

La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo, ¿un nuevo desafío?

*Dra. Silvia Flechner*¹

Resumen

La autora se propone discutir en este trabajo teórico-clínico la problemática de los pacientes adolescentes con riesgo de suicidio. Se investiga el nexo posible entre adolescencia y muerte, la inmovilidad como una de las formas que el adolescente encuentra para intentar controlar la cohesión y unidad yoicas altamente amenazadas y el pasaje al acto que marcará el quiebre entre pensamiento y acción. A su vez se plantea la interrogante acerca del lugar del analista en el trabajo con adolescentes en situaciones de riesgo, conduciéndolo a trabajar muchas veces en los bordes de la analizabilidad y desafiándolo también a hacer uso de su creatividad.

Summary

The author's proposal in this theoretic and clinical paper is to discuss the problematic of adolescent patients in risk of suicide. The link between adolescence and death, the immobility as one of the ways the adolescent in risk finds to try to control the threatened ego cohesión is studied here, focusing also in the acting out which will establish the breakdown between thought and action. At the same time the author rises the question about the place of the analyst in the work with adolescents in risk situations, leading to work many times on the edges of analyzability and challenging him to use his creativity as well.

¹. Miembro Titular de A. P. U. Vázquez Ledesma 2993, 901. Telfax 710 99 11 Montevideo 11300 Uruguay.

**Descriptorios: ADOLESCENCIA / SUICIDIO / MUERTE / FAMILIA /
CONTRATRANSFERENCIA / TÉCNICA PSICOANALÍTICA /
MATERIAL CLÍNICO**

La clínica actual nos confronta con modos de funcionamiento diversos y polimorfos. Estas formas de funcionamiento están enmarcadas dentro de un contexto cultural y social que nos conduce necesariamente a pensar y trabajar sobre las dificultades que se nos presentan hoy en día en el tratamiento con pacientes adolescentes. Dichas dificultades pueden llegar a ser vividas por nosotros, analistas, a veces como insuperables y hacernos sentir ubicados en nuestro trabajo, en los bordes de la analizabilidad.

Esta situación nos desafía a realizar un trabajo más, dicho trabajo hará que se ponga en juego nuestra creatividad. Si bien el encuadre define un lugar para el analizante y uno para el analista, estará en el arte del analista sostener esos lugares, que tan frecuentemente se ven trastocados en el tratamiento de adolescentes, sobretodo cuando de adolescentes en riesgo se trata.

Comparando la situación actual con la de hace menos de dos decenios, debemos decir que las coyunturas han cambiado, la revolución quirúrgica, la cibernética, han despersonalizado en gran medida la relación médico-paciente y sin duda, situaciones socio-culturales entre otras, han influido para que ello suceda.

Esta nueva coyuntura nos permite preguntarnos si es que consideraríamos acaso que también la muerte podría haber cobrado otra dimensión, si así fuera ¿qué dimensión adquiere en este nuevo siglo? Parece bastante claro que la civilización industrial y todos los progresos no han logrado manejar afectivamente el trance de la muerte y menos aún cuando de suicidios de adolescentes se trata.

Este trabajo ha surgido a partir de una pregunta fundamental a la cual nos es difícil responder, quizás solo nos sea posible esbozar algunas hipótesis: ¿Por qué se suicidan los adolescentes?

El suicidio es un fenómeno universal que toca todas las culturas, todas las capas sociales y todas las edades. Es necesario aclarar que la ideación suicida es definida por su proyecto, en cambio el intento de suicidio y el suicidio que difieren por sus consecuencias, serán siempre analizados retrospectivamente.

Los intentos de autoeliminación y el suicidio son una preocupación que compartimos cuando trabajamos con pacientes adolescentes, esto nos lleva a preguntarnos: ¿Sobre qué lineamientos basarnos para decidir si un adolescente ha intentado suicidarse? Se trata muchas veces de un denominador común que puede llegar a resultar muy frágil, ya que su estatuto depende de una evaluación clínica que varía no solamente de examinador en examinador – pensemos, por ejemplo, que un diagnóstico de “accidente” en puerta de emergencia, tendrá otra significación escuchando al mismo adolescente en nuestro consultorio– además, las variaciones se dan también de país en país, lo cual permite que se den diferentes versiones de una misma realidad.

