

Adolescencia y *nuevas patologías*. Una aproximación metapsicológica¹

Luis Sales

Resumen

El autor propone una reflexión sobre ese tópico que hemos dado en llamar «nuevas patologías», y lo hace a partir de unas breves pinceladas clínicas y sociológicas centradas en la adolescencia. En una segunda vuelta de tuerca trata de fundamentar las bases metapsicológicas de tales fenómenos clínicos, apoyándose en conceptos freudianos correspondientes a la segunda tópica y en el desarrollo que actualmente se hace de ellos.

Cada vez que en psicoanálisis abordamos el problema de las llamadas *nuevas patologías* se plantea de entrada la misma cuestión: ¿son realmente *nuevas* o más bien existieron siempre y el problema está en que ahora las diagnosticamos más? Personalmente me inclino a pensar que ambas proposiciones son ciertas, si bien con algunas matizaciones. Por un lado, es verdad que existieron siempre —y cuando digo *siempre* me refiero al período que abarca la historia del psicoanálisis—, aunque como dice Jaques André (1999), a diferencia de las neurosis y de las psicosis, no son categorías que procedieran de la psiquiatría clásica. Esto es claro: el concepto de neurosis preexistió al psicoanálisis, el cual lo adoptó y reelaboró, lo mismo que el de psicosis y el de perversión; en cambio, nada parecido ha ocurrido con el conjunto de cuadros que un tanto aleatoriamente incluimos en el parágrafo de *nuevas patologías*; antes del psicoanálisis no se les reconocía entidad psicopatológica o nosológica, e incluso, a la inversa de lo ocurrido con neurosis y psicosis, algunos de estos cuadros, como los trastornos *borderline* o los de la personalidad, han sido absorbidos *a posteriori* por la psiquiatría.

Por otro lado, si ahora las diagnosticamos más es porque hoy en día nos consultan con mayor frecuencia, y justamente en relación inversa a lo que ocurre con las psiconeurosis de transferencia. Es decir, no sólo cobraron entidad nosológica sino que su incidencia, en términos epidemiológicos,

parece claro que ha ido aumentando, en tanto que la de las neurosis se ha reducido. Ello hace —si se me permite la expresión— que las notemos y las suframos más y, por lo tanto, que debamos reconocer que las *nuevas patologías* representan un nuevo paradigma para el psicoanálisis, quizá del mismo modo que las histerias clásicas lo fueron al final del siglo XIX.

No se me escapa que hablar todo el rato de *nuevas patologías* es manejar un concepto de la máxima ambigüedad tanto psicopatológica como metapsicológicamente, un auténtico cajón de sastre. Luego trataremos de precisar un poco. Pero antes quisiera redondear el argumento: las *nuevas patologías*, cualquiera que sea el fundamento metapsicológico que utilicemos para definir las, independientemente también de cuál sea su incidencia real en términos epidemiológicos, han devenido un problema no sólo para los psicoanalistas sino para la propia cultura de nuestros días. Mientras que las neurosis, incluso las más graves, se centran en un sufrimiento íntimo, moral, subjetivo, que se desarrolla en el teatro privado de un sujeto, las llamadas *nuevas patologías* utilizan el *teatro público*, la calle o la pantalla de la televisión para desplegar su acción, y son por ello piedra de escándalo. Efectivamente, estos cuadros están, como se suele decir, en el candelero de lo social, en los medios de comunicación, y más —y con esto comenzamos a tocar nuestro tema de hoy— cuando afectan a períodos críticos como la adolescencia: trastornos de la conducta alimentaria, violencia, pasajes al acto, toxicomanías y adicciones en general (a drogas, pero también a videojuegos, a la tele, al tabaco, a la comida, al móvil, etc.). Como decía, si bien se trata de fenómenos que siempre se dieron, es evidente que en la sociedad globalizada de la comunicación de nuestros días, tienen un predicamento mediático muy peligroso.

