólico, la obesidad y la patología cardiovascular.

En cuanto al estrés, las drogas de abuso son también poderosos activadores de los neurocircuitos vinculados al estrés, entre ellos el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA).

En una línea cercana a la cuestión del estrés, hechos clínicos y experimentales permiten correlacionar los corticosteroides (hormonas que actúan en el estrés) con la vulnerabilidad al abuso de drogas y también al padecimiento de trastornos afectivos y cuadros de angustia (Alamo, 2002).

Volviendo al tema de la vulnerabilidad, nos queda por agregar que también se ha demostrado que los factores genéticos juegan también un papel de peso.

Sólo a modo de ejemplo mencionaremos que las ratas Lewis, una cepa con conducta preferencial por drogas de abuso, presentan un perfil bioquímico en núcleo accumbens y área tegmental ventral similar al de otras ratas tratadas

crónicamente con opiáceos, cocaína o alcohol (Guitart, 1993). Parece que estos cambios bioquímicos, conductuales y estructurales se producen como consecuencia de una alteración en la carga genética celular inducida por el consumo de drogas. De modo que el cerebro de las ratas con tendencia genética a la adicción se parece mucho al de las ratas no predispuestas, pero que consumieron drogas durante cierto tiempo. **El cerebro de éstas últimas se modificó y se convirtió en "cerebro adicto".**

El campo de la investigación genética en humanos tiene mucho para aportar en este problema. Hasta el momento los estudios sugieren que los factores psicológicos y ambientales tienen un papel mayor en el inicio del uso de drogas, mientras que los factores genéticos tienen peso en aquellos sujetos que pasan del uso ocasional al abuso y la dependencia (Hasin, 2006).

9 e LA PATOLOGÍA DUAL

El estrés constituye un puente de unión con la llamada **patología dual**. Al respecto sabemos que la alta comorbilidad entre patología psiquiátrica y dependencia de las drogas tiene tanta trascendencia desde el punto de vista neurobiológico, diagnóstico y terapéutico que ha dado lugar a que se hable de **patología, trastorno o diagnóstico dual**. Esto implica que cada vez que nos hallamos ante un paciente que abusa de drogas es conveniente preguntarse si esa adicción no está acompañada de otro trastorno psicopatológico. Depresión, trastornos de ansiedad, fobias, psicosis y, por supuesto, trastornos fronterizos o narcisistas son moneda corriente cuando tratamos patología adictiva. Los estudios epidemiológicos muestran en este caso que las personas que padecen alguna de las patologías mencionadas tienen una prevalencia de abuso de drogas mucho más alta que la población general (Kandel, Johnson, Bud et al., 1999). Así, por ejemplo, un 32% de las personas que padecen trastornos de ansiedad y un 36% de las que padecen trastornos afectivos presentan cuadros de adicción. Esta cifra se eleva a un 50% para el caso de las psicosis, en las que el abuso de alcohol, tabaco y ansiolíticos es moneda corriente. Pero además, el tema se extiende a los trastornos de personalidad. Es muy frecuente en la clínica de hoy que el paciente que abusa

de drogas presente un trasfondo de personalidad narcisista, borderline o antisocial. Finalmente, en el terreno lindante con la normalidad, fuera del DSM, es muy común que encontremos crisis de adolescencia patológicas en los pacientes jóvenes adictos. Tanto las hipótesis explicativas como las formas transferenciales y la estrategia terapéutica global dependerán entonces no solamente de la adicción, sino de la estructura que la sustenta. **Y si no se reconoce esta patología de base, se incrementa sustancialmente la posibilidad de fracaso del tratamiento.**

Ahora bien, cuando pensamos las adicciones como automedicación, sabemos de la conexión con síntomas o manifestaciones emocionales, no simplemente con diagnósticos psiquiátricos. Muchas personas con problemas en la regulación de los afectos no tienen necesariamente una enfermedad psiquiátrica (Eje I); sí, quizás, hay muchos con trastornos de personalidad. De modo que el planteo de la automedicación no debe apuntar sólo a mecanismos conscientes. No es común que la gente busque en forma consciente sustancias que la hagan sentir mejor, es una búsqueda y hallazgo que se produce de manera sutil e inadvertida en tanto la sustancia psicoactiva esté presente en su medio social y accesible en el mercado.

Volviendo a la patología dual, en cuanto al trastorno bipolar, la exagerada difusión del concepto y, más aún, su hipertrofia a través de la idea de espectro bipolar, pueden inducir a error. En algunos ámbitos se genera la tendencia a diagnosticar a cualquier adolescente cuyo ánimo varía, que tiene algo de impulsividad o ha consumido drogas, como bipolar (Maremmani, Pacini, Akiskal, et al., 2003). Se confunde una crisis de adolescencia patológica, abordable analíticamente con buena probabilidad de éxito, con un cuadro bipolar, que implica el agregado de una terapéutica farmacológica. Diagnosticar en exceso o pasar por alto pueden, ambos, ser influenciados por aspectos de la contratransferencia y por la formación del terapeuta.

9 f LA MIRADA SOCIAL Y LOS MODELOS DE LA ADICCIÓN

El contexto social influye de manera decisiva en la consideración del abuso de drogas. En algunas épocas, en algunos grupos culturales o en sectores de

nuestra sociedad prevalecía (o prevalece todavía) un **modelo moral** de la adicción. De acuerdo con esa visión, los individuos adictos son totalmente responsables de su dependencia. La adicción es una búsqueda hedonista de placer y, al mismo tiempo, una señal de corrupción moral. Aquí se genera una secuencia que indica: falla de la voluntad-pecado o delito-castigo legal como posible medio terapéutico y disuasivo. También se produce un fuerte sesgo hacia el poder de decisión del sujeto para decidir si es adicto o no, si consume o no consume.

Como reacción frente al modelo moral, surge el **modelo de la enfermedad**. Este paradigma cobra especial fuerza a través de Alcohólicos Anónimos, que en su explicación tienden a liberar al sujeto de culpa por la enfermedad. Se apoya en la predisposición biológica a la adicción y tiende a hacer a un costado y soslayar los factores psicológicos, como si no tuvieran relevancia. Promueve un cambio en la conducta sin detenerse a pensar en la personalidad del sujeto ni en la posible psicopatología concomitante.

El modelo de la enfermedad ha ayudado a mucha gente a través de AA. No ha sido tanto su éxito con los pacientes adictos a otras sustancias.

Finalmente, el **modelo psicodinámico**, sintetizado por Gabbard (2001), emerge de la integración de los elementos psicológicos en la experiencia clínico-psiquiátrica y es particularmente útil para comprender el problema en los jóvenes.

Así, podemos ver la adicción como una vía final común, resultado de la interacción entre predisposición genética, terreno neurobiológico, déficit estructural de la personalidad, influencias ambientales y tendencias culturales.

Los clínicos con experiencia saben que **un abordaje uniforme para todos los adictos es inadecuado**, porque, insistimos, se requieren estrategias diferentes según la patología de base. Hay un polimorfismo estructural y a la vez defensas, fantasías, estrategias, objetos y discursos típicos (Moguillansky, 2008). Pero la adicción ocurre en una persona.

Gabbard (2000) señalaba cómo las interpretaciones psicoanalíticas clásicas han tendido a considerar al abuso de sustancias como una conducta regresiva y/o autodestructiva.

Algunas perspectivas psicodinámicas actuales, que incluyen aportes de raigambre intersubjetiva, ponen el acento en la adicción como una conducta defensiva y pseudoadaptativa. Las drogas refuerzan técnicas de protección contra afectos displacenteros como vergüenza, depresión, rabia o sensación de vacío o desintegración.

Más que tendencias autodestructivas parece haber una inadecuada generación de la capacidad para la autoprotección. Es más bien déficit en el autocuidado.

Además de la deficiencia en la función regulatoria de los afectos, hay un precario control de los impulsos y de la regulación de la autoestima.