El transcurso de la adolescencia nos confronta a situaciones críticas donde a veces no podremos predecir si se trata solamente de situaciones pasajeras, que corresponden básicamente a la crisis adolescente, o si estamos frente a procesos que ya se han integrado a una cierta estructuración mucho menos reversible.

La adolescencia es un momento de reorganización psíquica, donde todo aquello que la prepara (la sexualidad infantil, las modalidades de investimento) hará que al decir de Kestemberg, 1998: todo se prepare en la infancia y se juegue en la adolescencia. Las nuevas adquisiciones tales como la apropiación de un pensamiento propio, herramienta indispensable para la constitución del yo y como correlato la apropiación de un cuerpo sexuado y una identidad sexual, tendrán una importancia fundamental a lo largo de este período.

Este tránsito deja al descubierto un cierto malestar que podrá expresarse tanto a nivel del psiquismo como también a nivel corporal, este malestar puede adquirir diversas formas: angustia de castración, angustia de muerte, estados depresivos, dolor, duelo. Ya que el adolescente nos convoca a vivir y re-vivir un tiempo que da origen a una tensión producida entre otras cosas por un cambio excesivamente rápido por un lado y a su vez vivido como dolorosamente lento.

Muchas veces son expresados en forma de conflictos internos, de contradicciones y ambivalencias, pero también pueden adquirir otras formas mucho más severas expresadas en ataques al cuerpo y al pensamiento, serán la violencia (sea ésta implosiva o explosiva),² la angustia y el dolor, en el actuar del intento suicida o el suicidio mismo,

². Es justamente la destructividad de la violencia carente aparentemente de sentido la que nos sugiere que de hecho es portadora de un sentido, pero éste escapa al sujeto, de forma tal que se convierte para él mismo en un desconocido secreto. La violencia en sí comporta un exceso, se trate de la fuerza de las pulsiones que obran en silencio, o de los mecanismos de defensa frente a las mismas. Mientras que la adolescencia en sí también comporta un exceso a través del cual el actuar cobra un lugar de privilegio, es allí donde inscribimos el acto violento en sus diversas manifestaciones (Maggi-Flechner,

algunas de las manifestaciones que nos permitan acercarnos aún a modo de interrogante a esta problemática tan impactante, que se viene dando con una alarmante frecuencia.³

A partir de las diferentes teorizaciones, la pregunta acerca de lo normal y lo patológico en la adolescencia quedará en el centro de numerosas controversias (Ladame, 1997). ¿Cómo evitar caer en la banalización de los problemas del adolescente o considerar patológica cualquiera de sus manifestaciones?

Probablemente nos sirva admitir que las manifestaciones de la adolescencia tienen una significación diferente y a la vez específica de las que se dan en la infancia o la edad adulta. Es un momento crítico del desarrollo humano y al mismo tiempo expresión de un trabajo psíquico que se encuentra al servicio de este desarrollo en el cual el adolescente puede llegar a sentirse extranjero a sí mismo.

Este tiempo al que denominamos “en tránsito” podrá tener posteriormente múltiples destinos, es por ello que muchas veces se hace difícil hablar de diagnóstico durante el período crítico en sí, ya que es en este tránsito donde los parámetros corporales así como los espacio-temporales que servían como marco de referencia en la infancia, irán sufriendo variaciones constantes que van más allá de su control, generando cambios intrapsíquicos que se vuelven muchas veces incomprensibles para él mismo y por lo tanto para los que lo rodean.

Pascal pensaba: “Nuestra naturaleza es el movimiento, la calma total es la muerte”. Freud ha logrado mostrar que en el hombre persisten ambos: el miedo y el deseo de cambio, la atracción y el temor en relación a lo nuevo, el deseo de inmovilidad.

Quizás sea la adolescencia una de las etapas de la vida donde se puede percibir con cierta claridad el conflicto entre las tendencias al cambio, los desplazamientos y movimientos de la vida psíquica en plena reorganización en oposición a la tendencia a la calma inmovilizante característica de ciertas problemáticas narcisistas por ejemplo.

1999).

