

Adolescencia. Clínica del control *

Fabio Álvarez**

Introducción por Ana Rivera***

Para nacer hay que destruir un mundo (Herman Hesse).

Todo se prepara en la infancia, pero todo se juega en la adolescencia" (Kestseberg).

Nos hablaba Fabio al principio de su exposición del temor al descontrol del adolescente y a la necesidad de control, que aparece en la paciente. Recordemos que una de las características fundamentales de la adolescencia es la desmesura, el adolescente vive en un mundo de excesos cuantitativos; es la edad de lo pasional, en gran medida comandada por la biología, por el empuje de la pubertad, la adolescencia es ruidosa. Como nos dice Gutton la pubertad constituye el momento traumático por excelencia. El empuje pulsional y hormonal con todas las transformaciones corporales genera un incremento cuantitativo de la excitación somática y junto a ésta aparece en la mente del púber nuevos contenidos, pensamientos y fantasías que desbordan la capacidad de contención del aparato psíquico.

La adolescencia implica un arduo trabajo, es una etapa de resignificaciones, de duelos, ya Aberastury nos señaló la importancia de los duelos que tiene que atravesar el adolescente: duelo por los padres perdidos de la infancia, por la identidad y el rol infantiles, por el cuerpo infantil. Sabemos que el otro trabajo príncips de la adolescencia constituye un arduo proceso de desidentificación para poder construir su propia identidad. La pregunta clave en la adolescencia es ¿quién soy yo?: es un trabajo de deconstrucción y de reconstrucción, algo tiene que morir, pero también algo nace.

Por otro lado, y como plantea Freud la separación de los padres de la infancia es uno de los trabajos más dolorosos a los que se tiene que enfrentar el ser humano.

En esta adolescente se observa un funcionamiento melancólico sin que esto implique un diagnóstico, ya que como Laufer nos advirtió de en la adolescencia se trata más bien de ver cómo cada adolescente encara su propia adolescencia y ayudarles a transitar el arduo trabajo que la adolescencia implica.

En la exposición de Fabio nos encontramos con una adolescente de 14 años en donde predomina un funcionamiento melancólico: llora sin saber por qué, en la primera etapa de la terapia predominan las conductas evitativas, evitar conflictos.

Se va creando un vínculo con el terapeuta donde aparece el deseo de sentirse mirada y reconocida. En esta primera etapa es muy importante la creación de ese espacio que ella puede ir viviendo como algo propio. Esto es muy importante teniendo en cuenta que lo que se aprecia es una **gran dificultad para permitirse tener su propio espacio, donde no sentirse invadida (traumático de cuando le ven el diario), así como poder permitirse tener un deseo propio.**

Tras una interrupción por el confinamiento, la paciente presenta claros síntomas de trastornos con la comida, considero muy adecuado el manejo de el síntoma por parte del terapeuta. Uno de los riesgos de focalizar la atención en los síntomas alimentarios es asentar una identidad que responda a la pregunta quién soy apuntalándose en el síntoma.

El analista establece unos límites (un peso mínimo) que desde mi punto de vista ayudan a contener a la paciente y a los padres. Recordemos la importancia del trabajo con los padres ya que la adolescencia del hijo reactivará el propio conflicto edípico de los padres, así como para asegurarnos la continuidad del tratamiento. Sabemos de la función defensiva del síntoma ¿De qué angustias la protege? ¿Qué se esconde tras su miedo a engordar? La paciente, a lo largo de las sesiones, va desplegando su mundo interno a través de la relación con sus pares, su hermana, su madre. De crucial importancia es ayudar al adolescente a nominar afectos, poner palabras, tomar contacto con sus emociones, la intervención de Fabio **¿Qué dirían tus lagrimas si hablaran?** apunta en esa dirección. El trabajo terapéutico trata de ayudarla poder entrar en contacto con sus necesidades emocionales sin desorganizarse, ayudando a poner palabras donde sólo había sensaciones. Fabio nombra el odio, ella se alivia.

Winnicott señala que en fantasía inconsciente el crecimiento es un acto intrínsecamente agresivo, hay

una fantasía de asesinato, supervivencia del objeto, ese odio es necesario para poder diferenciarse y discriminarse del Otro.