Todos estos déficits en la armazón y, por lo tanto, en el funcionamiento de la personalidad, hacen que sea difícil tolerar y regular la cercanía interpersonal.

De más está decir que **estos modelos no son excluyentes sino complementarios,** y es necesario tenerlos globalmente en cuenta en un problema tan complejo como las adicciones.

9 g LAS DROGAS Y LA PERSONA

Hasta aquí hemos reseñado algunos aportes sobre el problema de las adicciones que en general son reconocidos por todos los que se ocupan del problema, más allá del acento que pueda poner cada especialista en función de su formación y de su actividad habitual.

Para finalizar, reiteremos una breve referencia, aún más abarcadora, a propósito del progresivo proceso de despersonalización que sufre el sujeto que se ve envuelto en el consumo de drogas (Ortiz Frágola, 2000). No nos referimos al sentido de identidad o las alteraciones de conciencia, sino al paulatino deterioro de la autonomía personal, el sacrificio de su propia libertad.

Es ilustrativo y conmovedor comparar estas características de la adicción con el análisis de las vivencias personales sufridas en el transcurso de una guerra, que hace un profundo observador de la realidad como Julián Marías.

Dice el filósofo en su autobiografía (1988) que esta enorme pesadilla constituye un peculiar “estado”, desconocido para quienes no lo han vivido, durante el cual el tiempo mismo sufre una extrañísima transformación, con una sorprendente impresión de “ilusorio”, como si no acabara de ser real lo que por otra parte es atroz, violento, algo que irrumpe en la vida y altera su capacidad de proyectar o, mejor dicho, la sujeta a una pauta impuesta que se siente como ajena. Esta impresión “va cobrando la forma de un túnel. Significa un angostamiento del horizonte, acompañado de oscuridad, sólo aliviada por algunos indecisos fulgores. Pero además hay una dirección impuesta que en cierto modo ‘arrastra’; el individuo se siente ‘llevado’, no sabe bien por quién ni adónde, a lo largo del túnel, del cual no se puede escapar”.

De igual manera que el ciudadano común ve trastornado su destino al verse envuelto en el descalabro de una guerra, el individuo drogadicto va siendo progresivamente arrastrado por las circunstancias y se ve relegado sutilmente a una particular sensación de pasividad, de inevitable restricción de su libertad. Llega a verse constreñido a transitar por un túnel estrecho donde sólo lo ilusorio le permite tolerar su propia decadencia.

En nuestra “modernidad líquida”, incisivamente descripta por Zygmunt Bauman (2003), el “hombre sin vínculos”, particularmente sin vínculos tan fijos y estables como solían ser las relaciones de parentesco en la época de Freud, busca compulsivamente llenar el vacío dejado por los antiguos lazos ausentes. Pero lo que encuentra (o tal vez lo que busca), señala Bauman, más que vínculos son conexiones. Relaciones virtuales de fácil acceso y salida que son la encarnación de lo instantáneo y lo descartable.

Podríamos decir que el uso de drogas provee un combustible, que aunque es tóxico, le sirve al sujeto para sobrevivir en esa modernidad líquida. Actúa como solvente que diluye los restos pegoteados de los objetos antes necesarios y a la vez resulta un magma de unión ilusoria.

De todas maneras, aunque intentemos generalizaciones desde nuestra propia disciplina o desde las que recibimos aportes, la lógica de las categorías no se adecua bien al desorden y la complejidad de las relaciones humanas.

En cada sujeto adicto –en todos los pacientes, en realidad– se mantiene al menos un resquicio, una vía de acceso a la espontaneidad disimulada detrás de la repetición transferencial.

Nuestro difícil rol requiere un compromiso persistente y una mesurada y no ingenua confianza, que son recursos esenciales para intentar desmontar aquel túnel y restituir al adicto el pleno ejercicio de su libertad**.**

.

CAPÍTULO 10

. EL SELF EN EL BORDERLINE

"Cuando era chico, mi tía Bigeois me decía: Si te miras largo rato en el espejo, verás un mono. Debí de mirarme más todavía; lo que veo está muy por debajo del mono, en las lindes del reino vegetal, al nivel de los pólipos. Vive, no digo que no, pero no es la vida en que pensaba Anny, veo ligeros estremecimientos, veo una carne insulsa que se expande y palpita con abandono."

Jean Paul Sartre, *La náusea*

10 a EL FUTURO INCIERTO

En el imaginario psicológico subyace una fuerte asociación entre borderline, vida tormentosa y destino penoso. Desde el campo de la clínica, los profesionales tienden a prepararse para afrontar un tratamiento difícil, turbulento y con alta posibilidad de fracaso. Esto produce a veces un sesgo por el cual ciertos pacientes críticos con su terapeuta, que se enojan con él o evolucionan mal, suelen ser sobrediagnosticados como borderline o incluso como psicóticos.

De todos modos, los cuadros borderline, junto con los esquizoides y los antisociales, son trastornos de personalidad graves y frecuentes, a tal punto que constituyen el 25% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 15% de los pacientes ambulatorios (Gunderson, 2001).

No es un dato menor el origen del concepto borderline, un constructo cambiante en el campo de la psicopatología. Del terreno límite entre neurosis y psicosis surgen los trabajos pioneros de los psicoanalistas Helen Deutsch y Robert Knight en los años cuarenta y cincuenta. De allí en más se produce una frondosa bibliografía sobre este tipo de pacientes, que para algunos autores no son más que neuróticos graves con áreas de funcionamiento psicótico, para otros son esquizofrénicos pseudo-neuróticos y para otros constituyen una entidad con psicopatología específica y estable, la organización fronteriza de la personalidad (Kernberg, 1975).

Lo cierto es que la patología grave reserva un espacio principal para el borderline. Su reflejo en el equipo terapéutico dibuja caóticas vivencias contratransferenciales y un clima de estrés y desesperanza que por añadidura muestra parte de las vivencias tempranas del propio paciente. Situaciones de abuso infantil o tempranas relaciones objetales patógenas producen en el paciente un self sub o sobre-estimulado, que tarde o temprano será experimentado, como vacío o como descontrol, por el propio terapeuta.

10 b CRISIS Y ERRORES EN EL TRATAMIENTO DEL BORDERLINE

En la práctica clínica con estos pacientes difíciles es común hallar, especialmente en adultos jóvenes, situaciones críticas que generan alarma en los pacientes, en sus familias y en los terapeutas encargados de estos casos.
Lesiones autoinfligidas, amenazas de suicidio, estados confusionales y disociativos con síntomas delirantes luego de la ingestión de drogas, violencia familiar o relaciones de pareja caóticas, se asocian y generan intensas reacciones contratransferenciales. Entonces, la frustración del terapeuta ante la presunta inutilidad de sus esfuerzos se acompaña de frustración, rabia y dudas por su propia competencia.

Gabbard (1992) ha señalado cómo en estos casos los terapeutas con frecuencia padecen el *splitting* de una suerte de contratransferencia cuasi psicótica por la cual tienden a repetir el mismo tipo de relación patógena vivida por el paciente en su infancia. El terapeuta se transforma en el abusador y el paciente en la víctima. Inmerso en esta movilización contratransferencial, el terapeuta puede ver perturbada su propia perspectiva, y su evaluación de la situación y del caso se altera sutilmente.

La pérdida de referencias claras, coloreadas por el marco teórico o conceptual que le sirve de apoyo, puede llevar a no distinguir con nitidez las diversas variantes psicopatológicas y diagnósticas que implican estos casos. Es que en el contexto de complicadas manifestaciones clínicas como las que hemos mencionado, es fácil

caer en errores de apreciación psicopatológica, que llevan a diagnósticos (explícitos o implícitos) equivocados.