³. Los trabajos de F. Dajas y col.1994, 1997 demuestran que los adolescentes constituyen un grupo en riesgo en lo referente a conductas suicidas en nuestro país, observándose un porcentaje elevado de desesperanza en el mismo grupo. El estudio a efectos de investigar la posible relación entre la desesperanza, las conductas suicidas que la acompañan y el uso de alcohol y drogas en jóvenes de enseñanza secundaria en Montevideo, muestra los altos porcentajes que se dan respecto a la ideación suicida y también a la realización de los intentos.

Los datos aportados por el Dr. Hugo Rodríguez, con quien nos encontramos junto a otros colegas investigando el tema, obtenidos del Departamento de Estadística demuestran que Uruguay posee una de las tasas más altas de suicidio de Latinoamérica ubicándose cercano a países como Estados Unidos. En la distribución por edades se hace evidente que los ancianos constituyen el principal grupo de riesgo, seguido por adolescentes de sexo masculino que concretan el suicidio.

Es que en algunos casos graves de adolescentes en riesgo, parece serles absolutamente indispensable aplicar la inmovilidad ante la falla de los mecanismos de control omnipotente. La adultez se les vuelve inexorable, solo la inmovilidad parecería poder detenerla, sin embargo ésta inmovilidad puede convertirse también en un camino sin retorno.

¿Qué extraño nexo encontramos entre adolescencia y muerte? Tanto la antropología como la literatura muestran la íntima relación existente entre la experiencia de vacío propia de la adolescencia y la profunda cesura que puede llevar a transformar este vacío en un vacío de discontinuidad del que la muerte es un símbolo frecuente.

La aplicación de la inmovilidad nos habla ya de una situación en la cual la cohesión y unidad yoica puede encontrarse altamente amenazada y esta amenaza es de muerte. Sabemos que la muerte no tiene representación en el inconsciente, ¿se trataría entonces de un análogo de la angustia de castración, sobretodo cuando el complejo de castración no puede dar en estos casos la significación ordenadora de la vida psíquica que habitualmente le damos?

Estos son momentos altamente significativos, el sufrimiento psíquico se hace presente poniendo en juego por un lado el deseo del no deseo por la vida y por otro la penosa búsqueda por aferrarse a la vida y los objetos de deseo. El yo de estos jóvenes parece estar sacudido desde la base, partiendo desde su doble trama o escritura, la narcisista y la objetal, planteándonos una interrogante fundamental: ¿podrán acaso darse las condiciones que hagan surgir un cambio que finalmente reafirme al yo y lo impulse hacia la vida?

El adolescente nos impondrá muy seguido de una u otra forma los fantasmas “de muerte”, enfrentándonos al peligro de vida real que implica su comportamiento que podrá expresarse bajo la forma de toxicomanías, el alcoholismo mortífero, el modo en que usa la moto o el auto, las desviaciones mortíferas de las conductas alimentarias, los diferentes tipos de agresiones callejeras cometidas en las noches o a pleno día en la ciudad y sobretodo la violencia y los comportamientos suicidas. Si bien corremos siempre el riesgo de dejarnos llevar por el camino del sentido aparente propuesto por estos hechos, es decir, permitiendo ser invadidos por su sentido manifiesto y generalizador, no hemos de dejar de lado aspectos relevantes tales como el medio familiar, el medio estudiantil, laboral o el grupo de pares que le servirán o no al adolescente como puntos de referencia.

El papel que juega el ambiente, teniendo en cuenta sobretodo las etapas infantiles precedentes, es fundamental. Las actitudes parentales que pueden oscilar entre las angustias excesivas hasta las dramáticas negaciones, nos hacen estar atentos a la reactivación de viejos conflictos transgeneracionales inscriptos en el registro de la violencia. La conmoción que trae consigo el período puberal, el empuje de los dinamismos pulsionales sumado a la desorganización de las excitaciones intentando la reorganización de defensas adecuadas, hacen de la adolescencia un período de gran perturbación que convoca no solamente al adolescente sino que también provoca a todos aquellos que se encuentran involucrados en su entorno, reactivando así viejos demonios que hasta entonces habían quedado silenciados.

