

nº5

L'INTERROGANT

Fundació Nou Barris per a la Salut Mental

¿

?



Sumari

1. Editorial

L'adolescència actual: els seus símptomes, les seves experiències.

Algunes consideracions teòriques

1. Consumo de tòxics en la adolescència: Experiència o símptoma?
Elvira Guilañá
2. Acerca del consumo de tóxicos en la adolescencia.
Jorge Sosa
3. El precio de una errancia.
François Sauvagnat
4. Desposesión y tendencia antisocial.
Patricia Lombardi
5. Tratamiento preliminar de la adolescencia en institución.
Silvia Grases, Francisco J. Burgos

La clínica

1. Ritos de iniciació i experiències de separació. Introducció
L'equip educatiu davant d'un crisi.
Jordi Pros
2. Intentos de suicidio, tentativas de separación.
Graciela Esebbag
3. Adolescència: noves eleccions.
Dolors Arasan

Investigacions Clíniques

1. La influència dels factors psicosocials en l'evolució del TMG.
Aleix Caussa
2. Notas sobre el Trastorno Mental Grave infantil y adolescente.
Clara Bardón

Connexions

Altres institucions

1. Trabajo en grupo con chicos que padecen afecciones psicocomáticas y crisis de angustia.
Equipo de Investigación del Hospital Pedro Elizalde
2. Los pequeños grupos y la subjetividad. Del espejismo al nombre propio.
Equipo de Investigación del Hospital Pedro Elizalde

Altres discursos

1. Una pràctica educativa en el camp de la inserció laboral amb malalts mentals.
Xavier Orteu, Rosa Antolín

Polèmiques Contemporànies

1. La parentalidad homosexual: nuevas formas de familia. Entrevista a Anne Cadoret

nº5 L'INTERROGANT

Fundació Nou Barris per a la Salut Mental

Patronat FNB

President Dr. Ramon Morera i Castells
Director de la Divisió d'Atenció Primària de
l'Institut Català de la Salut

Secretari Sr. Alfredo Landman
Director General de l'Editorial Gedisa

Vocals

Sra. Mai Felip
Amat Ires, SA

Dr. Francisco Luque Mellado
Director dels Serveis d'Atenció Primària de Nou
Barris

Dra. Núria Torres Esparza
Directora de Servei Sanitat Respon, Sistema
d'Emergències Mèdiques, SA

Responsable de Publicació: Graciela Esebbag

Comitè de Redacció: Francisco Burgos, Susana
Brignoni, Graciela Esebbag, Paloma González,
Patricia Lombardi

Secretària: Ma. Reyes Nogués

Disseny i Maquetació:

 Ariel Reinhardt
Montse Codina

Impressió:

Limpergraf, S.L.

Adreça FNB: Pg. Valldaura, 214, 1a. plta.

08042 Barcelona

Tel. 93 276 16 95

www.f9b.org

secretaria@f9b.org

Editorial

L'Interrogant, la publicació periòdica de la Fundació Nou Barris, es fruito de un treball col·lectiu que continua amb la intenció de reflectir la activitat clínic-assistencial, de docència i de investigació desenvolupades en la nostra institució, així com el treball que realitzen altres professionals en el camp de la salut mental i de altres disciplines vinculades amb el món de la infància i la adolescència. Per aquest motiu en el apartat **Conexions** incloum el resultat de algunes de aquestes reflexions i treballs, en particular aquelles experiències institucionals que poden aportar-nos una ensenyança per la invenció de la seva proposta assistencial. A més hem donat un espai als que, des de altres camps del saber, poden aclarir alguns dels interrogants que surten en la nostra pràctica diària.

Com en números anteriors, publicam també, algunes de les ponències presentades en la precedenta Jornada de Debate, que portava per títol *Consum de Tòxics en l'adolescència: experiència o símptoma?*. Esta Jornada, realitzada en octubre del 2003, generó en nosaltres la idea de prendre com eix temàtic la adolescència, la qual problemàtica està avui en el centre de les preocupacions socials, assistencials i polítiques. La adolescència, etapa de crisi i transformacions, s'inaugura amb la pubertat: el cos experimenta canvis radicals i s'entrecruza la sexualitat infantil amb la adulta. Aquests canvis, en les cultures tradicionals, estan simbolitzats amb ritos d'iniciació que faciliten als subjectes elaborar el pas del estat infantil al estat adult. En la nostra cultura, progressivament, aquests ritos s'han anat borbant i nosaltres trobam que alguns subjectes intenten colmar aquest buit amb actes de transgressió que responen a la necessitat de concretar la separació de la seva món infantil. En la nostra societat, que promou la satisfacció immediata i on les figures d'identificació són múltiples, aquesta separació, pren moltes vegades la forma d'actes extrems com addiccions, intents de suïcidis, violència, accions delictives. Els articles publicats aquí sobre aquest eix, mostren des de la teoria, la clínica, l'educació i el treball interdisciplinari les diferents experiències portades a terme des de cada camp per abordar esta problemàtica.

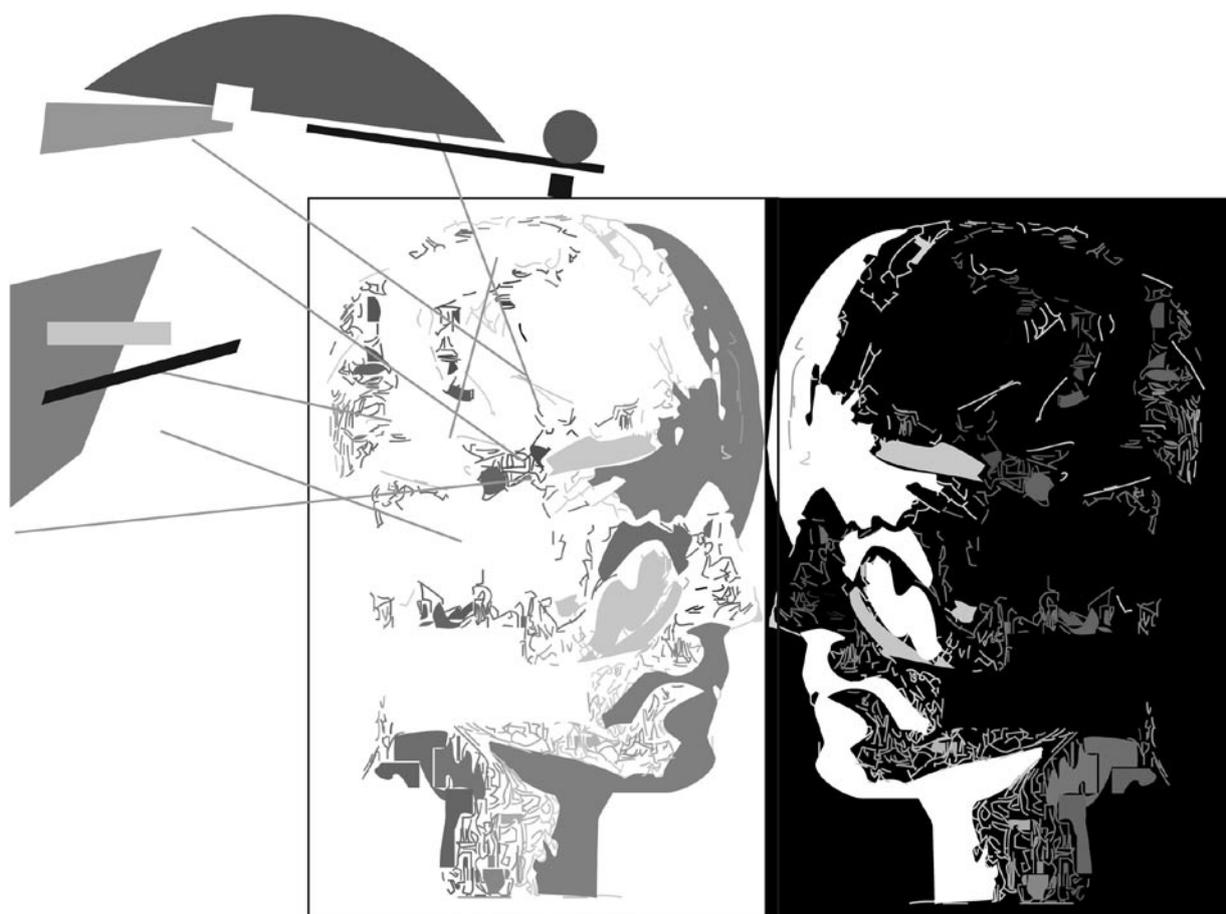
Les greus crisis adolescents revelen, en molts casos, una patologia severa enmascarada o no tractada en la infància. En **Investigacions Clíniques** publicam dos articles que il·lustren el nostre treball en el programa d'atenció als *Trastorns Mentals Graves* en la infància i la adolescència -posat en marxa el curs passat-. El primer d'aquests textos, és un extracte de la investigació portada a terme conjuntament amb la Universitat Autònoma de Barcelona i el suport de la Fundació La Caixa. El segon, a partir de la intervenció clínic, mostra la dificultat del tractament d'aquestes patologies i la necessitat d'establir un treball continuat amb tots els professionals implicats en cada cas.

Polèmiques Contemporànies és un nou apartat que incloum en este número amb la intenció d'obrir en les nostres pàgines temes candents que provoquen discussions i controvèrsies teòriques. En esta edició hem elegit un que avui en dia genera un fort debat: *La parentalitat homosexual. Noves formes de família*.

Com el present número volem transmetre, una vegada més, el nostre mode d'entendre i abordar el treball clínic-assistencial en la red pública: una clínica que promou la escolta, que entendi els símptomes com una expressió dels malestares i com les respostes particulars dels subjectes. Com freqüentment, aquestes respostes sintomàtiques s'manifesten en els diferents espais socials del nen i l'adolescent. És per això que creiem imprescindible el treball en red, és a dir la coordinació de tots els professionals que intervenen en l'abordatge dels problemes de cada un dels subjectes que denoten un sofriment psíquic. A la vegada, és en la profundització teòrica i en l'intercanvi, on podrem trobar les claus que nosaltres permetin entendre les particularitats de la nostra època i els nous símptomes que ella genera.

Carmen Grifoll - Directora de la Fundació Nou Barris
Graciela Esebbag - Responsable de L'Interrogant

Acercas del consumo de tóxicos en la adolescencia (*)



Jorge Sosa.

Psicólogo. Psicoanalista.

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Nou Barris

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se produce una re-actualización del encuentro - siempre traumático - con la sexualidad. Se trata de una re-actualización porque este encuentro se produce normalmente en la infancia, como ya demostró Freud. La maduración orgánica y la presión derivada de las expectativas del entorno socio-cultural pondrán a prueba las respuestas que encontró el sujeto

en su infancia a la pregunta por el deseo. Estas respuestas constituyen las condiciones de acceso a la satisfacción sexual adulta y por lo tanto también pueden ser los obstáculos a la misma.

El consumo de drogas en la adolescencia debe ser abordado teniendo en cuenta este contexto, de lo contrario nos extraviaremos. Identificar rápidamente al sujeto como "enfermo", "adicto" o "en

situación de riesgo", sólo conduce al desconocimiento de la causa real de dicho comportamiento y a la vez cierra el camino a cualquier solución verdadera, dejando sólo las falsas salidas, como por ejemplo la intervención exclusiva sobre el organismo o la reeducación moralizante.

A continuación voy a esbozar una breve tipología - que no pretende ser exhaustiva - de los "usos" del tóxico en la adolescencia, una serie

Los “ritos de iniciación”, propios de las culturas tradicionales, tienen la función de sancionar mediante una altamente simbólica, el pasaje del sujeto del estado infantil al estado adulto

extraída de los casos atendidos en los servicios de salud mental de la Fundació Nou Barris. Con ello pretendo demostrar la importancia que tiene la introducción de la perspectiva del sujeto del inconsciente en el tratamiento de los adolescentes que consumen tóxicos.

Experiencia iniciática.

Decíamos que la adolescencia implica una actualización del encuentro con lo sexual. Por otra parte sabemos que este encuentro es siempre traumático, pues introduce en la vida del sujeto la significación de una pérdida irreparable. Esto lo podemos comprobar claramente en los niños, cuando la pregunta por el sexo siempre aparece asociada con la angustia. Se podría decir incluso que este encuentro espera al sujeto desde antes de su nacimiento, que está de alguna manera programado por la estructura y que es codificado por cada cultura. Por ejemplo, los “ritos de iniciación”, propios de las culturas tradicionales, tienen la función de sancionar mediante una ceremonia altamente simbolizada el pasaje del sujeto del estado infantil al estado adulto. Por otra parte, también en nuestra cultura, en la que el discurso capitalista ha borrado progresivamente estas tradiciones, encontramos conductas en los ado-

lescentes que vienen a suplir ese vacío y que muestran la necesidad de simbolizar esa separación.

¿Qué se pone en juego en los ritos de iniciación o en sus equivalentes en nuestra sociedad? Una separación simbólica respecto a los objetos familiares, la pérdida de un modo de goce infantil, la asunción de la muerte como parte de la vida. En definitiva, son rituales de los que el sujeto sale transformado, portando las marcas que lo identifican como hombre o mujer y que le dan los derechos propios de su sexo, especialmente el derecho al goce sexual según las reglas de esa cultura en particular.

En los adolescentes que atendemos, comprobamos a menudo que el consumo de drogas forma parte de una especie de ritual de paso o de iniciación al mundo de los adultos. Verificamos en efecto que se trata de una forma de exploración de ese espacio de libertad que implica la separación respecto a sus padres, o incluso una manera de producir o escenificar esa separación decepcionando sus expectativas o transgrediendo sus normas.

En otros casos, el consumo de drogas es un medio de acceso al otro sexo, ya sea porque forma parte del ritual de acercamiento o porque constituye un elemento esencial de la imagen “ideal” de su sexo en el grupo al que pertenece.

También hay jóvenes para los que el tóxico cumple una función de des-inhibidor o de ansiolítico, permitiéndoles afrontar situaciones que de otro modo no se sentirían capaces de afrontar.

Evidentemente estos casos no son necesariamente patológicos, sino formas particulares de presentación - en nuestra cultura - de la adolescencia como síntoma de la pubertad.

Usos sintomáticos.

En este punto debemos referirnos al menos a dos cuestiones: los síntomas de los padres y los síntomas de los hijos. Teniendo en cuenta además que los síntomas de los hijos son en parte transmitidos inconscientemente por los padres.

Ocurre con frecuencia que la preocupación por las drogas en algunos padres de adolescentes - preocupación torturante que les lleva a adoptar una actitud de vigilancia y control obsesivos - viene a sustituir a la angustia que les produce el despertar a la sexualidad de sus hijos y al deseo de ejercer un férreo control sobre ella. Comprobamos además que este despertar al sexo del adolescente evoca y actualiza en los padres sus propias fantasías sexuales reprimidas. Esa angustia paterna es por tanto la “señal de alarma” que

llama a defenderse, a ponerse en guardia, no ante lo que pueda hacer el hijo sino ante el retorno de esos deseos rechazados. En estos casos los padres reproducen en la relación con sus hijos, su propia lucha interior, y su horror ante lo que imaginan que pueden hacer sus hijos no es otra cosa que el horror ante su propio inconsciente.

