

El analista confrontado al trabajo con pacientes adolescentes en riesgo: más allá de los límites

Silvia Flechner

El psicoanálisis de adolescentes nos confronta en forma incesante a la vida, la sexualidad y la muerte. O sea, que son los movimientos pulsionales los que se ponen en juego, de una forma peculiar que, en gran medida se materializa a través del actuar, que en muchos casos toma la forma de un acto intrusivo y violento para el propio adolescente o para su entorno.

Desde nuestro lugar de analistas, el trabajo analítico con estos jóvenes nos compromete y jaquea la mayoría de las veces, llevándonos por caminos peligrosos, donde nuestros propios puntos de referencia pueden desvanecerse. Es el trabajo con los afectos lo que moviliza al analista, porque el proceso representativo puede no ser lo suficientemente potente como para ser expresado y contenido. Por lo tanto, cuando los adolescentes nos hacen pensar en la muerte, no se contentan siempre con evocar un escenario mortífero, sino que pueden llevarlo a escena (Chabert, 2004).

Cuando de adolescencia se trata, será en gran medida la clínica, la que nos señalará los diferentes aspectos que se van poniendo en juego a lo largo de este tránsito de vida. La corriente narcisista así como la objetar irán advirtiéndolo al púber y su entorno acerca de los cambios que están por advenir. Partiendo del ¿qué me está pasando? tan propio de la pubertad y continuando luego por los frustrados intentos de control sobre los cambios corporales, las sensaciones y afectos pueden generar en el joven distintos efectos; al apreciar en sí mismo un cuerpo nuevo y desconocido, sexualmente maduro y quizá muy diferente a sus expectativas.

El psiquismo adolescente puede enfrentar esta ebullición hormonal de distintas formas; a veces acompañando dentro de parámetros esperables dichos cambios. Mientras que otras veces hacen eclosión diferentes aspectos psicopatológicos que, por un lado dan expresión a situaciones nuevas y desconocidas - tanto para el adolescente como para su familia - mientras que, simultáneamente, pueden reavivar determinadas huellas o marcas traumáticas ya vividas por el infans y el niño. Reactivando procesos que hasta ese momento habían quedado temporariamente encubiertos, haciendo eclosión en este tránsito. Son situaciones de diversa índole, a las cuales nos vemos muchas veces confrontados los analistas.

Los cambios corporales, la pérdida de los puntos de referencia de la infancia, el cambio de parámetros espacio-temporal, así como el corporal, incidirán sobre las bases únicas e irrepetibles en las cuales se ha ido formando el psiquismo del infans hasta el arribo a la adolescencia. Dichas bases atravesarán un nuevo y largo proceso donde estará en juego parte de la historia del adolescente entramándose con una nueva historia que estará por inscribirse y que se hará teniendo en cuenta las circunstancias previas que comienzan con el nacimiento y posterior desarrollo del infans, dentro de un determinado marco que puede ser, entre otros, el familiar. Si bien no tomaré el marco social como centro del trabajo, dejo señalado que éste será un punto fundamental a lo largo de todo el proceso de desarrollo y estructuración del psiquismo, cobrando

un lugar preponderante en lo que a la adolescencia se refiere.

No me centraré en este caso en lo que consideramos un tránsito esperable por la adolescencia, sino que a través de la clínica me interesa destacar los complejos lazos que se van entramando, como en un palimpsesto, removiendo las bases de la problemática narcisista y objetal propia del despertar de un cuerpo sexualmente maduro y un psiquismo cuyas marcas se reavivan “a posteriori”, dejando abiertas para el adolescente en su trabajo con el analista, distintas posibilidades de nuevas inscripciones.

El sufrimiento de Ana

Un colega cardiólogo me solicitó ver a los padres de una adolescente de 18 años que había recibido un trasplante de corazón hacía ya 2 años. La operación había sido exitosa, sin embargo la joven estaba haciendo todo lo posible para que las cosas no funcionaran y así terminar de una vez con su vida.