Comprender la interacción entre los padres del adolescente y éste mismo, será un elemento fundamental a tener en cuenta para lograr comprender que el adolescente que atenta contra su vida no está ante una situación unívoca, sino que la actitud de los otros, de los padres, así como su representación simbólica, contiene en parte el germen de lo que puede llegar a suceder. A su vez, la presión social y cultural que bajo los cánones de una sociedad mucho más liberal –donde simultáneamente observamos una crisis de valores en muchos aspectos– en la cual los adolescentes ocupan una posición central que los coloca “en la mira”, nos hace replantearnos e interrogarnos por el impacto y el alto nivel de exigencia que estos hechos producen actualmente en los jóvenes.

El pasaje al acto

El actuar en la adolescencia merecería un profundo análisis en sí mismo, dado que resulta una de las características frecuentes con las que nos enfrentamos en el trabajo con estos pacientes. Sin embargo nos centraremos aquí en el pasaje al acto del adolescente en riesgo.

Si bien son muchas y diferentes las máscaras 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 muchas veces vinculadas directamente 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 deberá hacerse presente.

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. El pavor o terror, marca el desmembramiento de los procesos psíquicos habituales de forma tal que pondrá entre paréntesis la posibilidad de representación, o sea la producción de imágenes mentales. La desorganización mental puede dar lugar a la búsqueda de la inmovilidad que mencionábamos anteriormente, de forma tal que lleve a la extinción de la actividad psíquica y por lo tanto de la vida; ya que dicha inmovilidad, tanto en el mundo interno como en los lazos familiares debe a veces ser mantenida en forma absoluta, aún a costa de la vida. La desorganización podrá ceder el lugar a otras formas de organización, donde aparecerán principalmente mecanismos de clivaje, negación e identificación proyectiva.

El terror⁴ sin duda connota una dimensión traumática que mostrará claramente el grado de vulnerabilidad o fragilidad narcisística a la que el adolescente se encuentra sometido. La dimensión traumática será aquella que sumerja la capacidad del aparato

⁴. M. Viñar y M. Ulriksen han hecho importantes aportes en relación a este punto (Fracturas de la memoria 1993). También puede profundizarse este punto en la ponencia ofrecida por M. Vinar en el último Congreso de IPA en Chile 1999, sobre la película "Fernando ha vuelto".

J. Bégoïn (1996) hace referencia al sufrimiento psíquico, expresando que en determinados pacientes este sufrimiento está referido a una angustia de aniquilamiento psíquico que provoca terror, modalidad extrema de la angustia persecutoria.

psíquico en la imposibilidad de efectuar su actividad de ligazón –siendo esta última una función primordial de la actividad psíquica– generando entonces una angustia y sufrimiento psíquico insoportable.

El traumatismo ocupa un lugar privilegiado en la obra de Freud (1910, 1920, 1925) indisolublemente unido al concepto de *après-coup* en sus concepciones respecto de la etiología sexual o la versión del traumatismo de guerra. Sin lugar a dudas el arribo de la pubertad enfrentará al sujeto a un trabajo elaborativo indispensable en lo que atañe a los cambios (tanto a nivel corporal como psíquico), las pérdidas y las separaciones que podrán aparecer como fantasmas arcaicos, mientras que a su vez se hace presente la confrontación a la muerte tanto real como fantaseada, quizás lo más traumático trate justamente de la confrontación con la finitud, cuando poco tiempo atrás era la omnipotencia quien pautaba el camino. Este será siempre un tránsito difícil, especialmente para aquellos adolescentes en riesgo, cuyas bases podrían haberse establecido de manera sumamente frágil, de forma tal que su resignificación en la adolescencia cobre una dimensión excesiva e incontrolable.

En el caso del adolescente suicida, F. Ladame (1995) plantea la hipótesis de un “vértigo de identidad” que llevaría a la sideración de la función primordial de la actividad psíquica. Esa vacilación de la identidad llevará a que el sujeto se descubra brutalmente como otro distinto de aquel que él se imaginó, otro de una manera inaceptable para él mismo, sea por el carácter excesivo, incestuoso u homosexual de la pulsión, sea a causa de las exigencias del Superyo o porque el yo no logra fundar un sentimiento de existencia propio. El intento de suicidio sería entonces un ensayo desesperado y paradójico de anular el traumatismo intentando “corregir” de alguna manera una identidad que ha devenido extranjera e inaceptable. Es un momento de quiebre en el cual el lazo del individuo a la realidad se encuentra tan modificado, que el anclaje a la autoconservación que se encuentra en la base de la inscripción a la vida, no resiste más.

