

La psiquiatría del adolescente hoy

JUAN MANZANO*

RESUMEN

Analizamos un conjunto de aspectos de la psiquiatría de la adolescencia de hoy. Las clasificaciones internacionales (DSM IV, CIM) se han demostrado poco útiles en la adolescencia. En la práctica trabajamos con los clásicos cuatro grandes grupos de patología: trastornos reactivos, neuróticos; psicóticos y de la organización de la personalidad. La investigación genética y neurobiológica no ha hecho un progreso real. Sin embargo, los progresos generales en neurociencias han demostrado ser compatibles con concepciones derivadas de la clínica psicodinámica. Estos conceptos constituyen el campo de la salud mental relacional, ofreciendo una comprensión patogénica. Se describen los tratamientos y las medidas preventivas más adecuadas, según el autor. PALABRAS CLAVES: diagnóstico, etiopatogenia, comprensión relacional, psicodinámica, tratamiento, prevención.

ABSTRACT

ADOLESCENT PSYCHIATRY TODAY. This paper analyses the characteristics of current adolescent psychiatry. International classifications (DSM-IV, ICD-10) have a limited utility in adolescence, and in clinical practice we work with the four large classical groups of pathology: adjustment disorders, neurotic disorders, psychotic disorders and personality disorders. Genetic and neurobiological research has not made real progress. However, general progress in the neurosciences has proven compatible with concepts derived from clinical psychodynamics. These concepts configure the field of relational mental health, offering a pathogenic comprehension. The most adequate treatments and approaches, according to the author, are finally exposed. KEY WORDS: diagnosis, etiopathogeny, relational understanding, psychodynamic, treatment, prevention.

RESUM

LA PSIQUIATRIA DE L'ADOLESCENT AVUI. Analitzem el conjunt dels aspectes de la psiquiatria de l'adolescència en l'actualitat. Les classificacions internacionals (DSM IV, CIM) s'han demostrat poc útils en l'adolescència. A la pràctica, treballem amb els clàssics quatre grans grups de patologia: trastorns reactius, neuròtics, psicòtics i de l'organització de la personalitat. La investigació genètica i neurobiològica no ha fet un progrés real. Però, els progressos generals en neurociències han demostrat ser compatibles amb concepcions derivades de la clínica psicodinàmica. Aquests conceptes constitueixen el camp de la salut mental relacional i ofereixen una comprensió patogènica. Es descriuen els tractaments i les mesures preventives més adequades, segon l'autor. PARAULES CLAU: diagnòstic, etiopatogènia, comprensió relacional, psicodinàmica, tractament, prevenció.

Si analizamos el conjunto de los aspectos relacionados con la psiquiatría de la adolescencia de hoy, vendría tener en cuenta tanto las diferentes maneras de establecer un diagnóstico, como el estado actual de los conocimientos sobre la etiología y los métodos de intervención terapéuticas. A partir de mi experiencia, propongo de forma breve mi visión de estas áreas.

Las clasificaciones internacionales (DSM IV, CIM) se

han demostrado poco útiles en la adolescencia. En la práctica real, a veces bajo nombres diferentes, trabajamos con los clásicos cuatro grandes grupos de patología, correspondientes a: trastornos reactivos (derivado exclusivamente de una situación externa y que desaparece a medida que esta se modifica); *trastornos neuróticos*; *trastornos psicóticos* y *trastornos de la organización de la personalidad* (incluyendo las personalidades *borderline*).

* Médico psiquiatra, psicoanalista. Miembro del Consejo Directivo de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Ex Director del Service Médico-Pédagogique. Ginebra (Suiza).
Correspondencia: juan.manzano@bluwin.ch

En términos de frecuencia e impacto social, son los trastornos de la personalidad de los adolescentes los que constituyen el problema más importante de los servicios de salud mental.