Evidentemente mi colega me transmitía una mezcla de angustia y rabia, me explicaba que son muchos los análisis que se hacen (entre ellos los psicológicos) para saber si el órgano del donador será compatible con los del receptor. Los difíciles caminos por los cuales es necesario transitar para que la familia del donante acepte la donación del órgano y el sinfín de tratamientos posteriores para llegar a estabilizar fisiológica y mentalmente al receptor que comenzará a re-vivir con un órgano extraño, sustituyendo al propio. En este caso, se trataba del trasplante de un corazón que funcionaba aún en una persona con muerte cerebral, y que seguiría latiendo en el cuerpo de otra persona cuyo corazón estaba a punto de dejar de funcionar. Sumándole a ello todo lo que implica del punto de vista real y fantaseado, “renacer” luego de una operación de este tipo con un órgano proveniente de un donante que murió para ser utilizado por otra persona que si no logra compatibilizar del punto de vista de la inmunidad, también morirá.

Los padres de Ana estaban claramente desesperados. Su mamá relataba que el problema cardíaco apareció desde el nacimiento, y entonces le advirtieron que en la adolescencia habría que operarla. Pero en aquel momento la adolescencia les parecía una época lejana y trataron de darle a Ana una vida lo más normal posible, dentro de sus posibilidades económicas que por cierto

eran muy limitadas. De todas formas algo de la problemática de Ana se colaba entre los intersticios de una relación familiar que parecía armónica. Sus hermanos eran agresivos con ella, probablemente por el cuidado preferencial que sentían de parte de la madre hacia la niña. Según palabras de la madre “se dejaba pegar”. Había también una relación de destrato entre sus padres, donde predominaba la desvalorización de la madre de Ana hacia el padre. Éste, trabajaba permanentemente pero nunca era suficiente lo que traía a la casa. El padre pasaba por largos períodos de tolerancia hasta que llegaba el maltrato hacia la madre, que aunque duraba poco tenía un efecto nefasto en Ana.

Ana tenía muy buen rendimiento escolar, comenzaron a hacerse evidentes algunas situaciones problemáticas con el inicio del liceo donde su rendimiento bajó claramente hasta llegar a no entrar a clase para quedarse con su barra de amigos sin volver a interesarse por los estudios. Al mismo tiempo, los problemas cardíacos comenzaron a agravarse en la pubertad e inicios de la adolescencia, en los momentos en que Ana comenzaba a vivir sus primeros cambios corporales, su menarca y a su vez, comenzaba a sentirse y mostrarse diferente del resto de las chicas de su edad. Se había vuelto más retraída, su bajo rendimiento escolar así como el no querer asistir a clase la llevó a cambiar su grupo de amigos, que al decir de su madre eran “malas juntas”. Ana ya se encontraba en ese momento en una lista para ser trasplantada ni bien apareciera un donante y alrededor de sus 16 años, apareció. La operación fue exitosa, no así el actuar de Ana que continuó de mal en peor.

Cuando les planteo a los padres ver a Ana me dicen que no es posible, ya que dos días atrás había hecho un intento de autoeliminación cortándose las venas en el baño de su casa, mientras se encontraba drogada. La mezcla que ella realizaba con el consumo de drogas pesadas y la medicación indicada por el trasplante (inmunodepresores, etc.) era incompatible e implicaba un serio riesgo en la joven. La psiquiatra que la vio en la puerta de emergencia de su sociedad decidió internarla y medicarla, algo que hasta ese momento no se había realizado.

En cierta forma los padres se mostraban aliviados con la internación, no lograban tener paz, ya que Ana se iba sin avisar y no volvía hasta la madrugada, muchas veces traída por algunos amigos que la depositaban en la puerta de su casa y se iban rápidamente para no tener que dar explicaciones

de quiénes eran. Otras veces volvía borracha y así la vida de ella y la de sus padres y hermanos, pasaba del desconsuelo por no encontrar forma de ayudarla, al odio y el deseo de muerte solapado y negado debido a la impotencia que les provocaba la situación por la que estaban atravesando.