La vulnerabilidad psíquica del adolescente suicida será uno de los elementos fundamentales a tener en cuenta. J. Ottino (1995) plantea que hoy en día el acto suicida es menos pensado como un momento delirante (Laufer 1998) sino más bien como una “negación de la realidad”. Se trataría aquí de la realidad del pasaje a la edad adulta frente a la cual el adolescente suicida se hunde, mostrando mucho más las características de un raptó ansioso que francamente psicótico. Es por lo tanto esencial para nuestro trabajo, tener presente el papel preponderante de las fallas narcisistas que

muestran la incapacidad del psiquismo de enfrentar situaciones ansiógenas (ya sea internas o externas).

Por un lado se encuentra el papel del cuerpo en este proceso, que Laufer (1998) tanto ha destacado mostrando la importancia del cuerpo sexualmente maduro como pantalla proyectiva del odio por el desarrollo puberal. Por otro lado nos encontramos con el papel de los objetos internos del suicida, de sus raíces infantiles, retomamos también estos aspectos desde las teorizaciones de O. Morvan (1995) en lo que ha llamado “la muerte en tanto objeto psíquico”, lugar inmóvil y fascinante que permite a la vez la negación de la pérdida del objeto primario y la reconciliación con el Ideal. Ilusión o espejismo, ya que es a costa de una negación masiva de aquello que será un quiebre real, el reencuentro con el objeto primario, espejismo de fusión en el pasaje al acto suicida.

La muerte simbólica y la muerte real parecen entrelazarse en el curso de la adolescencia y es difícil muchas veces determinar clínicamente, con certeza, su valor metafórico o concreto. Mientras que la muerte simbólica implica un cambio radical que dramatiza el conflicto propio de este período entre los viejos lazos y una nueva identidad, la búsqueda de la muerte real, por el contrario, lleva a cabo un proyecto pautado por el quiebre producido entre pensamiento y acto, un camino sin retorno que encontrará la eterna inmovilidad en la obturación última y definitiva de la actividad mental que impedirá cualquier posibilidad de cambio.

Darío: una lucha por la vida

Darío tenía 19 años cuando resolvió finalmente volver a consultar. Luego de fijar una entrevista telefónica hablando lo mínimo indispensable, anotó la calle del consultorio, parecía no prestar demasiada atención ni tener mucha idea de dónde quedaba. Cuando llegó venía agitado, un tanto confundido y lo único que atinó a decir fue: *“tu calle es flechada y además hay feria, no quería llegar tarde, me metí a contramano... con la camioneta... pero llegué, creo que otra vez me salvé”*.

La médica que le dio mi teléfono me advirtió: “tuvo tratamientos anteriores, es un potencial suicida, la familia es consciente de la gravedad de la situación”.

Su motivo de consulta tal como él lo relataba hacía pensar que todo en su vida venía a contramano, la conflictiva relación con su familia, especialmente con su padre quien opinaba que lo único que su hijo hacía bien era manejar la camioneta con la cual se

había accidentado varias veces, salvando milagrosamente su vida en dos oportunidades. Sus imposibilidades o *imposibles*, como él los llamaba, los sintetizaba con la letra inicial de cada una de sus áreas problema, su incompatibilidad con la familia, la imposibilidad de acercarse a una mujer, de tener amigos, de continuar sus estudios en la facultad.

A todo esto se sumaba también la imposibilidad de realizar deportes tal como en alguna época los había llevado a cabo; solo podía continuar con uno: la caza, cazar se había convertido en el único “deporte” del cual Darío decía: “*es el único momento en que siento, siento que estoy vivo*”.

Su pasión por la caza le permitía a su vez irse de su casa donde se le consideraba un chico demasiado problemático manteniendo una relación de hostilidad y agresividad permanente con sus padres y todos sus hermanos. Su mayor deseo pasaba en esos momentos por comprarse un rifle pero su padre se lo había prohibido alegando que él ya en sí era “*un arma mortal*”. Su madre, una mujer depresiva con numerosas internaciones, no había logrado sostenerlo ni contenerlo. Antes de cumplir Darío su primer año, su hermana comienza a padecer de una enfermedad que hace que ambos padres se ausenten por varios meses del país, dejando al niño al cuidado de otras personas. Desde muy pequeño se recuerda a él mismo muy destructivo, se dedicaba a romper lamparitas de luz, tapizados de sillones, los juguetes de sus hermanos, tirarle piedras a los autos...