Estas son cuestiones de vida o muerte. Para adueñarse de deseos, ideales y puntos de vistas propios es necesario ocupar el lugar de los padres: matarlos simbólicamente. Si los adultos significativos logran sobrevivir a esos embates sin represalia el impulso destructivo tiene efectos estructurantes, permite la discriminación y diferenciación de espacios.

En ese sentido, para Winnicott, la agresión es un elemento necesario para construir la realidad externa y fundarla. El recrudecimiento de la agresión, en la adolescencia constituye un momento de reafirmación, de discriminación.

En la paciente aparece una dificultad en poner límites, podemos pensar los cortes como una manera de escenificar en el cuerpo algo de esa separación fallida, así como una retroflexión de la agresividad en el propio cuerpo.

Me pregunto si el odio hacia la hermana no representa, en parte, un desplazamiento del odio hacia la madre. Esta aparece en el relato de la paciente como desbordada frente a la hermana. Es como si Juana hubiera sentido que ante lo invasivo de la hermana le hubiera quedado muy poco espacio a ella. Su lugar parece en una primera etapa es de ser buena y brillante en los estudios. En un funcionamiento más cercano al Yo Ideal que al Ideal del Yo.

La escena en la que su hermana coge su diario expresa sus miedos más profundos, la invasión de su espacio personal. Quizás ante la patología manifiesta de la hermana tema ser como ella, apareciendo sus propios temores al descontrol, (atracones, sexualidad) a la intensidad, a no poder medir, como le ocurre a su hermana.

Se observa una fragilidad narcisista importante, como le señala el analista: él te ve linda, vos os veis fea. Nos preguntamos con qué ojos se ve ella. Asbend Ayrán recuerda la importancia de prestar mucha importancia a la autoestima y sus vicisitudes. El adolescente es muy sensible a la imagen que le envían los otros. El cuerpo adquiere una gran importancia, un cuerpo que, a menudo no se reconoce, se ve como extraño, como peligroso. Este cuerpo resexualizado se va a convertir en el espacio privilegiado para la expresión de conflictos, como vemos en el caso de Juana. Sabemos, como decía Jeammet que el adolescente utiliza el cuerpo como medio de expresión y de comunicación con el otro y que tiende a expresar su sufrimiento y sus conflictos por trastornos actuado de su conducta.

Al principio proyecta en el novio, su propio temor a la dependencia es él que quiera verla con frecuencia y ella se aísla, se protege de esta manera de su propio deseo fusional. El deseo vivido como amenazante expresa, temor a quedar atrapada en una relación fusional de la que no poder salir que conllevaría la muerte psíquica.

Brusset nos habla respecto a los trastornos alimentarios de un duelo primario no resuelto. Otros autores (Recalcati, Jeammet) coinciden en situar la patología temprana de este tipo de trastornos y la importancia de los vínculos primarios donde predomina una dificultad en la separación Yo No-Yo y donde las angustias que predominan son de invasión o abandono. Así como la experiencia de un vacío crónico que atenta contra la continuidad misma de la existencia. El funcionamiento mental estaría caracterizado por la polaridad vida-aniquilamiento: se realiza el deseo del otro o se corre el riesgo de no ser, lo que necesita y en la medida que lo necesita es lo que le amenaza.

Empiezan a aparecer sus propios deseos como aparece reflejado en el sueño que relata, mostrando la capacidad elaborativa que va desarrollando a largo de su psicoterapia.

Exposición de la sesión clínica

*Fabio Álvarez***

Hemos pesquisado en la clínica en general, y especialmente con adolescentes, que muchas veces la trama emocional de un paciente pasa por la necesidad de establecer y sostener un principio de control.

Obviamente, tal principio está asociado a una fantasía de base, cuyo guion central es: el temor al descontrol.

¿Descontrol de qué?

En los casos más benignos, el peligro fantaseado es que el descontrol sea interno, es decir, principalmente, de los

instintos. Tanto los agresivos como los sexuales. Pero veremos que también se puede temer, por ejemplo, al descontrol del amor, o en su versión más negativa, el descontrol de la necesidad de dependencia afectiva. Por ejemplo, temer volverse extremadamente dependiente de un vínculo.