Ana se había vuelto una joven agresiva, desconsiderada, intrusiva y actuadora dentro de la vida familiar. A su vez, su actitud era violenta dentro del grupo de pares, pero también el grupo en sí era definido como violento. Promiscua en sus vínculos sexuales que eran tanto homo como heterosexuales, con características sumamente agresivas tanto para ella como para el grupo, con plena conciencia de que a raíz del trasplante y todas las complicaciones que surgieron posteriormente, no podría tener hijos. El relato de los padres dejaba en claro que Ana estaba haciendo lo posible por terminar con su vida. Quedé de ver a Ana cuando saliera de la internación. Mi propósito era investigar si aún existía en ella algún deseo de vivir. Ana llegó a la consulta acompañada por sus padres unas semanas después.

Me encontré con una chica muy delgada, vestida de una manera más bien hippie, con numerosos colores, telas de diferentes texturas, unas sobre otras, numerosas caravanas, pendientes, una boina en la cabeza de un color estridente, en su conjunto se notaba algo extravagante, su pelo cortado muy corto y sus rasgos faciales daban la apariencia de no dejar en claro si me encontraba frente a un muchachito o una mujer.

Me quedé a solas hablando con ella y rápidamente comenzó a hablar con un tono confianzudo en el lenguaje típico de los adictos, donde “la frula” (la droga), el saque de merca (cocaína) o picarse (heroína intravenosa) eran términos que daba por sentado que yo debía entender. Su indiscriminación con el otro se instalaba de forma rápida y solo era necesario dejarla hablar para notar que todos sus inicios habían sido problemáticos. Su llegada al mundo con una malformación cardíaca congénita, sus cambios corporales a partir de la pubertad que la tomaron totalmente por sorpresa generándole una confusión acerca de las diferencias de sexo. Sus inicios por los senderos de la sexualidad y el no poder concebir la idea de realizar proyectos de vida a largo plazo porque siempre estaba el riesgo para ella de que esa cosa que llevaba adentro se “le pare”.

Así hablaba Ana:

Yo vivo al día, no sé ni me interesa qué va a

pasar mañana, si hoy hay frula la uso, mañana veo cómo la consigo. No me interesa nada, ni estudiar ni trabajar, ni nada. No me vengas con la sanata de que estoy deprimida, la psiquiatra ya me dio la medicación y me cago en ella. La tomo porque mi vieja me la da, sino ni eso. Y ahora lo único que me jode es que no me dejan salir y estar con mis amigos.

Preguntándole por sus amigos, quiénes son y qué hacen dirá:

Ellos son como yo, viven al día, tampoco hacen nada, nos empalmamos y salimos por ahí a veces a robar para conseguir más frula y a veces por joder. A veces nos ennoviamos, yo ya tuve dos novias y otros novios, no duramos mucho, alguna fiestita y nada más. Para qué, igual hijos no voy a poder tener nunca, ya me lo avisaron con lo del trasplante, mejor porque no quiero tener, ¡mirá si salía otro como yo!

Su discurso era prolongado y no daba lugar, prácticamente a mis intervenciones, solo pude hacer alguna pregunta pero me sirvió para percatarme que Ana era una chica inteligente, que estaba sufriendo por su futuro y no podía encarar ningún presente, ya que eso la angustiaba.

Nos seguimos viendo todas las semanas, primero Ana y yo y luego venía también su mamá que la acompañaba a todas las sesiones. Aparentemente era la única persona a la cual Ana quería y por la cual se apenaba por lo que estaba haciendo.

Solo la tranquilizaba pensar que sus hermanos le daban igual muchas gratificaciones, por lo tanto eso no la hacía sentirse tan mal con ella, a veces dejaba de pensar que podía estar haciéndole mal ya que con su muerte se le acabarían todos los problemas.

