

“¡No me taladres la cabeza!” Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado

TUULIKKI TRIAS¹²³ Y ALFONS ICART PUJOL²³⁴

RESUMEN

“¡No me taladres la cabeza!” Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado. En la clínica encontramos adolescentes con síntomas serios, que no tienen consciencia de conflicto, y relaciones familiares que no les han permitido diferenciarse de su familia. En estos casos, proponemos una intervención familiar con el objetivo de resolver las distorsiones patológicas que bloquean el desarrollo del adolescente. Presentamos un caso clínico en el cual se pueden observar las vicisitudes de la intervención familiar y como ésta facilita la evolución de la psicoterapia individual. **Palabras clave:** adolescencia, diferenciación, separación-individuación, bloqueo, familia, intervención-familiar, funciones-parentales, psicoterapia.

ABSTRACT

“Don't drive me crazy!” Dealing with adolescents who refuse to get treatment. In our clinical work, we find adolescents with severe symptoms, who are not aware of the conflict, and family relationships that have not allowed them to differentiate themselves from their family. In these cases, we propose a family intervention to resolve the pathological distortions that block the adolescent's development. We present a clinical case in which we can observe the vicissitudes of family intervention and how it facilitates the evolution of individual psychotherapy. **Keywords:** adolescence, differentiation, separation-individuation, blockage, family, family-intervention, parental functions, psychotherapy.

RESUM

“No em foradis el cap!” Com tractar l'adolescent que rebutja ser tractat. A la clínica, trobem adolescents amb símptomes seriosos, que no tenen consciència de conflicte i relacions familiars que no li han permès diferenciar-se de la família. En aquests casos, proposem una intervenció familiar adreçada a resoldre les distorsions patològiques que bloquegen el desenvolupament de l'adolescent. Presentem un cas clínic en el qual es poden observar les vicissituds de la intervenció familiar i com aquesta facilita l'evolució de la psicoteràpia individual. **Paraules clau:** adolescència, diferenciació, separació-individuació, bloqueig, família, intervenció-familiar, funcions-parentals, psicoteràpia.

Introducción

En nuestra práctica clínica, encontramos adolescentes que, a pesar de presentar síntomas serios, no tienen consciencia de conflicto y, en consecuencia, se niegan a tratarse y, si se les obliga, abandonan el tratamiento al cabo de unas sesiones.

Observamos que el desarrollo de estos adolescentes no ha sido lo bastante sano. Tienen una

estructura yoica pobre y no tienen consciencia de sus propios conflictos ni dificultades; no asumen la responsabilidad de sus acciones ni a nivel personal ni relacional.

Estos adolescentes son diagnosticados como trastornos de personalidad (Icart, 2012). A menudo encontramos una característica particular en su relación con su familia: una relación patológica que no ha permitido que el adolescente pueda diferenciarse de ella, ni que la familia pue-

¹Doctora en medicina. Psiquiatra especializada en niños y adolescentes. ²Psicoterapeuta de niños, adolescentes y familias. ³Teacher and Supervisor in Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). ⁴Psicólogo y psicoanalista de la SEP y de la IPA. Dirección Científica de la Fundació Orienta. Director de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Contacto: ttrias@fundacioorienta.com

Recibido: 16/3/22 - Aceptado: 21/3/22

da diferenciarse del hijo. El paciente utiliza su sintomatología para dominar a su familia. Uno ha absorbido al otro y el otro ha consentido en ello. Existe una relación indiferenciada que dificulta la necesaria segunda separación-individuación (Blos, 1962, 1967) y diferenciación del adolescente.

En el marco de la concepción sistémica familiar, se trataría de la diferenciación del *self* y de la capacidad para lograr autonomía emocional con respecto a los padres, tanto a nivel intrapsíquico como interpersonal (Bowen, 1974). Tratar de modificar los síntomas sin tener en cuenta este contexto perpetúa la indiferenciación familiar que hace que el paciente no pueda avanzar en su autonomía (Icart y Freixas, 2013).

El adolescente tiene muy pocas iniciativas y muy poca autonomía. Esto nos hace pensar que tiene un yo precario. Son los padres (o uno de los padres) los que toman iniciativas, piensan y actúan por él. Incluso podemos decir que observamos cómo orientan selectivamente las percepciones del adolescente, recuerdan por él, etc.

En una situación de este tipo, la tarea terapéutica fundamental consiste en *separar* el hijo de los padres, ayudar al adolescente a ganar autonomía. Se podría pensar que se impone una terapia individual del hijo para evitar la interferencia de los padres en el tratamiento. Pero esto es complicado cuando el hijo está instalado en un funcionamiento en el que los padres le resuelven todas las dificultades. No está motivado para hacer este trabajo individual. Si el adolescente emprende un tratamiento individual es por la insistencia de otras personas y, ante cualquier dificultad, lo abandona.

La propuesta terapéutica que hemos desarrollado es la intervención sobre las funciones parentales (Icart y Freixas, 2020a, 2020b), que se hace al mismo tiempo que el tratamiento individual del hijo. Su función es permitir que tenga lugar el tratamiento del hijo. No se trata de una terapia familiar, sino de una intervención focal, limitada en el tiempo, que se dirige a modificar aquellas modalidades de las funciones parentales que perpetúan el funcionamiento controlador de la familia sobre los hijos y de estos sobre la familia. En la medida en que la familia pueda entender el funcionamiento patológico que

existe en ella, podrá irse diferenciando del adolescente, y dejar que este estructure su propia identidad.