También puede temerse al descontrol de los instintos biológicos: por ejemplo, y por excelencia, el hambre, tal como vemos que sucede frecuentemente en personas con trastornos de la alimentación, especialmente cuando hay una tendencia hacia el polo conductual anoréxico.

El otro posible descontrol puede estar relacionado a lo externo. Es decir que se salgan de control personas, vínculos, conductas, situaciones externas al sujeto en cuestión.

En casos más graves, el descontrol temido incumbe al propio self en sí mismo. Es decir, se teme una fragmentación, o bien una desestructuración del propio self, lo que puede estar asociado a crisis de pérdida de la realidad masivas, como puede darse en las crisis psicóticas. Esto a veces aparece en la clínica como temor a “volverse loco”.

En otros casos, el descontrol fantaseado está en relación al estado afectivo: caer en una depresión o en una angustia profunda, sin fin. Estado imaginado del cual no se podrá salir nunca, lo que es vivenciado en la fantasía como equivalente a la muerte, psíquica y física.

Cierta lógica que creemos haber inferido a partir de la clínica, nos indicaría que cuando existe una fantasía de descontrol debemos suponer, tentativamente, que de alguna u otra manera el descontrol temido ya ha sucedido. Es decir: ya tuvo lugar, en el pasado del sujeto, en algún momento y de alguna forma. Aunque es verdad que tal suceso de descontrol no necesariamente es igual al descontrol imaginado y temido.

Cuando decimos que el descontrol ya ocurrió, esto no necesariamente quiere decir que le ocurrió al sujeto. Tal vez, y como lo hemos hallado en la clínica, pudo haber sucedido que el sujeto fue testigo, directa o indirectamente, de la situación.

Hemos encontrado distintos casos en el consultorio en este sentido.

Recuerdo una adolescente de 16 años, intensamente inhibida en todos los aspectos: en lo social, en lo afectivo, en lo sexual, en la alimentación, etc. Ella había sido testigo privilegiada y padeciente de una hermana mayor con una severa adicción a las drogas, con conductas promiscuas y violentas. La severidad de la sintomatología de la hermana había, prácticamente, destruido a la familia. Ella, la hermana menor, sólo pudo ubicarse en la posición extrema opuesta de la hermana, es decir en el polo del hipercontrol. Sus fantasías y temores de descontrolarse eran permanentes.

Otro caso impactante es el de un joven de 22 años, con fantasías de descontrol tan severas que estaba sumido casi en una parálisis y un aislamiento social tan intenso que un psiquiatra lo llegó a diagnosticar como una patología del espectro autista. Después de mucho tiempo de análisis pudimos determinar que su fantasía de descontrol estaba asociada a los recuerdos de haber presenciado un brote psicótico muy violento que padeció su madre (que había incluido un intento de suicidio y de asesinato del padre), cuando él tenía cinco años. Es peculiar destacar que tal hecho, al inicio del análisis, el paciente no podía recordarlo en forma directa. Es decir, él tenía la certeza de que algo muy

grave y penoso había sucedido cuando era chico. Pero no sabía qué.

Un tercer caso a mencionar es el de un adolescente de 14 años cuyo padre era notoriamente una persona violenta y desbordada, quien en dos o tres ocasiones había sido detenido por la policía por alcoholizarse y pelearse a los puños en lugares públicos. El muchacho recuerda permanentemente los gritos e insultos del padre hacia su madre y hacia él mismo. Contrariamente, él no podía defenderse en situaciones con sus pares, hasta el punto rayano a sufrir bullying. Él nunca quería ser violento, y confundía defenderse con serlo. Hasta que en una ocasión reaccionó físicamente con un compañero que venía molestándolo desde hacía tiempo, y entre tres personas casi no pudieron contenerlo.