Para evitar que Ana siguiera utilizando droga, habíamos ideado una primer estrategia que implicaba que Ana no saliera sola a ningún lado, siempre acompañada por algún miembro de su familia. Así pudo relatar que las “bocas” de donde conseguía la droga no estaban muy lejos, bastaba con ir a la esquina de su propia casa, la única forma de que los chicos no se acercaran para ofrecerle, era que Ana estuviese acompañada. Luego decidimos que se incorporara a un grupo de N.A. (Narcóticos Anónimos) a los cuales Ana ya había asistido con muy poco éxito, solo había sacado de allí chicos y chicas con los cuales tener una noche de “fiesta”.

Esta vez tratamos de encararlo distinto y si

bien su madre ya había concurrido a los grupos de padres de adictos, decidió sentarse y esperarla en la puerta hasta que Ana saliera del grupo. Buscamos un grupo al que pudiera concurrir dos veces a la semana, siempre acompañada.

Lentamente, junto con el cardiólogo, la psiquiatra, el grupo de Narcóticos Anónimos y la familia, fuimos armando una red cuya intención era la de ir envolviendo a Ana en una envoltura protectora y más acogedora que aquella a la cual se había entregado. Si bien era un trabajo artesanal, tenía la peculiaridad de ir creándose y recreándose, como una malla fina a la cual hay que ir reforzando por diferentes lados a medida que la íbamos tejiendo.

No pasaron muchas semanas para que Ana comenzara a enojarse con la compañía permanente y la sensación de estar siempre bajo control. Sin embargo pudimos hacerle frente a los momentos más depresivos y agresivos por los cuales iba atravesando. De a poco la veía asumir alguna responsabilidad, como por ejemplo servir el café en N. A. o lavarse su ropa interior en casa. Comenzó a hacerse una agenda artesanal y también algunas manualidades. La continuidad de las sesiones, la presencia de la madre y del grupo de pares de N.A. comenzó a producir sobre ella un efecto tranquilizador. Si bien los accesos de rabia y malhumor seguían presentes, era más fácil para la madre y para Ana poder ponerlos en palabras y así bajar la angustia.

Aproximadamente a los seis meses continuos con este ritmo - que me encargaba de mantener como forma de instalar una rutina - Ana me pidió en una de las sesiones que su madre no entrara a hablar conmigo luego de tener la sesión con ella. Quería utilizar todo el tiempo del que disponíamos para hablarme de lo que había pasado en la última reunión del grupo de N.A. a la que había asistido.

P. No sabes qué fuerte lo que pasó en el grupo, son esas casualidades que no podés creer por lo que pasan. Esta vez, aunque te parecía raro éramos todas mujeres, no había ido ningún varón. Viste como es que todos tenemos que hablar, empezaron a contar cada una quién las había violado de niñas, no te imaginás las historias, si estabas ahí vos te caías de culo. (Relata pormenores de las violaciones que fue escuchando por parte de sus compañeras, lo hace con una sonrisa forzada y los ojos brillosos, como si fuera a llorar pero no lo hace).

A. ¿Y cuándo te tocó a ti qué dijiste? ¿a ti quien te violó?

P. (silencio prolongado en el cual lentamente me voy angustiando) *Mi abuelo paterno, cuando tenía 7 años, me violó a mí, a mi prima y creo que a otra de mis hermanas, pero no estoy segura, nunca me animé a hablar de esto con nadie, es la primera vez que lo cuento. Nos llevaba para el fondo de una, decía que nos quería mostrar una cosa y se sentaba en un banquito, nos sentaba en su falda y nos bajaba la bombacha, el resto ya lo sabés. Por favor, hoy no me hagas decirte más.*

Ana no se había percatado que me había dejado totalmente descolocada y paralizada. En realidad mi pregunta (aparentemente) apuntaba más bien a sentirse violentada, pero no concretamente violada.

