

PSICOTERAPIA DEL ADOLESCENTE

PH. JEAMMET.

(ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE (Paris) 37812 B¹⁰ - 5-1989)

La individualización entre los métodos psicoterapéuticos de un capítulo consagrado al adolescente corresponde a una necesidad nueva. Se trata probablemente de la expresión del reconocimiento de la frecuencia de las conductas psicopatológicas en esta edad, de los riesgos inmediatos que éstas hacen correr al adolescente, así como de las consecuencias para su futura vida de adulto. Efectivamente, durante estos últimos decenios un cierto número de factores han conjugado sus efectos para hacer cada vez más necesaria e inevitable la singularidad de una psicología y de una psicopatología propias de esta etapa de la vida. Estos factores son múltiples. Probablemente están más unidos a las transformaciones que han afectado a nuestra sociedad que a las eventuales modificaciones recientes de la psicología de los adolescentes.

Los cambios socioeconómicos que han afectado a los países occidentales han contribuido a dar cada vez mayor importancia a la adolescencia y a hacer de ésta un fenómeno de masas, especialmente alargando su duración y dando a la entidad "jóvenes" la imagen de un conjunto lo suficientemente coherente como para conferirle una cierta identidad y la fuerza de un modelo uniformizante. Pero al mismo tiempo y cada vez más se deja a los adolescentes solos y sin referencias estables ni modelos pertinentes.

Nos encontramos así ante una aparente paradoja: cuanto más se impone la adolescencia en su duración y especificidad como un dato social esencial y una etapa fundamental de la vida de un individuo, más difusa y heteróclita se vuelve la imagen de los adolescentes.

La pérdida de un consenso social sobre las reglas que rigen las relaciones padres/hijos deja a cada familia la responsabilidad de recrearlas. Tarea difícil que muy a menudo trae como consecuencia la de imbricar y mezclar las generaciones entre sí, reforzando las relaciones de dependencia recíproca y complicando la tarea de autonomización.

2

No es por casualidad que las aportaciones más recientes e innovadoras en psicopatología provengan, además del campo de la adolescencia, de las interacciones madre-lactante y de la corriente familiar. Efectivamente estos tres ámbitos tienen en común el hecho de poner fundamentalmente en juego las salidas posibles de las oposiciones dialécticas dependencia/autonomía, necesidad de los demás/afirmación de sí mismo. ¿Cómo no ver por tanto en esa moda actual, la expresión de la dificultad de nuestra sociedad para tratar estos problemas y la necesidad de recurrir a nuevas formas de mediación? *

Esta comparación con el lactante no deja de tener un significado, si consideramos que se trata de dos etapas cruciales para la formación de la personalidad, caracterizadas por la amplitud de los cambios que afectan a la vida psíquica y a la vulnerabilidad del individuo a los acontecimientos y actitudes del entorno. No es extraño encontrarnos en la adolescencia parte de lo que está en juego durante la primera infancia (segundo proceso de separación-individualización de la escuela desarrollista anglosajona de M.Mahler), y una reactivación de los conflictos y traumatismos del niño ("a posteriori" de Freud).

¿Existe una especificidad de la psicoterapia de los adolescentes?, y si la respuesta es afirmativa, ¿dónde situarla?. Evidentemente no a nivel de los métodos, ya que ninguno de ellos es propio de esta edad, aunque algunos parezcan más adecuados. Entre los modelos teóricos que sirven de referencia a estos métodos, ninguno ha sido concebido específicamente en relación con la adolescencia, incluso ni se refieren a ella en su andadura original: trátase del psicoanálisis, las teorías comportamentales, cognitivas o sistémicas. Sin embargo, la experiencia demuestra que nos podemos ver llevados a modificar sus reglas de aplicación, e incluso su finalidad, cuando se trata de un adolescente. Efectivamente, sea cual sea el método psicoterapéutico utilizado, percibimos, cuando se trata de aplicarlo en la adolescencia, que debe de tener en cuenta las particularidades relacionales de esta edad y el lugar original que ocupa en ella el entorno, especialmente el familiar, así como los riesgos psicopatológicos que hacen que con el adolescente oscilemos, desde un optimismo de cara a sus conductas desviadas, atribuidas a la "crisis de originalidad juvenil" (Debesse), hasta la idea fija y el miedo de la enfermedad mental y de un encerramiento en las conductas patológicas.

El adolescente obliga a los que se ocupan de él, a un esfuerzo constante de adaptación para encontrar una adecuada

distancia relacional, estar suficientemente presente sin volverse cargante ni intrusivo; facilitar los intercambios sin inducir una dependencia. La especificidad del proceso psicoterapéutico se sitúa más bien del lado del adolescente en lo que respecta a las particularidades de su funcionamiento mental y de sus modalidades relacionales, a la naturaleza de los cambios psíquicos ligados a la actualidad de la pubertad y a todo aquello que está en juego y compromete el porvenir. Los métodos deberán de tener en cuenta estos datos y consiguientemente plegarse a ellos.

La adolescencia puede, si no sellar totalmente el destino del adulto, si al menos traer consecuencias importantes en cuanto a la capacidad de éste para utilizar sus potencialidades, tanto en el ámbito de los aprendizajes, como en el de la vida afectiva y relacional, de su armonía con su cuerpo y de su sexualidad. La psicoterapia aplicada a los adolescentes supera así, sin lugar a dudas, la sola dimensión terapéutica. Tiene el valor de la prevención de la salud del adulto en la acepción más amplia y plena de la palabra, aquella que tiene como objetivo no solo la evitación de la enfermedad sino el desarrollo de las potencialidades del individuo. Desde este punto de vista, puede ser entendida como un medio moderno de renegociación de las relaciones familiares, una modalidad actual de regulación de los conflictos inherentes a esta etapa de la vida y por qué no, como una forma de iniciación en la vida adulta fuera de todo adoctrinamiento e ideología, y que hay que saber proponer y utilizar suficientemente pronto, antes de que la expresión de los conflictos deje paso a los comportamientos patológicos.

Se puede entender la psicoterapia como "el conjunto de medios psicológicos que pueden ser utilizados con un fin terapéutico" (Guyotat). Supone por tanto la búsqueda de cambios por medios apropiados, en este caso puramente psicológicos. La referencia a la teoría aparece como la garantía mínima en cuanto a la naturaleza de los medios utilizados y la finalidad de los cambios buscados. Es esta referencia la que diferencia a las psicoterapias de los adoctrinamientos, de las técnicas de manipulación. Poner en práctica un proceso de cambio supone en efecto, inevitablemente, una vectorización de

de este cambio y por tanto una dimensión normativa. Tal como subraya el Dr. Lagache, ésta es inherente al desarrollo de la personalidad desde el momento en que el lactante, a partir de esta actividad mínima de juicio que es la dicotomía placer/displacer, se vuelve capaz de discriminar lo bueno y lo malo, de desarrollar los procesos psíquicos de interiorización de lo bueno y de rechazo a lo exterior de lo malo. Esta actividad normativa de base se va a hacer más compleja con la culpabilidad y la aparición de una actividad reflexiva que, al desarrollar una mirada crítica posible sobre el propio sujeto, va a abrir el camino de la imagen de sí mismo, del ideal del yo y de su articulación con los ideales parentales y sociales.

La psicoterapia no escapa a esta constante de las relaciones humanas. El hecho de pertenecer a un corpus teórico supone un límite, cuando no una garantía, para desviaciones demasiado personales en la relación psicoterapéutica. Y es que, efectivamente, ésta se encuentra entre dos peligros: el de quedarse a nivel de la demanda más superficial del paciente y de no inducir ni cambios ni aportaciones nuevas; o el de llevar al paciente en detrimento de su interés hacia lo que le interesa al terapeuta, sin respetar ni la propia andadura del paciente, ni incluso su libertad. Pero no nos engañemos, el margen entre estos dos extremos es a menudo reducido. Únicamente la profundización recíproca de la teoría y de la práctica y el intercambio con terceros pueden permitir que las ventajas sean mayores que los riesgos.

DIFICULTADES Y PARADOJAS DE LA PSICOTERAPIA EN LA ADOLESCEN-

CIA.

Se trata, de alguna manera de una serie de pre-requisitos de la psicoterapia que condicionan la posibilidad y el desarrollo de la misma. Son unos parámetros, que, tomados individualmente, pueden encontrarse en otras edades o pertenecer a ciertas estructuras psicopatológicas, pero que reagrupados son característicos de la adolescencia y de esta forma orientan las modalidades del proceso psicoterapéutico. Son muy variables en su intensidad y su peso respectivo y por ello no

aparecen siempre en un primer plano. Sin embargo es preferible tenerlos muy presentes a fin de detectar cuanto antes sus posibles efectos. El precio de su desconocimiento supone generalmente la ruptura prematura de la psicoterapia. Por tanto podemos pensar que, de alguna manera, determinan en gran parte la especificidad de la psicoterapia del adolescente.

Estas dificultades se presentan a menudo bajo la forma de parejas de contrarios que le pueden parecer al adolescente otras tantas imposiciones paradójicas, sea que la contradicción procede de sus propios deseos, de las solicitudes del entorno o de ambos a la vez.

Las incertidumbres de la demanda.