Etiopatogenia

En cuanto a la patogénesis de los trastornos, la investigación genética y neurobiológica no ha hecho un progreso real. En la última revisión publicada en una edición especial de la revista *Nature*, los editores Chou I Han y Chouard Tanguy (2008) concluyen: “Nuestra comprensión de los mecanismos biológicos de enfermedades como los trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y el autismo es frustrante y limitada; también hay una falta de marcadores biológicos fiables”. En la misma revista, Steven E. Hyman (2008) titula su artículo introductorio sobre los trastornos neuropsiquiátricos: *A glimmer of light*. En las últimas dos décadas los esfuerzos para identificar los alelos comunes de las diferentes formas de enfermedad psiquiátrica no han tenido éxito. Se ha demostrado que la base genética es muy compleja, además de las interacciones entre los diferentes genes y los factores no genéticos (medio ambiente). Las únicas investigaciones prometedoras mencionadas se ocupan de la conectividad entre las neuronas (mutación entre neuroxin y neurologin, genes productores de moléculas implicadas en la transmisión sináptica), pero el autor concluye que “la genética neuropsiquiátrica ha tenido numerosos hallazgos muy publicitados, que se han confirmado, tal vez es igualmente el caso de estos recientes estudios”.

Estos resultados de la investigación neurobiológica de los trastornos mentales no permiten, desarrollar tratamiento o medidas preventivas, a pesar de la existencia de una serie de fármacos sintomáticos eficaces y de los conocimientos que tenemos a nivel farmacológico y farmacodinámico existentes. Sin embargo, los progresos generales en neurociencias como: la plasticidad cerebral, los circuitos de la memoria y el sistema de “neuronas espejo” así como los estudios neurofisiológicos y empíricos sobre las competencias de los bebés han confirmado y, en todo caso, han demostrado ser compatibles con las concepciones derivadas de la clínica psicodinámica. Estos conceptos constituyen el campo de la salud mental relacional, ofreciendo una comprensión patogénica.

En mi caso, he propuesto un *modelo relacional* de

desarrollo normal y patológico que sintetizo a continuación. Este modelo se basa en el supuesto de que el niño, contrariamente a las ideas tradicionales, es desde el nacimiento una organización que funciona como un todo con las habilidades innatas necesarias para adaptarse a su medio ambiente (Manzano, 2007). Esta organización se compone de un conjunto de elementos en relación relativamente estables, entre ellos, por lo que es un sistema o estructura vivo. En términos neurofisiológicos, el sistema nervioso central (cerebro) del recién nacido está “programado” para entrar en relación con una persona, la madre, e interactuar con ella. En concreto, el niño viene programado para entrar en relación y a reprogramarse en función de esta relación. El desarrollo sería una modificación adaptativa del programa innato al contacto con el otro y el mundo circundante. El objetivo de este programa es vivir, lo que significa: mantener la unidad del organismo, la cohesión interna entre las diferentes partes que lo constituyen, estar en relación con los otros y con el mundo exterior y sus propio deseos, para conseguir replicarse (reproducirse).

Esta fórmula neurofisiológica que nos permite los avances de la investigación (Purves Augustin, 2005) encuentra la formulación psicodinámica basada en la obra de Klein, Bion, y los escritores posteriores. Desde el nacimiento, el recién nacido tiene una parte organizada de la personalidad -un yo- con una cierta autorepresentación de sí mismo y la espera de un objeto reconocido como diferente de él, por lo que existe una forma de relación de objeto desde el nacimiento.

Los trastornos psicopatológicos son conocidos aquí como desviaciones o interrupciones de este desarrollo, cualquiera que sean las causas (contradicciones y conflictos internos, o lesiones genéticas o somáticas, eventos externos). Los trastornos no son jamás simples expresiones de estos factores, sino ajustes, reorganizaciones de la estructura para que los objetivos del programa del desarrollo puedan continuar a pesar de las alteraciones. Resulta que el sistema nervioso, cuando se reajusta, lo hace siguiendo los patterns en un número limitado por lo que los síntomas y comportamientos observables son solos índices -los signos- de estos reajustes y reorganizaciones de la estructura.

En términos de estructura psicodinámica estos ajustes psicofisiológico implican necesariamente reorganizaciones defensivas contra las ansiedades y frustraciones de sus propios deseos. De hecho, en este

desarrollo, el niño tendrá que hacer frente desde su nacimiento a la realidad frustrante. Como ha señalado Freud en *Los dos principios del funcionamiento mental* (1911), esto significa que debe cambiar su funcionamiento psíquico y pasar de la regulación por el principio del placer (que se caracteriza por la creencia en la omnipotencia y la gratificación instantánea de los deseos) al principio de realidad (limitaciones y soportar el tiempo para la satisfacción). Esto se hará con dificultad, y como hemos propuesto con F. Palacio (2005), a partir de Freud (1914) y Bion (1957), con una escisión del yo en dos partes: una realidad -objetal- (reconocimiento de la realidad) y un yo placer -narcisista- (no la reconocen), que hemos llamado “la dimensión narcisista de la personalidad”. Ambas partes van a coexistir en un doble funcionamiento placer y realidad y, la proporción relativa de uno u otro marcará la diferencia. En el desarrollo normal domina claramente la parte realidad y en las diversas reorganizaciones patológicas la parte placer (la dimensión narcisista) en una fórmula o combinación para cada individuo y a cada tipo de personalidad.