Hemos planteado un abordaje en dos frentes diferentes. Por un lado, la terapeuta de la adolescente hace sus sesiones individuales con él. Al mismo tiempo, se lleva a cabo una intervención terapéutica familiar con el objetivo de resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo del adolescente. De esta manera, se crea, en la familia, un espacio para incluir a la hija una vez que haya podido renunciar a su indiferenciación infantil y acceder, así, al mundo de la adolescencia.

El adolescente se incorpora a la familia como un miembro más, con sus propios pensamientos, opiniones y responsabilidades, una vez que ha desarrollado/estructurado una identidad yoica mínima, que le permita ubicarse en ella, ver su problemática y poder afrontar su tratamiento personal. En ese momento, la atención familiar, una vez resuelta la indiferenciación familiar, se da por acabada. Se trata de una intervención focal y breve.

Esta forma de intervenir en estos casos graves se puede llevar a cabo en un centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ), si el terapeuta tiene la formación necesaria.

Cómo son estos adolescentes. El bloqueo

En el desarrollo sano, el niño tiene numerosas ocasiones de percibir y experimentar cosas y situaciones nuevas. De hecho, no sólo las tiene, sino que las busca. Una forma propia del niño de experimentar y elaborar sus experiencias es mediante el juego. Estas percepciones son una fuente del yo y contribuyen a la maduración cerebral. Al percibir cosas y situaciones nuevas y al hacer sus *experimentos*, el niño tiene alegrías y también frustraciones.

Los adolescentes de los que hablamos sufren un bloqueo de su desarrollo. Los padres no han permitido o han dificultado que el niño verificase las cosas o hiciera comprobaciones por sí mismo. Exigen que sólo crean la palabra de los padres. Esto perpetúa la omnipotencia tanto de los padres como del hijo.

Un cuidador así favorece el funcionamiento mágico omnipotente de la relación con su hijo.

La palabra de la madre (u otro cuidador principal) sustituye, a la vez que invalida, la del hijo. La madre *piensa* por el niño (funciona como el yo del niño). Este *pensar* es omnipotente; favorece la omnipotencia tanto de los padres como del hijo. La madre se adelanta al hijo. Lo dice la madre porque, según ella, “él no lo sabría expresar”. Asimismo, transmite la idea narcisista de “Yo lo sé mejor que tú”.

El proceso de integración del yo tiene lugar a base de frustraciones dosificadas. Cuando no se produce este proceso, no hay logros reales. No hay una maduración, sólo logros mágicos. No se puede aprender. No es posible realizar descubrimientos porque la madre tiene respuesta para todo y resuelve todos los problemas.

Tolerar la frustración y que haya pequeños logros produce satisfacción. En el funcionamiento saludable de las familias, los padres validan estos logros. Los padres narcisistas o bien no dan ninguna importancia a estos logros o bien le dan una falsa importancia exagerada: “¡Qué maravilla! ¡Nadie había hecho algo parecido! ¡Nadie lo había hecho tan bien!”, cosa que favorece el sentimiento de omnipotencia de los hijos.

Cuando se puede resolver el bloqueo, el hijo puede empezar a estructurar un yo propio. Empieza a ver quién es, qué le pasa y a plantear el deseo de modificarlo.

No obstante, a menudo es difícil para la madre retirarse porque implica que el hijo, en sus intentos de experimentar, se pondrá en peligro, puesto que ha habido poca experimentación previa. El hijo puede decidir ir en bicicleta por la autopista. O ir a dormir a casa de un amigo sin saber si este está disponible, si sus padres estarán, si están de acuerdo, etc. La promiscuidad expone a un embarazo o bien a enfermedades de transmisión sexual (clamidia, herpes, condiloma, SIDA).

A menudo, los hijos hacen intentos de rebelión como un intento de diferenciarse de los padres. Hacen *acting-out* (Laplanche y Pontalis, 1967), tales como fumar, consumir alcohol, drogas, pequeños robos para comprarse ropa (con el fin de crearse una imagen propia diferenciada), promiscuidad sexual, etc. Los más inhibidos se autolesionan o bien sufren un trastorno alimentario, una anorexia, a veces bulimia, y a veces un cuadro mixto.

Caso clínico

A continuación, presentamos un caso clínico en el cual se pueden observar las vicisitudes de la modalidad de tratamiento del que estamos hablando.

Iris (que es como llamaremos a la paciente) es una adolescente de 15 años que consulta por restricción alimentaria e ideación autolítica. Iris explica que inicia la restricción alimentaria hace un año. Empezó a recibir comentarios de su entorno en relación a que estaba perdiendo peso y eso le generó bienestar. De forma progresiva, se añadió un cuadro de ansiedad y bajo estado de ánimo, que implicó la necesidad de control constante por parte de la familia para evitar autolesiones y vómitos. Explica episodios de cortes superficiales en antebrazo que hacen que mejore su malestar y pensamientos de muerte. Abandonó sus actividades habituales de estudio, música y salir con los amigos. Iris focaliza su malestar en la comida, llegando a la restricción completa, incluyendo líquidos. Explican dejadez general hasta el punto de dejar de andar y requerir soporte para todas las actividades diarias.

Iris es una de las mejores estudiantes de la clase. “Soy una niña de 10”. En el futuro, quiere ser admirada por su profesión: ser una abogada excepcional a nivel mundial. Sin embargo, en el momento de la exploración, ha dejado los estudios; lleva unos meses sin acudir a las clases.