¿Cuáles pueden ser esos errores? En el caso de los **falsos positivos,** sobre la base de presunción de psicosis o de trastorno borderline fuera de control, se formulan pronósticos dramáticos y se indican medidas terapéuticas innecesarias (internación, tratamiento o farmacología antipsicótica, psicoterapias de alta frecuencia) que a la postre repercuten de manera perjudicial en el paciente, la familia y el contexto. Por si fuera poco, el terapeuta, que hoy en día vive inmerso en una atmósfera social de judicialización de los actos terapéuticos, trata de cubrirse a través de lo que se ha llamado la "medicina defensiva" con explicaciones diagnósticas alarmantes, advertencias o actitudes evitativas. El indeseable resultado suele ser la estigmatización del paciente, que luego se ve exacerbada por el acceso a la bibliografía existente en la web, sea por parte del mismo paciente o de su familia.

En el caso de los **falsos negativos,** se atribuyen las manifestaciones ruidosas a situaciones coyunturales, a crisis vitales o a la evolución engañosa de la transferencia. En consecuencia, se demora la terapéutica adecuada, cuando en realidad son cuadros que pueden evolucionar mal, con fuerte daño a la vida personal y familiar, al rendimiento laboral o académico y posibilidad de complicaciones serias como el abuso de sustancias o el suicidio (Ortiz Frágola, 2005, 2006).

Es de rigor clínico y utilidad práctica considerar que la mayor parte de las manifestaciones clínicas tormentosas que hemos mencionado corresponden a **trastornos del self,** perturbaciones del sí mismo que abarcan un amplio espectro que incluye: 1) perturbaciones relativamente benignas como las crisis adolescentes patológicas o algunos trastornos por estrés postraumático; 2) cuadros de mediana gravedad como los trastornos narcisistas de la personalidad; 3. graves trastornos fronterizos o psicosis incipientes.

Fig 1. Trastornos del self

Si bien todos estos cuadros que reflejan perturbaciones en la estructura y la cohesión del psiquismo tienen elementos comunes que pueden confundir al observador, implican pronósticos y posibilidades terapéuticas sustancialmente diferentes.

Aun con manifestaciones clínicas parecidas, habrá entonces evolución favorable en trastornos del self benignos, que aparecen en sujetos capaces de establecer vínculos estables integrados y recíprocos. También en trastornos narcisistas de la personalidad en los cuales el psiquismo no posee una estructura sólida pero sí alberga núcleos o sectores de dotes o capacidades que permiten experiencias terapéuticas estabilizadoras que atenúan y compensan las fallas estructurales. En el extremo más patológico del espectro de trastornos del self están los trastornos borderline más comprometidos, con impulsividad caótica y fallas graves de la identidad que sugieren un déficit estructural severo que hace sombrío el pronóstico y exige al máximo a familias y terapeutas.

De todas maneras, quien trata pacientes severamente perturbados sabe que se va a encontrar con cuadros aparentemente alarmantes que a veces evolucionan favorablemente (para alegría de la familia y satisfacción del terapeuta) y otros cuadros que, pareciendo benignos en las primeras consultas, se agravan progresivamente.

(Excede estas consideraciones la controversia sobre la utilidad de las formulaciones diagnósticas, descalificadas en algunos autores por razones epistemológicas o simplemente por formación o estilo de trabajo).

Tal como señalan Bateman y Fonagy (2004), en la psicoterapia de pacientes borderline una aproximación diagnóstica es parte intrínseca del proceso terapéutico, no algo divorciado del tratamiento. Forma parte de las sesiones iniciales y es esencial para comprometer al paciente en el proceso y lograr que sus estados mentales puedan ser objeto de observación y reflexión.

10 c DEL NARCISISMO A LA INTERSUBJETIVIDAD

El narcisismo y la intersubjetividad son dos ejes centrales a la hora de considerar los fenómenos borderline. En este tipo de pacientes se producen estados de desequilibrio narcisista que ejercen un efecto inquietante y perturban su estabilidad emocional. La angustia existencial, las vivencias de vacío, ciertos fenómenos hipocondríacos, los sentimientos de vergüenza, inadecuación e inferioridad, los procesos alternantes de idealización y desvalorización en los vínculos interpersonales, se asocian a profundos disturbios en la regulación del estado de sí mismo –el self– y se acompañan de una crónica vulnerabilidad en la autoestima.

Las perturbaciones de la identidad, la pérdida transitoria de la cohesión, vigor e integración del self son generadas por fenómenos de desequilibrio narcisista y pueden ser halladas también en individuos que abarcan ese amplio espectro que va desde la adolescencia normal, las situaciones de duelo y otras crisis vitales, hasta los trastornos fronterizos, pasando por los llamados por Kohut trastornos narcisistas de la personalidad.

Algunas personas atraviesan las situaciones vitales de tensión psíquica con mayor dificultad, y en esos momentos su estado mental se asemeja notablemente a aquellos otros que presentan trastornos crónicos del sentimiento de identidad, impulsividad caótica y labilidad afectiva propios de los trastornos borderline (Ortiz Frágola, 1999).

Naturalmente, cuando el desequilibrio narcisista tiene carácter transitorio, breve, el proceso tiende a ser benigno.

También ocurre algo similar con ciertos mecanismos que el sujeto utiliza para enfrentar sus vivencias desagradables. Las personas borderline buscan vivir estados de agitación, tensión o incluso dolor a modo de estímulos que consolidan el self y le señalan sus límites. Protegen al sujeto del vacío, del temor al derrumbe y lo hacen sentirse vivo. La hipersociabilidad superficial, la sexualidad compulsiva o el uso de sustancias psicoactivas sirven a los mismos fines (Ortiz Frágola, 2006).

Si reflexionamos acerca de estas constelaciones psicopatológicas, es muy probable que evoquemos nuestra experiencia con los pacientes fronterizos que hayamos tratado.

Pero así también la clínica de la transferencia o la simple observación atenta de la vida psíquica de personas del rango neurótico nos dejan ver ejemplos de lo que es el sufrimiento narcisista y los mecanismos para sobrellevarlo.

A su vez, el profesional encargado del tratamiento de personas con patología borderline debe estar preparado para vivir en carne propia la turbulencia emocional y la confusión propia del campo intersubjetivo en el que creció y en el que vive el paciente que arrastra esta psicopatología.

10 d AFECTIVIDAD BORDERLINE Y DEPRESIÓN

Un frecuente motivo de controversia clínica es el problema de la relación entre borderline y trastornos afectivos. Si bien, como señalábamos al principio, el concepto de borderline nace en la frontera de neurosis y psicosis, hoy en día ha ganado espacio la discusión acerca de la relación entre la patología borderline y

trastornos afectivos, especialmente lo que se ha dado en llamar el espectro bipolar. Uno de los impulsores más claros de esta postura es Hagop Akiskal (1985), que ya en un estudio de follow up de corto plazo que realizó con 100 pacientes borderline en 1981 planteaba el tema. Según aquel estudio, con el paso del tiempo sólo un paciente evolucionó en dirección a la esquizofrenia, mientras 37 desarrollaron diversas formas de trastorno afectivo; depresiones recurrentes, distimias, ciclotimias y bipolaridad atípica.

Desde una postura semejante, Ghaemi (Ghaemi y El Mallakh, 2006) cree que es mejor abstenerse de diagnosticar trastorno borderline de la personalidad en personas que padezcan cuadros depresivos severos o estados hipomaníacos. Piensa que es mejor tratar primero (farmacológicamente) las alteraciones del humor. Si éstas se resuelven pero persisten los rasgos border, allí admite la comorbilidad con borderline. La labilidad del humor no sería, según Ghaemi, una característica que permite distinguir las dos patologías. Los actos impulsivos, en cambio, son menos comunes en los bipolares y orientan hacia la patología borderline.

En los últimos tiempos, Akiskal, en una posición más radical, se ha mostrado hipercrítico respecto del diagnóstico borderline y tiende a extender e incluso sobredimensionar el concepto de bipolar para incluir lo que serían pacientes con “síntomas subafectivos”. Si bien esta postura tiene bastantes seguidores en el campo de la psiquiatría, prácticamente hace desaparecer de la clínica los trastornos borderline, y si uno está en contacto cotidiano con una consulta variada sabe que eso sería desconocer o forzar la realidad.