Esta última viñeta clínica nos da lugar a poder describir el circuito de retroalimentación que se genera cuando impera una fantasía de descontrol. Efectivamente se atestigua en la clínica que dichas fantasías generan un efecto inhibitorio muy potente porque actúan con el principio de la profecía autocumplida. Es decir, aquello que es tan intensamente temido termina tornándose, en algún sentido, real. Cuando se teme profundamente la descarga de un instinto interno, y por lo tanto se lo reprime, se lo inhibe, la potencia, la intensidad de dicha moción inconsciente aumenta exponencialmente. Y cuando se le da curso, o simplemente el sujeto no puede inhibirlo más y “se le escapa”, o “se le impone”, el instinto aparece en la realidad en forma abrupta, explosiva. Confirmando los peores temores del sujeto: tal instinto es tan peligroso que debe permanecer reprimido. Eternamente. Y con más esfuerzo. Lo cual refuerza y retroalimenta el circuito circular.

Recuerdo al respecto la viñeta de un muchacho muy inhibido, proveniente de una familia humilde, que inició su primera experiencia laboral de manera desafortunada con una jefa agresiva y maltratadora.

El muchacho, obviamente jamás pudo limitar las conductas de su jefa, ni defenderse de ninguna manera. Pero internamente comenzó a desarrollar fantasías de violencia hacia ella: “pegarle con un bate de béisbol en la cabeza, estrangularla, empujarla por las escaleras, etc.”. Tales fantasías iban en aumento hasta una ocasión en que la mujer, ante una equivocación suya, le dio una cachetada. El muchacho explotó, comenzó a arrojarle objetos y terminó a los empujones arrastrándola hasta un baño, de donde la mujer ya no osó salir. La cuestión terminó con la intervención de la policía, su despido y una demanda por lesiones. En este caso el fantasma tan temido terminó tornándose real.

Respecto del temor al descontrol de los instintos sexuales, todos debemos conocer ejemplos, tanto en el consultorio como en la vida cotidiana.

Aníbal de 24 años era virgen y llevaba una vida casta y ascética que parecía inimaginable para un joven estudiante universitario de una ciudad populosa moderna como Buenos Aires. Aníbal es estudiante

de Química, obsesivo por el estudio no permite que nada perturbe o altere sus altos promedios. Tiene rutinas rígidas e inamovibles de vida, y un orden exacto de cada uno de sus movimientos y conductas, todas supeditadas a la excelencia en el estudio de su carrera. Su propia teoría es que no se animaba a llevar a la práctica sus fantasías sexuales por el temor a la opinión de su familia, que según él era muy homofóbica (especialmente el padre). Luego de dos años de análisis irrumpió un período de promiscuidad de tal intensidad que fue preocupante por las situaciones de riesgo que incluía: desde tener sexo con varios hombres en lugares públicos, a introducir extraños en su casa, hasta contagiarse enfermedades de transmisión sexual. Finalmente comenzó a intercalar periodos de descontrol sexual (muy esporádicos) con largos periodos de rigidez y ascetismo. Nunca encontró, hasta donde lo conocí, un equilibrio en su vida instintiva.

Mara nunca estuvo de novia. Ella es una secretaria muy bonita y preocupantemente virgen de 28 años, que en una de sus primeras sesiones afirmó: “De chiquita sabía que yo iba a ser virgen o puta.” Vemos claramente como en este caso se impuso el principio activo del hipercontrol.

Es preciso en este punto aclarar que la adolescencia es una etapa altamente privilegiada para que este tipo de fantasías se catalice e intensifique, y adopte forma. ¿Por qué sucede eso? Es lógico pensar que es durante la adolescencia que la capacidad afectiva, de recursos mentales y hasta físicos, genera la posibilidad de llevar a cabo esas fantasías. Por ejemplo: un niño puede tener una fantasía edípica incestuosa muy intensa, lo que en la práctica es imposible de ser realizada. Pero anatómicamente un adolescente sí podría llevarla a cabo en la realidad. Es este hecho el que genera una fuente de angustia anticipatoria fantaseada que hace que los refuerzos de la represión y el control se vuelvan tiránicos y rígidos.

Obviamente, aunque sabemos que la adolescencia es una etapa especialmente predisponente para el surgimiento y la consolidación de este tipo de fantasías, por los múltiples motivos expuestos anteriormente, la tarea del analista será dilucidar e inferir la trama subjetiva individual, anclada en la trama personal y única de cada sujeto humano. No hay dos historias iguales.