En las primeras visitas de valoración muestra una actitud sutilmente desafiante y desvalorizadora. A menudo, cuando la terapeuta le hace algún señalamiento, la respuesta de Iris es: “¡No me taladres la cabeza!”. Después de cada visita, su sintomatología e ideación suicida aumenta. Lloro desconsoladamente en presencia de sus padres, se autolesiona y deja a la terapeuta como una profesional incompetente a sus ojos.

Ambos padres tienden a idealizar a Iris. No ven en ella a una persona con sus propios pensamientos, deseos y sentimientos sino a una buena estudiante y a una niña cumplidora que ha dejado de estudiar y cumplir. Tienen grandes dificultades para identificar o conectar con lo emocional: no saben qué hacer cuando Iris muestra sus sentimientos.

Propuesta de tratamiento y contrato terapéutico

El cuadro corresponde a un trastorno de la conducta alimentaria, una organización límite de la personalidad y una estructura de personalidad infantil, histriónica y narcisista.

Les propuse una psicoterapia individual a dos sesiones semanales. No obstante, antes de iniciar el tratamiento, vimos la necesidad de acordar un contrato terapéutico con un plan de seguridad. Iris tendrá la ventana de su habitación cerrada con llave para evitar que lleve a cabo las amenazas de tirarse por la ventana. La cocina se cerrará por la noche para evitar que se haga daño con cuchillos o que se lo haga a sus padres. Las pautas de la comida serán señaladas por enfermería del Hospital de Día de adolescentes, al cual asistirá. Compaginará la asistencia al Hospital de Día con los estudios. Acudirá al instituto. En casa no se hablará de comida y se comerá lo que se ponga en la mesa. Terminada la comida, se recogerán las sobras. Si no puede contener su deseo de morir, antes de pasar al acto, acudirá a urgencias y lo comentará en la visita siguiente.

Al acordar el contrato, comienzan inmediatamente los problemas que tienen que ver con su cumplimiento y se intensifica la sintomatología. Iris encuentra excusas para no atender a las clases. En casa, sigue la lucha sobre la comida, que se extiende a la bebida (agua). Además, Iris comienza a contar a sus padres sus ideas autolíticas.

Dificultades para tratarla individualmente

Iris expresa deseos de cambio, aunque persiste su ambivalencia. Impresiona una resistencia al cambio, la cual consideramos que se debe a que obtiene beneficios secundarios relacionados con sentir el apoyo de la familia y amigos y no asistir a las clases. Por el mismo motivo, se está identificando con el rol de enferma. Me da la impresión de que los padres, con su actitud, fomentan estas conductas, a pesar del contrato terapéutico que se estableció. Se objetiva una tendencia al uso del síntoma como elemento movilizador del entorno.

Después de las visitas conmigo, Iris suele llorar, les comenta a los padres sus pensamientos de

muerte y el impulso a autolesionarse. En alguna ocasión, coge un cuchillo y los padres evitan que se autolesione. En varias ocasiones, llamaron a la ambulancia. Consigue que los padres me vean como una mala profesional que no sabe hacer que su hija se sienta bien.

Más adelante, después de la visita, no come y se asegura de que sus padres se enteren de que ella se ha sentido mal en la visita conmigo. La madre se preocupa mucho cada vez que no come y para ella esto es un indicador de que la terapia no va bien. No ve ningún avance.

Ni los padres ni la paciente cumplen con el contrato. Siento que no hay un encuadre suficiente para poder tratar conflictos internos cuando la atención está en los riesgos externos o los síntomas. Después de comentarlo con los padres, decido hacer una derivación al departamento de familia para valoración del caso y posible intervención familiar.

Diagnóstico familiar y propuesta de tratamiento

En el diagnóstico familiar, pudimos ver una familia inmigrada, con una madre narcisista y un padre que podía influir poco en la educación de sus hijas, y con una actitud sumisa a su mujer. La sobreprotección por parte de los padres y, sobre todo, el narcisismo materno ejercían una gran presión sobre los hijos, en especial sobre Iris, lo cual favoreció la aparición de un bloqueo en su proceso evolutivo mental durante su infancia. La madre quiere que sea la mejor de su entorno, que estudie y que triunfe en la vida. Que no le pase como a ellos, que luchan sólo para vivir. Iris tiene que ser como la madre piensa, cree y la obliga a ser, no dejando que ella pueda experimentar por sí misma lo que la rodea, ni desarrollar sus propias percepciones de su mundo interno y externo, y buscar acciones acordes con ellas. La madre, a cambio de que Iris le sea sumisa y se comporte como ella desea y de acuerdo con su modo de ver y valorar las cosas, le satisface todos sus caprichos.

Ahora tenemos a una chica con cuerpo de adolescente y con una estructura mental infantil, que no tolera la frustración ni el no y que persigue la satisfacción inmediata.

Iris quiere perpetuar esta relación de dependencia con su madre para que siga tratándola

como niña pequeña, y lo consigue con conductas desafiantes y provocativas que sabe que le hacen daño a su madre, como el no comer, lesionarse, no ser capaz de hacer las cosas, aparentar que no se puede mover y exigir que la acompañen al baño como a una niña pequeña.

Por otra parte, la familia no puede mantener el contrato terapéutico, acordado al inicio del tratamiento.

Por este motivo, propongo una intervención terapéutica familiar para resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo mental infantil de la adolescente y que en este momento no la dejan resolver su proceso de diferenciación y entrar en el entorno adolescente. Además, la intervención familiar ayudará a la familia a mantener el contrato terapéutico y a no dejarse manipular por Iris por medio de su sintomatología. Al mismo tiempo, la familia tendrá que modificar su dinámica y hacerle un lugar como adolescente entre los demás miembros.