No es habitual que un adolescente formule por sí mismo una petición de ayuda psicológica y, si lo hace, es a menudo tarde, cuando ya está sufriendo de forma importante las presiones internas de sus dificultades y cuando el desarrollo de sus compromisos en la vida está ya seriamente afectado. Este es un punto que comparte con el niño y en cierta manera con las organizaciones narcisistas y psicóticas. Pero si esta situación aparece menos natural que para el niño, no significa por ello que se pueda prejuzgar ninguna patología particular. Nos volvemos a encontrar aquí con la singularidad del adolescente que tiene unos medios de expresión y de simbolización de un nivel diferente a los del niño, pero que no puede utilizarlos fácilmente para expresar una demanda de ayuda, o incluso un sufrimiento interior. Ello supondría reconocer una carencia, puerta abierta a la emergencia de una vivencia depresiva, al surgimiento de angustias diversas y a la confrontación con la envidia y la agresividad; y admitir implícitamente una dependencia con respecto a los adultos, tanto menos aceptada cuanto más importante es. *

De ahí que toda demanda pueda ser fácilmente sentida como susceptible de poner en peligro una afirmación de sí mismo y una voluntad de autosuficiencia, tanto más reivindicadas cuanto peor aseguradas están. Ciertamente esta amenaza es más aguda si los problemas de personalidad son importantes, pero ésto no implica necesariamente una patología narcisista específica. Esta vivencia es consustancial a la fragilización de

los límites de la estima de sí mismo y de la identidad propia a la adolescencia. Y lo es en la medida en que el adolescente presiente intuitivamente los conflictos y amenazas sobre la relación que toda demanda de ayuda psicológica conlleva. En el fondo muchos adolescentes esperan, sin decirlo, que los padres adivinen su malestar y les curen más o menos mágicamente, convencidos de que un buen padre lo sabe todo, pero eso sí, dispuestos a negar su necesidad y a oponerse a cualquier iniciativa si se les realiza una propuesta similar. Esta oposición, en general, pide más que ser forzada, pero la facilidad para dejarse vencer va a ser inversamente proporcional a la duración de la espera y a la amplitud de las decepciones anteriores. Su rencor, que encaja bien con esta conjunción habitual en la adolescencia de una expectativa relacional y de una fragilidad narcisista que se refuerzan mutuamente, es proporcional a la demanda implícita anterior.

→ La demanda va a tener que canalizarse por caminos indirectos: no tanto la angustia y el sufrimiento psíquicos, raramente reconocidos como tales por el adolescente y menos aún verbalizados, sino esencialmente la dolencia somática con todas sus variantes, así como las timbiciones, las conductas de fracaso y los trastornos de comportamiento. Por tanto, se trata más de un toque de atención a los adultos, de la expresión de un sentimiento de malestar interior, que de una verdadera demanda sea de ayuda o menos aún de conocimiento de sí mismo.

Su contenido permanece prácticamente incierto y uno de los objetivos de la psicoterapia podría ser precisamente el de hacer surgir y posibilitar la verbalización de una demanda más clara. Este trabajo puede conseguir por sí mismo un efecto cambiante y terapéutico. En estos casos, una demanda explícita ya puede considerarse como un progreso terapéutico importante y un gran paso hacia adelante en la resolución terapéutica: para el adolescente supone aceptar el reconocer sus límites y necesidades; dejar sitio a otro y a su posible influencia; poder intercambiar y recibir sin sentirse poseído.

En este tema hay muchas divergencias entre aquellos terapeutas que piensan que es mejor esperar una demanda directa del adolescente antes de implicarse en una psicoterapia, y aquellos que opinan que toda expresión de malestar, por poco duradera que sea, todo encerramiento en una conducta de auto-sabotaje, ha de ser entendido como un lenguaje lo suficientemente explícito como para que merezca la pena plantear una psicoterapia. Los primeros justifican sus reservas por el

7

peligro que corre el psicoterapeuta de verse asimilado a los padres y al mundo normalizador de los adultos, no respetando la necesidad de rechazo y de diferenciación del adolescente y corriendo el riesgo de parecer intrusivo, omnipotente y de comprometer posibilidades ulteriores de un verdadero proceso terapéutico. Los otros consideran que éstas manifestaciones constituyen un lenguaje suficientemente claro y que, si siguen siendo indirectas y no explícitas en cuanto a su dimensión de llamada, es porque el adolescente no puede afrontar directamente los conflictos expresados a través de dichas manifestaciones y menos aún su espera de una ayuda, vivida como expresión de una dependencia intolerable con respecto a los adultos.

Corresponde al terapeuta adivinar el sentido de lo que se oculta detrás de los síntomas y ayudar al adolescente a descubrirlo cuando psicológicamente le sea posible. Si éste último recurre a una expresión sintomática de sus conflictos, es precisamente porque no le es posible todavía su verbalización. Pero esperar supondría correr el riesgo de un encerramiento en el síntoma con sus efectos patógenos propios de desvalorización y de propensión a autorreforzarse.

Desde esta perspectiva, corresponde a los padres y al terapeuta la tarea de verbalizar todo aquello que la conducta del adolescente está expresando de sus conflictos y de formular, no la demanda del adolescente o el contenido de los conflictos implícitos, sino su propia demanda cara a una situación de sufrimiento y de autosabotaje por parte del adolescente; una situación que les inquieta, les cuestiona y que no quieren eludir y frente a la cual sienten como padres el derecho e incluso el deber de manifestar su voluntad de que al menos se hable de ella, y de que, si es posible, se aporte una solución diferente a la que lleva a su hijo a restringir sus potencialidades. Posición de explicitación de una conflictividad latente, que por sí sola, puede contrarrestar la violencia de las presiones internas que impiden al adolescente expresarse.

Dependencia y autonomía.

El proceso terapéutico, por lo que supone de demanda implícita y dadas las expectativas más o menos pasionales que despierta así como las necesidades regresivas que solicita,

puede exacerbar simultáneamente necesidades y temores de dependencia. Sin embargo, este peligro no se evita con la aceptación de la psicoterapia. El riesgo mayor se produce en el momento en que se desarrolla el investimiento transferencial. Le sigue una ruptura o una agravación sintomática que resitúa al terapeuta a distancia mientras que el síntoma muestra su función económica de defensa de la autonomía del paciente y de último recurso para la salvaguarda de su identidad. Se entiende que este tipo de situación puede llegar justo cuando la psicoterapia está muy investida y parece desarrollarse de forma satisfactoria, desde el punto de vista del terapeuta que la juzga únicamente desde el punto de vista del contenido, de la riqueza del material expuesto y de la intensidad del investimiento. De hecho, las dificultades van a venir de la masividad de éste último, que presiona al adolescente a recurrir a algo que es fundamentalmente característico de esta edad: el actuar.

Este ACTUAR puede adoptar diversas formas: agravación de los síntomas o de los trastornos del comportamiento, interrupción del tratamiento, intento de suicidio... Siempre tiene por efecto el constituir una amenaza, cuando no una ruptura brutal del tratamiento y movilizar a la familia del adolescente. Esta reintroducción más o menos dramática de la familia, en general no es casual. Muy a menudo refleja la fidelidad del adolescente a los vínculos anteriores con sus padres y el temor de que el desarrollo de la psicoterapia y la masividad de la transferencia comprometan dichos vínculos. Es fácil de imaginar hasta qué punto los deseos profundos de los padres pueden guiar sus contractitudes, facilitar o no las resistencias del adolescente y crear complicidades tanto más eficaces cuanto más ocultas son. Este tipo de respuesta, en la medida en que coge desprevenido al terapeuta e interrumpe el trabajo de elaboración, expresa la recuperación por parte del adolescente de un cierto control de la situación, aunque éste se ejerza en gran medida sin que él se dé cuenta, no haciendo más que repetir procesos anteriores y por ello mismo contribuyendo a hacer del adolescente cada vez más preso de sus comportamientos.

Por medio del actuar el adolescente sustituye el desarrollo temporal que le confrontaría con la espera y por tanto con la incertidumbre y la pasividad por una respuesta actual ||-

De esta paradoja fundamental se derivan otras dualidades que pueden llevar al adolescente a temer la psicoterapia en la medida en que ésta revela o exacerba las oposiciones que

4

se muestran como contradicciones insolubles que piden la exclusión de uno de los términos y no como conflictos progresivamente elaborables con compromisos sucesivos.

El acto y la palabra.

Son los medios de expresión privilegiados de la oposición precedente. El acto, por el control que permite sobre el mundo de los objetos, se opone a la dependencia y viene a regtaurar una autonomía amenazada. Por el contrario, la palabra puede ser sentida como una amenaza de dependencia. En efecto, ella le abre al interlocutor la puerta del mundo interno y de sus secretos a riesgo de que éstos desaparezcan y de que el sujeto se sienta desposeído de los mismos en beneficio de alguien a quien él permite ejercer así una influencia sobre sí mismo. Hablar significa igualmente expresar sus deseos, revelárselos a sí mismo sin estar seguro de poder satisfacerlos y, más aún, reconocer el poder que las personas a quienes están dirigidos dichos deseos ejercen sobre uno mismo. Por eso, supone introducir una separación entre sí mismo y los deseos, entre éstos y su realización, entre uno mismo y los otros, con todo lo que representa de solicitud posible de un movimiento depresivo susceptible de inducir una evitación preventiva de la expresión verbal.

Privilegiar el lenguaje tal como lo hacen la mayoría de las psicoterapias puede suponer igualmente enfrentar al adolescente con su dificultad para encontrar las representaciones adecuadas para expresar sus emociones, bien por inhibición, bien por un verdadero fracaso de los procesos de representación más o menos focalizado en el ámbito de los afectos.