Así, en los *trastornos reactivos y neuróticos* el yo realidad predomina, mientras que la psicosis puede ser entendida como un predominio casi absoluto narcisista con un fallo en la reorganización de la personalidad seguido de un segundo intento de reorganización. En los *trastornos de la personalidad* ambas partes son más o menos equivalente, dando lugar a fórmulas específicas que son las diferentes formas clínicas, la más “evidente” es la “doble personalidad” (Dr. Jekyll y Mr. Hyde), pero en todos los casos este doble funcionamiento obliga a buscar soluciones de compromiso más o menos enmascarado para ocultarse y ocultar a sí mismo esta contradicción. Estos compromisos se exteriorizan en los diferentes rasgos y comportamientos parológicos, incluido la violencia.

Todos los trastornos de la personalidad pueden ser definidos como funcionamientos narcisistas omnipotentes que tratan de negar la realidad que su yo -objetal- les obliga a tener en cuenta. Es este el conflicto interno dramático que dirige su existencia y que puede ser ilustrado por diversas formas de comportamientos, por ejemplo en grupos de jóvenes “marginales”. Se trata de jóvenes con la misma problemática que se unen para tratar de encontrar una forma común para lograr esta tarea imposible. Tenemos buenos estudios sociológicos de estos grupos como *Les nomades du*

vide (Los nómades del vacío) estudiado por F. Chobeaux (2004), quien con una metodología a distancia que consiste en ofrecer servicios (¡pero no imponiéndolos!), ha logrado acercarse a grupos que en Francia viajan de festival en festival por todo el país. Ha podido describir sus costumbres, diferentes grados de evasión de la realidad y del trabajo, mendigan, tocan instrumentos musicales y se dan la impresión de obtener sin esfuerzos e inmediatamente todo lo que necesitan. Se trata de jóvenes que dejaron sus familias, manteniendo una cierta relación con su madre, pero nunca con su padre, que representa probablemente la realidad para ellos. A menudo, tienen perros que cuidan y alimentan y que representan una proyección de sí mismos como niños narcisistas que funcionan según el principio de placer, identificándose ellos con madres ideales que les evitan toda frustración. La droga no está lejos.

Otro ejemplo es el estudio que se realizó en Ginebra (Manzano) en la población de “jóvenes ocupas”, ocupantes ilegales de viviendas vacías en una ilegalidad tolerada. Fue en su época un colectivo (varios cientos), cuyo estudio demostró que estaban estratificados en comunidades que se diferencian por la mayor o menor aceptación de la realidad, desde los grupos más regresivo, viviendo prácticamente de la mendicidad y pasivamente sentados juntos en lugares públicos, a los grupos de trabajadores con una vida social y cultural activa compartiendo ideologías políticas. Lo más interesante fue el hecho de que estos grupos se movían y que sus miembros a menudo avanzaban lentamente pero sin pausa a lo largo de una escala de integración, es decir de aceptación progresiva del principio de realidad. Estas observaciones y otras parecidas muestran que estas asociaciones grupales constituyen fórmulas compartidas de equilibrio grupal narcisista “placer y realidad”. La compañía que esta fórmula, más o menos estable, entre las partes narcisista -placer- y realidad -objetal- significaba, demuestra, en mi opinión, que la realidad más profunda y subyacente, a la cual se enfrentaban con su yo narcisista omnipotente, era la angustia de separación precoz, más fácil de confrontar en grupo que en solitario.

Etiología

La etiología no es nunca lineal ni única, pero siempre multifactorial en “series complementarias”. Por

lo tanto, no comparto las “modas” que aparecen de vez en cuando, que encuentran una “causa” genética o neurológica, ni la generalización de conceptos tales como el trauma. Sin embargo, podemos hablar de “factores de riesgo” y de grupos de riesgo. Para mí, un factor de riesgo es cualquier experiencia activa o pasiva que favorece o estimula el mantenimiento del funcionamiento narcisista de acuerdo con el principio del placer. Su conocimiento empírico y clínico tienen una importancia para las actividades preventivas y terapéuticas.