Una vez resuelto el problema de indiferenciación en la familia terminaremos las sesiones familiares e Iris seguirá con su tratamiento individual a dos sesiones semanales

Las intervenciones familiares y la resolución del proceso de diferenciación

La función básica de la intervención familiar es resolver el bloqueo emocional que sufre el adolescente, que ha tenido lugar en sus etapas infantiles, y que hace que tenga una forma de pensar infantil, sin consciencia de conflicto. Una vez resuelto este bloqueo, el adolescente puede enfrentarse a sus problemas porque se da cuenta de quién es y de lo que le pasa.

Iris, el centro de atención de la familia

En este momento, Iris es el centro de atención de la familia y, por medio de sus síntomas, mantiene su atención, en especial de la madre. Todos están constantemente pendientes de ella y la madre funciona como un yo sustituto de Iris. Pero este vínculo tan intenso e indiferenciado con el objeto bloquea su proceso evolutivo y no le permite desarrollar su propia identidad, y menos aún ahora, cuando tiene que afrontar el momento evolutivo de la adolescencia, que es

la culminación del proceso de separación-individuación, la diferenciación *Self-Objeto*.

Ya en las primeras sesiones y con la ayuda del hermano, pudimos mostrar a la familia que los trastornos alimentarios tenían dos objetivos para Iris: por un lado, perpetuar el deseo de ser la única y el centro de atención en la familia y, por otro lado, apartar a la madre sobreprotectora que le quiere inculcar sus pensamientos y su manera de ser. Rechaza la comida como una manera de reivindicar su identidad.

Cuando la familia entiende estas motivaciones que llevan a la paciente a utilizar sus síntomas, ven la necesidad de modificar su manera de relacionarse con Iris y de no caer en esta manipulación. También nos encontramos con el narcisismo de la madre, que se alegra de entender este significado y, al mismo tiempo, siente la herida narcisista de no haber podido ayudar a su hija, y ahora de tener que ser ella la ayudada.

Lo importante de estas sesiones fue que Iris se pudo integrar muy pronto a la escuela, lo que propició su autonomía y ayudó a reforzarla: ir sola, empezar a salir con las amigas, diversificar su entorno relacional.

La paciente, después, en su vida normal, actúa este conflicto relacional narcisista vivido en casa con la familia con sus amigas en la escuela. Ella se convierte en la madre cuidadora de todas sus amigas, les aconseja, les dice cómo se han de comportar y está plenamente entregada a ellas. Pero no se deja ayudar por ellas. Se ha identificado con la madre *narcisista*. Y este problema de la escuela se resolverá cuando ella haya resuelto su problema con su propia familia.

Las funciones parentales y la figura del padre

Otro aspecto importante que afrontamos desde el inicio fue el papel secundario y a veces grotesco del padre en la familia, frecuente en las familias en las que hay una madre narcisista. El padre banaliza el tratamiento y, cuando el terapeuta le invita a hablar sobre su familia, comenta: "Ah, muy bien, todo va correctamente; mire, doctor, lo más importante en este momento es que Messi se quede en el Barça", y se ríe como si hubiera hecho una gracia.

Reconducir estos momentos no es nada fácil y hemos de poder realizar nuestro trabajo sin ofender ni ridiculizar a la persona.

En esta situación, la respuesta fue: “yo supongo que hablar de las dificultades que pasan en la familia no es nada fácil y con su comentario pretende reducir la tensión que seguramente se ha despertado”. “Pues claro”, responde el padre, “no gusta pensar en estos problemas y más cuando uno daría la vida por ellos, de tanto que los quiero”. Tiene razón: cuesta.

Y, así, poco a poco se fueron afrontando los diferentes problemas que iban surgiendo, de estados maníacos a momentos de gran ansiedad.

Otro aspecto importante es cómo la familia va analizando sus interrelaciones y cómo tienen situada a Iris en el lugar de la necesitada de ser cuidada, proyectando en ella sus preocupaciones. Hay que estar alerta a estas situaciones porque la familia, hablando de los problemas de Iris, tapa, se defiende de concienciar y afrontar sus propios conflictos. Iris es vivida como la parte necesitada de la familia. Es necesario cambiar esta dinámica para que cada uno pueda tomar consciencia de sus problemas como una manera de reconstruir el funcionamiento familiar para que haya un lugar para cada uno, y que ese lugar sea el que le corresponda.

Hacerse un lugar en la familia

Un momento muy difícil en este proceso de recuperación de los adolescentes se produce cuando mejoran y quieren integrarse en la familia, en el lugar que les corresponde. La familia es la que tiene que hacerle un lugar y modificar las dinámicas que había establecido. En este caso, cuando Iris busca su lugar, la familia lo vive como que a los demás les molesta. Y si la familia no entiende lo que pide la paciente, no lo interpretarán bien y continuarán negándole su lugar.

También fue muy visible la rivalidad de la madre con el terapeuta. Ella estuvo muy presente durante el tratamiento, lo cual es propio y habitual en las estructuras narcisistas. En este caso, la presencia del hermano ayudó a la madre a aceptar ciertas interpretaciones del terapeuta.

Los momentos depresivos propios de la elaboración del duelo son muy frecuentes en las sesiones familiares y debemos prestar atención para favorecer la elaboración de la ansiedad. La actitud ridiculizadora del padre y la negación de la madre hicieron más difícil la elaboración de las ansiedades en la familia.