No obstante, la angustia de los padres también puede tener otras fuentes, por ejemplo cuando el adolescente pone en cuestión el lugar que ha tenido para ellos hasta ese momento y los confronta con la pregunta por su propio deseo. Nos

Muchos veces el consumo de tóxicos es una respuesta a la angustia o el sufrimiento de un síntoma

encontramos, en efecto, con parejas, en que la crianza y la educación del hijo ha velado sus problemas como pareja. De modo que cuando el hijo se mueve de ese lugar y se resiste a seguir dándoles las satisfacciones libidinales que hasta entonces les daba, la pareja entra en crisis. De ahí que con frecuencia la preocupación excesiva de un padre o una madre por el posible consumo de drogas del hijo no representa otra cosa que su angustia ante la pérdida que implica la independencia de ese hijo y las preguntas que le plantea a su propio deseo.

Si partimos en cambio de lo que dicen los jóvenes, el consumo de tóxicos puede querer decir otras cosas: desafío, rechazo, reproche, o

realización del deseo inconsciente de los padres... He aquí algunos ejemplos.

- 1) el joven que ha permanecido inconscientemente fijado a una posición de rivalidad con el padre puede encontrar en el consumo de drogas la ocasión de reactivar este conflicto y satisfacer sus deseos reprimidos de confrontación así como sus sentimientos de culpa resultantes de estos deseos hostiles.
- 2) el joven que ha mantenido idealizados a sus padres hasta la adolescencia, puede empezar a consumir drogas desde el momento en que experimenta la caída de estas estatuas ideales. El sentido del síntoma remite al desprecio que inconscientemente le inspiran estas figuras y al castigo que desea inflingirles por esa decepción, a la vez que idealiza a otros personajes de la cultura, como cantantes, actores, políticos, etc.
- 3) El joven que desde la infancia ha encarnado para los padres la causa de su malestar, ahorrándoles la pregunta sobre sus propias dificultades con el deseo, puede tomar en la adolescencia el camino de reactivar este papel mediante el consumo de tóxicos, asegurando así la continuidad del síntoma familiar y su dependencia respecto a los padres, puesto que con su comportamiento provoca que lo vigilen constantemente.
- 4) Por último hay casos en que los padres, o uno de ellos, ve en el hijo precisamente aquello que ha reprimido de sí mismo y ese deseo inconsciente reaparece, por ejemplo, bajo la forma de un "no fumes", "no bebas", "no te drogues", dirigido al hijo. El problema es que estos enunciados se anticipan a cualquier deseo por parte del hijo, produciendo un

efecto aparentemente paradójico. En efecto, algo que manifiestamente es un "no", resulta ser en verdad una "incitación", incluso un "imperativo", puesto que el hecho mismo de la prevención indica dónde se ubica para el padre o la madre su verdadera satisfacción. En estas condiciones el sujeto sabe - aunque no sea consciente de ello - que una cosa es lo que le piden y otra muy distinta lo que desean.

Una manera de frenar los síntomas.

Muchas veces el consumo de tóxicos es una respuesta a la angustia o al surgimiento de un síntoma. Puede que el sujeto ya consumiera sin ser un adicto o que no consumiera, pero desde el momento en que se desencadena el trastorno psicopatológico, el consumo de la droga pasa a ser una manera de frenar los síntomas. Se entiende que en estos casos la adicción no se reduce a una dependencia orgánica, sino que el sujeto depende de la droga en la medida que ésta le permite apaciguar un trastorno de angustia, parar un pensamiento obsesivo o desconectarlo de los fenómenos intrusivos de las psicosis: alucinaciones, sentimientos de desvitalización, impulsos suicidas u homicidas, reproches delirantes, etc.

Por eso es delicado el tema de cómo responder a la demanda social de que el sujeto deje rápidamente la droga, puesto que se debe tener en cuenta el papel que juega en su economía libidinal a fin de prevenir los efectos catastróficos que puede tener el hecho de confrontarlo abruptamente con aquello que la droga tapa o frena. Hay que pensar que en estos casos el consumo de drogas puede haber sido el único recurso del sujeto frente a una situa-

Es necesario que el sujeto entre en un discurso en el que pueda subjetivar sus síntomas, localizar la coyuntura de su encuentro con la droga y sustituir los efectos del tóxico por los efectos terapéuticos de la transferencias

ción de hundimiento, de modo que será necesario ayudarlo a construir alguna otra manera de tratar con su inconsciente para ayudarlo realmente a abandonar su adicción. Es necesario que el sujeto entre en un discurso en el que pueda subjetivar sus síntomas, localizar la coyuntura de su encuentro con la droga y sustituir los efectos del tóxico por los efectos terapéuticos de la transferencia, aunque, evidentemente, a veces es imprescindible el recurso a la medicación o el ingreso en una institución para que se puedan dar las condiciones de un tratamiento psicoterapéutico.

El cortocircuito de la sexualidad.

A veces el avance de la sexualidad en la adolescencia pone al sujeto en serias dificultades. Se trata generalmente de aquellos sujetos cuyas formas inconscientes de satisfacción implican una posición de pasividad extrema respecto al objeto. Ocurre entonces que cuando se ven confrontados a las exigencias imperativas de la adolescencia, no cuentan con los recursos simbólicos necesarios para acceder al goce sexual por la vía del deseo.

En estos casos la droga puede servir de coartada para evitar la angustia del encuentro con el otro

sexo. Sin el atajo de la droga ese encuentro podría desencadenar quizás una sintomatología de tipo neurótico o psicótico, pero el consumo de drogas permite acceder a cierta forma de goce sin tener que pasar por el circuito del deseo, es decir, sin tener que contar con el deseo del Otro.

Este encuentro con la droga está entonces sobredeterminado al menos por tres cuestiones: 1) rechazo de la "castración" simbólica que habría permitido acceder a una posición "sexuada"; 2) encuentro con un goce distinto, el que produce la sustancia actuando directamente sobre el cuerpo; 3) satisfacción de la pulsión según una modalidad infantil y pasiva.

No es raro que algunos de estos casos acaben haciendo realidad determinadas fantasías inconscientes harto conocidas. Por ejemplo, cuando el sujeto es acompañado hasta la muerte por una madre abnegada y un padre ausente o impotente, comprobamos que a medida que el sujeto renuncia a la dignidad del deseo, la madre lo convierte cada vez más en aquel objeto pasivo de los primeros cuidados. Podemos referirnos aquí a lo que dice Lacan en su texto "La familia"¹, ya que de lo que se trata en estos casos es de la realización del fantasma de retorno al seno materno como una de las manifestaciones más impresionantes de la pulsión de muerte.

En efecto, en estos casos podemos medir las consecuencias devastadoras de ciertas posiciones subjetivas en las que hay un rechazo radical de la pérdida inherente al surgimiento del deseo y al goce de la vida. Si el complejo de castración freudiano constituye la simbolización del abandono por parte del sujeto de los objetos incestuosos infantiles - pérdida que toma la forma de una prohibición paterna que dice al hijo "no gozarás de tu madre" y a la madre "no reintegrarás tu producto" - aquí vemos cómo lo que se realiza es precisamente ese goce incestuoso.

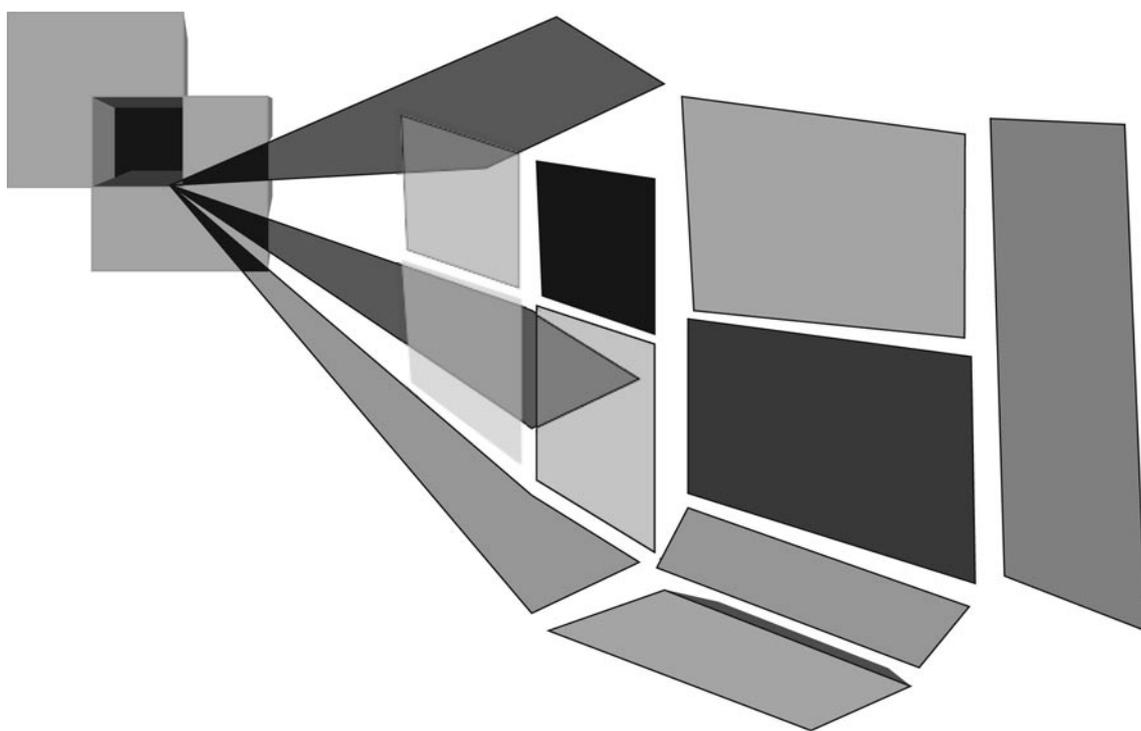
Estos casos, seguramente los más graves, son lo que más necesitarían de un dispositivo institucional especializado. No obstante, si tenemos en cuenta su lógica, dicho dispositivo no debería ser una repetición del Otro "maternal" que convirtió al sujeto en un puro objeto de goce, ni tampoco la materialización del ideal moralizante y culpabilizador que comporta toda intención reeducativa en este campo.

Nota

(*) Ponencia presentada en la VI Jornada de la Fundació Nou Barris "Consum de Tòxics a l'adolescència: experiència o síntoma"

¹ Lacan, J. *La Familia*, Editorial Argonauta, Barcelona, 1982

El precio de una errancia¹



François Sauvagnat.

Psicoanalista

Quisiera situar de entrada mi intervención haciendo referencia a una práctica que observó un funcionario local del Imperio Británico² a fines del siglo pasado en India, cerca de Bombay, en aquella época existía un famoso mercado, que tenía lugar en los montes Mahadéo; la principal atracción de las festividades era el suicidio de jóvenes hombres, que se arrojaban de lo alto de un acantilado a 150 metros en honor al dios Mahadéo.

¿Cómo se explican sus conductas? Estos jóvenes realizaban un voto formulado por sus propias madres antes de venir al mundo. Éstas eran mujeres estériles que suplicaban al dios Mahadéo que les concediera la fecundidad, a cambio, prometían ofrecerle sus primogénitos. El muchacho designado es puesto al tanto del voto de

su madre en el momento de la pubertad. A partir de ese momento, lleva la vida de un monje mendicante, visita todos los templos del dios, y llega al monte Mahadéo en el momento de la fiesta anual, para precipitarse desde lo alto del acantilado. Si le faltaba el coraje de morir, emprendía durante un año su errancia. Como máximo se le acordaba una prórroga de un año suplementario. Después del cual debía precipitarse al vacío. La historia, por supuesto no relata lo que le sucede al pobre desgraciado si retrocede por tercera vez...

En esta práctica ritual, podemos situar de entrada el precio, el valor que puede tener esta conducta de errancia. Siendo aquél de una deuda a pagar, de una deuda exorbitante frente a la cual la existencia del sujeto no tiene el más mínimo valor puesto que ella está contra-

Por el término de errancia se puede caracterizar el comportamiento y la posición subjetiva de un cierto número de jóvenes que se prostituyen

tada mucho antes de su llegada al mundo, y a partir del momento en el que le es desvelado su destino, lo propulsa a esa errancia, que prelude la muerte real, incluso si en varios aspectos mina la realización.

Me parece que esta práctica tradicional, en su radicalidad nos introduce de la mejor manera a la problemática de la errancia.

Por el término de errancia se puede caracterizar el comportamiento y la posición subjetiva de un cierto número de jóvenes que se prostituyen. Si he propuesto este término, es porque a mi parecer permite examinar bajo un nuevo aspecto la posición subjetiva de un cierto número de jóvenes –y los menos jóvenes también– de un verdadero extravío, de una desorientación subjetiva, que me parece caracterizarlos mucho mejor que la implicación en las prácticas delincuentes o toxicómanas.

Quisiera señalar una ambigüedad del término errar en francés (también válido para el español). Éste deriva, nos enseña el diccionario etimológico de Bloch y Wartburg³, de la confusión de dos palabras diferentes. La primera viene del latín *errare* que significa equivocarse o extraviarse. La segunda es un verbo antiguo que significa simplemente progresar, avanzar, caminar, en este sentido se decía igualmente *oirre* (en viejo francés).

En el último sentido, errar se utilizaba principalmente para los peregrinos, a quienes una cierta indignidad podía eventualmente acercarlos más a la vida eterna. Así, los monjes errantes que son tan numerosos en muchas religiones (tradiciones católica, hinduista, budista) o bien las errancias tradicionales de los pueblos gitanos, que durante largo tiempo, han presentado su desplazamiento como peregrinaje a partir del siglo XV en Occidente⁴. Esta “cobertura”, por otro lado, ha sido retomada por los bribones, los “mendigos”, “los hijos de Caín”, como los denomina en su reciente estudio el historiador polaco Bronislaw Geremek⁵; estos estafadores rápidamente devinieron, gracias a la literatura española, los héroes de las novelas “picarescas”, erigiendo una figura eminente de la modernidad.

Otro caso, recientemente recordado por J. d’Ormesson⁶ es la figura medieval del infiel errante, como la figura de Boutedieu, quien habría sido condenado a errar hasta el infinito por haber burlado a Cristo

el viernes santo, o aquella de Malc, muy cercana al personaje de Judas, haciendo notar leyendas similares españolas; o aún Ahasvérus el zapatero errante, que no aparece sino tardíamente, a fines del siglo XVIII⁷. Digamos rápidamente que al inicio esta tradición era del todo antisemita, pero con el romanticismo, este tipo de errancia es considerada como generalizada: cuando W. Goethe o Adalbert Chanisso⁸ retoman el tema, es en el fondo para afirmar que somos todos errantes, en tanto que hombres modernos y sujetos de la ciencia.

Es bastante interesante notar que el “infierno”, puesto de relieve hace ya algunos años por el sociólogo F. Dubet⁹ como característico de los jóvenes salidos de “ciudades obreras” “con problemas”, desempleados más o menos violentos, si al principio connotaba un malestar existencial, ahora tiende a designar una suerte de elección de vida que es análoga, guardando las proporciones, con el destino de los bribones descritos por Geremek.

Aquello a lo que apunto con el término de errancia es algo evidentemente diferente, puesto que se trata más bien de cercar una posición subjetiva que de detenernos en las envolturas sociales que, por supuesto, no han de ser descuidadas ni ignoradas.

“Juventud abandonada” e “impostores”

En el fondo, la población a la que aquí apuntamos lleva, en la tradición psicoanalítica, tres tipos de etiquetas, que quisiera recordarlas brevemente: “juventud abandonada”, “impostores” y “conductas antisociales”.