¿Qué debemos suponer, por otra parte, de las situaciones en las que un paciente presenta una dificultad extrema en aceptar los vínculos de dependencia afectiva, al punto, por ejemplo, de no poder siquiera ser analizado? Es muy posible que allí esté operando una fantasía de descontrol de su amor, es decir de su propia necesidad de dependencia. La sensación descrita por tales pacientes es la de un creciente malestar, asociado a una angustia sin fin, y una vivencia de sentirse cada vez más débiles. Lo que no saben tales pacientes, (quienes muchas veces presentan características directamente esquizoides), es que un vínculo afectivo de dependencia sano, si

es que perdura y se consolida, los vuelve más fuertes, no más vulnerables. Obviamente el origen de esta configuración debe buscarse en algún tipo de déficit afectivo en el vínculo con alguna de las figuras de apego primarias de esa persona. Y efectivamente tal déficit probablemente haya ocasionado, en algún momento, un descontrol de la necesidad afectiva de dependencia. El envés del descontrol, y su contraparte, es la esquizoidia, y tal vez hasta algunas conductas autísticas pueden pensarse en este mismo sentido.

Otro punto bastante conocido y muy descrito en la literatura psicoanalítica, es la relación entre los distintos mecanismos obsesivos, y las fantasías de descontrol. Es lógico suponer que, claramente, la obsesividad está al servicio del mantenimiento ilusorio, o real, del control. ¿Control de qué? En el caso de los mecanismos obsesivos podemos suponer que el descontrol temido puede ser tanto de los instintos (sean agresivos y/o sexuales), como de la integridad misma del self. Esto último es evidente en los casos en que lo que está en juego es el temor a la pérdida de la cohesión del self, lo que puede evidenciarse en la clínica como miedo a padecer una crisis psicótica, o cualquier otra amenaza que pueda interpretarse como riesgo a la pérdida de cohesión del self. A veces aparece fenomenológicamente como miedo “a volverse loco”, a “derrumbarse”, a “quebrarse”, a “perder el control”. Cosa que a veces sucede.

Matías de 16 años tiene rituales y conductas obsesivas como ordenar su ropa y sus útiles durante horas. El dice que es su manera de calmarse, y que esos rituales le sirvieron muchísimo para ordenarse y “reencontrarse consigo mismo” luego de una internación psiquiátrica que se le indicó a partir de una crisis psicótica. Cada vez que en él amagan a aparecer sentimientos difusos de una crisis inminente, sus mecanismos obsesivos se intensifican.

Otro tipo de utilización de mecanismos obsesivos, similares al caso de Matías, observamos en Lara. Cuando ella tenía cinco o seis años recuerda que sus padres discutían violentamente, y hasta llegaban a agredirse físicamente en peleas interminables que duraban horas. Uno de los recuerdos indelebles más dolorosos es su madre golpeándose la cabeza contra la pared, hasta sangrar. Lara recuerda que su forma de calmarse en medio de esas tormentas era contar una y otra vez, las rayitas de un mantel. Eran 726. Esa conducta le ayudaba a aislarse de la tormenta que presenciaba. Y también la calmaba. Vemos que este tipo de mecanismos obsesivos también tiene cierta similitud con rasgos autistas de aislamiento.

Las conductas obsesivas como intentos de controlar los impulsos internos, por ejemplo la agresividad, es algo muy desarrollado en la literatura psicoanalítica. Ya Freud, en este sentido, relacionaba los síntomas obsesivos y rituales del Hombre de las Ratas como una expresión de su ambivalencia afectiva. Recordemos la secuencia en que el paciente pone y saca numerosas veces una piedra del camino, como una forma de expresar, y al mismo tiempo intentar controlar, su agresividad.

Finalmente haremos mención a un peculiar intento de control conductual que se observa especialmente en forma muy frecuente en la clínica con niños, (aunque también podemos encontrarlo, menos elocuentemente, en pacientes de cualquier edad).