Las situaciones de ansiedad no son vistas como progreso sino como cosas peligrosas, indicadores del fracaso del tratamiento, hasta que la familia adquiere capacidad de tolerarla y entender el significado de esta.

Acordamos finalizar las sesiones familiares

La fecha para la finalización de la intervención terapéutica familiar se acuerda en la sesión familiar y después de valorar el trabajo realizado y de constatar que todos los objetivos terapéuticos propuestos al inicio de las sesiones familiares se han alcanzado.

Los objetivos terapéuticos que nos propusimos fueron: resolver el bloqueo emocional producido en etapas infantiles de la paciente; conseguir que la familia, en especial la madre, dejara de proteger, cuidar y dirigir a la paciente como algo de su propiedad, como a una niña pequeña; hacerle un lugar como adolescente en la familia; y no dejar que la paciente manipulara a la familia por medio de sus síntomas.

En definitiva, ayudar a los padres a desarrollar, en la familia, las funciones parentales, que es la manera de convertir el grupo familiar en un grupo de trabajo, según la formulación de Bion (1961). E integrar a la paciente en su lugar en la familia.

La siguiente discusión se produjo después de diez meses de tratamiento. Últimamente, la familia comentaba que las cosas habían cambiado y que estaban contentos de las mejoras que se habían dado. La madre comenta que ha aprobado la teórica del carnet de conducir. Está muy contenta porque no pensaba que pudiera a su edad. Después hablan de su preocupación por la salud de su marido, a quien últimamente le han detectado un desánimo. Y siguen comentando diferentes hechos familiares. La madre es la que dice estar más tranquila porque ven que Iris está más integrada en la familia. Según la madre, ha encontrado su lugar, participa, se preocupa del padre. Y, algo importante, que ya no hace cosas para llamar la atención. Ahora hace su vida como todas, se cuida de sus estudios, sale con sus amigas, va a su terapia, “que estamos bien”. Estos comentarios son compartidos por los tres.

Iris es la que recuerda que los objetivos de esta intervención familiar están resueltos. Y

pregunta cuándo vamos a finalizar estas sesiones familiares, recordando mis palabras: que una vez resueltos los objetivos propuestos finalizaríamos las sesiones familiares. Les pregunto cómo lo ven, qué han pensado sobre esto.

El hermano dice que Iris ha cambiado mucho, que ahora se puede hablar con ella y que, además, se preocupa por todos, en especial por el padre. Sonriendo, dice: “Ahora he recuperado una hermana”. Iris responde que sí, que “ahora los papás son los papás” y ellos dos se relacionan “como hermanos”. Sonríen y, al final, el hermano dice, sonriente, que todavía, alguna vez, Iris responde como una niña pequeña.

Aquí aprovecho para indicar que hablamos de finalizar las intervenciones familiares, pero Iris va a continuar con su psicoterapia individual para seguir resolviendo sus problemas personales. La madre dice que las cosas van mejor y que con su marido lo comentan, están muy contentos y, algo que es muy gratificante, que no hay que estar pendientes de los hijos. Dice: “Todos hemos cambiado”. Y siguen comentando los cambios que se han producido en la familia.

Durante el proceso, se han reactivado problemas relacionados con el embarazo y la infancia. Desde la concepción, había problemas serios, como la amenaza de aborto y la salud de la madre, que en algún momento pusieron en peligro la vida de las dos. Al parecer, desde los primeros momentos de la vida, había un vínculo ansioso, que generó sobreprotección y miedo a causar daño a los hijos. Seguramente fue una de las causas de esta relación de sobreprotección que generó la simbiosis.

Las dificultades o conflictos que tienen sus raíces en los primeros momentos de la vida son muy difíciles de elaborar. Una relación simbiótica tiene una característica habitual en este tipo de apegos: la dificultad del proceso de diferenciación Self-Objeto. Las emociones de los padres se confunden con las de los hijos y, normalmente, el hijo es el que las sufre. A su vez, el hijo manifiesta las ansiedades por medio de la sintomatología.

La contención y el lugar seguro que ofrecen las entrevistas familiares ayudaron a la familia a tomar consciencia de las relaciones patológicas que dificultan el proceso de diferenciación entre sus miembros. Los padres se han sentido

acompañados por las sesiones familiares y esto les ha hecho más fácil modificar las relaciones con la paciente y no ser víctimas de la presión y del dominio que esta hacía por medio de su sintomatología. Esta contención hace posible que Iris pueda dejar de actuar y llamar la atención de manera patológica, volver la mirada hacia dentro y reconocer sus propias dificultades.

Evolución del tratamiento individual

Al inicio del tratamiento, Iris estaba tan atrapada en la relación de indiferenciación con su madre que sólo pretendía que la cuidara como a un bebé. El inicio del tratamiento fue para ella una desagradable sorpresa. No quería ayuda para salir de aquella situación, sino perpetuar esta dependencia con respecto a la madre. Es así cómo, persistiendo en su regresión, consiguió ser ingresada en el hospital.

La paciente, después de cada sesión individual, les decía a los padres, llorando, que el tratamiento no le iba bien, que la terapeuta no la entendía y no la ayudaba, y los padres estaban dudando de si interrumpirlo o continuar.