Con los términos “juventud abandonada” (*verwahrloste Jugend*)¹⁰ August Aichhorn designaba los hijos maltratados, abandonados, en conflicto masivo con su familia, y sobre todo persuadidos que el orden del mundo estaba constituido según un modelo de agresión-frustración del cual es absolutamente imposible salir. A propósito de varios casos, Aichhorn mostró en que medida, incluso con niños agresivos, una maniobra educativa terapéutica era posible, pudiendo hacer aparecer una situación nueva para ellos: tener el derecho de sobrevivir sin tener que mostrarse agresivo. O más precisamente,

para retomar la problemática que me parece importante en estos casos: que su existencia pueda no ser puesta en duda, que tenga verdaderamente un valor.

Del mismo modo, cuando K. Abraham, en 1925¹¹, evoca “la historia de un caballero de la industria”, un estafador y artista plástico que al comienzo le parecía completamente irrecuperable, inclasificable, retomando un término consagrado por el uso, para mostrar con gran sorpresa, un buen día, que este estafador dejó de estafar y de errar de ciudad en ciudad, de cárcel en cárcel. Pues había encontrado una mujer que le demostró que él podía ser otra cosa que el patito feo de su familia, odiado por su padre y dejado de lado por su madre. En el fondo, saben que Edgar A. Poe¹² decía que la estafa era lo propio del hombre, esta mujer llegó a probarle la existencia de un más allá de la estafa, en donde él podía tener un valor indiscutible.

Winnicott y las “conductas antisociales”

Un más allá de la errancia y de la estafa, es aquello que Winnicott describe cuando habla de “conductas antisociales”, publicado en 1956¹³. Recordemos que con estos términos, el celebre psicoanalista inglés, no apuntaba a una delincuencia organizada, sino al resultado de lo que él concebía como las privaciones, destetes afectivos derivados de una insuficiencia en los cuidados maternos. Esta causalidad ha sido muchas veces criticada, y de seguro no recubre todos los casos que podemos encontrar. Así, por ejemplo, el psicoanalista americano Karl A. Menninger¹⁴, mostró hasta que punto una educación demasiado solícita, infantilizante, podía precipitar a ciertos sujetos a una realización particularmente cruda de la pulsión de muerte, haciendo de ellos, en el mejor de los casos, unos eternos niños de pecho.

No obstante, podemos reconocerle a Winnicott haber sabido descubrir los mecanismos esenciales de estas conductas, principalmente el hecho de que el niño a través de sus descarríos de conducta más o menos ruidosas y desesperadas, pone en evidencia que algo le faltó, algo a lo cual él tenía derecho; que este algo no es negociable a priori, y que su comportamiento, en el fondo, es una reivindicación, una protesta contra esta carencia: la conducta antisocial, para Winnicott, *deja esperanzas*¹⁵. Hace de la conducta antisocial una conducta de llamado. Pero deja en la sombra un punto importante que se desprende, sin embargo, de su texto: el objeto de reivindicación es el valor, el precio que el sujeto mismo pueda tener en el seno de la constelación familiar y parental en la cual vino al mundo. Este valor es, en esos casos, algo que, desde su punto de vista, no

puede ser negociado y es precisamente aquello contra lo cual el sujeto protesta. Este texto de Winnicott debe ser confrontado a otra serie de textos (es sabido que Winnicott ha escrito mucho sobre la delincuencia), de los cuales tomaré sólo tres. Primero, una conferencia que he traducido recientemente, y que habla de la primera práctica de Winnicott en un centro de jóvenes adolescentes refugiados de la segunda guerra mundial¹⁶. Allí él describe el problema existencial fundamental de esos niños que es la supervivencia. Lo que nos acerca a nuestro tema.

A propósito de varios casos, Aichhorn mostró en que medida, incluso con niños agresivos, una maniobra educativa terapéutica era posible, pudiendo hacer aparecer una situación nueva para ellos: tener el derecho de ...

Los otros dos textos son: “Objetos y fenómenos transicionales”¹⁷, donde insiste sobre el hecho de que el “first not-me posesión”(*) es su ser mismo, algo de lo que él no puede decir, a propósito de lo cual no puede más que mentir, y el resultado, aún ahí, de la posición en la cual es mantenido por su familia. Es decir, que expresa de un modo invertido la posición en la cual su entorno simbólico lo sostiene. Por último, otro texto, “La cuerda: un aspecto técnico de la comunicación”¹⁸, pone en evidencia el hecho de que un niño es mantenido en la carencia en cuestión, un cierto tipo de separación se revela imposible: no puede existir como separado.

Es evidente que aquí esta imposibilidad de separación es desde ya simbolizada; el problema no era tanto que no podía separarse particularmente de su madre sino que este niño no podía parar de jugar con una cuerda, y ataba todo lo que le caía bajo sus manos, de un modo totalmente compulsivo.

Es precisamente una característica de los sujetos de los cuales nos ocupamos: su errancia, paradójicamente, resulta de una imposibilidad de separación, y están tanto más encadenados a esta errancia cuanto que rechazan toda actividad contractual que pueda asegurar un lazo social estable. Todo transcurre como si esta deuda a pagar, contratada las más de las veces por su entorno

familiar en su nombre, se encarnara de tal modo en ellos que anula completamente el valor de lo que se puede presentar frente a ellos como posesión propia, como los fieles del dios Mahadéo.

Por supuesto que abundan los ejemplos de esta anulación: la mayor parte de los sujetos que vienen a vernos se presentan sin documentos de identidad, y frecuentemente no sólo hay que hacerles los trámites sino también conservarlos. Otros nos confían objetos personales como si fuéramos el monte de piedad (suerte de banco social hipotecario en el que se presta dinero a cambio de objetos dejados en garantía), y vienen periódicamente a inspeccionarlos para verificar su existencia, que para ellos es altamente improbable. Pensemos también las numerosas inhibiciones intelectuales que pueden presentar dichos sujetos, para quienes falta la confianza mínima para aceptar recibir el saber en un aprendizaje.

Pensemos igualmente la manera espectacular con la cual el dinero de la prostitución viene a ser las más de las veces dilapidado, a tal punto que ciertas reglamentaciones policiales del siglo pasado preconizaban que se constituyera autoritariamente una caja de ahorros para las prostitutas¹⁹.

Podemos incluso preguntarnos en qué medida un cierto número de esos jóvenes errantes no encuentran precisamente, en algunos servicios sociales, interlocutores que vienen a pagar en cierto modo esta deuda previa. Pero el fracaso correlativo de estos encuentros podría igualmente ser imputado al hecho de que el objeto de esta deuda les resulta inaccesible, indecible, y por esta razón, invaluable por fuera de la reivindicación en la cual esos sujetos se sostienen. Es por eso que en regla general un psicoanálisis les es inaccesible, porque se trata de un contrato en el que se invita al sujeto a ceder sobre el goce de su síntoma. Ahora bien, lo que demandan, lo que exigen estos sujetos es más bien que su deuda previa sea liquidada... mágicamente, ya que para ellos todo contrato no hace más que repetir un engaño del que han sido, incluso antes de haber cobrado o percibido, los engañados.

De un engaño al otro

Hay un punto sobre el cual J. Lacan, (a propósito de ese maravilloso texto sobre la adolescencia que es "El despertar de la primavera" de Wedekind²⁰) ha hecho, según mi parecer, avanzar mucho sobre la problemática de la errancia. Es el de la paradoja de que si el ser humano siempre es la presa de un cierto tipo de errancia, habría en el fondo buenas y menos buenas.

Hay una errancia fundamental por el hecho mismo que el ser humano se guía a ciegas por los significantes. Pero lo que hace que las consecuencias sean más o menos dramáticas de tal o cual tipo de errancia, es una elección subjetiva que pondrá en juego el ser mismo del sujeto. Para resumir, habría dos aspectos relativamente diferenciables en las conductas de errancia a las cuales estamos confrontados.

- 1) Una estructura simbólica que se encarna en el fantasma, un lugar asignado al sujeto por deseo del Otro.
- 2) Una elección alienante que el sujeto ha realizado, que es la de no hacerse cargo o incluso rechazar todo lo que pueda vincular su deseo con la ley (rol de la función paterna).

Hay una errancia fundamental por el hecho mismo que el ser humano se guía a ciegas por los significantes

Toda una gama de comportamientos puede aparecer, que va desde la búsqueda de una función mediadora (fuga para hacer un llamado a otra persona de la familia) hasta una suerte de denuncia, de reivindicación, incluso de rechazo total. Estas elecciones son claramente visibles en las conductas de errancia, en la medida en que se presentan esencialmente con la estructura de una pregunta, que tortura al sujeto y ante la cual no encuentra una respuesta. Pero esta pregunta, paradójicamente, ya es una toma de posición, un comienzo de respuesta. Por supuesto, esta respuesta incontestable no es la buena. Pero el sujeto todavía se encuentra en la errancia, y si no se ha embargado aún en certidumbres más fuertes (como la de una criminalidad organizada) es porque en el fondo duda un poco. Como decía Winnicott, "aún queda una esperanza". Se pregunta, si a pesar de todo, el dios Mahadéo no se equivoca un poco... Es ahí, me parece, que podemos intervenir, y que una maniobra es posible para un cierto número de casos.

¿Qué se trata de obtener? Para mí, se trata de demostrarle al sujeto que existe una instancia en la cual se puede apoyar, una instancia que invalida al dios oscuro (en "El despertar de la primavera" de Wedekind²¹, se trata del "hombre enmascarado"). Se trata de invitar al sujeto a retirar su confianza de este dios oscuro y por ende de relativizarlo, mostrarle que es una construcción fantasmática y que lo que quiere es su pellejo, que en el

fondo apunta a otra cosa que a su propia destrucción. Para ello, evidentemente, habrá que localizar en qué de su bagaje simbólico el sujeto se puede apoyar, con qué fuerzas puede contar para separarse de ese dios oscuro.

Efectos de báscula

Así como Winnicott (1956)²², o Aichhorn (1959)²³ consideraban que las "conductas antisociales" que describían podían encontrarse en todas las estructuras clínicas, de igual modo, la errancia se puede constatar en sujetos que presentan tipos clínicos variados, con posiciones evidentemente diferentes; es lo que quisiera mostrar a partir de algunos ejemplos, y agradezco a los practicantes que han querido comunicarme sus preciosas observaciones.

¿Qué se trata de obtener? Para mí, se trata de demostrarle al sujeto que existe una instancia en la cual se puede apoyar, una instancia que invalida al dios oscuro

La errancia puede presentarse en una estructura neurótica y hacer actuar los resortes fundamentales. Así tal sujeto, mortificado por un padre omnipresente en el hogar aunque incapaz de conservar un empleo fijo, controlando incesantemente el mínimo gesto y obrar de su hijo, al punto de constituir un superyo devastador forzándolo a deambular horas y horas sin rumbo fijo. Durmiendo apenas algunas pocas horas cada noche, el desdichado corre de empleador en empleador, actuando sin parar las escenas conflictivas que lo encadenan a su genitor, forzado a una mitomanía que no hace más que perjudicarlo anulará por otra parte un encuentro que había sido organizado entre los miembros del equipo y su padre, aterrizado por la idea de los efectos que éste podría producir. Parece a tal punto obsesionado por los controles de billete que logró hacerse interpelar sin billete de transporte un número considerable de veces (llegando incluso a hacerse multar cuando tenía un billete válido) al punto de acumular multas por miles y

miles de francos, lo que sólo una negociación extremadamente rigurosa, cautelosa, logró hacer cesar.

Lo mismo que una joven que se prostituía en condiciones particularmente dramáticas es acosada por un personaje materno vagabundo, a la cual le entrega una parte del dinero de la prostitución. Esta joven se presentó largo tiempo de una manera casi maníaca, abordando a los pasantes, como si no existiera distancia alguna entre ella y el otro, en una suerte de búsqueda afectiva sin fin. En el curso del tratamiento, llega a deshacerse un poco de la influencia fantasmática de ese personaje materno devorante, va a hacer un viraje hacia una conducta casi ascética, descubriendo una vocación de enfermera enteramente consagrada a su trabajo, invirtiendo completamente el peso intacto del insaciable superyo materno, y abordando ahora las cosas de un modo radicalmente diferente.

La errancia puede responder a una problemática psicótica como lo había notado Foville²⁴ en su célebre artículo "Los alienados migradores". Así, tal joven, en quien una psicosis alucinatoria pudo pasar inadvertida por su entorno durante largo tiempo, permitiéndole conservar sus trabajos sin que nadie aparentemente dudara de algo durante largos periodos, cortados por episodios de "excesos" más o menos extensos, que tenían visiblemente una función terapéutica. El delirio se desarrolló durante largo tiempo sin hacer mucho ruido, centrado alrededor de la idea de que ella era una rata de laboratorio, y que un cierto número de instancias secretas habían decidido experimentar sobre ella; los temas delirantes se agravan, al punto que acosada por tales alucinaciones amenaza con reventarse los tímpanos; se aísla en la habitación de un centro para jóvenes trabajadores, presa del delirio, y deviene cada vez más apragmática; hospitalizada luego de largas negociaciones gracias a un educador en el que ella conservó milagrosamente su confianza, logra salir casi inmediatamente del hospital, haciéndoles creer que sufría una simple depresión a causa de una decepción amorosa. Reinternada luego de una brutal agravación delirante, va a estabilizarse prestando poderes mágicos a su terapeuta, a quien juzga capaz de detener el complot del cual no dudó un solo instante que continuaba tramándose contra ella. Su delirio está claramente articulado al sentimiento de que la pueden "dejar caer" en el vacío, hacia un ser de deshecho, o más precisamente de roedor, lo que la actividad de los educadores durante largo tiempo logró refrenar.

La errancia igualmente puede presentarse en una estructura perversa –quiero precisar que por perversión no significo nada de lo peyorativo como tampoco una connotación moral, hay que disipar absolutamente toda

una serie de malentendidos. Es cierto que, como lo han mostrado los trabajos de Jean Delay sobre André Gide²⁵, o de Raczyrnov sobre Maurice Sachs²⁶, tales perversiones son de modo característico el resultado de carencias simbólicas del entorno del sujeto, incluso si, por otro lado, ellas son propias a realizaciones artísticas a menudo muy notables.

Si estas carencias están como esfumadas en los casos más favorables, al punto de no dejar aparecer la figura de "monstruos sagrados", según la expresión de Jean Delay, las más de las veces tratamos sujetos en quienes ésta se traduce en comportamientos de prostitución particularmente perjudiciales, sobre todo en este periodo de epidemia de SIDA.

A menudo se ha puesto en duda que tales sujetos puedan tener una demanda que sea realmente tratable, siendo consideradas las prácticas perversas como un impedimento radical.

Algunos parecen incluso considerar que los sujetos perversos no demandan nada, y que encuentran en sus prácticas perversas la solución de todos sus problemas. En el fondo, si se les cree, los perversos serían los únicos sujetos que no tendrían razón alguna de lamentarse ni de quejarse. Ahí no se trata más que de un punto de vista muy estrecho, por no decir una tontería consumada. Me parece, al contrario, que los practicantes que han encontrado estos sujetos, pueden testimoniar la angustia y el sentimiento de derelicción (***) que aparece tan frecuentemente en ellos. Así, André Gide hablaba de su sentimiento de ser "separado, forcluído", de las violentas crisis de angustia que podían tomarlo (que él mismo designaba con el término alemán Schaudern)²⁷.

Nuestra preocupación es sobre todo que el destino de estos sujetos sea menos catastrófico, y que el sentimiento de estar condenados, que acompaña frecuentemente su existencia en nuestros días, no les impida hacer justicia por la necesidad de tener acceso a los cuidados de los que tienen derecho, principalmente cuando son seropositivos.