No era la primera vez que escuchaba el relato de adolescentes abusados, tanto de niñas como de varones, por lo tanto no era eso lo que llamaba mi atención, sino que mi mente había quedado paralizada, sin poder pensar, tomada absolutamente por sorpresa. Esta reacción contra-transferencial me estaba quizá dando la pauta de que una vez más el comienzo de Ana en cuanto a su iniciación sexual, había sido también complicado, sorpresivo, en un mal momento y una vez más con sufrimiento, dolor y agresión. Quizá de la misma forma que yo, ella había sido tomada por sorpresa y nuevamente un muy mal inicio inauguraba su sexualidad. Sus padres no entendían por qué Ana se negaba a ir a visitar a sus abuelos y el mismo problema lo tenían sus tíos con una de sus primas. Sin embargo ninguna de las niñas había hablado hasta ese momento.

Luego de esta situación tan traumática para la niña, Ana hizo una asociación muy interesante que nos permitió profundizar e investigar acerca de este tema tan complejo que cabalga en forma permanente entre lo psíquico y lo somático: su fantasía era que no le habían puesto un corazón de otro en el lugar donde iba el suyo, sino que en realidad la habían violado y colocado un gran pene adentro que era igual al de su abuelo y se lo quería sacar, porque la sensación que le llenaba el pecho, era insoportable. La búsqueda de la muerte por parte de Ana, tenía en este caso - entre otras acepciones - un carácter liberador.

Algunas reflexiones

Tal como lo he dicho al comienzo, se han puesto en juego en Ana las bases narcisistas y objetales y hemos debido transitar por su angustiante historia para poder comprender en parte su problemática. Su infancia, teñida del recuerdo traumático de la violación por parte de su abuelo, introduciéndola al mundo sexual femenino desprovista de un aparato psíquico capaz de metabolizar este ultraje, la imposibilidad de vislumbrar un futuro que no implique verse como una mujer estéril, violada y violentada también por una operación que según Ana no quería, la mantenían en un presente inhóspito y sombrío que le resultaba insoportablemente doloroso. La única forma de sobrevivirlo fue a través de la droga, como forma de calmar mínimamente sus angustias de muerte y evitar estar lúcida de cara a los recuerdos traumáticos y a un futuro desesperanzador.

La llegada de la adolescencia en Ana reavivó todos sus fantasmas que habían quedado relativamente ocultos durante el período de latencia, sus inicios con la menarca y las sensaciones producidas por los cambios corporales, la trasladaron rápidamente a los dolorosos recuerdos de la violación realizada por un abuelo supuestamente querido. La operación en su adolescencia viene a resignificar, como una segunda violación su cuerpo y su corazón biológica y simbólicamente debilitado como producto de tanta agresión. La operación de trasplante de corazón no fue vivida como la salvación de su vida, sino como el implante de aquello que no logró el abuelo dejar dentro, implantes de objetos parciales vividos dentro de un cuerpo agredido, vejado, sexualmente ultrajado.

El actuar

Una relación destructiva con su psiquis y con su cuerpo, ataques contra sí misma, manifestados a través de conductas autodestructivas, enmascaraban una depresión que hace eclosión en la adolescencia y pone en jaque todas las bases narcisistas sobre las cuales se apoyaba el frágil psiquismo de Ana.

En lo que atañe específicamente al intento de suicidio, notamos que son diferentes máscaras las que podrá adoptar el intento suicida en el adolescente; sabemos que la depresión puede ser una condición necesaria, pero no suficiente para ello. Las depresiones severas están frecuentemente vinculadas con intentos de suicidio, sin embargo, encontramos en la clínica la ideación suicida sin

que necesariamente implique un pasaje al acto. ¿Qué condiciones deben darse entonces para que tal hecho ocurra?

Parece fundamental aclarar que el intento de suicidio o el suicidio, se convertirá en un momento en el cual un quiebre entre pensamiento y acto se hará presente. El actuar se apartará de la vía de la renuncia dirigiéndose en busca de la satisfacción inmediata, dejando así suspendidos los parámetros espacio – temporales en lo que atañe a la representación. La capacidad de espera para generar la ilusión se vuelve incontrolable desencadenándose la descarga motriz. Un momento o raptó ansioso en el sentido de una emergencia impulsiva dirigirá al adolescente en riesgo a realizar dicho acto, para ello cierto estado de pavor y desesperación deberá haberse apoderado del joven (Ladame, 1995).