En este momento, nos dimos cuenta de que teníamos que ayudar a los padres a entender el manejo que hacía la paciente de su sintomatología para boicotear el tratamiento individual y de la necesidad de ayudarlos a comprender este manejo y la necesidad de no dejarse dominar por ella. La familia entiende, gracias a la intervención sobre las funciones parentales, que la paciente, con sus síntomas, les controla y les obliga a que la traten como una niña. Y también entienden que, para resolver este problema, tienen que ayudar a que la hija se de cuenta de que con sus síntomas les quiere controlar, y de que esta actitud no la ayuda a salir de esta relación indiferenciada con los padres. En el contrato terapéutico, acordamos que Iris tenía que ir a la escuela y comer lo que se pone en la mesa y, si no come y baja de peso, se la ingresará.

Tomar consciencia de esta relación entre la paciente y sus padres y de la necesidad de modificarla es el primer paso para que la paciente pueda hacer su tratamiento individual.

Queremos resaltar la ayuda que la intervención familiar le dio a la terapia individual. De

entrada, permitió salvar el tratamiento individual, que la paciente, dominada por la utilización de sus síntomas y su actitud regresiva, estaba poniendo en peligro. Además de disminuir las actuaciones regresivas, desaparecieron también las autolesiones y las amenazas de quitarse la vida. Poco a poco, los padres fueron más capaces de entender que las llamadas de atención de su hija por medio de sus síntomas eran un modo de controlarles a ellos.

Que los padres entendieran cómo su hija, por medio de los síntomas, pretendía controlarlos y presionarles para que hicieran lo que su parte infantil deseaba -ser tratada como un bebé-, les ayudó a modificar la relación entre ellos. Poco a poco, fueron modificando su actitud: la trataban como correspondía a su edad y la vieron como a una persona individual con sus propios deseos y opiniones.

Poco a poco, la paciente empieza a traer sus actuaciones externas a su tratamiento individual, que fueron analizadas en el marco de la relación transferencial.

Iris mantenía la relación de dependencia con su familia, estaba muy confundida en su identidad, le resultaba difícil la diferenciación self-objeto. Y, al principio, en las sesiones de terapia individual, se centraba en sus síntomas y en lo mal que se sentía tratada por sus padres y amigos. Con frecuencia, decía: “a mí nadie me entiende”. A partir de ahí, pasó de atacar su terapia individual a idealizarla, mostrándola como el único lugar donde podía expresar sus problemas.

Otro aspecto muy importante en la vida de Iris es la relación que tiene con sus amigas. Iris las ayuda, lo sabe todo sobre ellas, escucha sus penas y les aconseja. Iris nunca les pide ayuda: es un modo de sentirse superior a ellas. Sus amigas la admiraban y ella era el centro de atención. En esta relación, también podemos entrever cómo Iris nos está indicando cómo desearía ser tratada ella: con una dedicación total.

Esta relación patológica que inicialmente había establecido con su madre, y que ahora había desplazado a las amigas, no fue fácil de resolver. Pero, poco a poco, la paciente fue modificando esta manera de relacionarse con ellas. Ahora, también, sus amigas son más sociables, van superado sus problemas y no la necesitan tanto como antes.

La transferencia paranoide gana presencia a medida que ella comienza a temer que yo también vea sus sentimientos como algo estúpido e infantil, como ella siente que hacen sus padres. Seguramente, esta impresión fue producida al asistir yo a las sesiones familiares, aunque no participaba, sólo observaba.

Progresivamente, podemos hablar de su tendencia a desvalorizar a sus amigos y su tendencia a sentirse superior a ellos. Es consciente de la tortura a la que somete a sus padres a través de la comida. Sabe que, si no come, sus padres estarán muy preocupados por su salud.

Ella ahora empieza a ser consciente de que llorando y apartándose de sus amigas consigue ser el centro de la atención de sus compañeros y de sus profesores. Entonces, se siente poderosa, superior, y les menosprecia, controla la relación. Los demás están en una posición inferior; ahora, los ve estúpidos.

Lo mismo pasa cuando se siente comprendida por mí en las sesiones: puede valorar el trabajo y la ayuda que le doy, pero esto resulta demasiado doloroso para su parte narcisista e intenta desvalorizarme para sentirse superior a mí y mostrar, con cierto desprecio, que ya no me necesita; me convierte en una psiquiatra estúpida, que se dedica a escuchar tonterías de los adolescentes.

Uno de los acuerdos del contrato que establecimos al inicio del tratamiento familiar era que tenía que incorporarse al instituto. Tuvo muchas resistencias al principio, pero, presionada por la familia y ayudada en las sesiones familiares, lo fue consiguiendo.

En la psicoterapia individual, hubiera sido muy difícil conseguir avances sin la intervención familiar. Iris no tenía el empuje propio de una adolescente para luchar por su autonomía e independencia, sino que estaba muy estancada en su lugar de niña pequeña. No mostraba interés en participar en las salidas con sus iguales; no le atraía el mundo de los adolescentes, sino que le aterrorizaban los cambios en su cuerpo, la sexualidad, la autonomía, la libertad de tener su propia opinión, su estilo. Desvalorizaba las tonterías de los adolescentes. En su discurso, idealizaba su futuro, soñaba con grandes logros, sobre todo a nivel profesional. Pero su futuro quedaba disociado de la realidad de que ella

continuaba haciendo la vida de una niña pequeña, sometida a obedecer y cumplir los deseos de sus padres. Tomar consciencia de este parte de ella fue muy difícil. Hacía todo para evitar el tema y le costaba tolerar que yo mencionase estos temas. “¡No quiero pensar en eso, no me taladren la cabeza!”, decía.