Son varios los factores que pueden contribuir a este fracaso: la importancia misma de la vivencia emocional que se opone al distanciamiento necesario para poder pensarlo; el carácter paradójico de las necesidades del adolescente; la contradicción de sus sentimientos y en un plano posterior la mala diferenciación de los imagos parentales, factor común de los parámetros anteriores en la medida en que supone un freno para el trabajo de desplazamiento de los investimentos necesarios para la diversificación de las representaciones y también en la medida en que favorece la masividad de las respuestas afectivas. Es difícil experimentar intensamente y mante-

ner el distanciamiento suficiente como para pensar y formular las cosas. A menudo sólo es posible hacerlo con posterioridad y es más tarde, especialmente hacia las postrimerías de la adolescencia, cuando resulta posible, por ejemplo, hablar del impacto de la pubertad sobre el psiquismo, justo cuando el adolescente ya se ha recuperado de este primer trastocamiento pero está lo suficientemente próximo como para que su recuerdo permanezca todavía caliente.

En todo esto, favorecida por la dinámica del funcionamiento mental en la adolescencia, hay una verdadera dificultad en el adolescente para verbalizar sus emociones para cuya figuración se verá obligado a encontrar otros medios, infra-representacionales, tales como la dolencia somática. En otros casos, todo lo que no puede reconocer en sí mismo va a adquirir gran relevancia para los demás, o va a ser evacuado a través de un actuar cuyo sentido se va a borrar con el propio acto aún cuando haya sido su móvil. Esta última modalidad nos recuerda en algunos aspectos la alexitimia descrita por Sifneos en personalidades con respuestas psicósomáticas. Algunas formas de anorexia mental, con su aparente bienestar y su ausencia de vivencia emocional, son también un buen ejemplo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, se trata más de una confusión de los afectos, con un malestar difuso, que de una verdadera ausencia de figuración de los mismos. Tal vez haya que apoyar la expresión verbal del adolescente o encontrar otras modalidades de intercambio que no le coloquen directamente en la obligación de hablar. La palabra llegará en la segunda fase.

En efecto, la verbalización de forma indirecta, a través de la mediación de un tercero, es más fácil. Así pues, es más fácil hablar de sí mismo a través de lo que uno dice de los demás o negativamente en oposición a lo que los demás dicen de uno. Se ve claramente el partido que se puede sacar de las terapias de grupo o de las entrevistas familiares, a través de las cuales, el adolescente llega a situarse en contraste con el discurso de los demás.

Lo actual y lo infantil.

Estas dos caras opuestas constituyen otra manera de presentar el dilema abandono o resistencia a la psicoterapia. En efecto, la evocación de todo lo que tiene que ver con lo in-

fantil puede ser vivido por el adolescente como una amenaza de regresión incontrolada justo en el momento en que se ve conducido a despegarse de estos vínculos y a elaborar el duelo de este tiempo pasado. Desde este punto de vista, todo aquello que le suene al adolescente a acentuación de la repetición de vínculos y de conflictos del pasado puede ser vivido como una descalificación de su realidad actual y un desconocimiento de los cambios aportados por esta edad que, aunque sean angustiantes, tienen un gran valor y son indispensables para asegurar su nueva identidad de adolescente. En estas condiciones la prevalencia de lo actual en el discurso del paciente tiene una función de reaseguramiento necesario y a menudo útil, pero rápidamente puede suponer una gran resistencia para el proceso terapéutico. Una vez más, en este punto se nos presentan dos opciones terapéuticas que pueden oponerse o mostrarse complementarias.

La una privilegia el presente y lo apoya con todo lo que puede reforzar al yo del adolescente, contando con este reforzamiento para permitirle superar sus conflictos, pero con el riesgo de dejar de lado los conflictos internos con sus raíces históricas y de favorecer las conductas de repetición con efectos patógenos. La otra, se ciñe a la denuncia de estos conflictos, pero puede reforzar a nivel inmediato el sentimiento de impotencia del adolescente frente a los problemas cuyo origen inconsciente se le escapa.

Abandono e intrusión.

Constituyen las dos versiones de la angustia de separación en esta edad. Reflejan las dificultades del adolescente para poder negociar una distancia relacional soportable con los que se ocupan de él. Su importancia obliga al terapeuta a estar muy atento a todo lo que pueda precipitar la emergencia de estas formas de la angustia con los riesgos de ruptura y de paso al acto que conllevan. A menudo el margen de maniobra del terapeuta es estrecho: todo lo que para él representa de libertad acordada al adolescente (decisión de iniciar la terapia, frecuencia de las sesiones, posible espaciamiento o interrupción) puede ser vivido por éste como un abandono y un signo de su falta de interés, incluso cuando el terapeuta no hace más que acceder a una demanda del adolescente. Contrariamente, toda insistencia del terapeuta, e incluso el simple mantenimiento del rigor del encuadre, puede engendrar un sen-

12

timiento de intrusión y de persecución. Nos encontramos aquí con las características propias de las personalidades que han permanecido dependientes de sus objetos de apego: vulnerabilidad a las variaciones de la distancia relacional; necesidades de investimentos que son más fuertes que la calidad específica de las personas a las que se dirigen; reacciones de todo o nada con alternancia en espejo, desde la masividad del apego hasta el repliegue afectivo. De esta manera el adolescente bajo los efectos de una decepción va a pasar fácilmente de la pasión y de la idealización al rencor o al desinterés aparente.

LOS OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA

Estos objetivos coinciden con los de cualquier psicoterapia pero al mismo tiempo tienen que tener en cuenta las particularidades de este período de la vida, especialmente todo lo que contribuye a determinar la organización de la personalidad y por tanto, en gran medida, el porvenir del adolescente.

Conllevan necesariamente la búsqueda de un cambio. Pero, hacia dónde hay que dirigir prioritariamente este cambio? ¿Hacia una modificación de la imagen que de sí mismo se va haciendo el adolescente y particularmente hacia la integración de los nuevos parámetros aportados por la pubertad y el acceso a un cuerpo de adulto apto para las relaciones sexuales, así como para el ejercicio de la violencia? ¿Hacia una transformación de su funcionamiento mental, de sus modalidades de defensa, de su forma de tratar la angustia y de negociar los conflictos?. Idealmente la psicoterapia puede proponerse el alcanzar todos estos objetivos. Pero, ¿es posible?, ¿No habrá que elegir prioridades y por ello mismo no habrá incompatibilidades entre los objetivos? El ejemplo más fácil lo tendríamos en una posible antinomia entre la búsqueda de una solución rápida del síntoma y el deseo de modificación del funcionamiento mental.

De hecho, la observación de los adolescentes muestra que más que en cualquier otra edad estos diferentes parámetros están unidos entre sí y que el porvenir de cada uno de ellos condiciona en gran parte el de los demás.

* La acción sobre los síntomas.

Sigue siendo el primer objetivo de la psicoterapia, dado que muy a menudo ésta se inicia a raíz de la aparición de los mismos. El único problema radica en saber cómo la psicoterapia va a intentar integrarlos en su acción: a través de un abordaje directo o ciñéndose a eliminar los factores que han contribuido a su aparición?

La respuesta depende en parte de la naturaleza de la demanda del adolescente y de su familia. Ocurre que esta demanda es siempre ambigua y necesita ser elaborada y precisada por la acción del terapeuta. Depende de la capacidad de cambio por parte de los demandantes y de su apertura a un posible cambio. Pero depende de igual manera del modelo que privilegia el terapeuta y de la concepción que tiene acerca de lo que se pone en juego en la terapia.

La naturaleza del síntoma también interviene. Se puede pensar que cuanto más limitados están los síntomas al espacio interno intrapsíquico y más permanecen dentro del marco de una conflictividad y de un sufrimiento interiorizados, vinculados a contenidos mentales suficientemente precisos y diferenciados como para poder organizarlos y contenerlos sin grandes desbordamientos de afectos y de actuaciones de toda clase, mejor puede ceñirse el trabajo psicoterapéutico a la elaboración de los conflictos, a la remodelación de la personalidad y de rebote, más se puede esperar una mejoría de los síntomas.

En cambio, cuanto más nos encontramos en presencia de trastornos de comportamiento, más desbordan los síntomas el estricto marco intrapsíquico y se expresan en el ámbito de los actos o en el del cuerpo, más necesario se hace el plantearse una actuación específica para estos trastornos. En este cuadro entran los trastornos de comportamiento propiamente dichos, intentos de suicidio, toxicomanía, anorexia, bulimia, fugas, conductas de oposición, pero también toda una serie de trastornos, aparentemente más "mentalizados", pero que traen rápidamente consecuencias sobre la posibilidad, a veces incluso física, para el adolescente de mantener sus actividades e inversiones, y que tienen claras repercusiones en su vida familiar y en sus relaciones en general.

→ Lo mismo ocurre con las sintomatologías masivas e inva-

lidantes de ciertas evoluciones psicóticas y con las depresiones mayores, para las que la atenuación o al menos la reducción de los síntomas a través de medios no psicoterápicos, puede constituir una condición necesaria para cualquier actuación psicoterapéutica.