A través de los diferentes casos que han venido a consultarnos, y apoyándonos sobre diversos relatos biográficos que disponemos (de escritores como Jouhandeu, Maurice Sachs, André Gide, Montherlant, etc.) parece que podemos contar con diferentes elementos en el momento de la "prise en charge" (***). De un lado, las prácticas perversas (cuando se trata de estructura perversa) tienen a menudo como tela de fondo una derelicción localizada en las relaciones de la pareja parental, en el sentido de que se le vuelve imposible al sujeto posicionarse con respecto a su sexo: rigor puritano, frialdad glacial y legisladora, angustia a hacer daño a cada instante como la madre de Gide, que no

podía descentrar la distracción paterna, y que lo que sólo podía atemperar era el cuidado atento que ponía en la educación de su hijo, en quien toda veleidad de afirmarse como ser sexuado era perseguida, hostigada. En la madre de Maurice Sachs, rechazo masivo de ese hijo así como un rechazo total a hacerle conocer todo aquello que pudiera tocar el ser paterno. En la madre de uno de nuestros pacientes, encontraron una manipulación a cada instante, que en cierto modo agrava la conducta francamente delincuente del padre desvalorizado en tanto que inmigrante.

Según otro sujeto, su madre, abierta y repetidamente, había expresado el deseo de que su hijo se prostituyese para vengarla y "sonsacar el dinero a los hombres". Y de hecho, es en respuesta a estas constela-

Nuestra preocupación es sobre todo que el destino de estos sujetos sea menos catastrófico, y ...s

ciones que el deseo va a renacer, en sus constelaciones atípicas. Por ejemplo, en Gide ante "los jóvenes de piel morena bañándose bajo el sol".

Para uno de nuestros pacientes, el deseo renace en un arranque de venganza contra un padre aborrecido, con un anhelo de ser al fin apreciado y amado por sus compañeros. Pero en el fondo, sobre aquello que podemos contar, me parece, incluso en los sujetos más gastados, es con el hecho de que muchos de entre ellos buscan un modo de neutralizar esta maldición parental. Parece que una cierta estabilización se puede esperar de una idealización que relativice esta maldición, y recrear el derecho de existir. Si es cierto como lo exige Freud que, la estructura de la perversión está sujeta a la del fetiche, habría entonces que contar con la posibilidad de una estabilización a través de la erección de un fetiche. Así el encuentro con Madelaine, para Gide, elevada al rango de un ángel al lado de quien el autor de *Et nunc manet in te*²⁸, intervendrá en posición femenina, ha podido taponar los efectos de la maldición del deseo. Entre los periodos de franco vagabundear parece que ciertos mecenas han jugado el mismo rol para Maurice Sachs. Quizás habría que recordar cómo la pederastia durante largo tiempo ha sido practicada como una suerte de ascetismo pedagógico. Podríamos también recordar cuántos han sido

los perversos que se han erigido paradójicamente como legisladores²⁹, para así darnos cuenta hasta dónde estos sujetos pueden demandar un punto de anclaje para atenuar, por poco que sea, su deriva.

Así, tal sujeto, prostituido y seropositivo, ha podido después de continuas gestiones junto al servicio donde venía incesantemente a verificar el estado de su ropa, que dejaba en el depósito, circulando durante largos ratos por diferentes lugares (en el baño, en la alacena), aceptar querer curarse gracias al intenso trabajo de una educadora. Nos parece que esta educadora, con su trabajo atento, corregía los efectos más desfavorables del personaje materno (el personaje de Madelaine para André Gide), permitiendo a este joven sujeto "ocuparse al fin de él mismo" (según su propio decir) en vez de prostituirse en condiciones dramáticas.

A modo de conclusión

Si finalmente el comportamiento de nuestros sujetos "errantes" nos parece que resulta de un entorno simbólico que induce a hacer elecciones forzadas, el impasse en el que se encuentra el sujeto provoca una anulación de todas las formas de intercambio –incluyendo por supuesto los intentos de reinserción social. La cuestión parece ser, en el tratamiento, poder llevar al sujeto de nuevo a su elección en la que se encontró precipitado, y que lo condena, en el fondo, a una suerte de muerte psíquica. Se trata entonces de hacer nacer, de marcar la contingencia ahí donde el sujeto se ve encadenado a una necesidad ciega, en un universo deshabitado y desértico. En tal caso, la errancia tendrá la posibilidad de volver a ser lo que es para cada uno de nosotros: el teatro de su deseo.

Notas

- ¹ Esta conferencia fue realizada en un coloquio dirigido a educadores que se ocupan de jóvenes adultos prostituidos y toxicómanos
- ² Sleeman, CD. Citado en Jean Baechler (1981), *Les suicides*, Calman-Lévy, París
- ³ Boch y Warburg (1975), *Dictionnaire étymologique de la langue française*, PUF, París
- ⁴ De Vaux de Foletier, F. (1961), *Les Tziganes dans l'ancienne France*, Connaissances du Monde
- ⁵ Geremek, B. (1990), *Les fils de Caïn*, Flammarion
- ⁶ D'Ormesson, J. (1990), *Histoire du juif errant*, Gallimard
- ⁷ Knecht, E. *Le mythe du juif errant*, Presses Universitaires de Grenoble, 1977
- ⁸ Novalis, *Henri d'oterdingen*, in *Oeuvres complètes*, Chamisso, A. Von, Peter Schlemihl, Aubier
- ⁹ Dubet, F. (1985), *La galère*, Fayard
- ¹⁰ Aichhorn, A. (1971), *Jeunesse à l'abandon*, Payot, París
- ¹¹ Abraham, K. (1925), *Histoire d'un chevalier d'industrie*, in *Oeuvres complètes*, Payot, 1966
- ¹² Poe, E. A. (1989), "De l'escroquerie considérée comme un des beaux-arts" (primera edición 1843) in *Conyes, essais, poèmes*, Laffont

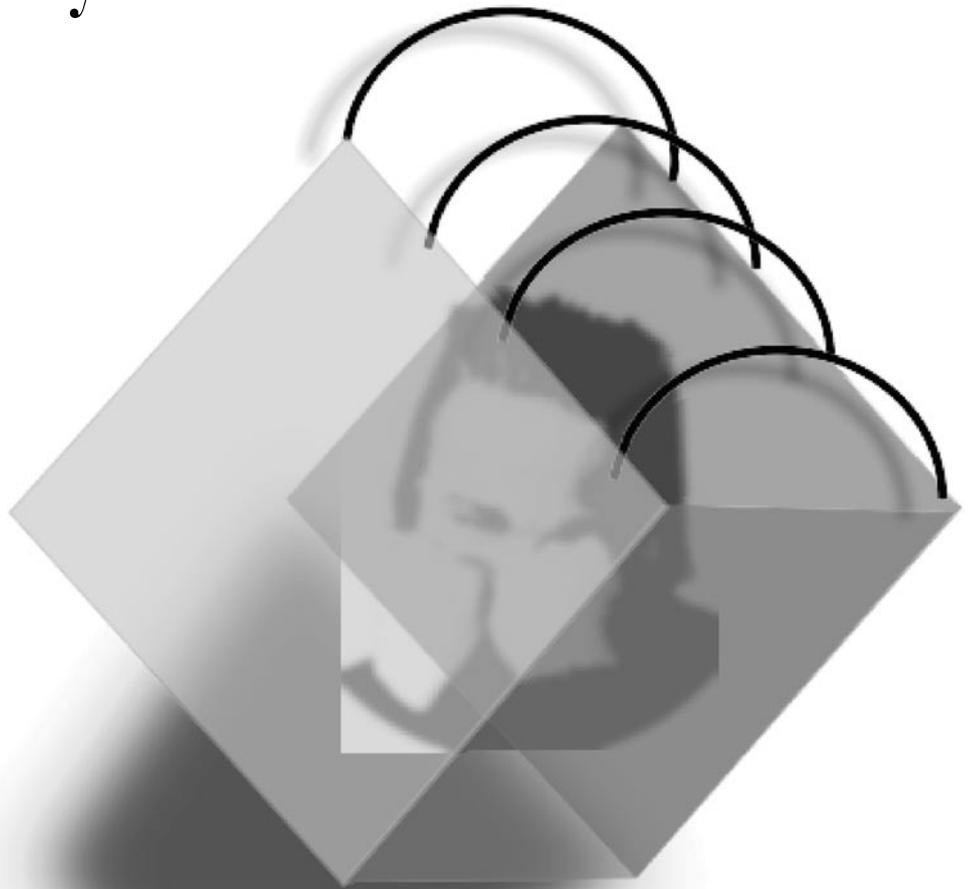
- ¹³ Winnicott, D. W., "Les comportements antisociaux", in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, París, 1976
- ¹⁴ Menninger, K. A. (1938) *Man against himself*, Harcourt Brace Jovanovich
- ¹⁵ Winnicott, D. W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, op. cit.
- ¹⁶ "Survie et institution: à propos d'une conférence de D.W. Winnicott" in Broca, F., Cremniter, D., Kaufmant, Y., Vaissermann, A., Wartel, R., Sauvagnat, F., *Psychose et création actualité de l'Ecole anglaise*, GRAPP, París, 1990
- ¹⁷ Winnicott, D.W., (1952), "Objets et phénomènes transitionnels", in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, París, 1976
- ¹⁸ Winnicott, D.W. (1956), "La ficelle", in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, París, 1976
- ¹⁹ Corbin, A., (1987), *Les filles de nocces*, Plon, París
- ²⁰ Wedekind, F. (1974), *L'évil de printemps*, tr. Fra. ; cf. également Sauvagnat, F., *Destins d'adolescence*, Presses Universitaires de Rennes, 1992
- ²¹ Wedekind, F., *Ibid*
- ²² Winnicott, D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, op. cit.
- ²³ Aichhorn, A., (1964), *Delinquency and Child Guidance*, International university Press

- ²⁴ Foville, A., (1875) "Les aliénés voyageurs ou migrants, étude de certains cas de lypémanie" in *Annales médico-psychologiques*
- ²⁵ Delay, J., *La jeunesse d'André Gide* (dos tomos, Gallimard, 1958)
- ²⁶ Raczymov, H., *Maurice Sachs*, Gallimard, 1988
- ²⁷ Cf. la discusión de este término en la obra de J. Delay (Tomo 1, nota 21)
- ²⁸ Gide, A., "Et nunc manet in te", in *Carnets*, T.II. Ed. de la Pléiade
- ²⁹ Cf. principalmente las posiciones "éticas" de Montherlant respecto a las muchachas en flor. Montherlant, H., de "Les jeunes filles" in *Oeuvres*, Ed. de la Pléiade
- (*) N. de T.: Primera posesión no-yo.
- (**) N. de T.: Del verbo derelinquir, desamparar, abandonar.
- (***) N. de T.: Literalmente, hacerse cargo. Se trata de designar la actividad de los educadores, contiene un aspecto "terapéutico" además del aspecto educativo.

Traducción Marina Lusa

Texto publicado en la revista *Registros*. Tomo Verde, año cinco. Buenos Aires

Desposesión y tendencia antisocial



Patricia Lombardi Soulier.

Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta. Centre de
Juvenil-Fundació Nou Barris

Ni neurótico ni psicótico, para Winnicott la tendencia antisocial no hace diagnóstico, y contrariamente a lo esperable, sitúa esta tendencia como un intento de solución: *la tendencia antisocial implica esperanza*, intento de solución de aquello que la motiva.

¿Qué significa esto?. Que bajo esta tendencia subyace para el autor una *desposesión* precoz y prolongada, es decir, se trataría no sólo de las consecuencias de un trauma específico, de una pérdida, sino también de la persistencia de las condiciones que lo provocaron.

En el escrito sobre el que baso estas reflexiones¹, nos comenta que este tema, desposesión, fue abordado por Bowlby en términos kleinianos. Winnicott, como también lo hará en su teorización sobre la categoría del objeto, traza su propio recorrido.

¿Por qué Winnicott?

Jacques Lacan rinde homenaje al autor inglés en varios seminarios, retomando una y otra vez lo que no duda en calificar como “uno de los

más finos descubrimientos” de la clínica analítica: el objeto transicional. Sin embargo, este hallazgo de Winnicott, esta primera *posesión no-yo* como él la denomina ¿es del mismo orden que lo que plantea en este artículo sobre la tendencia antisocial?, ¿de qué cree estar desposeído un sujeto cuando presenta estas conductas que, según nos dice, pueden adoptar diferentes formas? Robos y mentiras asociadas, daño o destrucción, pero también incontinencia y suciedad en general, unificadas en su heterogeneidad por *el valor de molestia* que genera en los otros. Si

bien –aclara- cada síntoma tiene un valor y un significado específico, el factor común que interesa a efectos de la descripción de la tendencia antisocial es el valor de molestia (...) que será explotado por el niño, ya que no se trata de algo casual, sino que gran parte de la motivación, aunque no necesariamente toda, es inconsciente.

Intentaré situar, actualizar estos problemas, teniendo en cuenta que la clínica psiquiátrica actual ha hecho una categoría diagnóstica específica bajo este nombre, son los llamados disociales² y que inclusive se les sitúa en la mira evolutiva de otro trastorno muy mentado en la niñez (producto también de estas clasificaciones DSM, CIE³) denominado trastorno hiperquinético. Sin embargo, partiendo de los relatos clínicos que Winnicott realiza sobre el tema, veremos que en contraposición a la pobreza reduccionista de aquella nosografía –y esclarecidos por la teorización lacaniana sobre la angustia y el acto- se abre un abanico de precisiones clínicas y posibles intervenciones.

Para comenzar trabajaré sobre la oposición (ya veremos si es tal) de esta pareja significativa: posesión - desposesión (traducida en otro texto como privación).

Primera posesión: objetos y fenómenos transicionales

La primera hipótesis de Winnicott es de 1951⁴, con ella el autor recorta una zona intermedia de experiencia entre una primera actividad del bebé, como es la introducción del puño en la boca por el recién nacido hasta el apego a un objeto, pero no solamente, también el parloteo del bebé o la repetición de sonidos o melodías mientras se adormece se ubicarían en esa zona intermedia como fenómenos transicionales.

No se trata específicamente de un objeto, sino de una “posesión”, que admite por otro lado una amplia variedad.

De esta forma, y contrariando el ideal de una relación armónica, de perfecto ajuste entre madre e hijo, el objeto transicional muestra la punta de un abismo, algo interfiere en esa diada. Su función es “defensiva” frente a la ansiedad o

la tendencia antisocial implica esperanza, intento de solución de aquello que la motiva.

el peligro y aparece en un período para el que el autor deja un amplio margen, entre los cuatro a seis meses hasta los ocho a doce.

Lacan trabaja sobre este hallazgo de Winnicott y lo asocia a la observación de Freud sobre el Fort-Da.

Recordemos brevemente la experiencia que él describe. Sabemos que se trata de su nieto que tenía por entonces año y medio, es un niño tranquilo, que acepta las prohibiciones de los padres y se hace entender, aunque cuenta con pocas palabras. También acepta -al parecer sin problemas- que la madre se vaya unas horas fuera de la casa, pero es entonces cuando desarrolla una costumbre bastante “perturbadora” según Freud: arrojar objetos acompañando esto de un largo o-o-o-o-o. Más tarde, cuando el niño introduzca otra palabra con la manipulación de un carrete, Freud podrá confirmar su sospecha sobre el sentido de ese sonido inicial. El niño reproduce activamente en ese

fort(fuera)-da(aquí) de su juego la desaparición y reaparición del Otro primordial.

En ese sentido, el objeto transicional para Lacan es algo “que está justo antes de la aparición del yo (moi) es decir el momento donde el sujeto se interroga en relación al Otro en tanto que presente o ausente”⁵.

Etiqueta de un muñeco, punta deshilachada de una manta, pequeños índices del vacío que se abre y donde se alojará el sujeto como efecto de lo simbólico.