De todas maneras, en algunos pacientes parece haber una relación entre ambos tipos de trastorno. Una consecuencia terapéutica directa de estas observaciones es la tendencia a contemplar la utilización de medicación antidepresiva y/o antirrecurrencial en el tratamiento de los pacientes borderline con síntomas depresivos. El resultado en muchos casos es bastante satisfactorio y facilita el abordaje psicoterapéutico.

Pero estos aportes, que se sustentan en las investigaciones neurobiológicas y epidemiológicas, no deben hacernos perder de vista que las intensas vicisitudes emocionales de la vida del sujeto borderline van a teñir de manera incisiva todas las facetas de su psiquismo, sin que necesariamente esto signifique la presencia de un cuadro depresivo o un estado maníaco.

En este sentido, Fonagy (2000) ha estudiado en detalle las formas de apego ansioso y desorganizado que caracterizan los vínculos del borderline. Este modo de relación interpersonal dependiente confiere un carácter dramático a las situaciones de pérdida. Esto es vivido como un desamparo y abandono que atenta contra el inestable sentido del self.

Gabbard (2000) ha mostrado cómo estos rasgos caracterológicos propios del borderline llevan a que estas personas utilicen el término depresión para describir sentimientos crónicos de tedio, vacío y soledad. Si esto no puede ser compensado por el paciente y/o el terapeuta, se hacen presentes la desesperanza, la rabia y la autodestructividad. Sería una suerte de pseudodepresión, cercana a lo caracterológico en algunos sujetos, episódica o reactiva a diversas injurias en otros.

Fig 2. Características de la pseudodepresión del borderline

En otras palabras, una postura apoyada en la perspectiva abarcadora que brinda la psicopatología dinámica nos permite avizorar un espectro más variado de posibilidades psicopatológicas y, en consecuencia, una visión diferente de las posibles evoluciones clínicas y alternativas terapéuticas. Por otra parte, al menos por el momento, carece de sentido embarcarse en una polémica interminable sobre el peso relativo de ciertos factores como la predisposición genética, las experiencias tempranas de abuso o negligencia y los antecedentes personales y familiares de depresión en la etiología del trastorno borderline.

10 e EL PROBLEMA DE LAS DIFICULTADES TÉCNICAS Y EL MITO DEL FRACASO TERAPÉUTICO

Si en algo han coincidido la mayoría de los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras en los últimos cincuenta años es en la naturaleza resistente al tratamiento de los pacientes borderline. No por casualidad muchos de estos pacientes han pasado por cuatro o cinco terapeutas a lo largo de los años.

Sin embargo, hay otra visión de esta realidad que merece ser considerada. Lo hemos apreciado en forma definida con los borderline adolescentes (Ortiz Frágola, 2005) y ha merecido un interesante estudio de Fonagy y Bateman (2006) que abarca todos los grupos etarios.

Estos autores señalan el creciente reconocimiento de que a pesar de las dificultades que genera, el borderline puede tener una evolución más benigna de lo que se pensaba tradicionalmente. Se puede afirmar que un gran porcentaje de ellos experimenta una reducción sustancial de su sintomatología mucho antes de lo que se presume habitualmente, luego de un período de alrededor de cinco años.

Pero no fueron los primeros en aportar una cuota de esperanza que se contrapone a lo que podríamos atrevernos a llamar el mito del fracaso borderline. Una de las investigaciones más medulosas sobre la clínica borderline fue el proyecto PI 500, un estudio de seguimiento a largo plazo que publicó Michael Stone (1990), de

Columbia, sobre 500 pacientes borderline que habían sido hospitalizados entre 1963 y 1976 en el servicio que llegó a dirigir Otto Kernberg.

Se logró localizar a 502 pacientes y se estudiaron en una serie de entrevistas múltiples ítems, como rehospitalizaciones, tratamientos ulteriores, historia laboral, situación social y familiar, así como estado clínico y factores intercurrentes. El propósito era averiguar **qué sucede con el paciente borderline a medida que pasan los años**. Por supuesto que la respuesta no es simple e incluye una serie de posibilidades que abarcan un libro entero. Aquí, para terminar, nos referiremos solamente a un par de elementos que coinciden al menos en parte con lo que observamos en nuestro medio.

En cuanto al origen de estos cuadros, más que aseverar de modo simplista que la patología borderline es un trastorno afectivo, o que se debe simplemente a tempranas relaciones objetales patógenas, parecería más prudente señalar que en cualquier serie de pacientes borderline vamos a hallar: 1) un porcentaje que ha desarrollado el cuadro sobre la base de una carga genética de trastorno afectivo; entre otras manifestaciones padecerán seguramente síntomas relacionados con alteraciones del humor que pueden llegar en algunos casos a dominar el cuadro; 2) otro porcentaje de pacientes, según Stone, enferma sobre la base de abusos severos en la vida temprana. Sin negar la existencia de estos casos dramáticos de violencia física o sexual, se puede extender el concepto al decir que en muchos de esos pacientes hallamos evidencias significativas de tempranos vínculos objetales patógenos (lo que algunos llaman abuso emocional y Massud Khan (1963) llamó trauma acumulativo) que suelen persistir e incluso autoperpetuarse a lo largo de la vida. Queremos decir con esto que el sujeto continúa entablando a lo largo de la vida relaciones amorosas y de amistad tempestuosas y conflictivas que generan eterna insatisfacción y desesperanza. El trastorno crónico de la identidad, observable especialmente desde la perspectiva psicoanalítica, acompaña e ilustra el déficit identificatorio resultante de tal perturbación en las relaciones objetales tempranas; 3) un tercer grupo de pacientes padece su enfermedad como resultado de la interacción dinámicamente complementaria entre el terreno de la

predisposición y un marco de vínculos interpersonales perturbadores. El conjunto de manifestaciones que se explica mejor por esta interacción patógena es la serie impulsividad caótica-agresividad, que también es manifestación central en muchos borderline.

Con esto estamos señalando algo que con pequeñas modificaciones podría aplicarse a tantos pacientes en los cuales reconocemos una etiología multifactorial, pero lo apuntamos acá para subrayar la necesidad de una capacitación adecuada para tratar pacientes borderline. Este entrenamiento debería abarcar desde las neurociencias hasta los aspectos psicodinámicos e intersubjetivos para poder encarar con la convicción que sólo otorga el conocimiento del tema las diversas estrategias terapéuticas con pacientes borderline, una tarea nada fácil por cierto.

Podríamos decir que estos pacientes tienen un self desafortunado, por lo que les pasa y por cómo lo viven, por eso suelen quejarse amargamente de su condición. Especialmente en su juventud tienen que atravesar la experiencia de sentirse de una manera que definía con agudeza Arnold Goldberg (1983). Este autor describía la naturaleza del *misfit*, que no tiene traducción exacta pero que sería algo así como inadaptado, no necesariamente revoltoso, sino más bien el que no encaja con el resto, el que resulta inadecuado, y ésta es una experiencia muy desagradable que atraviesan los jóvenes con ese self desafortunado.

La perspectiva del fracaso se extiende desde estos pacientes difíciles hasta quienes tienen que encargarse de su tratamiento, y produce desaliento.

Sin embargo, al volver nuestra mirada a los estudios de seguimiento prolongados vuelven a aparecer argumentos que permiten mayor optimismo (tanto el optimismo como la idea del fracaso terapéutico son sutilmente detectados por estos pacientes que a pesar de tener un déficit simbólico o una limitada mentalización, a veces poseen una especial sensibilidad para captar los estados mentales de otras personas, incluyendo a su psicoterapeuta).