Las conductas sintomáticas y la psicoterapia interfieren de múltiples formas:

- la conducta sintomática puede oponerse al proceso psicoterápico. Cuanto más se encuentre dentro de la dimensión del actuar, de la denegación de la conflictividad interna, del rechazo de los afectos, mayor será esta oposición. El desconocimiento del carácter patológico de la conducta, cargando toda la responsabilidad sobre el entorno, puede llegar a hacer imposible cualquier abordaje, incluso el comportamental. Aunque los ejemplos más claros los encontramos sobre todo en el campo de la psicopatía, esto concierne a todos los trastornos del comportamiento. A menudo, sólo es posible iniciar una psicoterapia propiamente dicha con su ritmo y modalidades adaptadas, después de una primera reducción de los síntomas. Este paso viene acompañado a menudo de reacciones depresivas como testimonio del abandono de las defensas por medio del síntoma y la proyección;
- el síntoma puede representar una resistencia importante a la psicoterapia. Esta defensa es muy difícil de reconocer dado que a menudo viene acompañada de un investimiento masivo del terapeuta por parte del adolescente y de un desarrollo aparentemente rico y satisfactorio del trabajo psicoterapéutico. De hecho, se trata de un trabajo en falso-golf que sólo es posible porque el sujeto se protege de este investimento, vivido como una amenaza para su autonomía, por medio del mantenimiento de los trastornos que se convierten así en garantes de la salvaguarda de su yo e incluso de su identidad. Se corre el riesgo de una escisión del yo que mantiene inmutables la personalidad profunda del paciente y los elementos conflictivos fundamentales, haciendo la cama a una psicoterapia interminable. El sentido de este comportamiento sólo aparece a posteriori, cuando unas medidas específicas posibilitan una reducción del síntoma, revelando así su función al precio a veces de reacciones depresivas que hay que poder controlar y si es posible prevenir si no queremos ser testigos de la aparición de pasos al acto y sobre todo de una interrupción brutal de la psicoterapia.

- Finalmente, las conductas sintomáticas tienen sus propios efectos que hay que tener en cuenta y que no coinciden necesariamente con la duración necesaria para toda psicoterapia. Recordémoslo a título de información: se trata fundamentalmente del peso de los plazos sociales que el adolescente tiene que afrontar y de las consecuencias de los síntomas sobre la organización de la personalidad. Los plazos, especialmente los escolares, pueden hacer que los efectos de un síntoma, como una inhibición o una fobia escolar, se vuelvan determinantes para el porvenir del adolescente y para la imagen que vaya a tener de sí mismo. Conocemos también el poder negativo de los síntomas sobre la constitución de la identidad del adolescente y la construcción de su personalidad.

★ La acción sobre la personalidad.

Se trata de la segunda vertiente de los objetivos de la psicoterapia. Se puede considerar que esta dimensión está siempre presente, al menos implícitamente. En efecto, toda psicoterapia, por muy centrada que esté en el síntoma, presupone que éste juega un papel nefasto y que su desaparición no puede más que beneficiar al desarrollo de la personalidad del adolescente.

El verdadero debate está en otra parte. Se trata de saber si ante un adolescente en dificultad se debe pretender ir más allá en la resolución de estas dificultades aparentes e intentar alcanzar los elementos conflictivos subyacentes susceptibles de representar un handicap para la organización de la personalidad futura del adolescente, para el desarrollo de sus potencialidades y para su salud física y mental. Dicho de otra manera, ¿ es que toda acción curativa implica una acción preventiva y hay que aprovechar la aparición de estas dificultades como una ocasión para una acción en profundidad sobre el adolescente ?.

Si la respuesta es positiva, podemos ver en estas dificultades una ocasión para hablar por fin de verdad y de abordar los verdaderos problemas del adolescente más allá del disfraz de los síntomas. La ventaja es que de esta manera podemos dar a las conductas desviadas una connotación positiva en lugar de considerarlas únicamente en términos de patología.

14

Pero aún queda el que tanto el adolescente como su familia quieran prestarse a este nuevo lenguaje y acepten un cuestionamiento del equilibrio anterior, algo que en definitiva constituye más un objetivo final que un punto de partida.

Pero para poner en práctica esta forma de ver las cosas, que no siempre está libre de riesgos, se precisa un cierto número de riesgos. Las condiciones son las de una referencia teórica que dé sentido a los síntomas y permita interpretar las dificultades actuales del adolescente y los riesgos corridos, en función de un modelo de desarrollo de la personalidad, si no normal, si al menos óptimo habida cuenta de los elementos estructurales y coyunturales de los que dispone. Estamos de lleno en el tema de los envites de la adolescencia y de todo lo que se pone en juego en la misma. El principal objetivo de la psicoterapia consiste precisamente en crear las condiciones para un desarrollo favorable de lo que está en juego en estos envites.

Por el contrario, el riesgo radicaría en prejuzgar las capacidades del adolescente y de su familia para hacer frente a los conflictos así como en subestimar las dificultades que puede entrañar un investimento relacional intenso en esta edad y en ciertas personalidades. Al origen tiene que haber necesariamente presiones psíquicas importantes toda vez que la vía de expresión obligada ha sido la de un lenguaje sintomático y no la de un lenguaje más discreto. No las podemos ignorar. No son fácilmente superables. Sabemos asimismo que negociar una relación psicoterapéutica puede resultar muy difícil, y que dicha relación conlleva a veces regresiones difícilmente controlables, relaciones de dependencia interminables y que es susceptible de poner al adolescente en contacto con actividades fantasmáticas, con reacciones emocionales o con necesidades afectivas que pueden invadir su vida psíquica sin que pueda llegar a encontrarles una salida aceptable a pesar de la ayuda propuesta. Es el caso, sobre todo, de las organizaciones para las que el investimento de la relación pone en peligro el equilibrio narcisista, e incluso las bases de la identidad. El mantenimiento de organizaciones defensivas rígidas, con mecanismos arcáicos como la denegación y la escisión del yo, resulta verdaderamente muy caro para éste último y para sus posibilidades de investimento, pero en algunos casos puede estar justificado para mantener alejados del conflicto sectores del yo que quedan así preservados. Estos últimos permiten un buen rendimiento en los ámbitos abarcados por ellos, pero una psicoterapia, a través de su acción unificadora, puede ponerlo en peligro durante más o menos tiempo.

Sin embargo, también se puede pensar que dicho equilibrio es precario y que tarde o temprano los efectos de esta escisión y de la no-elaboración de los conflictos así aislados se van a dejar sentir: o bien en el propio sujeto, a través de una descompensación psíquica o una vulnerabilidad a las respuestas somáticas; o en su entorno, especialmente en sus hijos. En efecto, este tipo de organizaciones se encuentran a menudo entre los padres de niños con dificultades: el sector conflictivo ocultado de los padres actúa como factor de incitación a una respuesta sintomática por parte del niño que se convierte así en la contrapartida de signo positivo a la conflictividad latente y en negativo del o de los padres.

Pero al final, corresponde al psicoterapeuta poner en práctica una gradualidad en su respuesta sabiendo adaptarse a las capacidades del paciente, a su ritmo y a sus necesidades.

ESQUEMA DE OBJETIVOS DE LA ACCION PSICOTERAPEUTICA

- Actuar sobre la conducta sintomática de manera suficientemente activa para que el adolescente tenga menos necesidad de recurrir a ella y que no se instaure como un factor de reorganización de la personalidad alrededor de ella.

⊗

- Permitir retomar los procesos de identificación evitando:

- Que la identificación dominante esté en contradicción con la realidad anatómica sexual del adolescente y le lleve a rechazar y atacar el aspecto de su cuerpo que no estaría de acuerdo con esta identificación, favoreciendo la integración de la bisexualidad y los aspectos de sí mismo percibidos como pertenecientes al otro sexo.

- Toda fijación en contra-identificaciones negativas que se apoyarían solamente sobre los aspectos negativos y destructivos del objeto de identificación, o que no se harían sino en oposición a este último.

- Que las identificaciones con aspectos de los dos padres se sientan como contradictorias, es decir que las unas excluyan a las otras impidiendo su integración en la personalidad del adolescente. Lo que supone una diferenciación suficiente de las imagos parentales y una relación de compatibilidad sino de armonía entre ellas.

⊗

- Contribuir a restaurar el narcisismo del adolescente, su

20

autoestima, y a darle una imagen más positiva de sí mismo mediante:

- El sólo efecto de la continuidad de la relación que testimonia implícitamente el interés del terapeuta y su resistencia a los ataques manifiestos o inconscientes del adolescente.

- Por un trabajo de descubrimiento y familiarización con su mundo interno: reconocimiento de sus afectos que aprende a percibir y a nombrar, toma de conciencia progresiva de sus fantasías, así como un trabajo de ligazón de las pulsiones y de integración de la agresividad y de la sexualidad. El trabajo tiene en sí mismo, y debido a la presencia superyoica idealizada del terapeuta, un efecto desdramatizador y de integración en el yo de elementos anteriormente rechazados ó clivados; teniendo ésto por consecuencia que los deseos y las aspiraciones pulsionales sean a la vez sentidas más como pertenecientes al sujeto (y no como un efecto del poder de los objetos deseados sobre él) y compatibles con sus ideales conjugando los dos elementos sus efectos para convertir el empuje pulsional en una contribución a la riqueza del yo y a su refuerzo y no un ataque que lo ponga en peligro.