Winnicott sitúa allí el campo de la ilusión, del juego; el objeto transicional no es objeto de represión, simplemente pierde significación, se diluye en otros intereses culturales: arte, religión, entre otros (1), pero también puede participar en la génesis de las toxicomanías o del objeto fetichista.

Desposesión y demanda de amor

¿En qué dialéctica introduciremos entonces al “desposeído” de Winnicott?

Para responder a esta pregunta vamos a analizar las breves referencias clínicas que nos da el autor en este escrito.

Del primer caso –un niño delincuente- tenemos pocos datos, dice que fue tratado durante un año. El análisis marchaba bien -a pesar de las dificultades que planteaban las conductas antisociales del niño- sin embargo, la clínica donde realizaba el tratamiento ordenó interrumpirlo “por el bien de los demás pacientes”.

El niño es destinado a un reformatorio. En el momento que Winnicott realiza esta comunicación habían transcurrido bastantes años. El antiguo paciente tenía ahora treinta y cinco años. Se había casado,

Recordemos que el trabajo de Winnicott sobre la tendencia antisocial se sitúa en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, y es en esas circunstancias tan difíciles que él se pregunta,

tenía varios hijos y un empleo que le permitía ganarse la vida satisfaciendo “su inquietud”, aquella que lo impulsaba antes a la actuación transgresora.

Por lo que el autor concluye que no era lo mejor para aquel niño el psicoanálisis “sino encontrarle una colocación” y “que sea la sociedad quien se encargue de él”

Conclusión que contradice lo que dijera algunos párrafos antes cuando el niño estaba en tratamiento. Ahora bien, ¿por qué no era la vía adecuada?, ¿qué vislumbró el autor después de tantos años?

No contamos con otro material más que la serie restringida de actos que da del caso, y a diferencia del siguiente ejemplo no menciona interpretación alguna. Tomemos nota de ambas cosas, repetición de actos, sin posibilidades de interpretación (si las hubo, no se mencionan, también podemos pensar que no tuvieron efecto).

En la segunda referencia clínica, Winnicott comenta el caso de un niño que roba compulsivamente, la situación es explicada por la madre. El padre no ve con buenos ojos esa consulta por lo que no podrá atenderle directamente: “nada podía hacer yo fuera de lo que hiciese allí mismo y en aquel preciso instante”. Sin embargo, no duda sobre el carácter de estos robos y le sugiere a la madre una interpretación. “¿Por qué no le dices al muchacho que sabes que cuando roba no lo hace porque desee las cosas que roba, sino que está buscando algo a lo que tiene

derecho?. Dile que está reclamando a su padre y a su madre porque sienten que se le priva de su amor”.

Winnicott conocía a la madre, sabía que en la adolescencia ella misma había atravesado una fase antisocial, bajo la “férrea disciplina del padre”. Su interpretación tuvo al parecer un efecto inmediato, el niño dejó de robar.

El contraste entre ambos ejemplos, contraste señalado por el autor, nos permitirá partiendo del segundo reflexionar sobre lo que él denomina “*complejo de desposesión*”.

Este complejo se inscribe en la demanda de amor, pero es necesario situar lo que afecta esa demanda, lo que le excede, lo que mella la supuesta armonía. *La demanda de amor no puede sino padecer de un deseo cuyo significante le es extraño* –dice Lacan.

Lacan dialectiza de esta forma la demanda de amor con la “*prueba del deseo*”⁶, momento donde el sujeto se enfrenta al reconocimiento de la falta en el Otro encarnado en la madre, momento fecundo en la producción de síntomas, en el límite de lo simbolizable.

La madre “shockeada” del segundo caso que relata Winnicott es una madre puesta en cuestión, interrogada en su deseo, ella no podía creer que el niño dudase de su amor. El niño roba cada vez más, suscita su angustia, y en ese sentido hay “*esperanza*”, pero ¿de qué?. Sabemos que el trabajo de elaboración en un análisis nos conduce a esa “*prueba del deseo*” de la cual el sujeto saldrá

sin esperanzas de ser lo que el Otro necesita.

Entonces, esa esperanza winnicotiana, junto al “valor de molestia” de los actos, parecen reflejar más bien la única esperanza posible, la de recibir una sanción simbólica y como tal liberadora. La desposesión se anuda aquí a la ignorancia del que no sabe desde dónde actúa y actúa tanto más, cuanto más velado quede para él lo reprimido.

Necesariamente nos introducimos en la clínica del acto, pero no me extenderé sobre este tema muy elaborado por Lacan. Hay un artículo bastante esclarecedor de Guy Trobas donde aborda las respuestas del sujeto frente a la angustia⁷.

Es importante retener que en ese *agieren*, en esas acciones aparentemente inmotivadas, debe restablecerse la lógica subjetiva que las determina.

Volvamos a la resolución sintomática del primer paciente que describe Winnicott, encontrarle un trabajo, algo que anude ese espíritu inquieto, el nudo social prevalece y el niño logra –al parecer– un saber hacer con sus síntomas. Sin embargo, el autor duda de los resultados de esta curación espontánea. Prefiere dejar de hablar del caso y “que sea la sociedad quien se encargue de él”.

Esta conclusión no es ajena a las circunstancias en que desarrolló su experiencia. Recordemos que el trabajo de Winnicott sobre la tendencia antisocial se sitúa en el contexto de la Segunda Guerra

Mundial, y es en esas circunstancias tan difíciles que él se pregunta, por ejemplo: ¿qué es lo que permite al niño soportar frustraciones, deprivaciones y la aparición de situaciones nuevas?⁸.

Algo escapa a la lectura inmediata trauma-efecto, algo que lo conduce de la desposesión del hogar o de un medio estable, a las primeras experiencias, a los objetos transicionales: ¿estamos del todo seguros de que en nuestro manejo con los niños deprivados respetamos los fenómenos transicionales que ya existen?⁹. Lo cual es una forma de interrogarse por lo que el niño aporta, por su mundo simbólico, por sus elecciones pulsionales, por sus posibilidades a nivel subjetivo.

En ese sentido ¿cuál era la solución más adecuada para estos niños de la guerra? Winnicott exigía como esencial un "diagnóstico psiquiátrico", bien diferente de la absurda suma de ítems patológicos que nos demuestran las clasificaciones nosográficas del DSM o CIE. El diagnóstico era una evaluación de las experiencias tempranas, de la vida familiar, de la "presencia o ausencia de rasgos positivos en el

ambiente temprano y en la relación del niño con él (...)"

La relación dual pura desposee

Para finalizar, si Winnicott encontró fórmulas paradójicas como las mencionadas, para hacer frente a lo asociado de la "desposesión", nosotros también tenemos tareas pendientes. Comprobamos el aumento de consultas por este tipo de trastornos, que generan situaciones de urgencia en lo social, sin embargo estos niños o adolescentes tienen poco que decir sobre eso. No hay síntoma para ellos, a veces algunas quejas, por eso tampoco demandan. En estas circunstancias, el trabajo conjunto con la red social nos permite –a veces– poner freno o acotar ese real pulsional, a la espera de que el sujeto consienta a una elaboración de saber (de su saber).

La ausencia de síntomas –en el sentido analítico del término– forma parte de nuestra modernidad. Con Lacan, podemos leerlo como efectos del declive de la función paterna. Verdadera debilitación del polo sim-

bólico y de la transmisión del Ideal.

Quiero terminar con una frase de Lacan, es de su seminario sobre la angustia y dice: "la relación dual pura desposee (...) desposee al sujeto de su relación al gran Otro". Referida como tal a las psicosis, nos permite introducir otras coordenadas en la desposesión, que son aquellas hacia donde empuja la modernidad.

(1) A propósito del arte de la escritura recuerdo la dedicatoria de Borges a su madre en las OC, dice al final: "Aquí estamos hablando los dos, et tout le reste est littérature, como escribí, con excelente literatura, Verlaine". La literatura entra en ese espacio donde ya no hay dos, en principio no son sus palabras (tomadas de Verlaine); el Borges creador es un Borges deudor de una lengua y de múltiples voces que le han precedido. Mas allá de la madre, de sus dones, lo que recuerda son las lecturas de la madre, su amor a Dickens y Eça de Queiroz. Presencia del deseo del Otro en la que él encontró, tal vez, su urgencia por crear.

Notas

¹Winnicott, D. W. La tendencia antisocial (1956) Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia

²Trastorno disocial, DSM – IV p. 90. Ed. Masson (1995)

³Clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales

⁴Publicado en International Journal of Psycho-Analysis, vol. 34 (Trad. español: Realidad y juego. Granica Editor)

⁵Lacan, J. El Seminario: libro 6, (inédito), lección del 3/6/1959

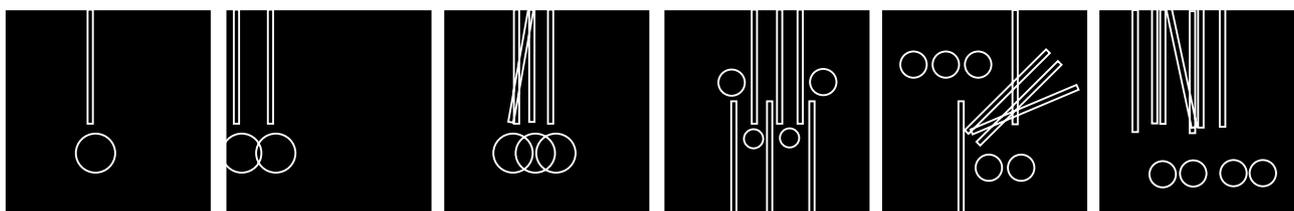
⁶Lacan, J. La significación del falo. Escritos I, Ed. Siglo XXI.

⁷Trobas Guy. Tres respuestas del sujeto frente a la angustia: inhibición, pasaje al acto y acting out. Logos 1. Grama Ediciones.

⁸Winnicott D. W. Deprivación y delincuencia, p. 217 Ed. Paidós

⁹ídem

Tratamiento preliminar de la adolescencia en institución(*)



Silvia Grases.

Psicóloga, psicoanalista. Miembro fundador y presidenta de la Asociación EBA

Francisco J. Burgos.

Psiquiatra infantil-juvenil. Director científico de la Asociación EBA

Nuestra intervención pretende ser una reflexión sobre la adolescencia que permita una aproximación a las coordenadas que la atraviesan y a las formas de malestar que afectan al adolescente en la época de la postmodernidad. Queremos referir además la experiencia de trabajo con adolescentes que presentan trastornos de la conducta en una institución médico-educativa.

Al proponernos pensar sobre la adolescencia hoy, recordábamos algunos artículos e intervenciones que elaboramos al respecto hace ya algunos años. Nos preguntábamos si lo allí dicho seguiría siendo válido, o si el panorama y las coordenadas que marcan este tiempo de la vida habrían cambiado radicalmente. Uno de estos artículos, dirigido a un público lego y escrito hace unos diez años, se titulaba *El enigma de la adolescencia* y se abría con una cita de *Alicia en el país de las*

maravillas de Lewis Carroll. Se trata de un monólogo de Alicia después de haber comido un pastelillo que la ha hecho crecer desmesuradamente: "...veamos; ¿era yo la misma esta mañana al levantarme? Casi creo recordar que me sentía algo diferente. Pero si no soy la misma, la pregunta siguiente es ¿quién soy yo? ¡Ah! ¡Eso sí que es un misterio!...". Este pasaje refleja cómo el tema de la transformación del cuerpo y de la vivencia subjetiva que ello provoca era una de las cuestiones fundamentales que se jugaban en la adolescencia. Otras eran la vivencia de pérdida y extravío subjetivo, la reconstrucción de la identidad, la separación de los padres, el acceso a las relaciones sexuales, la búsqueda de ideales.

Realmente todas ellas siguen siendo cuestiones fundamentales a las que el joven debe enfrentarse. Sin embargo, más allá de la angustia que caracteriza este

momento de la vida, se constata un malestar creciente entre los jóvenes. La sociedad parece quejarse cada día más de los jóvenes y promover una segregación de los adolescentes como grupo empujada tanto por lo social como por los propios jóvenes. Las conductas de los adolescentes son cada vez más transgresoras y los pasajes al acto se dan con mayor facilidad. Los psicoanalistas podemos constatar esta tendencia en nuestra práctica clínica en consulta o en institución. Cabe preguntarse, ¿qué es lo que ha cambiado?

La aparición de la pubertad produce un decalage fundamental entre lo físico y lo psíquico.

Si bien es cierto que tanto el adolescente de antaño como el de hoy se enfrenta a un particular recorrido subjetivo durante este tiempo de su vida, recorrido en el que deberá contar con los recursos con los que se haya provisto con anterioridad, también es verdad que las transformaciones sociales se dejan notar y parecen dificultar hoy, cada vez más, la tarea del adolescente.

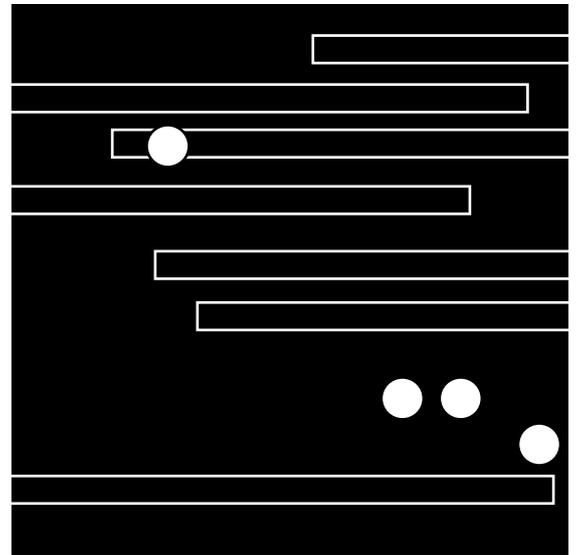
Abordaremos ambas vertientes del problema a través de dos notas: la prematuración psíquica del adolescente y su relación con el Otro en la época de la postmodernidad.

La prematuración psíquica en la adolescencia¹

De todos es sabido que la pubertad pone en marcha intensos cambios físicos que afectan directamente el cuerpo del niño y de la niña, obligándolos de esta manera a una interrogación y a una rectificación subjetiva.

La aparición de la pubertad produce un decalage fundamental entre lo físico y lo psíquico. El cuerpo experimenta cambios radicales, que cogen al sujeto "por sorpresa". Lo físico va por delante produciendo irremediablemente un desfase con lo psíquico, que ahora se evidenciará en estado de prematuración frente a los intensos cambios corporales que deberá asumir.

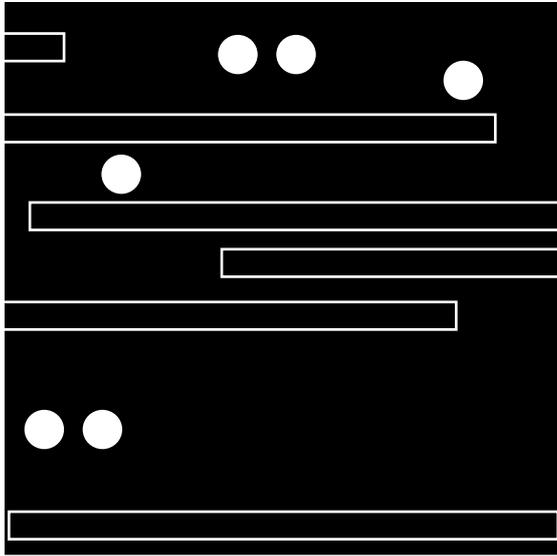
De aquí se deduce la hipótesis de que no se trata tanto de que la pubertad preceda a la adolescencia, sino de que la provoca; *la pubertad provoca la adolescencia precisamente en tanto aboca al sujeto a un trabajo de elaboración debido a su estado de prematuración*



psíquica. Será desde este estado de prematuración que el adolescente deberá afrontar los retos que el cuerpo le plantea.