Además de las circunstancias individuales y familiares del desarrollo psicosexual, otros factores de riesgo corresponden a la sociedad tal como es hoy en día y tienen una influencia sobre el conjunto de los adolescentes. Solo podemos enumerarlos de manera no exhaustiva: estos factores sociológicos pueden ser estimulantes de la creencia narcisista, pero también frustrante, como las graves y frecuentes separaciones precoces y cualquier otra experiencia similar, que hará más difícil la aceptación de la realidad y, por compensación, provoca el aislamiento y el fortalecimiento del funcionamiento del placer narcisista. Es también el caso de situaciones familiares y generales de miseria económica; sin embargo, en estos casos, estudios epidemiológicos (Wilkinson et Pickett, 2009) han señalado que el factor determinante sobre la salud somática y mental -en particular la violencia- está relacionado principalmente con el hecho de que una población esté en contacto con otra con un estatus social mucho mayor. Esto nos interesa porque en nuestra época de comunicación global y masiva, los adolescentes están bombardeados con imágenes y mensajes que transmiten unos valores de éxito fácil e inmediato y todo tipo de gratificación. A menudo esta imagen es transmitida por políticos que van en la misma dirección. Las nuevas tecnologías permiten además la retirada en un mundo virtual donde todo es posible.

Un factor de riesgo sociológico importante se puede dar en la escuela. En este caso, bienintencionadas teorías y las políticas educativas han producido y producen daños colaterales. Se trata de la tendencia a unos comportamientos falsamente igualitarios y formales: con falta de comentarios que reflejan el esfuerzo del alumno, falta de notas, disciplina débil, imagen del maestro como un igual sin diferencia de generación y tampoco de autoridad. Esto también se aplica a las actitudes de la familia, los padres -más ausentes que en el pasado- tienen mucho menos tiempo de presencia con sus niños

y adolescentes, y tratan de compensarla con una actitud “moderna” evitando lo más posible la frustración a sus hijos. Se debe considerar también en la escuela un fenómeno paradójico que la clínica nos muestra: son los alumnos más brillantes y dotados para “tareas” de aprendizaje los que están en mayor riesgo de predominio narcisista, puesto que pueden mantener fácilmente la creencia y pasar por alto el concepto de trabajo.

Tratamiento

Por lo que concierne al tratamiento nuestra experiencia nos muestra que no es suficiente actuar contra los síntomas y mucho menos contra supuestos agentes causales. Todos los tratamientos, de acuerdo con este modelo patogénico, implican necesariamente una relación terapéutica. De hecho, en todos los casos, como hemos visto, estamos en presencia de reorganizaciones estructurales patológicas, cualquiera que hayan sido los factores que han alterado el desarrollo interactivo y que por tanto no pueden reorganizarse más positivamente que teniendo nuevas interacciones. Nos basamos en la tendencia siempre existente, para establecer una relación y cambiar en función de las experiencias con ella, gracias a la plasticidad del cerebro. En términos psicodinámicos, la posibilidad de establecer nuevas identificaciones juega un papel central en estos procesos relacionales terapéuticos.

Esto es necesario incluso en las “*desorganizaciones psicóticas*” que, además de los tratamientos con neurolepticos y las restricciones posibles en el mundo hospitalario, los mejores resultados se obtienen con formas de relación terapéutica a largo plazo. Los “*trastornos reactivos*” se benefician de la psicoterapia breve y, los “*trastornos neuróticos*” son una indicación de la psicoterapia psicoanalítica.

Como se mencionó anteriormente, el problema más actual es el enfoque de los servicios para los “*trastornos graves de personalidad*” que para mí tienen siempre una base común: el predominio de la parte narcisista omnipotente, megalomaniaca. Las diferentes formas clínicas se distinguen, además de los rasgos y síntomas específicos, por la mayor o menor dificultad de aceptar ayuda. La oferta de una relación será más aceptable en la medida que procuremos no forzar sus defensas frontalmente. Bolognini (2000), hablando de un bar en el desierto indica esta disponibilidad haciendo referencia a estos locales a lo largo de las carreteras, donde los adolescentes

estadounidenses se detienen con cierta regularidad en sus viajes e inician conversaciones con los *barmen*.