El camino adictivo ante el dolor psíquico y la angustia

El camino adictivo es una solución a la intolerancia afectiva. (Jeammet, 2004). Cuando el adolescente se siente afectivamente encadenado y capturado, pueden aparecer objetos de adicción, ya sea al tabaco, el alcohol, la comida, los narcóticos, los medicamentos, sin embargo, no es esta la esclavitud en sí. Por el contrario, ese objeto es experimentado como esencialmente “bueno”, como una promesa de placer y atenuación temporaria de la angustia y del dolor psíquico, incluso como lo que da sentido a la vida. Se trata entonces de un objeto idealizado, pues se le atribuye el poder de resolver mágicamente las angustias y quitar de alguna manera el sentimiento de muerte interna.

En determinados momentos de nuestra vida, todos recurrimos a comportamientos adictivos, en especial cuando ciertos acontecimientos nos perturban de manera inhabitual, al punto de encontrarnos incapaces de manejar nuestros afectos y de reflexionar sobre ellos de manera constructiva. En tales circunstancias tendemos a comer o beber más, tomar medicación en exceso o comprometernos en cualquier relación sea sexual o de otro tipo para escapar al sufrimiento psíquico. Podríamos decir entonces que a veces, la solución que adoptamos frente a determinados conflictos y dolores mentales que resultan por momentos inmanejables, pueden convertirse en síntoma adictivo cuando éste aparece como el único alivio que contamos para soportar el sufrimiento y el

dolor (Braconnier, 1995).

La cualidad de las primeras relaciones entre la madre y el hijo, puede resultar decisiva en la estructuración de fondo de ciertos tipos de funcionamiento psíquico: una madre más o menos adecuada en el sentido de Winnicott (1979) tiende a sentirse “fusionada” con su bebé en las primeras semanas, Winnicott lo llama “preocupación maternal” y subraya que si el deseo materno de fundirse con el lactante continúa más allá de esta fase normal, la interacción se vuelve persecutoria y patógena para el niño. Parte de la problemática de Ana, también se centró en esta situación, ya que su madre “optó” por la hija más enferma a un grado de sobreprotección extrema, dejándola sin embargo librada al traumatismo sexual generado por su abuelo sin lograr comprender Ana, cómo es que esto sucedió si su mamá la cuidaba tanto. En ese acuerdo de a dos, cada uno es instrumento de gratificación del otro. No obstante, la movilidad del bebé, así como sus impulsos afectivos, su inteligencia, su sensualidad y su erogeneidad, solo pueden desarrollarse en la medida en que la madre invista positivamente todos estos aspectos.

Pero ella puede también inhibir la intensificación narcisista de estos elementos vitales para la estructura somato psíquica precoz del niño, sobre todo si el bebé tiene que cubrir faltas en el mundo interno de la madre (Winnicott 1979). De ello se desprende que teniendo en cuenta las angustias, los miedos y los deseos que la madre experimenta y transmite al niño, ella corre el riesgo de provocar lo que ha sido conceptualizado por C. Chabert (2000) entre otros, como una relación “adictiva a su presencia” y a su cuidado, algo que sin dudas sucedió con esta adolescente. En otras palabras, es la madre la que se encuentra en un estado de “dependencia” respecto del bebé. Los objetos adictivos solo resuelven momentáneamente la tensión afectiva, pues son soluciones somáticas y no psíquicas, en reemplazo de la función del quehacer materno primario faltante.

La contención

El riesgo solo puede ser controlado en forma segura si las ansiedades de los pacientes, la familia, del personal y de la institución donde trabajan se encuentran adecuadamente contenidos. La contención es un término que fue originalmente introducido por Bion (1988) describiendo la

función de identificación proyectiva en la situación analítica en paralelo con la forma en que el bebé proyecta sus insoportables angustias en la madre, quien las “contiene”, respondiendo a través de la modificación de las ansiedades del bebé por su “reverie”. Ésta es su capacidad para entender a través de la identificación empática con su bebé la forma de soportar las ansiedades intolerables, moderarlas y ofrecerlas de vuelta al bebé en una forma tolerable, promoviendo un desarrollo mental y físico sano.