McGlashan (1986) efectuó un estudio con pacientes de Chestnut Lodge, la clínica donde trabajaba Harold Searles (se investigaron 82 pacientes que habían sido

tratados entre 2 y 32 años antes). En el trabajo de McGlashan vemos que 2/3 de los pacientes tuvieron una evolución favorable y desarrollaron una vida casi plena, mientras 1/3 tuvo un desempeño regular o malo. Y aun dentro de este grupo de mala evolución hubo un porcentaje de pacientes con desarrollo “atípico” generado por el abuso de sustancias, esto es: muy mal durante los años de adicción y bien durante períodos de recuperación.

En el estudio PI 500 que mencionamos antes, la conclusión global es semejante a la de McGlashan y probablemente contraria a lo que muchos de nosotros solemos pensar cuando tenemos que lidiar con personas borderline. Ciertamente algunos pacientes mantienen la sintomatología borderline a lo largo de los años y llevan vidas tempestuosas y dramáticas, o vuelcan su impulsividad en el abuso de alcohol u otras sustancias. Un poco más del 8% cometió suicidio, un porcentaje levemente menor que el de los pacientes esquizofrénicos, que es de cerca del 10%. Aquellos que tenían elementos depresivos conservan alguna sintomatología borderline, pero asociada con cuadros afectivos más nítidos que suelen ser abordables farmacológicamente. Pero resulta sorprendente (o no tanto, si recordamos nuestra distinción del comienzo sobre el espectro de trastornos del self con los borderline graves en un extremo), y alentador, encontrar que en una cantidad apreciable de pacientes el estado borderline no tiene un final nefasto. Más bien podría verse como una estación en un espinoso camino del desarrollo que comenzó con algunos síntomas del humor y desemboca en una variedad de condiciones, desde las más severas hasta otras benignas. El seguimiento muestra que en muchos casos se atenúa y pasa a un nivel neurótico, especialmente luego de un largo o corto tratamiento psicoterapéutico adecuado. Y, por último, un grupo apreciable pasa a tener trastornos de personalidad menos definidos que les permiten llevar vidas productivas.

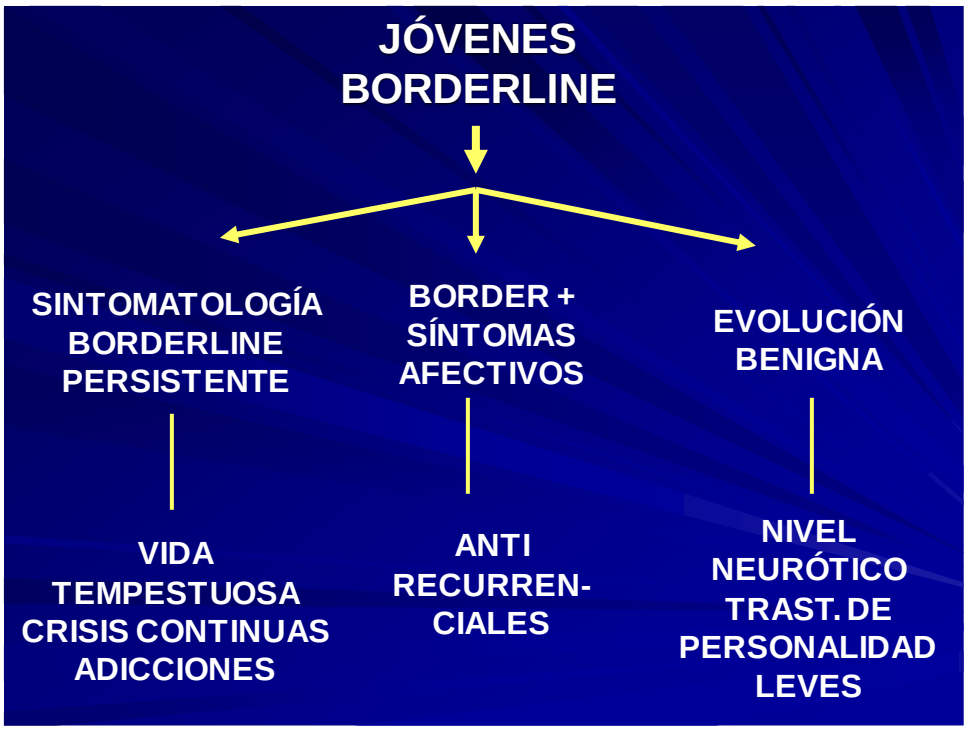


Fig 3. Los destinos del paciente borderline

Los estudios de Stone y de McGlashan, así como otro con resultados semejantes llevado a cabo por Paris en Montreal, son de carácter retrospectivo (*follow back*).

Otra forma de investigar el tema es a través de estudios prospectivos. Se toma un grupo de pacientes borderline que están en tratamiento y se los sigue observando durante un período de varios años (*follow up*). Zanarini y colaboradores publicaron en 2003 los resultados de seis años de seguimiento de pacientes tratados en el Hospital McLean. Ellos distinguieron dos tipos de manifestaciones, unas agudas y otras temperamentales. Las agudas, que incluyen las conductas autolesivas, las relacionadas con amenazas o intentos suicidas y los síntomas psicóticos (factores usualmente determinantes de internaciones), tienden a resolverse en corto tiempo. Otras manifestaciones de orden caracterológico, como las relaciones afectivas tempestuosas, la ansiedad por el abandono, el resentimiento, persisten durante un tiempo mucho más prolongado. Pero las mejorías, evidenciadas en el estudio por desaparición de los criterios de diagnóstico borderline, eran mucho más frecuentes

de lo esperado. Zanarini (Zanarini et al., 2003) subraya que estos pacientes estaban siendo tratados en forma intensiva con psicoterapia y medicación.

Por supuesto que estas observaciones no deben conducirnos a la ingenuidad de un optimismo negador que pase por alto dificultades y riesgos.

Fonagy y Bateman (2006) señalaron con acierto que los diversos enfoques psicoterapéuticos sustentan su efectividad en la capacidad del individuo de considerar la experiencia de su propio estado mental junto con la representación alternativa presentada por el psicoterapeuta. La integración de ambas está en los cimientos del proceso de cambio. Esta “mentalización” es deficiente en las patologías graves y esto se relaciona con su difícil acceso.

Aquí, otro punto clave es no confundir mejoría clínica con la activación de procesos de apego que tienden a producirse en estas personas y que en la psicoterapia pueden llevar a un estado de bienestar en la transferencia y pseudoalianza terapéutica.

Hechas estas salvedades, que señalan cómo el fenómeno borderline se despliega en un escenario interpersonal, la observación en ese espacio, a través de un tiempo prolongado, permite cuestionar el paradigma del fracaso borderline.

A pesar de su self desafortunado, muchos de estos pacientes borderline logran remontar su comienzo accidentado y compensar las falencias de su armazón psíquica, se vuelven menos dependientes de sus impulsos y alcanzan a encontrar una existencia que merece ser vivida

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

El presente trabajo nos llevó, desde su comienzo, a través de un recorrido por algunos aspectos del desarrollo de la personalidad, por eventos propios del ciclo vital, que a veces son encarados con tropiezos y dificultades, pero que a la postre, si son bien resueltos, pueden resultar estimulantes para el progreso y el crecimiento mental del individuo.

Mientras atraviesa esos obstáculos y privaciones, en tanto sean tolerables, el sujeto encuentra y genera la base, la estructura que al complejizarse le va permitiendo descubrir el mundo e insertarse en él. También, forzado por las nuevas circunstancias que va enfrentando, puede producir nuevos engramas, ampliar su radio de acción y buscar nuevos objetos.

La semilla, presente en forma potencial desde el principio del sujeto, ha germinado. Para lograrlo aprovecha los aportes que proveen quienes constituyeron su nicho ecológico, su ambiente físico y emocional. Ellos le han de proveer un marco protector y más tarde facilitar su salida para que crezca con otros y regrese cuando sea necesario. Luego, las nuevas ramas y frutos llegan a tener un color propio, parecido pero diferente al de los criadores.