Nos referiremos aquí al estadio del espejo de Lacan y en especial a la definición como drama que se juega de la insuficiencia a la anticipación, al partir de la premisa de la prematuración biológica del ser humano. El drama del estadio del espejo permite la constitución de una forma ortopédica de totalidad con la que asumir una identidad, la formación del yo. Lacan nos dice que "hay que comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen (...)"². Esta imagen es una Gestalt, una imago, la "estatua en la que el hombre se proyecta"³.

La formulación clásica del estadio del espejo no solo evidenciaba la prematuración biológica del bebé humano sino que la consideraba en cierta forma motor de la formación del psiquismo, el drama de la insuficiencia a la anticipación. El sujeto asume una imagen y ello produce una transformación. A este primer tiempo inaugural de la subjetivación, que corresponde a la primera infancia, sigue un segundo tiempo de rectificación subjetiva, el de la adolescencia. En este segundo tiempo lo que se pone en evidencia, de la mano de la pubertad y los intensos cambios en el cuerpo que implica, es la prematuración psíquica del sujeto frente a la imagen que le devuelve el espejo. De nuevo el sujeto queda impactado por la imagen y de nuevo esta imago, el esfuerzo por



Caen las identificaciones e ideales de la infancia y se inaugura un tiempo, el de la adolescencia, marcado por intensos cambios y reajustes a nivel psíquico, que abarcan la reconstrucción de la identidad

asumirla, lo pone a trabajar. Caen las identificaciones e ideales de la infancia y se inaugura un tiempo, el de la adolescencia, marcado por intensos cambios y reajustes a nivel psíquico, que abarcan la reconstrucción de la identidad, la constitución de nuevos ideales, el acceso a la sexualidad adulta.

En este momento, es lo biológico lo que empuja, y lo hace además a partir de introducir la diferencia sexual. En este punto nos parece que toma todo su valor la propuesta de M. Recalcati de repensar el estadio del espejo en la adolescencia y específicamente respecto a la diferencia sexual⁴. Ahora, el niño se mira en el espejo y ya no se ve, ve otro, la imagen anticipada de un hombre. De nuevo una alteridad no reconocible, intrusa, y la angustia narcisista que esta transformación implica.

La importancia del espejo para los adolescentes, como objeto ambivalente que ofrece un soporte identificador pero que también genera angustia, nos conduce hasta el Otro contemporáneo, cuya declinación histórico-social desprovee a los adolescentes de un modelo identificador consistente y promueve un malestar que va más allá de la angustia propia del adolescente.

La relación del adolescente con el Otro en la época de la postmodernidad

El Otro contemporáneo es un Otro inconsistente que ha perdido autoridad y que se muestra incapaz de suministrar identificaciones válidas para el adolescente. No

vamos a extendernos en explicaciones sobre el Otro contemporáneo, pero sí queremos rescatar algunos puntos de interés que nos servirán para enlazar con la cuestión que nos parece fundamental aquí, y que es: ¿cómo reacciona el adolescente ante el Otro contemporáneo?, es decir, ¿cómo se las apaña el adolescente de nuestra época?

La sociedad actual promueve el ideal de la satisfacción inmediata, la promoción de goce. Es una sociedad que no quiere saber de la muerte, de la pérdida, del dolor. Igualmente es la sociedad de la caída del Ideal. Sin embargo, recogemos aquí una interesante observación de José Ramón Ubieto⁵, que hace notar como si bien es cierto que ésta es la época de la caída del Ideal, lo es también de la promoción de otros ideales, y especialmente de lo nuevo, respecto de los objetos, y de lo joven, respecto de las personas. De aquí se deduce una cuestión interesante, y es cómo mantener renovado el deseo cuando los objetos caducan casi instantáneamente. Es decir, que el adolescente de hoy se enfrenta a una tarea doblemente difícil, no solo debe acceder a su deseo sino que además se las ve con una gran exigencia, dificultad añadida para hacerlo existir.

Todo ello nos hace cuestionarnos sobre los ritos de paso adolescente, que hoy parecen ser más bien ritos de pasaje al acto. El adolescente de antaño lograba una separación del Otro a través de pequeñas transgresiones, por ejemplo, fumarse un cigarrillo. La eficacia simbólica era suficiente. Pero en la época actual, ante la falta de un Otro consistente, las transgresiones se han

vuelto extremas y a menudo ponen en juego la vida del joven, haciéndolo cruzar delante de un tren cuando éste ya está casi encima por ejemplo. Este tratar de llegar al límite se facilita más cuando la pulsión de muerte se desliga de la de vida.

Estos pasajes al acto resultan de la dificultad de algunos jóvenes para subjetivarse. Se podría decir que la separación que operan estos jóvenes hoy se basa en un uso de la transgresión, a través de rechazar la ley, encaminado a hacerse expulsar, ya sea de casa, de la escuela o del sistema social.

Al principio la UME era un cajón de sastre, un lugar donde iban los que no tenían ningún lugar, era como el conjunto que contiene los elementos que no pertenecen a ningún conjunto

Jóvenes como estos, difícilmente clasificables, son los que van a parar a la UME (Unidad médico-educativa) de la que hablaremos ahora. El reto de la unidad es como hacer para acoger y dar voz al sujeto que se expresa en actos, y como permitirle el acceso a una subjetivación que lo reintegre al campo social.

Trastornos de conducta en la adolescencia y su tratamiento en una Unidad Médico Educativa⁶

En ninguna disciplina hayamos una localización y definición clara de esta temática, para los manuales de clasificación psiquiátrica hay que situarla entre la hiperactividad, el negativismo desafiante y lo disocial o bien nos tenemos que ir ya al código Z. en el ámbito de los tratamientos posibles que se proponen queda reflejada esta indefinición y será según la disciplina lo haya definido. Es difícil hacer generalizaciones o propuestas que alcancen a todos los casos. En nuestra experiencia de lo que uno se da cuenta es de que en cada caso se plantean cuestiones tan singulares y propias que se hace difícil agruparlos bajo un mismo epígrafe. En la UME —que recibe adolescentes entre 12 y 16-18 años con

importantes dificultades en el medio escolar, social y familiar— ante la ausencia de una respuesta unívoca que organice la solución de la problemática, se ha optado por situar la conversación “entre varios” (en este caso psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, pedagogos, educadores, sociólogos, antropólogos, profesionales de justicia juvenil, familias y adolescentes) en el centro de la cuestión, en sostener una conversación que sustituya al discurso magistral que nos habría de solucionar el problema a todos.

Esta sintomatología y este colectivo propios de nuestra época, la época de la globalización, de la totalización, de la generalización de los sistemas educativos, sanitarios y sociales, el tiempo de los derechos fundamentales, etc. aparece bajo la forma de la exclusión. Este es un colectivo que perteneciendo a este sistema se excluye en tanto que rechaza el ejercicio de estos derechos —en concreto el derecho a la educación, a recibir tratamiento y apoyo de los servicios sociales—. Nos muestran la imposibilidad de educar, curar o prestar los servicios sociales a todos. Al principio la UME era un cajón de sastre, un lugar donde iban los que no tenían ningún lugar, era como el conjunto que contiene los elementos que no pertenecen a ningún conjunto (alumnos, pacientes, ciudadanos...). Se constituyó como un espacio de “exclusión interna”: pertenece a los sistemas educativos, sanitarios y sociales y al mismo tiempo acoge a los que los rechazan.

Estos adolescentes se excluyen de una manera que podemos denominar activa, no automática. No se trata sólo de un no querer saber nada, hay una serie de conductas, comportamientos, y fundamentalmente “actos”, que ponen de manifiesto no un rechazo de la ley —por otra parte frecuente en la adolescencia— sino una transgresión de la ley y que traen aparejado una respuesta de los representantes de ésta en el sentido de la exclusión y la punición. En la UME los adolescentes conocen la ley general y saben que la transgreden, lo que desconocen es su propia ley. El adolescente con trastornos de conducta actúa, transgrede la ley general en nombre de una ley propia que no conoce y que es vivida como angustia, miedo, nerviosismo, aburrimiento, etc. En la UME la orientación del trabajo se plantea encaminada a convertir estos actos en discurso, esta ley desconocida en humana, socializarla, pasarla al lenguaje y sobre todo que el adolescente la conozca, la subjetive y pueda hacerse cargo.

En el dispositivo, en primer lugar interesa cortar esta repetición, este “más de lo mismo”, lo que conlleva el “consentimiento” a algo nuevo —saber sobre la ley propia que aparece en diversas formas de angustia—. Se trata por tanto de poder traducir los actos en pala-

bras o poder decir esta ley desconocida por parte del adolescente, que éste pueda hablar según su propia manera y que el equipo lo quiera escuchar y valorarlo —en este equipo de varios profesionales se incluye también la familia o quien tenga la tutela de los adolescentes—. Lo que no interesa y se excluyen son las conductas y lo que interesa son las palabras, las conversaciones, las explicaciones... tal vez es lo único que interesa, del acto al pensamiento.

En lo particular del trabajo psiquiátrico, en el sentido de la prescripción de psicofármacos, lo introducimos dentro de la conversación en los casos que o bien ya están medicados o bien que el equipo valora esta posibilidad. Hay dos criterios fundamentales para ello: cuando hay una invasión llena de afectos de la mente y del cuerpo o en los momentos de vacío y sentimiento de muerte subjetiva, en ambos casos siempre y cuando el sujeto no disponga de recursos para apaciguar lo que es ruinoso para él y su expresión tome la vía de una alteración del comportamiento. Aquí el uso de los psicofármacos —sin amordazar al sujeto— puede propiciar en el adolescente la posibilidad de que pueda decir lo que le sucede. Al introducirlo en la charla y tomar en consideración lo que nos dicen, tratamos de acoger su devenir subjetivo, intentando incitarlos a que no dimitan de la tarea de hacerse sujetos de su destino, sea el que sea.

No siempre encontramos disposición por parte de los adolescentes a abandonar el trastorno, o por parte de las familias a tratar el trastorno de la manera que proponemos, o por parte de las escuelas a tener un deseo

de enfrentarse a lo nuevo —muchas veces prefieren que continúen tratamiento con nosotros hasta “el final”... de la época escolar— y hasta por parte de las instituciones de la salud mental para colaborar en momentos de crisis por considerarlos “intratables” —“a veces inclasificables”—.

En los últimos años apreciamos en la UME una clara tendencia a la disminución de la edad de los adolescentes que nos vienen derivados, se trata casi de púberes —hemos hecho una propuesta a la Administración para la apertura de una UME de segunda infancia, es decir, de 6 a 12 años— lo que conlleva una modificación en el planteamiento de salida. Si el trabajo por la inclusión que se realizaba al principio se encaminaba a una salida laboral, en estos momentos lo que orienta el trabajo es el retorno a los institutos y a su entorno habitual. También aparece con fuerza un mayor tiempo posible para el trabajo con la paradoja de “no hacerlo servir para mantener la exclusión”.

Con todos estos cambios y tendencias se ha hecho más patente la necesidad de que en este trabajo “entre varios” que agrupa a los profesionales y familias de la UME precisa de la participación de profesionales de las redes educativas, sanitarias y sociales que se corresponsabilicen en la política del consentimiento para la “inclusión”. No se trata de producir sujetos como los otros, son sujetos muy particulares con estilos de vida a veces extraños para los demás, pero para que el trabajo se pueda llevar adelante hay que permitir y por tanto querer su inclusión.

Nota

(*)¹ Ponencia presentada en el Primer Seminario de la Asociación Jonás. “La nueva cuestión preliminar”. Gubbio (Italia). Julio 2003

² El concepto de prematuración psíquica en la adolescencia es una hipótesis formulada por Francisco Burgos que se basa en una idea sugerida por la lectura de los *Tres ensayos de teoría sexual* de S. Freud y que ahora desarrollamos aquí conjuntamente.

³ J. Lacan, *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*, en *Escritos 1*, Siglo XXI editores, pág. 87.

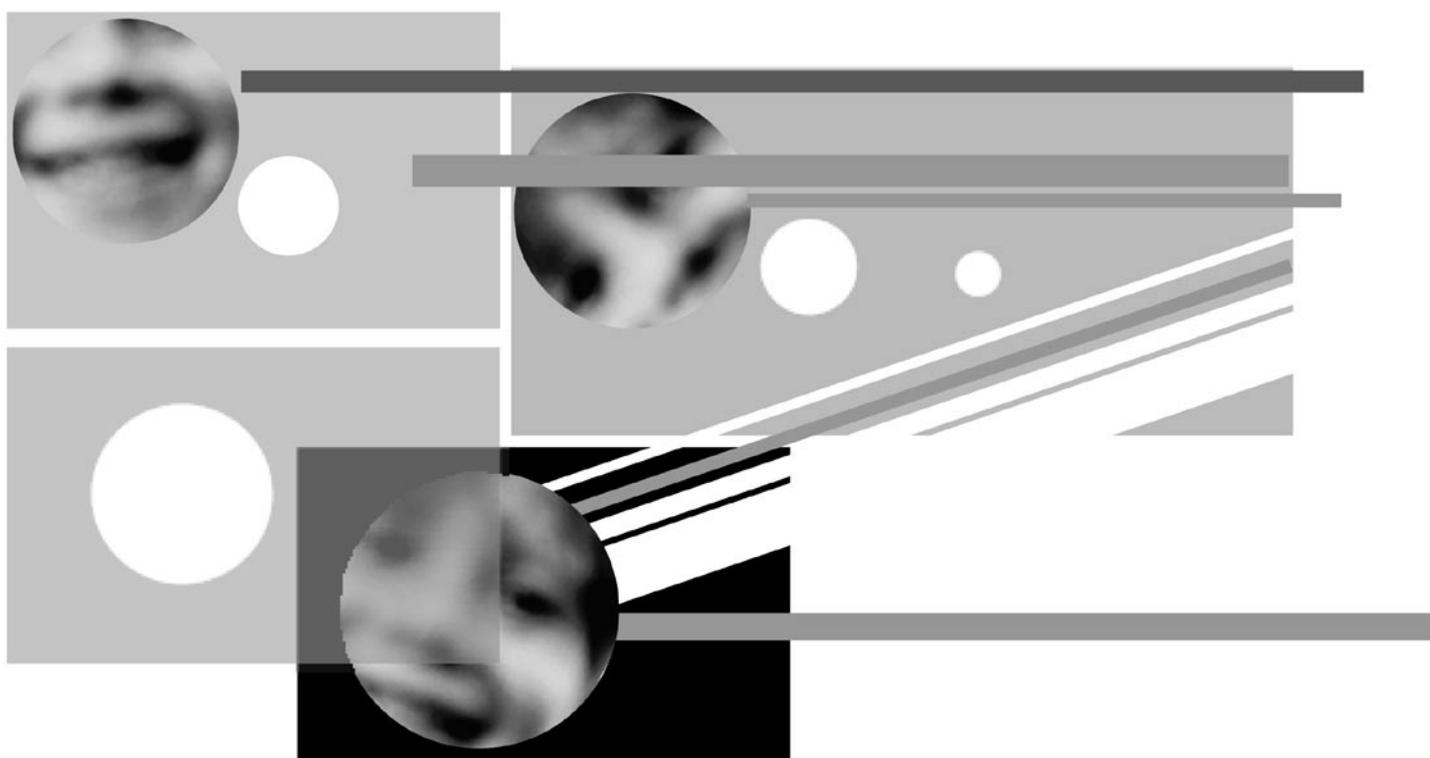
⁴ Id., pág. 88

⁵ M. Recalcati, *Clínica del vuoto*, Franco Angeli, Milano 2002, pág. 61

⁶ J.R. Ubieta, *Familia y violencia*, en Cuadernos de psicoanálisis (Revista del ICF en España), nº 25 *Síntoma y lazo social*, Ediciones Eolia, Bilbao 2001.