Darío no confiaba en nadie, siempre se había sentido traicionado, especialmente por su familia de quienes decía que estaban esperando el “*gran acto*”, su suicidio les permitiría al fin llorar el día de su muerte y enterrar los problemas que él sentía que les causaba.

No fue sencillo lograr ganarme cierta confianza por parte de este adolescente. Sin embargo, un tiempo después de iniciado el tratamiento, me confió que hacía un buen tiempo que tenía el rifle en su poder, lo había comprado y guardado, me dijo también el lugar en que lo tenía guardado y que aún no se había atrevido a usarlo.

Me pregunté: ¿a qué se debió tal confesión?, ¿sería acaso un pre-aviso?, ¿habría pasado yo a ser su cómplice?, ¿cuál debía ser mi actitud? Pedir una entrevista con los padres y advertirles que el hijo había encontrado una nueva forma de autoeliminarse implicaría solamente el final de otro tratamiento más, ¿qué hacer entonces?

Su violencia que no se limitaba solo a lo verbal, lo impelía a pasar a la acción de manera inmediata, las peleas en la calle especialmente manejando su enorme camioneta eran muy frecuentes, no podía controlar su agresividad, las marcas en su cuerpo y rostro cada vez que se agarraba a golpes lo demostraban con claridad. Las cicatrices de su cuerpo iban acompañando las heridas aún abiertas de su sufrimiento psíquico.

En esos tiempos de análisis su sufrimiento era intenso, su violencia era extrema y fantasear con las atrocidades que podía llegar a cometer con el rifle ocupaba gran parte de sus pensamientos. A la noche, encerrado en su cuarto lo tomaba en sus manos pensando primero en matar al padre, al cual hacía responsable de todos sus problemas, luego a la madre a quien consideraba “*un cero a la izquierda*” y luego autoeliminarse.

Las ideas de suicidio estaban permanentemente presentes, habían comenzado con los primeros accidentes alrededor de los 13 años y fueron el primer motivo de consulta. Sin embargo decía que era la primera vez que hablaba con alguien en forma tan directa sobre sus ideas asesinas, así como sobre su propia muerte. Probablemente su desesperación fue la que hizo que intentara nuevamente consultar, me pregunté entonces: si hasta ahora no lo logró ¿podría estar intentando buscar un motivo lo suficientemente válido como para evitar matarse?

Darío me lo aclaró desde el inicio: cualquier otra intervención que no fueran las sesiones de análisis, sería rechazada por él. Ya había estado en manos de psiquiatras, había participado la familia a quien Darío había prohibido contactarse conmigo como única condición para venir al tratamiento y como si quisiera en cierta forma tranquilizarme me repetía “*no hay de qué preocuparse, siempre están alertas esperando el aviso: hola, ¿familia X?, encontramos a su hijo, está muerto*”.

La responsabilidad que estaba asumiendo se me hacía evidente a través de un cierto malestar que comenzaba yo a sentir a la hora de inicio de cualquiera de sus cuatro sesiones semanales si es que se retrasaba, llamativamente era muy puntual y le llamaba la atención que yo estuviera esperándolo para su sesión.

Podría haber considerado este aspecto como positivo, pero en el transcurso de las sesiones el paciente iba sembrando su violencia y desesperanza también conmigo, de forma tal que pocas cosas parecían rescatables luego de que él se marchaba, la sensación de impotencia que me invadía me llevaba muchas veces a mirarlo irse desde la ventana con la incógnita de si lo volvería a ver al otro día.

Sobre este punto estuvo también centrado el tratamiento, ¿qué generaba Darío en el otro? La vida parecía resultarle difícil, insoportable, ese sentimiento iba invadiendo también a quien se encontrara cerca de él provocando todo tipo de reacciones en el otro. Eran justamente los fines de semana los momentos más duros de transitar, su casa lo asfixiaba.

Mis intervenciones iban dirigidas a expresarle algo de lo que iba captando de sus vivencias:

A: Tu casa parece ser una cárcel sin cerradura, sin embargo no puedes salir y quedarte parece producirte estos sentimientos de rabia, odio, vacío y soledad que te llevan a pensar en la muerte como la única salida.