Con un pie en la clínica y otro en la teoría, en este ensayo se ha puesto el acento en las configuraciones narcisistas que van sufriendo una transformación a lo largo de la vida, y que van a formar parte constitutiva de la estructura y del funcionamiento de la personalidad en todas las etapas.

El corpus psicoanalítico y su perspectiva del mundo interno de la persona nos ha abrigado para poder incorporar los aportes de las neurociencias, desprovistos de prejuicios y sin el riesgo de deshumanizar al sujeto. Con ese sustento, encontramos que se enriquece y facilita la comprensión de ciertos cuadros típicos de nuestra era que estudiamos en este trabajo, como las adicciones, los estados borderline y las situaciones perturbadoras de stress.

Hemos tomado como especial referente conceptual para nuestra lectura y nuestras observaciones, a conceptualizaciones de la llamada psicología psicoanalítica del self. En ellas el narcisismo, que se entiende como elemento estructurante, y la matriz ambiental, que es respirada por el sujeto y le provee de los estímulos indispensables, constituyen elementos centrales tanto en la generación de la salud como en las turbulencias de la psicopatología.

No son ajenos a esta mirada los emergentes de la época, cambiante y amenazadora por momentos, llena de promesas y también de desconcierto. Las vacilaciones del sujeto de nuestro tiempo se muestran reflejadas tanto en la psicopatología como en el arte. Hemos intentado pensarlas y reflejarlas en los distintos tramos de este ensayo, poniendo el acento en las vicisitudes de la transformación adolescente y también en los mecanismos del duelo, en tanto ambos procesos implican una movilización del narcisismo.

Así podríamos decir hoy, entonces, que el pensamiento del individuo hipermoderno (Lipovetzky, 2007), comparte mucho con la inestabilidad adolescente, oscilando sin cesar entre pesimismo y optimismo, depresión y excitación, abatimiento y euforia, sensación de vacío y proyecto movilizador, digamos que se nos presenta como un yoyó. La sociedad de hiperconsumo, dice Lipovetzky, “no es ni la tierra prometida ni un valle de lágrimas, es una sociedad de trastornos y estímulos, de aflicciones y renacimiento subjetivo”.

Pero claro, esa sociedad en la que la gente parece expresar sin tapujos sus deseos de proximidad emocional, de comunicación intensa y frecuente, es una sociedad promotora de fuertes y sistemáticas decepciones, y resulta q ese ambiente, el cultural y el familiar, como pensaba Kohut (1971, 1977), es nada menos que el oxígeno psicológico del individuo, de buena o de mala manera silenciosamente lo nutre y lo sostiene. Pero siempre le es indispensable. Como el oxígeno que respiramos, cuando es suficiente y bueno, no se percibe, en cambio se hace notar cuando falta o cuando está enrarecido.

La clínica de nuestro tiempo no difiere en su esencia de la de otras épocas, pero está fuertemente teñida con los colores de la incertidumbre, la distancia emocional, la levedad, y otros tonos que impregnan el aire que respira del hombre de hoy.

Aún con sus embrollos institucionales y su babel teórica, el psicoanálisis sigue siendo un camino privilegiado para captar el mundo interno y sus turbulencias, para facilitar el crecimiento, eliminar o esquivar los obstáculos y permitir el desarrollo de los recursos potenciales.

En los distintas estaciones del trayecto de este trabajo hemos encontrado y señalado como, aunque los síntomas y las conductas sean los estímulos llamativos que atraen de entrada la atención del profesional de la salud mental, nunca habrá de olvidarse que el máximo dolor emocional es el que se siente, a veces silenciosamente, de manera opaca y corrosiva, en la intimidad del sí mismo.

En la medida en que estemos atentos a la posibilidad de entrar en contacto con las vicisitudes de la experiencia subjetiva del sujeto, tendremos la posibilidad de contribuir a facilitarle el acceso a un proceso de reencuentro con sus propios recursos, al despliegue de nuevas alternativas para generar lo mejor de sí y al logro de nuevas alianzas para aprovechar más de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

.

Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. (1985) Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry.* 1985 Feb, 46(2):41-8.

Álamo, C., López-Muñoz, F. y Cuenca, E. (2002). "Bases neurobiológicas del trastorno dual. Hipótesis etiopatogénicas". En Rubio, G. et al., *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2002.

Aulagnier, P. (1989). "Construir(se) un pasado". *Psicoanálisis, Rev. APdeBA,* 3, 1991.

Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment.* Oxford: Oxford University Press.

Bauman, Z. (2003). *Liquid Love. On the Frailty of Human Bonds*. Polity Press y Blackwell Publishers (trad. esp.: *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008).

Bickel, W. y Potenza, M. (2006). "The Forest and the Trees. Addiction as a Complex Self-Organizing System". En Miller, W. y Carroll, K., *Rethinking Substance Abuse.* New York: The Guilford Press.

Bion, W. *Elementos de psicoanálisis.* Hormé, Buenos Aires, 1988.

Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto.* Buenos Aires: Amorrortu Ed., 1991.

Bowlby, J. (1961). “Process of mourning”. *International Journal of Psychoanalysis,* 42, 317-340.

---------- (1980). *Attachment and Loss: Loss, Sadness, and Depression* (Vol. III). New York: Basic Books.

Bradbury, R. (1991). *Fueiserá*. Buenos Aires: Emecé, 1994.

Brandchaft, B. (1983). “The negativism of the negative therapeutic reaction and the psychology of the self”. En *The Future of Psychoanalysis*. New York: International Univ. Press.

Breuer, J. y Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la Histeria*. A.E. 2.

Calatroni, M.T. (1998). *Pierre Marty y la psicosomática.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Coates S, Gaensbauer TJ. (2009) Event trauma in early childhood: symptoms, assessment, intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009 Jul;18 (3):611-26.*

Chasseguet-Smirgel, J. (1987). “Encuadre y creación”. *EOS Rev. Arg. de Arte y Psicoanálisis,* 1, 1991

De Beauvoir, S. (1964) *Una muerte muy dulce.* Buenos Aires, Sudamericana, 1968.

Easman, A. (1995) Adolescence and Society. En *Adolescent Psychiatry. Annals of thr American Society for Adolescent Psychiatry, vol 20, 89-108*

Emde, R.N. (1998). “Yendo hacia delante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y el psicoanálisis”. *Psicoanálisis APdeBA,* XX, 3, 473-516.

Engel, G.L. (1971). “Attachment behavior, object relations and the dynamiceconomic points of view”. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 183-196.

Erikson, E. (1970). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI Ed., 1974.

Escalona, S.; Heider, G. (1960) *Prediction and Outcome*. Menninger Clinic Monograph Series No. 14. New York: Basic Books, Inc.

Etchegoyen, R.H. (1991). "Introducción del narcisismo: texto y contexto". En J. Sandler (comp.), *Estudios sobre Introducción al narcisismo de Sigmund Freud.* Madrid: Julián Yebenes.

Fahrer, R., Ortiz Frágola, A. (1990). "Depressive disorders in university students". En Stefanis C.N. et al., *Psychiatry: A World Perspective*. Amsterdam-New York-Oxford: Excerpta Medica.

Fonagy, P. (2000). "Apegos patológicos y acción terapéutica". *Aperturas psicoanalíticas,* abril 2000, 4.

Fonagy, P. y Bateman, A. (2006). *Mentalization based Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York: Oxford University Press.

Fonagy, P. y Bateman, A. (2006). "Progress in the treatment of borderline personality disorder". *Brit J Psych*, 2006, 188:1-3.

Fonagy, P. y Target, M. (1997). "Attachment and reflective function: their role in self organization". *Development and Psychopatology,* 9, 679-700.

Freed, P. (2008) "Aggression and Medication". *Neuropsychoanalysis, 10, 1, 102-10*

Freud, A. (1957). "Adolescence", *The Psychoanalitic Study of Child,* vol. 13, 1958.