⁷ Este desarrollo se basa en la experiencia de dos años en la UME en la que participo como psiquiatra y en los textos inéditos del actual responsable Francesc Puntí

La influència dels factors psicosocials en l'evolució del tmg en nens i adolescents



Aleix Causa.

Investigador social

Amb la intenció d'afavorir un millor coneixement del camp complex i poc definit encara dels Trastorns Mentals Greus (TMG) en la infància i l'adolescència, s'inicia una relació de col·laboració entre la Fundació Nou Barris i el Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona. Aquesta relació pren forma i s'estabilitza mitjançant la recerca que ambdues entitats inicien l'any 2001¹ sobre l'evolució dels factors psicosocials implicats en l'evolució dels TMG en nens i adolescents.

La població d'aquesta recerca van ser pares i educadors-tutors de nens i adolescents amb TMG que

segueixen el seu tractament al CSMIJ de Nou Barris. L'objectiu de la investigació és poder conèixer quins són els factors psicosocials² que influencien en la gestió de la vida quotidiana que fan els referents dels nens i adolescents amb TMG. Conèixer el lloc que ocupa el nen en la família, les vinculacions entre la organització familiar i el TMG o la pèrdua de funcions familiars bàsiques a causa de la desorientació que senten els familiars vers el TMG, són també elements primordials per la cura i el tractament dels nens i adolescents.

En aquest article mostrarem alguns dels coneixements que es deriven del gruix de la recerca. Cal dir

que a diferència de la recerca, no es mostraran els relats dels educadors encarregats de la tutela de nens i adolescents. En aquest article ens centrarem únicament en els relats dels pares, en no voler ubicar aquests canvis en l'organització únicament en un àmbit de caire més professional, que seria més típic dels educadors. Així, l'objectiu d'aquest article serà mostrar els canvis que suposa l'aparició del TMG en l'organització i gestió del dia a dia dels pares de nenes i adolescents amb TMG.

En un primer moment, mostrarem un seguit de relats extrets de la investigació que ens permetran aproximar-nos a com es dona sentit i significat a aquests canvis. En un segon moment, presentarem un apartat més analític, on discutirem amb més profunditat les implicacions del que els pares ens expliquen.

Des d'aquesta aliança entre la UAB i la Fundació Nou Barris, pensem que la introducció de la recerca³ psicossocial en aquest camp pot portar nous coneixements que serveixin com a eina d'orientació per als professionals en les problemàtiques de salut mental infantil i juvenil, així com una incidència positiva sobre l'evolució i el pronòstic dels TMG.

Els canvis en la vida quotidiana

L'aparició del Trastorn Mental en una llar genera tot un seguit de canvis inesperats en l'organització quotidiana d'una família. Les dinàmiques familiars han de passar a tenir en compte la malaltia del fill, amb el que això implica; canvi de rutines en el treball, a la casa, en el temps lliure, etc.

En un primer moment, a les activitats que ja desenvolupaven els pares durant el dia s'hi afegeixen les activitats necessàries per a la gestió del trastorn: les visites al metge, al logopeda, al psicòleg, etc. Els pares obren tot un seguit de noves relacions orientades al tractament del trastorn mental. A més, també es veuen obligats a renegociar aquelles relacions que ja tenien estabilitzades en el seu dia a dia, fruit de les noves necessitats dels seus fills: l'escola, el treball o els amics.

Aquest canvi que suposa la irrupció del trastorn mental queda palès en els esforços que els pares han de realitzar per a poder gestionar agendes sobrecarregades.

"Luego tienes miles de entrevistas con los profesores, con los psicólogos, que luego con los asistentes sociales de los centros de educación; porque, claro, son muchas cosas. Luego también, aparte, hace integración. Ya tienes que tener entrevistas en los otros centros con los educadores y tal... y, o sea, es de

locos. Ahora este año ya es más tranquila, porque ahora él ya iba solo a... lo recoge un autobús, ya va solo, va solo a casa; él tiene sus llaves, él abre, él y él... Este año es más relajado, pero hasta el curso pasado era correr, correr. Yo trabajo. A lo mejor los horarios no me coincidían, tenía que ir, bueno, corriendo a todos los sitios. Y ahora este año estamos más relajados, gracias a Dios, porque hasta ahora han sido once años de correr, correr. (Ent. 8: 2)

A aquestes relacions amb els professionals també hi hem d'afegir les tasques i activitats relacionades amb la gestió de la casa. Tot plegat pot resultar molt estressant per a la família:

"Ya no puedes estar como relativamente tendrías que estar: llegando a tu casa, comiendo en condiciones... Tienes que ir corriendo por la cría, el trabajo, la cría, los médicos, la compra, lo otro... Entonces esto es un estado de nervios que lo vas llevando..." (Ent. 3:16)

D'aquesta manera, els fills esdevenen el centre de la vida familiar. La major part de les activitats i dinàmiques de la família, fins i tot la decoració i distribució dels mobles de la casa, estan en relació amb les necessitats i conductes del fill o filla.

"P2: Llegó un momento que lo teníamos encerrado en el recinto del comedor porque

P1: En el comedor nos poníamos y cerrábamos puertas

P2: Puertas con pestillos

P1: Y sólo porque era incontrolable " (Ent. 6: 1)

Veiem com el dia a dia dels pares està molt orientat cap a l'atenció de les necessitats dels fills. Una atenció que normalment implica una dedicació absoluta per part de la família, les 24 hores del dia. Tot i que en algunes famílies la dedicació es troba distribuïda entre els seus membres, veiem que majoritàriament són les mares les que porten la cura i l'atenció de les necessitats dels fills.

"Sí, su padre, de hecho, solamente le lleva a las nueve al colegio (...) porque por las noches ya no lo ve, y si algún día a mediodía puede venir, pues bien" (Ent. 7: 8)

"Bueno mi marido es que no va también porque él trabaja en la obra y viene muy tarde. Ahora porque ha plegado un rato antes... entonces claro... (Ent. 3: 3)

Així doncs, no és d'estranyar que les mares siguin les que pateixen més els efectes d'aquesta centralització de les activitats en el nucli familiar. Tant és així, que ens trobem relats de mares que se senten absorbides per la dedicació als seus fills.

"Pero me estoy dando cuenta de que tengo 39 años, de que he perdido muchas cosas y quiero recuperar... No todo, pero mi vida, mi espacio. O sea, soy una persona individual y necesito respirar. Y necesito pues eso, vivir. Sí, Manuel es mi hijo pero no es mi apéndice" (Ent. 8: 13)

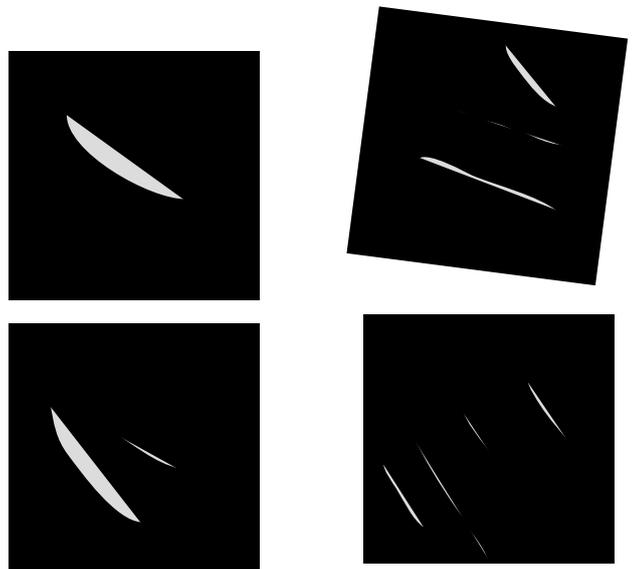
Ara bé, algunes mares creuen que elles també són responsables d'aquesta exclusivitat en l'atenció del fill. Ben segur que les coses podrien canviar si les mares deleguessin algunes tasques a d'altres membres de la família. "O sea, es que queremos organizarlo todo, todo, todo. Todo, o sea, pensamos que somos las que lo sabemos todo" (Ent. 8: 14-15). A vegades no és fàcil delegar a d'altres persones les atencions de les necessitats dels fills. I més quan aquesta atenció conforma i dona sentit a les teves activitats quotidianes.

Serien aquestes relacions d'exclusivitat les que dificultarien fer una separació entre el *jo* i el *fill*. Per un costat, no es marcaria un límit que possibilitaria que els pares creïn un espai de reflexió per donar sentit a les seves pròpies preocupacions. Les quals, entre d'altres, tenen molt a veure amb el sentit que es donen a si mateixos com a pares en relació amb els seus fills.

Per un altre costat, aquesta impossibilitat de distanciament també dificulta les relacions dels pares amb el seu entorn, per exemple amb la xarxa d'amics. Tant és així, que en algun casos hem pogut comprovar que alguns pares mostren reticències a quedar amb els seus amics perquè pensen que el seu fill o filla es fa pesat per als altres. I les amistats es van perdent:

"... Pierdes muchas cosas de tu vida, ¿eh? Muchas cosas. Pierdes relación. Bueno, la relación con los amigos que teníamos antes, la hemos prácticamente... Claro, no puedes ir a su casa ¿Cómo llevas a un niño que está chillando día y noche a casa de unos amigos? A ver, no puedes. Es que no puedes, es imposible" (Ent. 8: 13)

A més, hem de tenir en compte les dificultats d'adaptació que presenten els fills davant certs contextos, fet que fa que moltes de les activitats d'esbarjo i d'interacció esdevinguin una càrrega esgotadora i una font d'angoixa per als pares. La incertesa de les reac-



cions dels fills davant les situacions de lleure habituals acaba per desencoratjar qualsevol activitat de caire social dels pares.

"P2: Sí, es él. Sí, exactamente. Y, por ejemplo, a nosotros antes pues nos gustaba salir a tomar el aperitivo con nuestros hijos mayores. Eso ya se ha acabado

P1: No, si no se puede, se acabó

P2: Àlvar lo podemos llevar, pero es sentarte y cuando él ha acabado su refresco

P1: [No, te tienes que levantar]

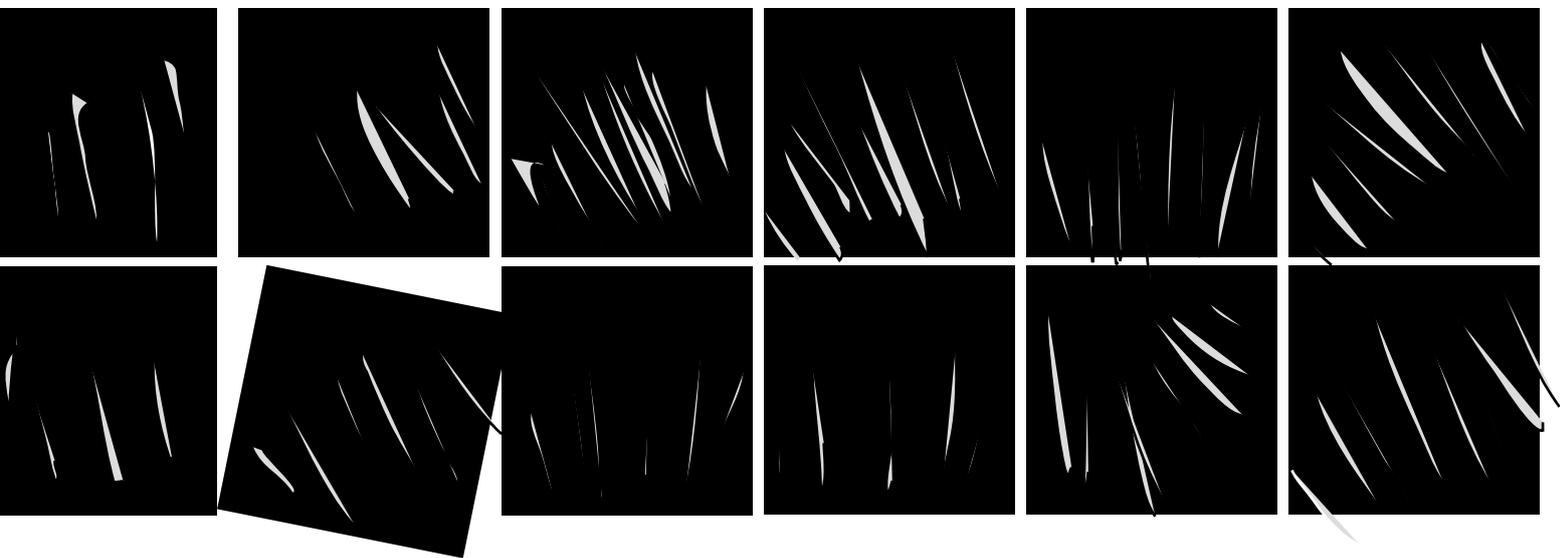
P2: [Ya sabes que]

P1: Cuántas veces nos hemos levantado con todo puesto y tal, y hemos dicho bueno pues nada, vamos". (Ent. 6)

Moltes vegades els relats dels pares ens expliquen l'angoixa que els provoca les situacions en les quals es veuen immersos fruit del trastorn mental dels seus fills.

"Es que eso de ser adulto no quiere decir que dejes de ser un ser humano, con tu sensibilidad... Y claro, nosotros, ¿eh?, esos problemas te afectan evidentemente. No te puedes apartar de ellos " (Ent. 9: 5)

"Yo, como madre, a mí me cuesta muchísimo. Voy haciendo... Unas veces pues lo llevo mejor, otras veces, pues, la verdad, es que me baja la moral



porque, claro, ves que tu nene no lleva el ritmo “
(Ent. 3: 17)

Com a conseqüència de les angoixes que senten, trobem que alguns dels pares han anat a un psicòleg recomanat pel CAPIP. El psicòleg proporcionarà la possibilitat de trobar un punt de vista extern, un espai on tractar les seves preocupacions personals. Gràcies a la teràpia molts pares han pogut reflexionar i situar-se vers totes aquelles situacions que defineixen com a problemàtiques.

“Pero también me gustaría que saliera y que estuviera... que tuviera su novia y se preparara, o, qué sé yo, es que me pienso mucho el día de mañana. Te lo digo porque yo voy a una psicóloga, estoy en una psicóloga hace ya ((puajj)) seis o siete años y siempre le digo lo mismo. Y me dice que me obsesiono mucho con el día de mañana. Digo, ya, pero es que yo... yo qué sé. Yo pienso en el día que yo no estaré porque... eso no sé cuando será... pero, bueno, llegará, ¿no?” (Ent. 5: 19)

A part de poder treballar les seves pròpies necessitats vitals, la teràpia permet treballar el sentit que es donen a si mateixos com a pares. I és que les dificultats de la relació amb nens amb TMG pot arribar a ser una font de qüestionament de la seva pròpia competència com a pares per a alguns progenitors.

Una altra via que tenen els pares per a poder situar-se davant els seus fills, i reduir així les angoixes, són les relacions amb d'altres famílies amb problemes similars. Aquestes relacions permetran als pares compartir experiències que els seran molt útils a l'hora de situar-se davant els seus fills.