Aquí habría que introducir otro parámetro que complica la situación. Si es cierto que el análisis no puede dejar de interesarse por estos fenómenos, ellos plantean un considerable desafío al mismo,

y nada menos que en el terreno de lo que se ha llamado la analizabilidad. Ya sabemos que el análisis postfreudiano amplió mucho el espectro de lo analizable: a los niños, a los psicóticos, a los grupos, a la institución. Sin embargo, esta cuestión planteó una dificultad al análisis como movimiento, que siempre estuvo, al menos en el primer siglo de su vida, dividido por una contradicción a la que ya se enfrentó el propio Freud. Pensado en un inicio como método de tratamiento de las neurosis, pronto se vio en la tesitura de abordar otros problemas clínicos, si no como terapia, al menos sí como teoría explicativa. Fue así como Freud no tuvo inconveniente en revisar de arriba abajo su sistema teórico con la finalidad de integrar los fenómenos del narcisismo, las psicosis, las perversiones, la melancolía, el masoquismo, etc. Y ello con independencia de que los resultados terapéuticos fueran más o menos brillantes en tales campos. Cuando con el avance de las décadas centrales del siglo XX se comprobó que la incidencia de los trastornos fronterizos superaba de largo la de las psiconeurosis clásicas y pasaba a ocupar el centro de la demanda, los autores se vieron obligados a forzar en unos casos, a modificar en otros, o incluso a prescindir claramente de los postulados de la metapsicología freudiana, originariamente concebida para las neurosis; y es así como aparecieron los desarrollos de la escuela inglesa de Melanie Klein, seguidos por las fecundas aportaciones de autores postkleinianos como Bion o Winnicott, o en otro contexto por la obra de Otto Kernberg (1975). La escuela lacaniana entendió el problema de un modo radicalmente diferente, negó la existencia de trastornos de frontera y consideró que o bien se trataba de neurosis graves o bien de psicosis encubiertas. Recientemente existe una interesante iniciativa impulsada por un lado por Green (1990) y por otro por ciertos autores de la escuela argentina (Marucco, 1998; Zukerfeld 1996, 1999), que consiste en desarrollar la metapsicología freudiana con vistas al establecimiento de una *tercera tópica*.

A este respecto, es hora ya de intentar definir qué entendemos por *nuevas patologías*. Se trata de un conjunto semiológico que incluye tanto somatizaciones, actuaciones, dependencias, trastornos de la alimentación, como trastornos de la personalidad, de la conducta, etc. El concepto que ha resultado más abarcativo y que más frecuentemente se utiliza es el de trastornos o situaciones fronterizas. Las definiciones clásicas incluían todo un conjunto de cuadros clínicos cuya situación metapsicológica se pretendía ubicada en el

límite, en la frontera entre neurosis y psicosis (Laplanche y Pontalis, 1968); para otros se trataba de todo aquello que *no era* ni neurosis ni psicosis ni perversión; serían las a-estructuras. Sin embargo, André Green (1990) ha desarrollado el concepto de fronterizo de un modo más sugestivo. Según él, lo fronterizo debemos concebirlo no como una línea divisoria entre dos estados sino como un espacio común, donde se mezclan características de ambos pero que también presenta —o debería presentar— rasgos propios. Se apoya por tanto en el concepto winnicotiano de espacio transicional, como zona intermedia, espacio de ilusión, que constituye la base para la iniciación de la experiencia basada en la simbolización. Es por ahí por donde el concepto de fronterizo cuadra bien con lo que sucede por ejemplo en la adolescencia, etapa transicional por excelencia, momento de redefinición de la sexualidad, del edipo, momento de confrontación generacional y de duelos, en que los chicos y las chicas no son ni una cosa ni otra, ni pequeños ni adultos, ni plenamente masculinos ni plenamente femeninos.