Freud, S. (1872-74). Some early unpublished letters of Freud. *Int. J. Psychoanal*, 50:419-27, 1969.

_____ (1897) *Proyecto de una psicología para neurólogos*

_____ (1899) *Sobre los recuerdos encubridores*. O. C. vol III Buenos Aires, Amorrortu Editores

_____ (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*, O.C., vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1907) *El creador literario y el fantaseo*. O. C. A. E., 9.

_____ (1915). *De guerra y muerte. Temas de actualidad.* A. E., 14.

_____ (1917) (1915). *Duelo y melancolía*. A. E., 14.

_____ (1917) 23 *Conferencia de Introducción al Psicoanálisis*. O. C. vol XVI. Buenos Aires, Amorrortu Editores 16

_____ (1920). *Más allá del principio del placer,* O. C., vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1925). *Presentación autobiográfica*, O.C., vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1933). Nuevas conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Buenos Aires: AE XXII.

_____ (1938). *Esquema del Psicoanálisis*, O. C., vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1939). *Moisés y la religión monoteísta,* O.C., vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Gabbard, G. (1992). "Commentary on 'Dissociative processes and transference-countertransference paradigms' by J. Messler and M Frawley". *Psychoanalitic Dialogues*, 1992, 2 (1), 37-47.

_____ (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

Gaddini, R. (1997). Formación de objeto e ideas fijas. *Psicoanálisis APdeBA,* Vol XIX, 3, 1997.

Galatzer-Levy, R. (1984). "Adolescent breakdown and middle-age crisis. En *Late Adolescence: Psychoanalitic Studies*. Ed. D. Brockman. New York: Int. University Press.

García Badaracco, J. (2000) *Psicoanálisis Multifamiliar.* Buenos Aires, Paidós, 2000

Ghaemi, N. y El Mallakh, R. (2006). *Bipolar Depression*. Washington: American Psychiatric Press.

Gold M.S., Frost-Pineda, K., Jacobs, W.S. (2004), "Cannabis". En Galanter M., Kleber H.D. (eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*, 3ra edición. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Goldberg, A. (1983). "Sobre la naturaleza del inadaptado". En G. Lancelle, *El Self en la teoría y la práctica*. Buenos Aires: Paidós, 1999.

_____ (1984). *Translation between Psyhoanalytic Theories*. Chicago: Chicago Psychoalitic Society.

Green, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.

_____ (1990). *De locuras privadas.* Buenos Aires: Amorrortu Ed

Green BL, Grace MC, Vary MG, Kramer TL, Gleser GC, Leonard AC. (1994) Children of disaster in the second decade: a 17-year follow-up of Buffalo Creek survivors. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1994 Jan; 33(1):71-9.

Gunderson, J. (2001). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Arsmedica, 2002.

Gutton, P. y Bailly, L. (1991). "Del fracaso en el éxito de la escritura". *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, I, 1, 1991.

Guignard, F. (2001). “El psicoanalista y el adolescente. ¿Existe una especificidad de la formación para el ejercicio psicoanalítico con el adolescente?”. *Psicoanálisis APdeBA,* XXIII, 2.

Guitart, X., Bogan, J.H., Berhow, M. et al. (1993). “Lewis and Fisher rat strains display differences in biochemical, electrophysiological and behavioural parameters: studies in the n. accumbens and locus coeruleus of drug naïve and morphine treated animals. *Brain Res* 1993; 611:7-17.

Haddon, M. (2010). *El curioso incidente de un perro a medianoche*. Ed. Salamandra.

Hasin, D., Hatzenbueler, M., Waxman, R. (2006). Genetics of Substance Use Disorders. En Miller, W. y Carroll, K., *Rethinking Substance Abuse.* New York: The Guilford Press.

Jones E. (1922). “Some problems of adolescence”. *Papers of Psychoanalisis.* Londres: Bailliere, Tindall & Cox, 5a ed., 1948.

Joyce, J. (1916) *Retrato del artista adolescente.* Buenos Aires, Santiago Rueda Editores, 1967.

Kalivas, P.W., Volkow, N.D. (2007). “The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice”. *Focus*, 2007, vol. 2: 208-218.

Kaminer, Y., Tarter, R.E. (2004). “Adolescent substance abuse”. En Galanter M., Kleber H.D. (eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*, 3ra edición. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kandel, D.B., Johnson, J.G., Bud, H.R. et al. (1999). “Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: Findings from the MECA study”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1999; 38:693-699.

Kandel, E. (1999). “Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited”. *American Journal of Psychiatry*, 156:505-524

Kassam-Adams, N., Palmieri, P., Rork, K. et al (2012). Acute Stress Symptoms in Children: Results From an International Data Archive. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* Vol. 51, Issue 8, p812–820. Publicado online: July 2, 2012

Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

Khan, Masud M. (1963). *The Concept of Cumulative Trauma*. London: Institute of Psychoanalysis.

Khantzian, E.J. (1997). “The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications”. *Harvard Rev Psychiatry,* 1997; 4:231-44.
_____(2003). “Understanding Addictive vulnerability”. *Neuropsychoanalisis*, 2003, 5.

Klein, M. (1940). “El duelo y su relación con los estados maníacodepresivos”. En M. Klein, *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós Hormé, 1978.

Kohut, H. (1971) Analisis del Self. Buenos Aires, Amorrortu Eds.
_____ *Self Psychology and the Humanities.* New York, W.W. Norton, 1985
_____ “Creativeness, Charisma, Group Psychology”. En *Self Psychology and the Humanities*. New York: W.W. Norton, 1985.

_____ (1977). *La restauración del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós, 1980.

_____ (1978). *The Search for the Self. Selected Writings of Heinz Kohut.* Londres: Norton and Company.

_____ (1981). *Self Psychology and The Humanities*. C. Strozier ed. New York, W. W. Norton, 1985.

Kohut, H. y Wolf, E. (1978). "The Disorders of the Self and their Treatment". *International Journal of Psychoanalysis*, 59:413-425.

Koob, G.F. (2006). "The neurobiology of addiction. A Hedonic Calvinist view". En Miller, W. y Carroll, K., *Rethinking Substance Abuse.* New York: The Guilford Press.

Kosten, T.R. (2003). "General approaches to substance and polydrug use disorders". En Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A. (eds.), *Psychiatry*, 2da edición. W. Sussex: John Wiley Ltd.

Kundera, M (1984): *La insoportable levedad del ser.* Barcelona, Tusquets, 2009.

Lazarus, R. (2012) *Stress and Emotion*: *A new synthesis*. Springer Verlag New York Inc

Leonard, B. (2006). *Stress, citoquinas y depresión*. VI Congreso Mundial de Estados Depresivos. Mendoza, 2006.

Levy Yeyati, E.E. (2013). *Alcances, límites y perspectivas del diagnóstico de Trastornos por Estrés Postraumático.* Tesis de doctorado. Facultad de Medicina, UBA.

Lichtemberg, J. (1982). "Continuities and transformations between infancy and adolescente". En *Adolescent Psychiatry*, vol. X, S. Feinstein (eds.). Chicago: Univ. of Chicago Press.

_____ (2004).Actas del 2º Seminario de Formación continuada en Psicoanálisis Contemporáneo. Barcelona.

Lipovetsky, G. (2007). "*La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo".* Barcelona. Editorial Anagrama, 2007

Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). *Psychopathologie de L' Adolescent*. París: Masson.

Maremmani, I., Pacini, M., Akiskal, H.S., et al. (2003). "Addiction and the bipolar spectrum. Dual diagnosis with a common substrate*?". Addict. Disord. and Their Treatment* 2004; 3:156-164.

Marías, J. (1988) *Una vida presente. Memorias*. Madrid, Alianza Editorial

_____ (1995). *Tratado de lo mejor.* Madrid: Alianza Editorial.

Martin, B.R. (2004). "Neurobiology of Marijuana". En Galanter M., Kleber H.D. (eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*, 3 ra edición. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Marty, P. (1995) *La Psicosomática del Adulto.* Amorrortu Editores España

Massuh, V.: (1990) *La flecha del tiempo.* Buenos Aires, Ed. Sudamericana.