Cuando Darío hablaba de su suicidio como “la salida”, mis intervenciones se dirigían a dar continuidad a la fantasía que él concretaba en el “tiro”:

A: Tu cuerpo yace sangrando, luego te colocan en un ataúd, vamos a pensar en el entierro y en qué dirá la placa sobre tu tumba... aquí yace Darío xxx.

Su actitud indiferente producía desesperación en mí y hacía que yo interviniera de forma aún más activa. En general mi tarea era muy poco gratificante, salvo algún estallido de furia en el cual en forma violenta Darío me hacía callar gritándome: “*morbosa*” y otros términos más violentos. Los hechos me demostraban que Darío podía intentar autoeliminarse en el momento menos previsto, habíamos logrado trabajar sobre el hecho de que los “accidentes” con la camioneta no habían sido tales, sino que había un deseo silencioso de encontrar la muerte.

En la última sesión de una angustiante y dolorosa semana Darío me plantea una invitación que le habían hecho para ir de caza al campo de un amigo. Habíamos estado trabajando acerca de lo inconveniente que podía resultar ir de caza en un momento en el cual tenía tan poco control sobre sus impulsos, sus fantasías con respecto al uso de su rifle parecían casi realizables. Se mostraba muy inquieto, caminaba por el consultorio, me agredía verbalmente y el tiempo que permanecía sentado no paraba de moverse. Todas mis intervenciones eran vanas, me sentía impotente y comprobaba el insistente paso del tiempo de la sesión sin saber qué decir o hacer. Me sentía muy cercana a una situación límite y noté qué difícil se hace pensar en tal estado. Ya parados para despedirnos Darío me miró y por primera vez en toda esa sesión se quedó quieto un instante. Es probable que justamente ese instante haya permitido que surja en mí el siguiente comentario:

Lo miré y le dije: “Como de todas formas te vas a ir, traeme del campo un regalo”.

Me miró asombrado y se sonrió respondiéndome: “*pero ¿qué querés que te traiga del medio de un campo?*”.

A lo cual le respondí: “Ah... no sé... eso es cosa tuya, yo espero un regalo”. No supe explicarme en ese momento mi comentario, sólo supe que se había operado un cambio en ese instante, al final de la sesión.

Fue un fin de semana angustiante, Darío estuvo muy presente en mi mente. Intentaba repasar lo sucedido, me centraba fundamentalmente en lo que había sido nuestro trabajo hasta ese momento, me percataba de la importancia del trabajo de la transferencia-contratransferencia en el análisis, Sin embargo, su vida transitada desde siempre a “contra” mano, no me aseguraba pensar que hubiera logrado tomar la mano que alguien le brindaba para comenzar a comprender algo de su mundo interno e intentar buscar un camino por el lado de la vida.

Para mi asombro, Darío llegó el lunes siguiente a su sesión en hora, al abrir la puerta me lanzó con una mano una piedra grande y pesada que increíblemente pude atajar y sostener en mis manos. Sus palabras mientras la lanzaba fueron: “*toma esto es para vos, es una amatista en bruto, vos sabrás qué hacer con tu regalo*”.

Este ejemplo clínico nos permite observar la compleja trama que se va entretejiendo en pacientes adolescentes en riesgo cuando el actuar cobra una dimensión tal que pone en peligro sus vidas, aquí se enlazan las angustias de separación, de muerte, la desorganización psíquica que llevará al actuar, así como también la transferencia. El entramado de ambas inscripciones, la narcisista y la objetal –materializándose en este caso por ejemplo, en el rifle, símbolo de la potencia sexual así como de la capacidad destructiva mortífera– se hace presente permanentemente en el tratamiento de estos pacientes, debiendo decidir el analista qué línea privilegiar y en qué momento.

Cuando se produce la desarticulación entre pensamiento y acto, el movimiento de regresión puede llegar hasta la desorganización psíquica. Se trataba aquí de defenderse de los sentimientos provocados desde épocas muy tempranas vinculados a angustias de separación, de castración y de muerte, sumamente intensas, reactivadas en la adolescencia y cobrando ahora una nueva dimensión que incluye la del cuerpo sexualmente maduro así como también el nuevo enfoque operado por los cambios psíquicos propios de este tránsito con respecto a su mundo interno. El intento trata –por la vía del acto– de evitar el dolor psíquico, la angustia y la incompreensión a la cual el

paciente se sintió sometido. Una parte inconsciente del yo sostenía la fantasía de inmortalidad, mientras que otra, venía con un pedido de ayuda porque reconocía la posibilidad de la muerte.