Dani es un chico de 17 años que me es derivado por el analista que está tratando a su padre. Cuando se presenta por primera vez y lo recibo en la puerta me sorprende su imagen: no sé si estoy ante un niño de 10 ó 12 años o ante un adolescente; es verano, lleva pantalón corto y viene con un monopatín bajo el brazo; tampoco sé a primera vista si es un chico o una chica: es guapo, tiene cara infantil, completamente imberbe y lleva unas melenas lisas y largas que le llegan más allá de los hombros; sus movimientos son dulces y seductores. De pronto pienso que es el mismísimo Narciso quien ha venido a visitarme. En contraste con esta imagen tan indefinida, tan radicalmente indeterminada, su discurso verbal se esfuerza por aparentar una gran madurez y responsabilidad: él viene porque teme por su familia, necesita que le ayude para que él luego pueda arreglar los problemas de su casa, ya que su padre no acaba de ponerse en el sitio que le correspondería. Este es el resumen del primer cuarto de hora de este tratamiento. No pretendo adentrarme más en él, sino simplemente utilizarlo como ejemplo de hasta qué punto un adolescente puede presentarse como la viva imagen de una encrucijada lacerante, en la que es como si nada se pudiera perder. Por supuesto, en el curso de este tratamiento pronto aparecerán las más angustiosas dudas sexuales y actitudes depresivas ligadas a un fuerte sentimiento de desamparo, que vendrán a contrastar dramáticamente con esta imagen pletórica del comienzo.

El concepto de crisis de adolescencia, donde la identidad —y con ella el narcisismo— es lo que principalmente está en cuestión, sólo es factible de ser superada a expensas de un considerable esfuerzo elaborativo. Y cuando hablamos de elaboración estamos presuponiendo la existencia de duelos y pérdidas, por lo tanto de angustias de pérdida y separación, las cuales pueden o no coincidir o superponerse con la clásica angustia de castración. Aquí es imprescindible brindar una actitud de *holding*, de *rèverie*, por parte del terapeuta, actitud que a menudo falta o ha faltado en la familia, lo mismo que la función del límite, tan importante a la hora de asumir las consecuencias de la falta.

Así pues, el concepto de fronterizo remite a elementos metapsicológicos centrales en psicoanálisis, tales como el narcisismo, la desmentida, la relación de objeto, la angustia de intrusión o de separación y la consiguiente fragilidad yoica como consecuencia de unas identificaciones secundarias demasiado endebles o mal establecidas. Si nos fijamos, estamos de lleno en la óptica freudiana de la segunda tópica. Es cierto que Freud jamás llegó a sistematizar un cuadro de estas características. El Hombre de los Lobos, caso que unánimemente consideramos hoy como un fronterizo, Freud (1918) lo trató como neurótico obsesivo, y Dostoievsky (Freud, 1928), a quien también cuadraría el diagnóstico de fronterizo, lo consideró un histérico. Sin embargo, ello no le impidió postular en el primero el concepto de *corrientes* psíquicas (hoy hablamos de núcleos), como resultado de mecanismos muy precoces como la desmentida o la desestimación; y en el segundo hablar de las dificultades del literato ruso para mantener *la unicidad de su yo* (hoy hablaríamos de fragilidad yoica). Aún hay otro caso freudiano —como Dostoievsky, también de psicoanálisis aplicado— al que podríamos considerar como fronterizo: el del pintor Christoph Haizmann del siglo XVII, definido éste como «neurosis demoníaca» (Freud, 1923 [1922]). Sin embargo, el comentario que hace Freud no puede ser más revelador:

Acaso el propio Christoph Haizmann no era más que un pobre diablo sin suerte, acaso era torpe o poco dotado para mantenerse a sí mismo, y se contaba entre aquellos tipos notorios como «eternos lactantes» que no pueden desasirse de la situación beatífica junto al pecho materno y durante toda la vida se aferran a la pretensión de ser mantenidos por algún otro (*Ibid.*, p. 105).