Tras unos once meses de tratamiento familiar e individual, Iris es más comunicativa en casa y participa más en las tareas familiares. No presenta conductas de riesgo y el peso se mantiene normal. Sale con sus amigas, toma la iniciativa en las relaciones, muestra interés en varias actividades tales como ir al cine, bailar, etc. Empieza a preocuparse por su familia, por la salud de su padre, que está enfermo, por su hermano y de su madre, de la que dice que “trabaja mucho”. Esta mejora se dio poco antes de las vacaciones y coincidió con la finalización de las sesiones familiares.

Regresión y conflicto durante las vacaciones

Antes de las vacaciones de verano, ya finalizada la intervención familiar y después de un año de tratamiento individual, Iris fue manifestando miedo a la separación, a no poder mantener el buen ritmo que había conseguido hasta ahora. Parecía que la enfermedad del padre podía ser grave y esto aumentó el malestar familiar, especialmente de la madre y el hermano y también de Iris, que todavía se sentía muy frágil. La familia pasaba por un momento muy delicado porque las noticias de la enfermedad del padre no eran buenas y, en este momento, Iris hizo una regresión.

Durante sus vacaciones, Iris comenzó de nuevo a restringir la comida y a no salir con sus amigas. La familia, en especial su madre, asustada por esta regresión, se dejó dominar por la sintomatología y volvió a controlarle la comida y a tratarla como una niña pequeña. Consultaron dos veces al Hospital de día, por el miedo a que perdiera peso y por las restricciones alimentarias, aunque Iris no llegó al mínimo establecido.

Cuando reiniciamos las sesiones después del verano, me informan de la reactivación de la sintomatología de Iris. En las visitas, Iris vuelve a centrar su atención en sus síntomas y trastornos alimentarios. Evita hablar de las dificultades que tiene en las relaciones interpersonales. Tengo una visita con los padres, y observo que su

preocupación está puesta en la enfermedad del padre y la regresión de Iris.

Sentir ansiedad y preocupación sería coherente: una reacción sana por parte de los padres y la familia, y más en este momento de la enfermedad del padre. Sin embargo, no se habla esta preocupación. Los hijos son los recipientes de la angustia de los padres, se deprimen y se intensifica el trastorno alimentario de Iris.

Al poco tiempo de empezar el curso escolar, Iris se vuelve a incorporar a la escuela. Iris cada vez se da más cuenta de que está muy unida a su madre y de su necesidad infantil de sentir que la cuida. Sin embargo, siente que nunca consigue ser suficiente, nunca alcanza el nivel que exige de ella. La madre no es una mujer cariñosa. Su manera de mostrar su amor y cuidar es a través de la comida y de los aspectos físicos, la ropa, los estudios.

Ante la situación de crisis que ha desencadenado los problemas de salud del padre, ambos están desconectados a nivel emocional. La madre es distante, fría y el padre idealiza: todo es fantástico, todo se va a resolver. Son dos extremos, pero ambos niegan su realidad emocional y la de los hijos. Cuando Iris está triste y se retira a su habitación, se vuelven a disparar las ansiedades catastróficas de los padres: temen que “ahora se va suicidar” y, al poco rato, el padre dice “es maravilloso ver mi hijita tan feliz”. Iris se da cuenta de las reacciones extremas de sus padres y de la dificultad que tienen para conectar con la ansiedad que les produciría la enfermedad del padre. Ante esta situación familiar, creímos oportuno adelantar la intervención familiar de post alta, que estaba planificada para el mes siguiente.

Sesión familiar post-alta de Iris

La sesión ha estado dominada por el padre, al que le han diagnosticado una enfermedad neurológica degenerativa con mal pronóstico. El padre no conecta con la gravedad de la enfermedad y la madre y los hijos son los que están tristes y angustiados.

Después de hablar de la enfermedad y de la manera de cómo la han vivido en la familia, en especial Iris, a la que le ha afectado más que a los demás, hemos podido ver que, en un momento difícil para ellos, la madre y el hermano

han sido el núcleo fuerte y a Iris la han sobreprotegido, dándole las informaciones de manera dosificada. La siguen viendo frágil.

Habíamos quedado en vernos la semana anterior y anularon la entrevista, pospuesta para una semana más tarde. Entre medio, la madre se enfrentó con Iris. Le dijo que no quería seguir con las dificultades para comer y con sus excusas de si tiene apetito o no. Se sentaron y le anunció que ya no le diría más que tenía que comer, que hiciera lo que quisiera, y si se desmayaba porque no comía, la ingresaría. Que la comida no podía ser un juego con el cual les tenía a todos pendientes.

Es curioso que esta postura la utilizara justo cuatro días antes de la visita. La madre desarrolla la función de terapeuta, recreando su parte narcisista. Nos podemos preguntar por qué no lo hizo antes. Esto nos muestra que a la madre todavía le cuesta dejar de proteger a su hija y a esta, separarse de ella. El resultado fue positivo y parece que la regresión que provocó a Iris la enfermedad del padre está en proceso de superación.

Cambios en la psicoterapia individual después de la sesión familiar post-alta.

La enfermedad del padre y las vacaciones de verano han provocado una regresión en Iris. Las regresiones forman parte del tratamiento. Sin regresiones, no se podría tomar contacto con estos conflictos y ansiedades tempranas. Las sesiones familiares han permitido contener a la familia en los momentos regresivos más difíciles, de manera que las regresiones y las ansiedades que han generado se han podido contener, concienciar y elaborar, tanto en el tratamiento individual de la paciente como en la familia. Esto ha facilitado que ambos evolucionasen.