McDougall, J. (1978). *Alegato por cierta anormalidad*. Barcelona: Petrel, 1982.

_____ *La sexualidad como adicción. Conferencia dictada en Buenos Aires, el 7/9/1993. Biblioteca de APdeBA, video*

Mc Glashan, TH. (1986) The Chesnut Lodge follow up study III. Long term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry*, *1986 Jan, 43 (1),* 20-30

McLaughlin, K.A., Kessler, R.C. y cols. (2009). "Serious emotional disturbance among youths exposed to Hurricane Katrina 2 years postdisaster". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48 (11):1069-78.

Meltzer, D. (1986). “El proceso psicoanalítico. 20 años después”. *Psicoanálisis, Rev. APdeBA*, XV, 1, 1993.

Michels, R. (2014) “The mind – brain barrier in 2010”. *Neuropsychoanalysis, 12: 1, 30-31*

Mijolla-Mellor, S. (1991). “La escritura en Secreto”. *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, I, 1,1991.

Moguillansky, C. (2008). Constelaciones frecuentes de la transferencia en las adicciones. *Controversias online 2008 APdeBA*.

Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A (1998). “Dual diagnosis; a review of etiological theories”*. Addictive Behav* 1998; 23:717-34.

Ornstein, A. (1994). “Trauma, arte y proceso de recuperación”. *Psicoanálisis Internacional, Inf. I.P.A*., III, 2, 1994.

Ortiz Frágola, A. (1995). “Los escritos del adolescente”. *Psicoanálisis. Revista de ApdeBA,* vol. 17, 3.

_____ (1997). “Adolescencia y drogadicción”. En A Musacchio de Zan y A. Ortiz Frágola, *Drogadicción,* 2da edición. Buenos Aires: Paidós, 2000.

_____ Mesa redonda: Relación de objeto y vínculo .*Psicoanálisis. Revista de APdeBA.* Vol. 20, 3, 1998.

_____ (1999). “Sobre una aplicación de la Psicología del Self al análisis de adolescentes”. En G. Lancelle, *El Self en la teoría y la práctica*. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2000). “Adolescencia y drogadicción”. En Musacchio de Zan, A., Ortiz Frágola, A., *Drogadicción.* Buenos Aires: Paidós.

_____ (2001). “Crisis en la familia. La rebelión de los adultos”. *Psicoanálisis, Revista de APdeBA*, vol. XXIII, 2, 2001.

_____ *Acerca del stress en niños y adolescentes*. Conferencia en Academia Nacional de Medicina. 2003

_____ (2005). “Depression among adolescents and vulnerability to addictive disorders”. *Addictive Disorders*, marzo 2006, vol. 5, 1. Lippincott Williams and Wilkins.

_____ (2005). *Sobre algunos aspectos narcisistas en el análisis de adolescentes.* Depto. de Niñez y Adolescencia, APdeBA.

_____ (2006). “Deppression in adolescents and its vulnerabilty to addictive disorders”. *Addictive Disorders,* marzo 2006, vol. 5, 1.

_____” El mito del fracaso borderline”. *Actualidad Psicológica*, XXXII, 350, 2007.

_____ (2007). “Adolescent Drug Abuse”. Workshop presentado en *160th Annual Meeting de la American Psychiatric Association*. San Diego, EEUU, mayo 2007.

_____ (2009). “Adolescent Mental Health”. Workshop presentado en *163rd Annual Congress de la American Psychiatric Association,* San Francisco, 2009.

_____ La juventud como barómetro de la cultura. *Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires*, vol. 53, 2011.

_____*“La realidad clínica de hoy. Los pacientes, el encuadre, el proceso*”. Panel del Simposio APdeBA 2013

_____ *“Psicopatología de nuestro tiempo”.* Buenos Aires*,* Psicolibro Ed., 2014

_____ “Adolescencia, adicciones y psicopatología. Entre los circuitos cerebrales y la regulación del self”. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatria. Vol XXVIII, 133, 2017*

Palomo, T., Ponce, G (). “Adicción a drogas y dopamina”. En Rubio, G. et al., *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2002.

Pechnik, R. (2007). “Preclinical development and clinical implementation of treatments for substance use disorders. *Focus,* vol. 2, 2007.

Pfefferbaum APdeBA, B., Brian Houston, J.J.B., North, C. y Regens, J. L.: Youth’s Reactions to Disasters and the Factors That Influence Their Response. *Prev Res*. 2008; 15(3): 3–6

Puget, J. (1995). “Vínculo-relación objetal en su significado instrumental y epistemológico”. *Psicoanálisis APdeBA.* Vol.XVII, 2, 1995

Pumariega, A.J., Rodríguez, L., Kilgus, M.D. (2004). “Substance abuse among adolescents: Current perspectives”. *Addictive Disorders* 2004; 3:145-155.

Pynoos, R.S. y cols. (2009). “Depression and PTSD symptoms among bereaved adolescents 6 years after the 1988 Spitak earthquake”. *J Affect Disord* 2009; 112 (1-3):81-4.

Sagan, F. (1994). *Un disgusto pasajero.* Barcelona, Tusquets, 1995

Sartre, J P (1938): *La náusea.* Buenos Aires, Losada, 1945.

_____ (1939): *La infancia de un jefe*. Madrid, Alianza, 1994

Scola, E. (l987) *La Familia.* Italia, Massfilm

Selye, H. (1978) *The Stress of Life.* New York, Mc Graw - Hill

Spanagel R., Weiss, F. (1999). “The dopamine hypothesis of reward: past and current status”. *Trends Neuroscience* 1999; 22:521-27.

Spitz, R. (1945) Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53-74

_____ (1959) *A genetic field theory of ego formation: its implications for pathology.* New York, International Universities Press.

Stone, M.H. (1990). *The Fate of Borderline Patients*. New York: Guilford Press.

Ulman, R.B. y Paul, H. (1992). “Dissociative anesthesia and the transitional selfobject transference in the intersubjective treatment of the addictive personality”. En *Progress in Self Psychology* . A. Goldberg ed. Londres: The Analytic Press.

Vargas Llosa, M. 2010. *Discurso de aceptación del Premio Nobel 2010.* Recuperado de YouTube https://www.youtube.com/watch?v=HiiwGvOE4kM

Volkow N., NIDA (2007). *The Science of Addiction. Drugs, brain and behaviour*. NIH Pub 07-5605.

Washton, A. y Zweben, J.A. (2009). *Cocaine & Methamphetamine Addiction*. New York: Norton.

Wieder, H. y Kaplan, E. (1969). “Drug use in adolescents”. *Psychoanalitic Study of the Child*, 24: 399-431

Winnicott, D.: (1963) Miedo al Derrumbe. En *Exploraciones Psicoanalíticas.* Buenos Aires, Paidós, 1971

_____ (1971). *Realidad y juego.* Buenos Aires: Gedisa, 1982.

_____ (1979) *“Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*”. Barcelona. Ed. Laia

_____ (1993). *La naturaleza humana*. Buenos Aires:

Wolf, E. (1984). “Freud’s adolescent creativity in the light of the Psychology of the Self”. En *Late Adolescence Psychoanalytic Studies*. D.D. Brockman ed. New York: Int. Univ. Press.

_____ (1988). *Treating the Self.* New York: Guilford Press. Bollas, C. (1992). *Ser un personaje*. Buenos Aires: Paidós, 1994.

Worden, J.W. (1982). *Grief Counseling and Grief Therapy.* New York, Spinger Publishing Co**.**

Zanarini, M.C. et al (2003). “The longitudinal course of borderline psychopatology: Six years prospective follow up of the phenomenology of borderline personality disorder”. *American Journal of Psychiatry* 160:274-283, 2003.