Igualmente merece la pena recordar algunas citas aisladas de Freud en que, por ejemplo, habla del yo como «ser fronterizo» en *El yo y el ello* (1923), o una referencia inequívoca a la parte psicótica del yo, en *Análisis terminable e interminable* (1937).

Es decir, Freud no llegó, obviamente, a delimitar o describir el trastorno fronterizo, pero sí se acercó bastante a intuir lo que pasaba. Ello le llevó a modificar sustancialmente su teoría en 1914, con dos obras importantísimas, la *Introducción del narcisismo* (1914c), por un lado, y *Recordar, repetir y reelaborar* (1914g), por otro, en la que ya introduce el concepto de repetición y de actuación (*agieren*) como contrapuestos al recuerdo y la elaboración. Y un poco más adelante, ya a partir de 1920, en *Más allá del principio de placer* y con la introducción de la segunda tópica, Freud se acercó mucho al problema de la patología fronteriza con la nueva concepción del trauma. Sabemos que el estado de trauma se produce cuando el aparato psíquico debe dar trámite a un aumento inesperado de excitación. Ello puede ocurrir bien por un aflujo extraordinario procedente del exterior —el trauma en sentido estricto— o bien porque la estructura propia del aparato contenga alguna dificultad a la hora de realizar aquella función para la que está concebido: tramitar la excitación venga de donde venga, es decir, elaborar; dicho aún con otras palabras: cualificar lo cuantitativo, generando subjetividad. Freud describe con mucha claridad este fracaso posible del aparato, con el consecuente estado de trauma, en un párrafo fundamental de *Más allá del principio de placer*. Dice así:

Si en la neurosis traumática los sueños reconducen tan regularmente al enfermo a la situación en que sufrió el accidente, es palmario que no están al servicio del cumplimiento del deseo [...] Pero tenemos derecho a suponer que por esa vía contribuyen a otra tarea que debe resolverse antes de que el principio de placer pueda iniciar su imperio [...] Nos proporcionan así una perspectiva sobre una función del aparato anímico que, sin contradecir al principio de placer, es empero independiente de él y parece más originaria (Freud, 1920; pág.31).

¿Cuál es esa función del aparato anímico anterior, más originaria, a la de poner en marcha el principio de placer? Freud responde: «La tarea de los estratos superiores del aparato anímico sería la de ligar la excitación de las pulsiones [...] El fracaso de esta ligazón provocaría una perturbación análoga a la de las neurosis traumáticas; sólo tras la ligazón

podría establecerse el imperio irrestricto del principio de placer» (Ob. cit. Pág. 35). Para mí, estos párrafos condensan lo esencial de lo que se ha dado en llamar segunda tópica, sobre todo en comparación con lo que era esencial en la primera. En ellos Freud viene a reconocer nada menos que el postulado más fundamental de la primera tópica, aquel que se centra en un aparato psíquico al servicio del cumplimiento del deseo, correlato de un fantasma inconsciente, debe ser revisado a partir de ciertas observaciones clínicas —las nuevas patologías— y sustituido por otro modelo de aparato cuya función previa sea la de ligar la excitación de las pulsiones. Si esto se logra adecuadamente entra en funcionamiento el cumplimiento alucinatorio del deseo y con ello se pone en marcha el principio del placer, que luego dará paso al principio de realidad. Si la ligazón de la excitación fracasa, el aparato permanece en estado de trauma y el principio del placer queda automáticamente paralizado. Sabemos que cuando el placer no alcanza a regular el proceso de satisfacción pulsional, el aparato, que por definición no soporta la estasis, apela a procesos más primitivos de descarga o evacuación: he ahí el germen de la actuación, del principio de inercia, de la compulsión de repetición, de la proyección masiva del sufrimiento, del recurso a drogas excitantes o calmantes, etc.