- Por un triple trabajo de recuperación de este mundo interno; del placer descubierto o redescubierto de entrar en contacto con él y de utilizarlo sin que las actividades precedentes sean inductoras de fantasías de daño de los objetos investidos (en último término las imagos parenta-

les), es decir sin que todo suceda como si tener objetos internos y servirse de ellos para fines personales, no pudiera hacerse más que en detrimento del otro y amputándole ~~de lo~~ equivalente.

Se tratará pues de facilitar el reinvestimiento por parte del adolescente de sus capacidades de funcionamiento, tanto de su actividad mental como de sus recuerdos, de tal manera que estos placeres propios se acomoden a la presencia de las personas a las que están unidas tanto en la fantasía como en la realidad material. Se trata de crear las condiciones de una reactivación de los recursos autoeróticos, pero de un autoerotismo libidinalizado, debido a sus vínculos objetales y no de un autoerotismo de descarga de tensión o de supervivencia por el mantenimiento de una tensión mínima en medio de la búsqueda de sensaciones o de una actividad mecánica y repetitiva, que pierde al mismo tiempo que sus huellas (marcas) objetales sus capacidades libidinales (de vincularse) de ligazón. Dicho de otro modo, en este movimiento de vuelta (retorno) sobre sí mismo es la ternura lo que debe primar sobre la búsqueda de una excitación. El adolescente debe a la vez poder mirarse a sí mismo con ternura y sentir en sí mismo una presencia tierna sobre la que puede apoyarse simbólicamente. Es esa presencia suya lo que la psicoterapia puede recrear, permitiendo reencontrar los caminos de la ternura. Las fuentes de regulación narcisista y de la estima de sí mismo no deben proceder exclusivamente de los aportes externos, sino de un equilibrio entre las fuentes internas y externas a fin de evitar que aparezcan a los ojos del adolescente como antagonistas sus necesidades relacionales y la salvaguardia de su autonomía.

Es toda la dimensión de la actividad introyectiva lo que se cuestiona. Se puede considerar que su restauración

es el principal objetivo de la psicoterapia: reencontrar la capacidad de introyectar, lo que supone un intercambio con las personas no investidas y la capacidad de "utilizarlas" en el sentido en que Winnicott usa este término.

Es importante subrayar la necesaria coexistencia de estos dos términos aparentemente contradictorios: poder estar sólo y estarlo en presencia de la persona amada. Esta soledad da testimonio, en efecto, de la presencia positiva interiorizada de un objeto asegurador que por sí solo permite a la vez una buena tolerancia de los objetos externos y la posibilidad de ser autónomo respecto a ellos, siendo la primera situación la condición de las otras dos.

MODALIDADES TECNICAS

Deberán tener en cuenta las consideraciones precedentes, que son la expresión de lo que la situación del adolescente puede tener de específico. No se contemplará aquí más que lo que depende de esta especificidad y no los aspectos propios de cada técnica psicoterapéutica.

* LA PRIMERA ENTREVISTA

Tiene a menudo una importancia determinante sobre el resto de la acción terapéutica. Son varios los factores que contribuyen a ello. Es en general, la primera vez que el adolescente tiene la ocasión de encontrar un adulto con el cual se puede mantener un diálogo nuevo, en el curso del cual van a ser abordados temas de los que habitualmente no se habla, tanto por su contenido como por la manera de encararlos y donde se le es posible hablar con sinceridad, sin condescendencias, pero también sin enjuiciar. Se da uno

cuenta de que ni el monólogo del paciente ni la "lengua de madera" (langue de bois) del terapeuta vienen a cuento.

El terapeuta no puede zafarse solo por los artificios técnicos de las expectativas del adolescente, ni tampoco será deseable responder siempre a las preguntas, ni situarse en el mismo nivel de realidad de sus cuestionamientos (preguntas). Podrá, por el contrario, en su respuesta tratar de introducir un desplazamiento que lleve a su interlocutor a relanzar su pregunta sobre sí mismo. El descubrimiento progresivo de la verdad del paciente, así como su unificación en una mejor integración de sus contradicciones constituyen la tarea común de los dos protagonistas de la psicoterapia. Al mismo tiempo, todo descubrimiento debe ser suficientemente innovador como para suscitar interés, pero también suficientemente cercano al yo como para ser integrado sin que sea traumático. Si conviene tener siempre presente el carácter sorprendente sobre todo para un adolescente o un niño de este modo de encuentro singular con un adulto, es también oportuno preguntarse acerca de todos los contenidos implícitos de las palabras, y saber sorprenderse de todo, especialmente de aquello que el adolescente quisiera hacer pasar como "que se cae de su peso". Es a menudo, con ocasión de pedir precisiones a propósito de los puntos aparentemente más banales, cuando se descubren los deseos y los conflictos más secretos, porque la defensa resulta entonces cogida por sorpresa. Cualesquiera que puedan ser sus negaciones, las expectativas de los adolescentes acerca de los cuidados de los adultos son considerables. En un marco de este tipo encuentran una ocasión de ser particularmente solicitados. La decepción puede ser proporcional a estas esperanzas y traducirse en un rechazo violento de lo que ha resultado ser decepcionante después de haber sido demasiado esperado. Esta expectativa puede aprovecharse para despertar la atención del adolescente

2

hacia su mundo interno, dejarle engancharse en el placer de este descubrimiento y mostrarle que tiene en sí mismo las condiciones para empezar un trabajo psicoterapéutico, que no es tanto el tratamiento de un handicap, cuanto la ocasión de un enriquecimiento y un descubrimiento de potencialidades desconocidas.

⊗ La situación desconocida en la cual se encuentra sumergido el adolescente desde las primeras entrevistas tiene el valor de una situación experimental y ofrece de forma privilegiada la posibilidad de observar cómo reacciona y de qué modalidades de organización dispone su aparato psíquico para encarar este estado potencialmente traumático y ansiógeno. Permite apreciar la naturaleza y lo masivo de los afectos solicitados, de las defensas movilizadas por la urgencia y su eficacia o ineficacia, y también la capacidad de utilizar la relación con el interlocutor y el apuntalamiento de este modo producido para establecer una calidad de relación y de funcionamiento mental de mejor nivel. Pueden ser necesarias dos entrevistas para apreciar plenamente estas diferencias de registro de que dispone el adolescente y la manera en la que ha podido integrar las aportaciones de la primera entrevista. Pero esta situación, por definición, no es reproducible. Hay por lo tanto ahí, una fuente única de informaciones que hay que saber utilizar pero también insinuar (manejar) muy cuidadosamente. Pasa lo mismo con el primer sueño que se pide al adolescente que traiga, así como con su primer recuerdo de infancia. A menudo tienen una notable capacidad de simbolizar y condensar los elementos esenciales de la conflictiva del sujeto.

Uno de los peligros de esta primera entrevista reside justamente en la riqueza de lo que se trae. Este representa un regalo hecho por el adolescente que ofrece

25

a un interlocutor una parte de sí mismo, tanto más esencial cuanto que es más íntima. Este compromiso exige una restitución por parte del terapeuta que puede ser difícil de hacer si éste no va a ser quien lleve la psicoterapia, como a menudo se da el caso, pudiendo corresponder el primer contacto a una evaluación y a una indicación. No obstante, esta situación aunque no está exenta de riesgos, puede ofrecer ventajas, pudiendo el primer interlocutor permanecer en una posible referencia a distancia de los investimentos y los conflictos inducidos por la relación psicoterapéutica (cf. más adelante la terapia bifocal).

EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA

Las modalidades técnicas conciernen esencialmente a la frecuencia de las sesiones y a la duración de la psicoterapia. La frecuencia de las sesiones está en función evidentemente del método escogido; y cada método tiene sus propios criterios. Es el psicoanálisis el que recurre a las sesiones más frecuentes. La cura clásica se queda más en el terreno experimental que en una práctica habitual y no atañe más que a los adolescentes mayores (Laufer). Por el contrario, la psicoterapia psicoanalítica es un método de elección en la adolescencia. La frecuencia de las sesiones es lo más a menudo de dos por semana de 30 a 45 minutos cada una, pero se presta a una gran flexibilidad según lo que parezca preferible, para cada adolescente. La elección del ritmo está guiada esencialmente por dos parámetros: la capacidad del adolescente para tolerar y regular el investimento relacional y sus posibilidades de verbalización y de expresión. El objetivo que se propone el psicoterapeuta de reforzar esencialmente el yo del paciente o de alcanzar en profundidad los conflictos

subyacentes intervendrá igualmente. Así, la discusión del ritmo de las sesiones atañe mucho más a los acercamientos psicodinámicos en los que la utilización de la relación está en primer plano que a los métodos con objetivos claramente enunciados y más limitados, como los métodos comportamentales o cognitivistas, para los que la técnica del método toma la delantera sobre cualquier otra consideración y en particular la interrelacional.

La duración de la psicoterapia también está en función, ante todo, del método escogido y el objetivo privilegiado. La averiguación de los criterios del fin de la terapia queda por el momento en el orden del deseo, y quizás sea preferible, o en todo caso inevitable, que sea así. Esto es verdad en todas las edades, pero más en la adolescencia en donde las elecciones esenciales de la vida afectiva y profesional no pueden más que quedar en espera. Los criterios puramente sintomáticos, desaparación o atenuación notable de él o de los síntomas no pueden ser descuidados, habida cuenta de todo lo que se ha dicho del rol del síntoma en esta edad. No son probablemente suficientes y parece indispensable tener cuidado de que no tome otro sintoma el lugar del precedente y sobre todo, que no persista la propensión al autosabotaje. Parece igualmente deseable que la psicoterapia haya permitido acrecentar la capacidad del adolescente para tolerar la emergencia de sus deseos, así como la confrontación con la conflictiva interna o externa, y para poder tomar la distancia necesaria de lo que le afecte para poder cuidar de sí mismo y no verse arrastrado en un movimiento autodestructivo, cualquiera que sea su forma. Se ve la importancia fundamental de reencontrar los lazos con los buenos objetos internos y la interiorización exitosa de los padres protectores.