El control al que nos referimos aquí no es un control interno, sino que lo que está en juego es el intento del control del objeto, en forma extrema, por parte de un niño. Esta configuración es muy común y se da cuando un niño en análisis intenta controlar al analista de cualquier forma. O bien intenta controlar aquello que para el niño representa al analista, como por ejemplo el encuadre analítico. El niño desarrollará conductas destinadas a controlar a la persona del analista, por ejemplo, intentar que no se mueva, que no hable, o que haga lo que el niño pide que haga. El intento de control puede desplegarse sobre el encuadre en forma de ataque al mismo.

Por ejemplo, intentar no respetar los horarios de la sesión (queriendo quedarse más tiempo, o yéndose antes), o intentando que la sesión se desarrolle en algún otro lugar que no sea concretamente el consultorio, etc. (Este tipo de ataques al encuadre puede observarse, a veces más o menos sutilmente, también en adolescentes y adultos). Es decir, el niño puede intentar cualquier tipo de transgresión que ataque o cuestione el encuadre. O bien puede intentar controlar, como ya dijimos, a la persona del analista. El ataque al encuadre, si es resistido por el analista, puede derivar en el intento de una agresión directa hacia la persona del mismo, lo cual es algo altamente frecuente en pacientes niños de cierta gravedad.

¿Qué es lo que el niño intenta controlar aquí con este control del objeto? Lo que el niño en estos casos no tolera es la alteridad del analista. Es decir su diferencia como sujeto. El descontrol temido es la diferencia, la alteridad del otro, y especialmente su autonomía. Si el objeto es un sujeto con una subjetividad autónoma puede, por ejemplo, abandonar al niño, ignorarlo,

criticarlo, etc. O cualquier variedad de conducta que no contemple la necesidad afectiva presente en el niño.

El principio que está en la base de esta configuración es una variedad de ansiedad de separación. Con su conducta el niño intenta borrar las diferencias, negar la autonomía de la subjetividad del otro, que no es tolerada.

Esta configuración, la del intento de control del objeto, es lo que José Valeros denomina vínculo de coerción. En verdad este tipo de vínculo está muy estudiado en la literatura psicoanalítica y ha sido desarrollado por muchos autores, aunque con distintos nombres y con diferentes matices. Margaret Mahler la denominó “simbiosis patológica”, para Melanie Klein es la “dependencia hostil”, para Harold Searles es la “simbiosis ambivalente”, J. Bowlby lo llamó “apego o aferramiento ansioso”.

Ante este tipo de configuración o intento de control lo que se recomienda (es lo que teorizó José Valeros) es que el analista defienda a ultranza el encuadre y que impida que los ataques del niño al analista sean “reales”. Es decir, en un análisis de niños podemos “jugar” a matarnos, pero no podemos agredirnos realmente.

El analista sí deberá aceptar el rol propuesto por el niño, de forma virtual o simbólica: es decir, podemos jugar a que soy su alumno, o su hijo, o su novio. Pero es un juego. Cuando termina la sesión, y el analista deja de jugar, esa defensa del encuadre actualizará la sensación del como si. Se pondrá en evidencia el carácter simbólico del juego. Esta defensa del encuadre generará la supervivencia de un estado de virtualidad, del como sí, que es la condición para que el niño vaya desarrollando, poco a poco, expresiones cada vez más simbólicas, en vez de intentos de actuaciones conductuales. Es verdad que ese proceso no puede acelerarse a voluntad. Sólo hay que tener paciencia y saber esperar.

*Para preservar la confidencialidad, el autor nos presenta una serie de reflexiones y viñetas sobre la adolescencia y la clínica del control, tema central del caso presentado en Aecpna el 11 de diciembre de 2021, dentro del ciclo “Infancias y adolescencias. Escenarios contemporáneos.”

****Sobre el autor:** El Lic. Fabio Álvarez es psicólogo y psicoanalista. Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Ex director del Departamento de Niñez y Adolescencia de APdeBA. Director de Extensión del Instituto Universitario de Salud Mental de Buenos Aires

***** Sobre la Autora de la presentación:** Ana Rivera es psicóloga sanitaria, psicoanalista, docente de Aecpna, candidata de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), especialista en Psicodiagnóstico y Tratamiento: Psicoterapia Psicoanalítica por la Universidad Pontificia de Comillas, formada en el Postgrado de Aecpna.