A este respecto conviene distinguir bien claramente lo que es la *satisfacción* de de la pulsión, que es regulada por el principio del placer, que puede lograrse por medio de un objeto y a través de una actividad más o menos placentera, o bien de un síntoma; hay que diferenciar este proceso, digo, de lo que es la *descarga* pulsional, que regula el principio de inercia y que conduce a la *calma*. La *satisfacción* de la pulsión presupone, entonces, fantasma, deseo, objeto y acción específica, y por definición nunca es completa, siempre es meramente provisional; por eso seguimos viviendo, deseando, buscando. La *descarga* pulsional, en cambio, pretende ser completa y total, y la *calma* a la que aspira remite al nirvana, a la muerte. El principio del placer y su modificación, el principio de realidad, que como hemos dicho regulan la *satisfacción* pulsional, requieren tiempo, capacidad de espera, capacidad de pensamiento; la *descarga* pulsional, por el contrario, presupone urgencia, intolerancia a la frustración, incapacidad para pensar. El principio del placer utiliza el aparato psíquico, con sus procesos primario y secundario, con su posibilidad para representar deseos y soñar en su realización; el principio de inercia cortocircuita el aparato psíquico y utiliza lo que

Freud llamaba las vías más cortas: está por tanto al servicio de la pulsión de muerte.

Vemos a nuestros jóvenes con muy poca capacidad de espera, con muy poca disposición a pensar, muy urgidos en la actuación. Ello es correlato de una desesperación vital, o lo que es lo mismo, de un fracaso en la instauración de la función de la esperanza. Para que cualquier forma de análisis sea posible es imprescindible introducir elementos de contención que hagan posible una mínima tolerancia a la frustración para que, como consecuencia, podamos abrir este espacio de esperanza. La esperanza es un concepto fundamental en psicoanálisis. Pensemos qué le ocurre a un bebé cuando pierde la percepción de su madre. Es capital que conserve la esperanza de que la madre no se ha perdido para siempre, sólo porque de momento no la ve. Este asunto nos llevaría de nuevo al famoso ejemplo freudiano del *fort-da*, aunque creo que ha sido muy bien trabajado por los autores ingleses, especialmente Winnicott (1967) y Bion (1963). Es pues fundamental para el niño, y luego para nuestros pacientes adolescentes, instaurar una lógica de la esperanza que les permita justamente esperar, representar, pensar, elaborar, desear y soñar. Lo contrario, la desesperanza, conduce a la precipitación, a la angustia de vacío, a la descarga y, en definitiva, a la búsqueda desesperada de alguna forma de muerte.

Luis Sales Alloza

Avda. Xile, 38, 11º 4ª

Barcelona

e-mail: luissales@ols.es

Notas

1. Comunicación leída en la *Escola de Clínica Psicoanalítica amb Nens i Adolescents*, con motivo de la clausura del Curso 2003-2004.

Bibliografía

- ANDRÉ, J. (comp.) (1999). *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Buenos Aires: Nueva visión, 2000.
- BION, W.R. (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- FREUD, S. (1914c). *Introducción del narcisismo*. Obras Completas (OC). Tomo XIV Buenos Aires: Amorrortu Editores (AE), 1980.
- (1914g). *Recordar, repetir y reelaborar*. Tomo XIV.
- (1918). *De la historia de una neurosis infantil*. Tomo XVII.



- (1920). *Más allá del principio de placer*. Tomo XVIII.
- (1923). *El yo y el ello*. Tomo XIX.
- (1923 [1922]). *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*. Tomo XIX.
- (1928). *Dostoiévsky y el parricidio*. Tomo XXI.
- (1937). *Análisis tereminable e interminable*. Tomo XXIII.
- GREEN, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- KERNBERG, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós, 1997.
- LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, J-B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona; Ed. Labor, 1974.
- MARUCCO, N. (1998). *Cura analítica y transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- WINNICOTT, D.V. (1967). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- ZUKERFELD, R. (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós, 1996.
- (1999). *Psicoanálisis, Tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999