EL ESTABLECIMIENTO DEL ENCUADRE

Intervienen un cierto número de elementos de la realidad externa que tienen tanto más importancia cuanto que el adolescente es particularmente sensible a los efectos y respuestas del entorno así como a la imagen (de él) que se le devuelve.

La realidad del terapeuta no se puede descuidar. Interviene desde el primer contacto. La capacidad del adolescente para confiarse, así como el contenido de lo que dirá, van a depender de ella en una parte siempre difícil de determinar pero que no se debe desatender. Se va a tratar de la apariencia física del terapeuta, y en primer lugar, de su sexo pero también de su aptitud para crear el contacto, para adivinar al adolescente sin ser intrusivo y finalmente de todo lo que de su propia personalidad se transparentará en el curso de la terapia. La motivación del terapeuta y su implicación personal en el tratamiento juegan igualmente un gran rol cualquiera que sea el método empleado. Se puede ver una razón esencial de la frecuencia de los buenos resultados de todo nuevo método terapéutico. Más allá de su propio interés técnico, el interés del terapeuta contribuye en gran manera a crear las condiciones de una complicidad narcisista muy "movilizadora" ("inspiradora").

Más insidiosamente, esta realidad del terapeuta, va a continuar ejerciendo sus efectos durante todo el curso del tratamiento, y sostenerlo más a menudo con la ignorancia de los propios participantes, los procesos de identificación * factores esenciales de las modificaciones en esta edad.

La elección del sexo del terapeuta en estas condiciones entre otros factores no puede ser considerada como indiferente y esto tanto más cuanto que se utilice un método más activo, más breve, más psicoterapéutico y menos psicoanalítico. En efecto, cuanto más larga y profunda sea la terapia habrá mayores posibilidades de analizar todas las facetas del investimento transferencial, especialmente respecto a la diferencia de los sexos y a las figuras parentales, y será más fácil desligar al adolescente de la realidad del terapeuta. Partiendo de este hecho, teniendo en cuenta el peso de los fenómenos inconscientes de identificación, de la dificultad en esta edad para analizar los investimentos de tipo homosexual, puede parecer a menudo preferible proponer un terapeuta del mismo sexo que el adolescente, y probablemente más todavía para los chicos que para las chicas, sin que, no obstante esta preferencia se convierta en regla, quedando toda terapia, sobre todo, al cuidado y a la competencia del terapeuta pasando, sin ninguna duda, por su realidad anatómica.

Como lo dice excelentemente P. Male: "No se pueden establecer reglas a propósito del sexo más adaptado para el tratamiento. Los hombres disponen, quizá de más facilidades para esta mayéutica (en la filosofía socrática, método por el cual el maestro, mediante preguntas adecuadas, provoca en el alumno el hallazgo de la verdad que éste ya tenía dentro de sí) y esta acción sobre los jóvenes. En las posiciones directivas de cara a las chicas, la imagen que procuran es con todo a menudo, la imagen compensadora de un padre deficiente, de donde puede surgir la ocasión de retomar una situación edipiana bloqueada.

Las mujeres terapeutas constituyen ciertamente, modelos para los chicos, pero restituyen a veces enojosamente una relación maternal tan a menudo perturbada. Sin embargo,

no se puede establecer ninguna regla general. A veces la agresividad edipiana de un chico contra el padre, es tan violenta que la relación se establecerá mejor con una terapeuta mujer. Y lo mismo cuando para la chica la agresividad presumida en el hombre sea particularmente angustiante".

La elección del lugar, gabinete privado o institución no es indiferente, y más todavía las condiciones materiales. El pago o la gratuidad del tratamiento plantean cuestiones que reenvían a la especificidad de esta edad: consciencia de una incipiente autonomía y necesidad de afirmarla contrariamente al niño; ausencia de independencia real, especialmente financiera, contrariamente al adulto. El que se hagan cargo un tercero que paga o una institución puede parecer la solución para salir de esta contradicción. De hecho, no es siempre tan sencillo, pudiendo el pago por parte de los padres dar testimonio de su acuerdo con el tratamiento, de la importancia que le atribuyen, y tener un valor de reparación narcisista; por otro lado, la gratuidad aparente puede reforzar la dependencia del terapeuta y las vivencias de seducción. Ahí una vez más, no hay una solución que evite una toma en cuenta cuidadosa por parte del terapeuta de estos parámetros y de su explicación si se convierten en un factor de resistencia y de obstáculo en el desarrollo de la terapia.

EL LUGAR DE LOS PADRES

Es desde la primera entrevista semejante a lo que será en el curso de la psicoterapia; a veces embarazoso, a menudo indispensable. Embarazoso, porque su propia problemática interfiere con la del adolescente y contribuye a mantener una ambigüedad en cuanto al origen de la demanda

y, más todavía, en cuanto a los objetivos de la psicoterapia. El desarrollo de ésta conlleva el riesgo, en efecto, de resaltar la desviación entre las expectativas de unos y otros, así como las dificultades personales de uno o de los dos padres, contribuyendo a desintrincar los conflictos propios de cada generación. La toma de conciencia de su rol específico es por estas mismas razones, lo más a menudo, indispensable. Se ha subrayado ya su función en la expresión de una demanda de cuidados que el adolescente no puede expresar, llamándola por su nombre, y no puede más que traducir indirectamente por sus dificultades, delegando en sus padres el cuidado de ser portadores de una inquietud que el no puede tomar a su cargo. Por lo mismo, ataca a sus padres mostrando que va mal, restituyéndoles en su función de protección parental. Esta función de compromiso del trastorno puede ir más lejos y servir para expresar a la vez las dificultades propias del adolescente y las de la pareja parental, convirtiéndose el adolescente en el síntoma de la disfunción familiar. Este tipo de funcionamiento, en el que los mecanismos de identificación proyectiva pueden ser importantes por una y otra parte, refleja el grado de intrincación de los psiquismos del adolescente y sus padres, y el fracaso más o menos patente del trabajo de separación.

Esta problemática de usurpación recíproca de los territorios psíquicos, va a hacer notar sus efectos en el curso de la psicoterapia y traducirse especialmente por la continuación (recuperación, prosecución) de una complicidad tácita, que actúa lo más a menudo, con la ignorancia total de los participantes, entre los padres y el adolescente. Puede llevar a este último, en el momento en el que el investimento de la psicoterapia y del terapeuta vuelve a poner en cuestión la naturaleza de los vínculos con los padres, a recurrir a éstos para interrumpir el tratamiento: sea manifestando su falta de interés y las carencias del

terapeuta, o llevando a los padres a preguntarse sobre el buen fundamento de su marcha ante la agravación (el empeoramiento) de los problemas anteriores, o la aparición de nuevos, como reacciones depresivas o conductas de oposición. Es lo más a menudo en nombre del respeto de la libertad del adolescente o del cuidado de su salud en el que serán muy legítimamente llevados a responder de una interrupción que tiene como efecto abortar los cambios que se anunciaban. Ahí todavía, los riesgos de paso al acto se acrecientan con la importancia de la problemática de dependencia. Son difícilmente manejables sin que se negocie alguna forma de colaboración y de alianza terapéutica con los padres. Las modalidades son diversas. Si se trata de una terapia dual de inspiración psicoanalítica, es muy difícil por no decir que está excluido que el terapeuta del adolescente esté simultáneamente comprometido en una relación con los padres, aunque los contactos esporádicos y bajo ciertas condiciones con el conocimiento del adolescente, son en ciertos casos encarables. La terapia bifocal ofrece una salida que preserva el campo privado de la psicoterapia dual y tiene en cuenta el contexto propio del adolescente y las coacciones que este último impone.

INDICACIONES

La paradoja de las relaciones con los adolescentes es que cuantas más dificultades haya tenido un adolescente en sus relaciones infantiles, más vulnerable será en sus relaciones presentes de adolescente. Pero, cuanto más prisionero sea del peso de esta actualidad, más dificultades tendrá para tolerarla y menos soportará las interpretaciones que podrían conectar estas dificultades actuales con las del pasado. Dicho de otra forma, los adolescentes más

1
3

vulnerables, los que están más a la expectativa de la atención de los adultos, tendrán las mayores dificultades para tolerar la relación psicoterapéutica directa y toda actividad interpretativa. Tendrán necesidad de mediaciones para huir de la relación dual, para limitar el lugar de la palabra por sí sola, para evitar la explicitación de una relación que para poder ser utilizada debe quedar durante largo tiempo ignorada por ellos mismos.

Las indicaciones se deducirán. Cuanto más vulnerable narcisísticamente sea un adolescente, y dependiente de los aportes y las actitudes del entorno, más tendrá necesidad de un acercamiento psicoterapéutico que le confiera un cierto dominio sobre el curso de la terapia, que le evite experimentar demasiado rápidamente, la importancia del compromiso afectivo y de su contemplación como el peso de un pasado que se le escapa.