En los casos más graves de comportamiento violento y delincuencia, los centros de día y residenciales se han mostrado muy útiles, en colaboración lo más cercana posible con la escuela y la necesaria cooperación con las instituciones judiciales y sociales. Con la experiencia y la formación básica y continua de los interesados, los resultados no son tan desesperanzados o difíciles como se pensaba anteriormente, como el trabajo con toxicómanos, que aún más complicado, puede también demostrarlo.

Prevención

La prevención está enfocada en las posibilidades de influir de manera positiva sobre los factores de riesgos señalados y otros equivalentes.

En general, el trabajo con la escuela es esencial. Consultores psiquiátricos y psicológicos en las escuelas y centros de formación profesional son una forma de prevención en la medida en que los maestros pueden, también, ser agentes de salud mental y facilitar identificaciones con ellos en tanto que representantes del principio de realidad.

La prevención secundaria es facilitada por el diagnóstico lo más temprano posible. Aquí también la gama de terapias va de los centros de día, relacionales y sociales para los niños pequeños en los casos graves, donde hemos obtenido muy buenos resultados con equipos multidisciplinarios, incluyendo los enseñantes especialistas.

Según mi experiencia, lo más urgente e importante en la organización de los servicios es contar con los requisitos materiales mínimos para los dispositivos terapéuticos que he mencionado; es decir, de forma esquemática: una consulta ambulatoria a "umbral bajo", o sea, lo más cercana y accesible posible a los adolescentes, sin trabas administrativas; una unidad hospitalaria para situaciones de descompensación psicótica, con la posibilidad de seguimiento ambulatorio y de centros de día, además de enlace con las unidades hospitalarias somáticas -pediatría para los más jóvenes- y psiquiátricas para los adolescentes que se convierten en adultos, junto con los servicios sociales y judiciales y, sobre todo, con la escuela y los centros de formación.

Por último, dos condiciones parecen necesarias para la organización de los servicios: en primer lugar, garantizar una formación básica y permanente

de los colaboradores, especialmente en las terapias relacionales y en las diversas formas de psicoterapia. En segundo lugar, participar en investigaciones clínicas relacionadas con su trabajo. Estos requisitos son, también, una fuente de motivación y a su vez facilitan el buen ambiente en el equipo, la comunicación interna, la reducción del absentismo y el bienestar del personal, cuya correlación con la eficacia cualitativa y cuantitativa de los centros, se ha demostrado claramente.

Traducción del francés por Camille Riu.

Bibliografía

BION, W. R (1957). Differentiation of the psychotic from the non psychotic personalities. *Int. Journal of Psychoanalysis*, 38, pp. 3-4.

BOLOGNINI, S (2000). *Un bar dans le désert*. Communication au Congrès IPA New Orleans.

CHOBEAUX, F (2004). *Les nomades du vide*. Paris: La Découverte.

CHOU, I-HAN ET CHOUARD, TANGUY (2008). Neuropsychiatric Disease. *Nature*, 16, Vol. 455, 7215.

FREUD, S (1914). *Pour introduire le narcissisme in La vie sexuelle*. Paris: PUF, 1969.

FREUD, S (1911). *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques*. Paris: PUF, 1993.

HYMAN, STEVEN E (2008). A glimmer of light for neuropsychiatric disorders. *Nature*, 16.

MANZANO J, PALACIO ESPASA F (2005). *La dimension narcissique de la personnalité*. Paris: PUF. Trad it., Ed. Raffaello Cortina (1999).

MANZANO, J (2007). La part des neurosciences dans les constructions psychanalytiques: l'exemple du développement précoce. *Revue Française de Psychanalyse*, Vol. 71, 2 (Numéro Spécial Neurosciences et Psychanalyse), pp. 327-337.

MANZANO, M. *La population de squatters à Genève*. Analyse sociologique. Non publié.

PURVES, AUGUSTINE ET COL. (2005). *Neurosciences*. [éd.] Sinauer Associates. New York: s.n. Trad. fr. par J. M. Coquery, Bruxelles, de Boeck and Larcier, 2005.

WILKINSON, RICHARD ET PICKETT, KATE (2009). *The Spirit level, Why equality is better for everyone*. s.l. Allen Lane. Trad. espagnole: Desigualdad, un analisis de la infelicidad colectiva, Turner, Madrid, 2009. Trad. Française : *L'égalité c'est la santé*, Demopolis, Paris, 2010.