La función del analista sigue algunos de estos pasos, “contiene” las proyecciones del paciente en un estado de “reverie”, pero respondiendo con interpretaciones apropiadas. Winnicott (1972) lo describe en forma similar a través de la función de “holding” del analista y de la situación analítica, proveyendo una atmósfera en la cual el paciente puede sentirse seguro y contenido aun cuando haya ocurrido una regresión severa.

Proveer de un ambiente contenedor es de suma importancia, no solo para el paciente sino también para los profesionales que trabajan con el paciente. Sin embargo, no debemos dejar de tener en cuenta que en estas situaciones violentas y peligrosas para la vida, nos encontramos trabajando más allá de los límites, al borde de una situación que puede ser catastrófica para el propio paciente o para su entorno.

Si bien en estos casos el tiempo es un gran aliado, será justamente nuestro mayor enemigo, ya que el actuar del paciente adolescente en estos estados, no da lugar a generar un espacio psíquico para que los parámetros tiempo – espaciales, así como los corporales hayan logrado, aunque sea mínimamente, dar cabida al pensamiento y así evitar estas situaciones que nos ponen como analistas, permanentemente al límite de nuestra propia capacidad de pensamiento. El cuestionamiento que surge es cómo crear, a través del eje transferencia – contratransferencia, un espacio dentro de la sesión analítica que incorpore la capacidad de pensar del paciente y por lo tanto, entre otras cosas, también anticipe la acción (Flechner, 2005).

El analista confrontado a pacientes adolescentes en riesgo:

Para intentar comprender la significación del impulso autodestructivo en el adolescente y el camino interior que lo ha determinado, disponemos

de un instrumento privilegiado: la relación analítica.

Si el paciente acepta el tratamiento después de uno o varios intentos destructivos manifiestos o encubiertos, nos permitirá comenzar a trabajar sobre algunas hipótesis que hemos de formularnos a partir de la comprensión de las áreas más frágiles que expresará su mundo interno, alrededor de las cuales gravitan entre otras, las tendencias suicidas. Liberarlo de su fascinación por la muerte implicará ayudarlo a comprender aquello que ha intentado llevar a cabo, esto significa integrarlo y para ello será indispensable trabajar el momento traumático, de forma tal que éste no se constituya en un punto de permanente atención y espanto a la vez, intentando impedir así que reaparezca en forma repetitiva en otros actos. El intento es que esa angustia, ese terror, no anule el pensamiento sino que se convierta en verdadera alarma que permita un primer punto de anclaje que pasará necesariamente por la figura del analista.

La reactivación del dolor psíquico, de la angustia y depresión que determina la expresión consciente e inconsciente del odio hacia el analista, representante del objeto amado y odiado en la relación transferencial, constituye una dura prueba para la contra-transferencia del analista. Los sentimientos hostiles, así como la angustia de muerte que los acompaña, pueden ser proyectados sobre el analista o volverse autodestructivos, requiriendo por parte de éste toda la capacidad para recibir y contener los aspectos negativos a fin de comprenderlos e interpretarlos.

Una de las mayores dificultades para interpretar los conflictos adolescentes que muchas veces muestran de forma desgarradora los conflictos de amor y de odio, está ligada a nuestras propias resistencias contra-transferenciales para aceptar las proyecciones hostiles del analizando y su destructividad hacia nosotros que somos quienes representamos a los culpables y responsables de despertar el dolor psíquico. Será el analista con cada paciente quien podrá o no encontrar la manera, a través del vínculo transferencia - contra-transferencia, de establecer un nuevo nexo que le permita transitar al paciente con menos dolor el camino analítico que decidió emprender. De todas formas, parece fundamental tener analizados aspectos que tocan directamente la propia adolescencia del analista, así como también las angustias respecto a nuestra propia muerte.