Desde esta óptica, dos puntos son importantes a considerar:

- Las indicaciones de la forma de psicoterapia no serán tanto función del diagnóstico nosográfico cuanto de la evaluación de la aptitud del adolescente para usar tal o cual forma de terapia, así como de la formación y del deseo del propio terapeuta. Por supuesto que existen ciertas correlaciones entre estas aptitudes y el diagnóstico, pero no obstante, sin que los dos acercamientos puedan confundirse. De este modo, cuanto más importante sea la dimensión de la acción, más necesitará la psicoterapia de la presencia de terceros, de la utilización de otras mediaciones que las puramente verbales, y la no explicitación del investimento transferencial.

- 1
3
- La forma de psicoterapia debe poder adaptarse a la evolución del adolescente. De este modo es posible, a medida que el adolescente adquiera seguridad y tema menos el establecimiento y el reconocimiento de los vínculos de afecto, proponerle una terapia individual más centrada en la utilización explícita de esta relación.

Cualquiera que sea, no hay psicoterapia que no se apoye en la relación entre el paciente y el terapeuta y que no ponga en juego la naturaleza y la calidad del investimento de esta relación por los dos participantes. Las diferencias van a venir de las mediaciones utilizadas en esta relación así como del sentido y la función devueltos a la relación misma.

El adolescente no es meramente pasivo jamás. Toda prescripción psicoterapéutica le requiere y su actitud será siempre determinante sobre el efecto de la psicoterapia. Sería más justo hablar de demanda psicoterapéutica para connotar más claramente el inevitable compromiso del adolescente en un nivel que sobrepasa la implicación técnica para alcanzar su visión del mundo, aunque ésta quede todavía esencialmente implícita. Sería engañoso pensar poder restringir una prescripción psicoterapéutica por muy limitada y técnica que se quiera, a esta única dimensión pragmática por el solo hecho de que su significado no depende tanto del prescriptor cuanto de las expectativas que tiene el adolescente y de la acogida que le hace. En base a esto, parece justificado situar toda prescripción psicoterapéutica en la adolescencia en el marco más general de las apuestas (enjeux - lo que se pone en juego) y las particularidades propias de esta edad, dejando al cargo de cada prescriptor el escoger su método en función de los deseos, de las apti-

tudes y de la tolerancia del adolescente y de su familia, así como de sus opciones, de su formación y de su personalidad, pero teniendo bien presente en su ánimo el conjunto de las implicaciones.

La dimensión psicoterapéutica debería ser incluida en toda solicitud terapéutica (tocante) al adolescente. Todo acercamiento terapéutico tiene necesariamente en esta edad una dimensión prospectiva (exploración de posibilidades futuras basada en indicios presentes); evitar que el adolescente aliene una parte de sus potencialidades. Este objetivo responde a las definiciones actuales de la salud como: "De este modo se debería considerar la salud de los jóvenes, no solamente desde el ángulo de causas mayores de mortalidad y en términos de crecimiento, de nutrición y de salud mental, sino más positivamente desde el ángulo de la eficacia con la que utilizan sus aptitudes" (Tratado de salud pública de W. Hobson). Este concepto dinámico de "salud social" se acerca al que implica la definición de la salud según R. Dubos: "Una potencialidad, la aptitud del individuo o del grupo social para modificarse sin cesar, no solamente para funcionar mejor en el presente, sino también para prepararse para el futuro". La salud no debiera concebirse en términos exclusivamente negativos o como el clásico "silencio de los órganos" (Leriche) que correspondería en el terreno de la psicoterapia a la ausencia de conductas desviadas. Adquiere en lo sucesivo una dimensión más positiva que corresponde bien a las exigencias de capacidades personales logradas, pero también de expansión personal pedidas por la sociedad actual a los futuros adultos.

No se debería, por lo tanto, exigir una "normalización" cualquiera de los adolescentes, que deberían acomodarse a un ideal de equilibrio definido por los "psi". Por el *

contrario, sería deseable una acción psicoterapéutica cuando un adolescente se encuentre en una situación en la que su potencial evolutivo se encuentre congelado y en la que se abran camino los riesgos de la puesta a punto de conductas de autosabotaje y de creación de una "identidad negativa" (Erikson), se evitarían así las trampas del debate entre normal y patológico o entre los peligros de "psiquiatrizar" o "banalizar". El interés de una acción psicoterapéutica se determina en función de dos parámetros esenciales a aplicar a toda conducta: su dimensión de autosabotaje y de limitación de las potencialidades del sujeto, su carácter apremiante y repetitivo; que esta conducta responda a criterios de patología en el sentido psiquiátrico del término, o que no sea más que una respuesta a conflictos normales pero una respuesta que, en razón de los dos criterios citados, conlleve efectos patógenos.

LAS DIFERENTES FORMAS DE PSICOTERAPIA

No desarrollaremos aquí más que lo que concierne más específicamente a su aplicación a los adolescentes remitiendo al lector a los artículos que corresponden a cada técnica.

Se pueden considerar siguiendo varios parámetros:

- El número de los que intervienen; se puede oponer las terapias duales y las que echan mano de terceros entre el adolescente y el terapeuta: Las diferentes formas de intervención familiar, los grupos, el psicodrama.
- La naturaleza de la mediación privilegiada: pura-

mente verbal o recurriendo a medios no verbales para hacer la relación más fácilmente tolerable y permitir una verbalización ulterior. Entre estos últimos, se puede citar el psicodrama y diferentes técnicas de relajación y de expresión corporal.

- El lugar que corresponde a la relación misma en el desarrollo de la psicoterapia, es, probablemente, en función de este último criterio que van a aparecer las oposiciones más sobresalientes y que los modelos teóricos del terapeuta van a jugar el papel más importante. Se pueden, en efecto, oponer de un lado las formas de terapia que evitan las implicaciones afectivas de la relación para no trabajar más que sobre contenidos explícitos y puramente informativos; y por otro aquellas que hacen de estos parámetros relacionales su útil de trabajo esencial. Las primeras, se dirijan a individuos o a grupos, utilizan esencialmente datos de orden comportamental y sobre todo cognitivo. Aun no tomándolo en cuenta en un plano teórico no excluyen en el terreno práctico la puesta en juego de fenómenos masivos de imitación y de sumisión al terapeuta. Pero si existen, estos fenómenos, actuando con la ignorancia de los protagonistas, no son objeto de un trabajo de explicitación. Estos acercamientos manejan así el sentimiento de autonomía afectiva de los pacientes y su dominio de la situación. Se puede caer en la cuenta de que para ciertos adolescentes vulnerables estos métodos puedan representar un medio privilegiado de tener una relación sin entrar en relación. Además, ofrecen una relación que no ha sido reconocida como tal, pero que es

tanto más portadora, tranquilizadora, cuanto que es muy condicionante y de hecho siempre muy directiva. Pero esta directividad se percibe (comme le fait du) como el hecho del paciente y no como pudiendo estar unida a una subordinación afectiva cualquiera. Pueden también ofrecer la ventaja de permitir, con un coste menor, el abandono de ciertos comportamientos de efectos patógenos y la reactivación de las fuentes de valorización sin el riesgo de suscitar afectos difícilmente negociables. Por el contrario, tienen el defecto de estos beneficios: dejar intactas las fuentes conflictivas profundas y las trabas que pueden representar a medio o largo plazo en el establecimiento de lazos afectivos y en la expansión de la personalidad, factores de recaídas posibles.

En contraste con los anteriores, los métodos que hacen de la relación el instrumento privilegiado de su acción, permiten este trabajo en profundidad pero por el contrario deben ser organizadas en función de la tolerancia del adolescente para esta relación, y pueden inducir dependencias afectivas, a veces difíciles de hacer evolucionar. Necesitan que el terapeuta mismo tenga la capacidad de tolerar, comprender, y manejar esta relación. Tiene por consiguiente, que haber sido formado y disponer de un modelo teórico de comprensión de lo que está en juego en esta relación. La teoría psicoanalítica es por el momento el único modelo completo del que disponemos. Representa la referencia común de estos acercamientos. Por el contrario, sus formas de aplicación, pueden variar considerablemente y permitir encontrar la forma óptima que conviene al adolescente.

La teoría psicoanalítica constituye así la referencia común a prácticas tan diferentes como: la cura psicoanalítica tipo, las psicoterapias de inspiración psicoanalítica, las entrevistas terapéuticas, diferentes modalidades de acercamiento familiares, terapias de grupo o psicodramas. La (démarche) andadura psicoterapéutica encuentra igualmente un campo de aplicación posible en la concepción y organización de los cuidados en instituciones para adolescentes.

LA CURA TIPO

No está, más que excepcionalmente indicada para el adolescente. La posibilidad de las curas psicoanalíticas en la adolescencia, sus indicaciones, su duración, su eventual desarrollo en dos tiempos retomándolos en la edad adulta, han sido objeto de numerosas controversias, esencialmente después de la publicación por A. Freud de su artículo sobre la adolescencia, en 1.958. El debate se renovó en los años 70 con los trabajos de E. y M. Laufer, que trataron de hacer un uso bastante sistemático aunque experimental. Aun acudiendo al encuadre clásico: posición tumbada sin visión directa del terapeuta, cinco sesiones semanales, recurrir a las interpretaciones, se puede pensar sin embargo que la calidad de la presencia de estos terapeutas, la frecuencia de sus intervenciones contribuyen a limitar la importancia de la regresión. El temor de una regresión importante, difícil de controlar, llevando a una desrealización y a pasos al acto, hacen lo más a menudo preferible el recurrir a una psicoterapia cara a cara. Pocos adolescentes podrían de todas formas aceptar las apreturas materiales y además transferenciales de la cura tipo.