Después de esta entrevista familiar post-alta, los padres pudieron volver a ejercer las funciones parentales y la familia volvió a la vida, una vida de cierta normalidad, como antes del verano. A partir de este momento, la familia y, en especial, Iris pueden hablar y tomar consciencia de la enfermedad grave del padre y se puede comenzar el proceso de duelo, ya que, según parece, va a cambiar la dinámica familiar futura. Por otra parte, Iris es más consciente de sus problemas y los puede llevar a su terapia individual. Rápidamente recupera su peso normal.

El pronóstico de la enfermedad del padre no es bueno y, además, esta ha afectado la relación actual de la familia, de manera que no pueden hacer las mismas cosas que solían hacer antes, como dar paseos largos, salir los fines de semana, etc.

Reflexiones finales sobre la psicoterapia individual

En este momento, se han recuperado las funciones parentales y se ha normalizado la vida en la familia. Esto ha proporcionado un encuadre suficientemente estable para poder desviar la atención de los riesgos externos inmediatos y poder normalizar la vida familiar. Para el desarrollo sano de un adolescente, es importante que pueda continuar sus estudios, ir al centro escolar y relacionarse con sus iguales. También Iris ha podido normalizar su peso y renunciar a controlar a la familia por medio de sus síntomas.

Ahora pueden tener una vida familiar más satisfactoria, por un lado, y los padres toleran mejor las protestas normales de un adolescente. Iris tiene una relación más sana con sus padres y con su hermano. Ha encontrado su lugar en la familia; sus opiniones y puntos de vista son escuchados y tiene más autonomía para tomar sus propias decisiones.

Al disminuir los conflictos con la familia, Iris trae estos mismos conflictos a terapia, esperando que yo ejerza la misma función que han hecho sus padres. Ella se siente todavía muy insegura con la autonomía, siente la necesidad de recibir directrices claras y ser controlada. Continuar siendo una niña pequeña. Se puede señalar e interpretar su parte activa en las dinámicas y ofrecer una contención que permita que ella prosiga el camino hacia la autonomía y consiga entrar en el mundo de los adolescentes.

En este momento, su principal preocupación es consolidar su proceso de diferenciación, adquirir más autonomía individual, reforzar su estructura yoica con el fin de poder ocupar un lugar en el mundo adolescente y en la familia. Este trabajo ha de seguir haciéndose individualmente. La intervención familiar sirvió para desbloquear su indiferenciación con la madre y tomar consciencia de sus problemas. Ahora le toca enfrentarse a sus problemas personales y resolverlos.

Conclusión

En nuestra práctica clínica, nos encontramos a veces con algunos adolescentes que tienen graves problemas de personalidad y de comportamiento y que presentan grandes dificultades a la hora de ser ayudados porque es imposible llevar a cabo el tratamiento.

Los motivos que dificultan llevar a cabo dicho tratamiento son varios, pero nos vamos a centrar en dos.

En primer lugar, la estructura de personalidad que tiene la paciente. Son adolescentes que han sufrido un bloqueo emocional durante su infancia y que, en este momento, tienen un cuerpo de adolescente y una estructura mental infantil, poco desarrollada. Se comportan como niños dependientes, provocando que la familia los traten como niños indefensos, que han de ser cuidados y protegidos. Y esta actitud de sometimiento en la familia impide que el adolescente pueda completar su proceso de separación-individuación, de alcanzar la autonomía, necesario para entrar en el entorno adolescente. No se comprometen con el tratamiento y, si lo hacen, abandonan a la primera dificultad, o convencen a los padres de que no les va bien y que les perjudica.

En segundo lugar, la familia. El modelo relacional familiar se ha construido a través de relaciones patológicas que han bloqueado el proceso evolutivo de la adolescente durante su infancia y, ahora, les resulta difícil modificar estas relaciones y estos vínculos.

La paciente se ha convertido en centro de las preocupaciones de todos los miembros de la familia, en especial de los padres. En parte ya les va bien cuidar de la hija, así no se tienen que preocupar cada uno de sus propios problemas.

Por lo tanto, en el contrato con el terapeuta acuerdan no dejarse llevar por los síntomas de la hija y tratarla como una chica normal; prometen que lo harán, pero no lo cumplen. La hija, con su sintomatología, mantiene controlada a la familia y esta, cuidando de su hija, no se centra

en sus propios problemas.

El objetivo de la intervención sobre las funciones parentales es resolver las distorsiones que bloquean el proceso evolutivo del adolescente y crear, en la familia, un espacio en el cual este pueda incluirse.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Jordi Freixas sus valiosas aportaciones y correcciones durante el proceso de este artículo, como en tantas otras ocasiones.

Bibliografía

- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. London: Tavistock Publications Limited.
- Bowen, M. (1974 [1978]). Toward the Differentiation of Self in One's Family of Origin. *Family Therapy in Clinical practice*, 22, 467-528. New York: Aronson
- Blos, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. Glencoe, Illinois: Free Press of Glencoe.
- Blos, P. (1967). The second individuation of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Icart, A. (2012). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 19, 35-44.
- Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia: comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Barcelona: Herder.
- Icart, A. y Freixas, J. (2020a). *A mí no me pasa nada*. Barcelona; Octaedro.
- Icart, A. y Freixas, J. (2020b). Atención al adolescente borderline mediante las intervenciones sobre las funciones parentales. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 36, 65-76.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Quadrige.