Las dificultades y riesgos para el analista en el

trabajo con estos pacientes estará siempre presente, ellos requerirán de una atención sostenida debido a la permanencia e intensidad del cuadro, a la relación de la transferencia y también por el control de la regresión.

Más allá de la relación analítica dual, se nos plantea la muerte desde las veces la problemática con la familia que puede presentarse como una situación de complicado abordaje. En casos de adolescentes que han atentado contra su vida, la familia puede intentar borrar totalmente el hecho o incluso negar el valor de las señales que puedan expresarse en momentos de riesgo.

Hablar acerca de intentos de suicidio y suicidios en la adolescencia deja hoy día un sabor amargo que nos impide ser optimistas. Sin embargo, si bien sabemos que hay adolescentes por los cuales nada puede hacerse, hay otros que nos permiten ponernos en contacto con su dolor mental, aun sabiendo que muchas veces sienten que la muerte es la única alternativa de silenciar al enemigo interno que los atormenta desde algún lugar de su cuerpo o mente. Esta situación nos desafía a realizar un trabajo más, dicho trabajo hará que se ponga en juego nuestra creatividad.

Al decir de Freud (1910,1925) "Es la muerte la mayor crisis que enfrenta el hombre inexorablemente. Pone a prueba su aparato psíquico y el intrincado manejo del narcisismo". Tal vez nosotros, psicoanalistas, en nuestra propia dimensión humana nos encontramos mal preparados frente a esta problemática tan dolorosa, ya que hablar de la muerte es siempre hablar del sufrimiento y el dolor. M. Alizade (1995) dirá: "Cuando de morir se trata, todo el sistema narcisista se ve conmocionado..... El yo se enfrenta al cuerpo, ese extraño al yo, ese poderoso limitador. Frente al espejo (espejo de azogue pero también espejo en el rostro del semejante), el narcisismo enraizado en el cuerpo se desmorona". Parecería indispensable integrar dentro de nuestros propios puntos de referencia teórico - clínicos la dimensión de la muerte, ya que de otra forma seríamos nosotros mismos quienes estaríamos clivando, negando o anulando esta problemática que también es nuestra.

Nos preguntamos entonces, ¿se trata de la misma muerte? ¿Cuál es la dimensión a la que nos confronta la muerte del adolescente en relación a la perspectiva de nuestra propia muerte?

Si nos conformamos con "tirar hacia la vida" o flexibilizar los mecanismos de defensa o volver al preconsciente más eficaz, dejamos preguntas

ocultas que son fundamentales para la comprensión de estas situaciones.

En última instancia, no podemos dejar de tener en cuenta que la muerte también produce una cierta fascinación, por su carácter incognoscible e impensable. El acto suicida por lo tanto, nos sumerge en el misterio de la vida y de la muerte, del origen y el fin. Lo incomprensible tocará también al analista y éste le dará, de acuerdo a su propia historia, una significación a aquello que muchas veces decimos sin saber qué decimos: “es que esta muerte no tuvo sentido”.

Bibliografía

- Alizade, A.M. *Clínica con la muerte*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu, 1995.
- Bion, W.R. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1988.
- Braconnier, A. *Visages de la dépression*. París. Bayard Editions, 1995.
- Chabert, C. *Le passage á l'acte, une tentative de figuration*. Adolescence, Monographie Les forces vives de l'adolescence. En *Idées de vie. Idées de mort*. Masson, Paris. 2004. ISAP, 2000.
- Freud, S. (1910). *Contribución para un debate sobre el suicidio A.E.II* (1925) Inhibición, síntoma y angustia A.E. 20
- Flechner, S. *International Journal of Psicoanálisis*. 2005. Pp. 86,1391-1403.
- Jeammet, P. L" *adolescent et la mort Idées de vie, idées de mort Actes des colloques 2003-2004*. Masson Paris. 2004.
- Ladame, F. *Adolescence et suicide, quelles perspectives Thérapeutiques ?* Masson, Paris, 1995.
- Winnicott, D. *Realidad y juego*. Buenos Aires. Editorial Granica, 1972.
- Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona Laia. 1979.