Los movimientos propios de una situación extremadamente angustiante pueden llevar al analista a la actuación como respuesta inconsciente y por verse a la vez involucrado en forma directa en la situación. La posibilidad de que se den determinadas transformaciones en la mente de estos pacientes, de forma tal que accedan a la simbolización, poniéndole fin a las actuaciones, excede muchas veces al trabajo que puede realizarse en el consultorio durante la sesión, así como también excede muchas veces a nuestras propias capacidades emocionales.

El ejemplo de Darío puede servirnos como metáfora para comprender al adolescente como una piedra semipreciosa “en bruto”, a veces tan dura e impenetrable como la roca, a la cual solo la gota con su constancia sería capaz de horadarla, otras veces la vida misma la irá puliendo, haciendo resaltar determinados aspectos y dejando otros entre los aspectos misteriosos y desconocidos de todo ser humano.

El analista confrontado al trabajo con pacientes adolescentes en riesgo

Para intentar comprender la significación del impulso suicida y el camino interior que lo ha determinado, disponemos de un instrumento privilegiado: la relación analítica.

Si el paciente adolescente acepta el tratamiento después de uno o varios intentos de suicidio 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 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

contratransferencia 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 contratransferenciales 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 pueda encontrar la manera, a través de la contratransferencia, 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 mayor parte de 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, aún 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 toda nuestra creatividad.

Al decir de Freud (1923): “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 (1996) 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 preconciente más eficiente, 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 incomprendible 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 ésta muerte no tiene sentido”.

Referencias bibliográficas

ALIZADE, A.M. (1995). Clínica con la muerte, Amorrortu Ed. Bs. As.

BÉGOIN, J (1996). Depresión y destructividad en la vida psíquica del niño. Rev. Psicoanálisis con niños y adolescentes. N. 9 Bs. As.

DAJAS, F., Hor, F., Viscardi, N. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en Adolescentes. Rev. Med. Uruguay 1994; 10.

DAJAS, F., BAILADOR, P., VISCARDI, N. Desesperanza, conducta suicida y consumo y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo Rev. Med. Uruguay 1997.

FREUD, S. (1910) Contribución para un debate sobre el suicidio A.E. 11.

_____ (1920) Más allá del Principio del Placer A.E. 18.

_____ (1925) Inhibición, síntoma y angustia A.E. 20.

_____ (1923) El Yo y el Ello AE 19.

KESTEMBERG, E. (1998). "A Note on the Crisis of Adolescence" translated from the French by permission of Presses Universitaires de France from: *Revue Française de Psychanalyse*, 44 (1980), 523-530. en *Adolescence and Psychoanalysis, the story and the history*: Maja Perret Catipovic and François Ladame H. Karnac, London.

LADAME, F. Maja Perret Catipovic (1997). *Adolescence et psychanalyse: une histoire* Delachaux et Nestlé S.A. Lausanne, Paris.

LADAME, F. (1995). *Adolescence et suicide, quelles perspectives thérapeutiques?* Masson, Paris.

LADAME, F. OTTINO, J. (1996). Las paradojas del suicidio. Rev. Psicoanálisis con niños y Adolescentes. N. 9 Bs. As.

LAUFER, M. (1998). *El adolescente suicida*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid.

MAGGI, I. FLECHNER, S. (1999). *El secreto de la violencia, la violencia del secreto* Trabajo presentado en el Congreso de I.S.A.P. Aix en Provence, Francia, 1999.

MORVAN, O., ALLÉON, A.M. (1995). "Je voulais en finir" en *Adolescence et suicide*. Masson, Paris.

OTTINO, J. (1995). *Suicide et psychopathologie: regard actuel en Adolescence et suicide* Masson, París.

VIÑAR, M. ULRIKSEN de VIÑAR, M. (1993) *Fracturas de la memoria, crónicas para una memoria por venir*. Montevideo, Trilce.