LAS PSICOTERAPIAS DE INSPIRACION PSICOANALITICA

En contrapartida representan el método de elección en la adolescencia. Su flexibilidad permite adaptarlas a cada caso y a su evolución en el curso de la terapia. El ritmo de las sesiones, una o dos y, a veces, tres por semana, puede modularse fácilmente en tanto que el cara a cara facilita el anclaje en la realidad y un mayor control de las fantasías y las emergencias pulsionales. La transferencia se utiliza con mayor frecuencia, para sostener la relación y dinamizarla que para interpretarla en cuanto tal. Al mismo tiempo la interpretación clásica, es decir, el establecimiento de un nexo entre la actualización en la transferencia de conflictos y sus raíces infantiles en relación con las figuras parentales, es poco practicada, contrariamente al conjunto de intervenciones que tienen por objetivo el reforzamiento del poder del yo sobre los afectos y los conflictos inconscientes, gracias a un trabajo de validación de los sentimientos del sujeto, de nombrar sus afectos, de clarificación y de confrontación (Masterson).

Para esto es necesario estar lo más cerca posible del lenguaje del adolescente y de sus capacidades de insight y saber como lo dice P. Male: "recibir del adolescente mismo el sentido que él atribuye a las palabras". En cuanto al contenido de la comunicación, debe expresar al menos tanto sobre la vida cotidiana como sobre los conflictos. Pero los conflictos no deben igualmente ser olvidados. Es la calidad del apoyo relacional ofrecido por el terapeuta y de la relación transferencial lo que permite su abordaje poco a poco sabiendo utilizar el rol supervoico protector del terapeuta para apaciguar las tensiones ligadas a los conflictos de

culpabilidad asociados a la sexualidad y a las fantasías y actividades masturbatorias. Si bien es verdad, que pueden servir de pantalla y ser factores de incomprensión, las palabras tienen también en esta edad un valor mágico que puede llevar tanto a cristalizar los conflictos como a desenredarlos.

Esta fórmula autoriza por parte del terapeuta un rol más activo que en la cura tipo. Puede intervenir más fácilmente, relanzar el proceso asociativo del adolescente, limitar el peso de los silencios, difíciles de tolerar en esta edad. Queda, a menudo, a su cargo la tarea de introducir el juego y la flexibilidad en un funcionamiento mental que lo masivo de los afectos contribuye a coagular en el adolescente. En suma, se presenta como un auxiliar del yo y del funcionamiento mental del adolescente, facilitando de ese modo el trabajo de representación y de desplazamiento de los afectos, de nominación de los conflictos, lo cual va a permitir al yo del adolescente, ensanchar su influencia y reforzar su poder.

EL PSICODRAMA PSICOANALITICO

Conviene, a título exploratorio para el terapeuta, a muchos adolescentes difíciles de tratar en una relación dual.

Por sus reglas técnicas, ofrece un compromiso posible con las defensas prevalentes potenciales de muchos adolescentes. Las utiliza no necesariamente para abolirlas, sino para subvertirlas para que puedan continuar asegurando un rol protector, especialmente la continuidad narcísica, favoreciendo su flexibilidad y la posibilidad de que dejen

filtrar lo que se supone que esconden. Ofrece un manejo posible del efecto "traumático" potencial del objeto y de la sollicitación transferencial. La pluralidad de los actores permite, en efecto, evitar el impacto traumático, para ciertos adolescentes, de una relación dual que condensa el conjunto de amenazas anteriormente encaradas, unidas al objeto. Lo que puede ser considerado como un acting en psicoanálisis, la o las transferencias laterales que reflejan la dificultad de manejo de la relación transferencial, se presenta aquí de golpe. Por ésto, hablando con propiedad, no se trata de una lateralización, sino de una fragmentación posible de la transferencia de cara a evitar tanto su dilución en el exterior del encuadre como un aumento peligroso de la excitación que su localización demasiado masiva sobre un personaje podría provocar.

El psicodrama incluye en su reglas técnicas los parámetros que van en el sentido de las defensas habituales de los adolescentes; defensa por la actuación y el enganche a la realidad externa, recurso a lo concreto, o lo percibido y a la sensación, utilización del espacio para simbolizar una distancia de los objetos difícil de controlar. Pero abre estas modalidades defensivas a la dimensión de la fantasía y al movimiento de enlace - desenlace, condición para una reanudación del proceso asociativo.

El psicodrama ofrece una posibilidad de simbolización de la actividad psíquica. Utiliza la propensión de muchos adolescentes a recurrir a la simbolización por lo concreto de sus estados psíquicos, pero para conducirles a reinvestir sus fantasías y sus capacidades de representación mental. Gracias al apuntalamiento sobre la realidad externa, permite luchar contra la indiferenciación de las imagos, la confusión del mundo interno, la pérdida de las fronteras del yo. El movimiento de exteriorización del mundo psíquico

interno va a transformar el espacio del juego en una simbolización del espacio psíquico interno. El juego psicodramático (representación), la distribución de los roles y su manejo van a favorecer este proceso de despliegue en el espacio.

LAS ENTREVISTAS TERAPEUTICAS

Responden particularmente bien a las necesidades del adolescente, ofreciendo a la vez flexibilidad, rapidez e intensidad en la intervención. P. Male les ha dado sus credenciales. Su espíritu es el mismo que el que inspiró a Winnicott el modelo de las consultas terapéuticas. Tal como lo subraya P. Male, este aspecto del tratamiento "conecta al adolescente con la relación madre - hijo del comienzo de la vida en el momento en que se forma el yo y se estructuran las identificaciones".

La acción terapéutica se basa en la inmediatez y la masividad del investimento del terapeuta. Este encuentra la posibilidad de tener un poder de desculpabilización, de desvelamiento de los conflictos y revalorización del adolescente, casi mágico, si sabe encontrar las palabras justas y entrar en contacto con él. Se comprende que este poder de las palabras esté unido a la idealización del terapeuta que obtenga su eficacia de la relativa singularidad de los encuentros y que pueda cambiar de naturaleza y perder su eficacia si la relación dura y se encuentra cogida en la ambivalencia de la transferencia y de una dependencia prolongada. Pero este poder de nombrar los sentimientos, de clarificar los juicios, de desculpabilizar los deseos y las fantasías, esta autorización así dada a la expresión de los pensamientos, que la presencia y la

20
43

palabra aseguradora del terapeuta desdramatizan, vale también para la familia, a la que puede aplicarse igualmente este método.

LA TERAPIA BIFOCAL

Consiste en asociar a la psicoterapia, propiamente dicha del adolescente, entrevistas potenciales concertadas con un médico de referencia con el adolescente solo o con su familia. El ritmo, la forma y la duración de estas entrevistas pueden variar y adaptarse a las necesidades y a la demanda de cada protagonista.

Un método tal se ha recomendado ya en lo que concierne a los estados límites y psicóticos. Responde particularmente bien a las particularidades del funcionamiento psíquico que está en juego en la adolescencia, sin que sea necesario referirse a una categoría nosológica precisa, aunque esté particularmente indicada en los casos en que la problemática de dependencia esté en primer plano, y en los que existe una fuerte tendencia al paso al acto.

La terapia bifocal es en el fondo una manera de prescribir y por lo tanto de inducir, a priori, en el encuadre terapéutico, los parámetros que constituyen las resistencias más habituales de los adolescentes en la terapia, limitando por lo mismo el riesgo de rupturas. El médico de referencia puede de este modo, manejar todo lo que concierne a los datos de la realidad externa, cuyo impacto no puede ser negado, sobre todo en esta edad, pero cuya toma en consideración por parte del psicoterapeuta solamente con-

tribuye, lo más a menudo a parasitar la psicoterapia: peso específico del síntoma, incidencias en la escolaridad, prescripciones medicamentosas ... Los padres encuentran un interlocutor siempre accesible, respetando el espacio propio de la psicoterapia que se convierte en algo análogo al espacio psíquico interno del adolescente, en el que éste puede escoger introducir a sus padres pero en el que éstos no pueden penetrar. En resumen, se ofrece al adolescente la posibilidad de facilitar la organización de una transferencia a menudo masiva, y en tanto tal amenazante, repartiéndola entre dos personajes limitando los riesgos de ruptura o de transferencias laterales difíciles de manejar en esta edad.

Los límites de esta modalidad de manejo de la psicoterapia vienen en primer lugar de los propios terapeutas, debiendo cada uno aceptar el permanecer en un rol y no usurpar las funciones del otro o utilizarlas con fines proyectivos, lo que el adolescente induce a menudo y utiliza siempre. Vienen también de la posibilidad siempre presente de "pervertir" de cualquier forma el sistema, es decir, utilizarlo con fines de dominio para impedir todo cambio. Como siempre, el límite de estos riesgos no puede venir más que de la capacidad de los terapeutas para elaborar la situación, es decir para poder ponerla en relación con una teoría que aporte una comprensión suficiente de lo que sucede para poder manejarlo, lo que supone que compartan las mismas referencias teóricas.