“Sí, pero cada uno con su problema. Sí, sí, a veces hablamos, cada uno: ‘tú tranquila que, cuando sea grande, pues ya tu nena... ya verás como poquito a poco...’ O sea que, sí, además de buen hablar, yo tengo a veces que desahogarme porque es que es lógico... Yo estoy hablando y tienes que desahogarte porque es que esto no te lo puedes... te lo estás tragando, un día y otro y otro y dices: ‘jolines, es que siempre estás con lo mismo’, ‘jolin, es que es mi hija y lo estoy pasando yo’. Vale, que yo entiendo que no tienes que estar siempre con lo mismo, pero tengo mis subidas y mis bajadas; esto es lógico, y yo misma estoy luchando y yo misma voy haciendo... y yo misma... y el día a día cuesta, cuesta” (Ent. 3: 28)

Les referències d'altres pares permeten trobar patrons d'organització que donen solucions-sentit a molts dels problemes derivats de la irrupció del trastorn mental. En l'acte de compartir les seves experiències els pares troben eines per organitzar la seva quotidianitat i el seu paper en ella.

Conviure amb el Trastorn Mental Greu

En aquest apartat passarem a centrar-nos en les implicacions del que ens comenten els pares sobre els canvis que els ha suposat la manifestació del trastorn mental en els seus fills.

El material recollit a les entrevistes amb familiars relacionats amb nens i adolescents amb TMG constitueix una informació força significativa sobre les dificultats amb què aquells es troben des del moment de la irrupció de la malaltia. En una època en què, com a conseqüència de la progressiva implantació de models d'atenció basats en la comunitat, la cura en primera instància de les persones amb malalties mentals recau, bàsicament, en els seus familiars o substitutius, és evident que conèixer les vicissituds derivades de la convivència amb un nen amb TMG esdevé, cada cop més, una necessitat ineludible. A més, si tenim en compte el relatiu buit que hi ha a la literatura clínica respecte de les problemàtiques d'aquells que són els referents fonamentals d'aquests nens i adolescents amb TMG, la lectura d'aquestes pàgines i de la investigació en la seva totalitat pot resultar una eina molt útil per aquells la tasca dels quals té a veure amb donar suport a aquesta part de la població.

El fet de donar un lloc privilegiat a la paraula d'aquells que acompanyen aquest nens està totalment justificat⁴, ja que, com assenyala Antonio Di Ciaccia⁵, els pares dels nens amb TMG tenen un saber fonamental per al treball dels clínics. Perquè un tractament sigui possible, cal donar les condicions perquè aquest saber emergeixi; cal, en definitiva, donar un lloc a l'altre de referència dels nens.

La càrrega familiar

Així, el primer que podem constatar és que l'aparició del trastorn mental suposa per a l'entorn familiar del nen o l'adolescent una càrrega⁶ afegida a les que normalment són pròpies de la vida familiar. De fet, a la literatura especialitzada es distingeix entre càrrega subjectiva i càrrega objectiva. La primera es refereix a aquells efectes de la malaltia sobre la família que tenen a veure amb processos emocionals de diferent índole i que a les entrevistes hem pogut apreciar en termes de dolor empàtic, pena crònica o dificultats en l'elaboració de pèrdues simbòliques. La segona té a veure amb les demandes de dedicació addicional que la malaltia provoca en els membres de la família.

Els diferents fragments recollits en aquest article ens mostren algunes de les repercussions que té l'aparició del trastorn mental. A vegades, la mateixa família pateix els

efectes de la simptomatologia del nen o adolescent, sigui el cas d'haver de marxar d'un bar abans d'acabar-se la consumició o sigui el cas d'haver de deixar d'anar a casa dels amics pel comportament violent del fill. La família organitzarà i restringirà els seus recorreguts vitals segons les conductes i necessitats dels seus fills amb TMG.

A banda d'això, els membres de la família es trobaran davant l'aparició de requeriments fruit de les noves necessitats dels seus fills. Han d'obtenir certs serveis del sistema sanitari, han de conèixer les seves disposicions legals que empren en determinades circumstàncies o han de buscar nous centres per a les activitats quotidianes dels fills adaptats a les seves necessitats. Aquest fet suposarà una sobrecàrrega de l'agenda dels pares que els disposarà a anar a corre-cuita tot el dia. Tot i aquest alt nombre de cites durant tot el dia, les mares mai tenen la garantia d'aconseguir allò que persegueixen per als seus fills. Per exemple, a les entrevistes es pot apreciar perfectament el que costa a les mares de trobar un lloc on deixar els fills en les estones de lleure. La manca de preparació d'alguns centres o la simple resistència a fer-se càrrec de nens potencialment tan problemàtics suposa una forta trava en la cerca de moments d'intimitat d'unes mares que es troben *enganxades* als seus fills o filles.

És obvi, també, que les transformacions que ha sofert el model de vida familiar en els darrers anys tampoc no ajuda a portar el pes de la càrrega familiar. Efectivament, la progressiva desaparició de la família extensa a favor de la nuclear, així com el creixent nombre de famílies monoparentals, configuren un escenari en el qual el recurs als serveis públics es torna més i més necessari. El suport de la família que, com s'ha confirmat en diferents estudis⁷, fa minvar l'estrès dels pares, ha de ser substituït per una xarxa assistencial que, malauradament, no dóna la resposta necessària.

L'organització del nucli vivencial

Els horaris, els ritmes, els espais passen a adaptar-se al nen, a partir dels condicionants que la malaltia sembla imposar, deixant de costat, o en un segon pla, les necessitats de la resta de membres de la família, amb la qual cosa arriba a posar-se en perill la coherència mateixa de la família i el seu desenvolupament com a unitat. Les últimes conseqüències d'aquest procés es presenten en la forma de supressió de les prioritats familiars no relacionades amb la malaltia i de negligència de les qüestions normatives que faciliten el desenvolupament familiar⁸.

En la majoria dels casos és la mare la que més activitats de la seva vida personal sacrifica per ocupar-se

del nen en qüestió. En canvi, el pare ocupa de manera creixent el seu temps, i roman molt sovint absent durant llargs períodes. Colette Soler⁹ destaca, a partir de la seva experiència en el tractament psicoanalític a moltes mares, que hi ha quelcom en la relació d'una mare amb els seus fills que té a veure amb el sacrifici de si mateixa. Moltes vegades, segons hem pogut observar, aquest sacrifici es realitza per sentiments de culpabilitat que se sostenen sobre la creença de ser la causant o la que ha transmès d'alguna manera la malaltia. Cal assenyalar, tanmateix, que alguns dels pares entrevistats relaten noves configuracions familiars en les quals ambdós cònjuges es coresponsabilitzen de la cura dels fills.

Aquesta organització adaptada al subjecte amb TMG fa que es dilueixin certes normes en la organització familiar. Veiem, com destaca Lacan¹⁰, que el subjecte amb TMG qüestiona l'ordre simbòlic establert, i presenta dificultats per vincular-se socialment. Sovint, hom troba casos de TMG que mostren el seu desenganxament dels altres a través de la seva dificultat per entendre i connectar amb el codi de conducta establert. Presenten evidents dificultats per entendre un sistema de normes socials, realitzar jocs reglats, o organitzar-se autònomament el seu temps. És per això que, d'alguna manera, el subjecte

amb TMG *obliga* el seu entorn a reorganitzar-se. Ara bé, aquesta reorganització pot implicar certs riscos que, com hem vist al llarg de les entrevistes, amenacen l'estabilitat del grup: el referent del nen entra en *un cercle viciós* –en caure en una dinàmica d'establiment de mesures que porten a infraccions del nen que, al seu torn, porten a noves mesures que són cada cop més fortes i que poden desembocar en situacions de violència mútua propiciades pels sentiments d'impotència que es generen— que no fa més que empitjorar la situació tant del nen –que sovint queda reificat com a *problemàtic*– com de si mateix. El nen amb TMG té una important dificultat de respondre dòcilment a allò que l'altre de referència li demana, amb la qual cosa s'arriba, en els casos extrems, al fracàs de la seva funció: els pares expressen el sentiment que part d'allò que succeeix al nen és degut al fet que ells no ho fan suficientment bé. En general, els que conviuen amb un TMG se senten altament demandats i consideren que les ajudes i recursos socials són insuficients. El que es dedueix d'això és que cal construir un circuit que permeti que el nen no depengui absolutament del seu tutor, evitant d'aquesta manera l'adaptació del nucli de convivència a les característiques de la malaltia així com els possibles processos cronificadors.

Notas)

- 1 Estudi qualitatiu dels factors psicossocials implicats en l'evolució dels trastorns mentals greus (TMG) en nens i adolescents (2001-2002).
- 2 Parlem de factors psicossocials alen referir-nos a aquells elements psicològics i socials que influencien en la construcció del sentit i del significat en les relacions, en aquest cas, dels referents dels nens i adolescents amb TMG; Jja sigui en la relació amb un mateix o en la relació amb els altres.
- 3 Tot i que la metodologia qualitativa exigeix un tractament intensiu de la informació i no permet una universalització dels resultats, fa possible un aprofundiment comprensiu i interpretatiu i comporta, també, un major poder explicatiu. Això és possible, principalment, perquè la utilització de mètodes qualitatius té com a característica principal l'anàlisi i interpretació del significat que les persones donen a les seves accions i a les accions dels altres.
- 4 Per a una revisió d'anàlisis similars a aquest que presentem aquí, hom pot consultar Marsh, D.T. i Jonson, D.L. (1997). *The Family Experience of Mental Illness: Implications for Intervention. Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3):229-237 o, també, Barker, S.; Lavender, T. I Morant, N. (2001) Client and family narratives on schizophrenia. *Journal of Mental health*, 10 (2): 199-212.
- 5 di Ciaccia, A. (2001). Una pratica al rovescio. En AA.VV. *Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el área mediterránea*. Madrid: Ministerio Affari Esteri-Ambasciata d'Italia.
- 6 Per a un estudi dels diferents factors que influencien la càrrega familiar, vegeure Lowyck, B; de Hert, M.; Peeters, E.; Gilis, P. i Peuskens, J. (2001) *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5: 89-96.
- 7 Vegeure Warfield, M. E. (2001) Employment, Parenting, and Well-Being Among Mothers of Children with Disabilities. *Mental Retardation*, 39 (4): 297-309.
- 8 Vegeure González, S.; Steinglass, P. I Reiss, D. (1989) Putting the Illness in its Place: Discussion Groups for Families with Chronic Medical Illnesses. *Family Process*, 28: 69-87.
- 9 Soler, C. (1993). La cosa materna en el inconsciente del niño. En *Actas de las Sextas Jornadas de Trabajo de Forum-Nueva Red Cereda*. Barcelona: Forum.
- 10 Lacan, J. (1987). Discurso de clausura de las Jornadas sobre la psicosis en el niño. *El Analicón*, 3: 5-15.

Notas sobre el Trastorno Mental Grave infantil y adolescente



Clara Bardón.

Psicoanalista. Miembro de la ELP.

Psiquiatra en el CSMIJ Nou Barris. Fundació Nou Barris.

Cuando hablamos de Trastorno Mental Grave (TMG) nos referimos a un trastorno mental que aparece en la infancia o la adolescencia. Un tiempo de la vida en el que tiene lugar el proceso de construcción de la subjetividad, tanto en lo que se refiere a la estructura de lo simbólico como a las diversas identificaciones y los vínculos sociales. Por ello, una perturbación significativa del proceso a este nivel va a tener importantes

repercusiones en el ámbito subjetivo, familiar, escolar y social en los que se desenvuelve la vida del niño y en su futuro.

La denominación de TMG en la salud mental constituye un campo complejo debido a los diversos factores interrelacionados. En primer lugar las características psicopatológicas del niño o el adolescente, que estarán a su vez condicionadas por la edad de aparición de la

problemática y sus características subjetivas. En segundo lugar las peculiaridades de su entorno familiar. En tercer lugar, el medio escolar y social del que forma parte.

El TMG infantil y adolescente versus el TMS del adulto¹

El TMG infantil y adolescente engloba diferentes patologías, en la

serie de las psicosis, algunos trastornos del desarrollo del lenguaje y algunos trastornos graves de la personalidad. Pero presenta ciertas características que lo diferencian del Trastorno Mental Severo tal como se concibe en el adulto, ya que en este caso la connotación "severo" implica un criterio de cronicidad.

Por el contrario, en niños y adolescentes, si bien el trastorno mental como tal no se puede evitar, sí pueden en muchos casos evitarse la cronificación del cuadro y las consecuencias invalidantes que tendría para el futuro del sujeto.

La infancia y la adolescencia constituyen el periodo de la vida caracterizado por momentos cruciales en la construcción de la subjetividad y los vínculos sociales y donde la estructura familiar y sus peculiaridades tienen una importancia capital. Por este motivo, es importante poder discriminar, en cada caso, lo que ya está definido de la estructura del sujeto de aquellos otros aspectos que pueden ser modificables si se produce una detección a tiempo del trastorno que posibilite una intervención precoz sobre el sujeto, la familia y las repercusiones que tiene el trastorno en otros aspectos de su vida.

La intervención es compleja porque es necesario tener en cuenta muchos factores, como ha sido señalado.

Un programa de atención a los TMG²

La importancia de un programa de atención específica para los trastornos mentales graves es la de poner de relieve no solamente las necesidades asistenciales y de tratamiento sino los aspectos preventivos.

Respecto al concepto de prevención en salud mental es preciso situarlo en su justo lugar y límites para no deslizarse hacia un idea-

El TMG infantil y adolescente engloba diferentes patologías, en la serie de las psicosis, algunos trastornos del desarrollo del lenguaje y algunos trastornos graves de la personalidad

lismo poco conveniente, a partir del cuál podría creerse que el trastorno mental como tal es posible evitarlo interviniendo sobre toda la población con ciertas medidas de tipo informativo o educativo para las familias.

Consideramos aquí como prevención la detección precoz del trastorno, posibilitado por el trabajo de coordinación e interconsultas que se realiza con otros dispositivos de la zona que tratan de forma regular o incluso diaria con el niño o adolescente, especialmente el pediatra o médico de familia y la escuela. En este último caso la intermediación del EAP³ es fundamental ya que en muchas ocasiones es el primer equipo especializado en ser consultado por los trastornos de diversa índole que muestra el niño en la escuela. El trabajo continuado entre ambos equipos, del EAP y el CSMIJ, permite ir creando una cultura común en relación a este tema y la elaboración de protocolos de detección y derivación a partir de las diversas señales de alarma que se pueden producir en el ámbito escolar. Lo mismo sucede con la Atención Primaria de Salud (APS).

Si bien son éstas las dos principales fuentes de detección y derivación, no es menos importante la detección a partir de los Servicios Sociales, donde se atiende a las familias y se puede, si se presta atención, conocer de manera indirecta,

la problemática de los niños que están a su cargo.

Esto permite establecer planes de actuación con los servicios implicados que pueden ir desde la reorientación de su trabajo por tener una idea más precisa del problema, hasta la reconducción de actitudes respecto al niño o el adolescente para evitar conductas estigmatizantes y de segregación muy frecuentes, como son los castigos o expulsiones de la escuela por los trastornos de su comportamiento, o las burlas de los compañeros. También facilita la derivación al CSMIJ para valoración clínica de aquellos casos que aún no han consultado.

La detección a tiempo permite así el tratamiento precoz de ciertos trastornos que presentan señales de alarma que pueden hacer sospechar un TMG y evitar su agravamiento. Por ejemplo, los llamados trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje o las dificultades en el vínculo con el otro en la primera infancia, los trastornos graves del comportamiento en la segunda infancia o la irrupción masiva de la llamada "fobia social" en la adolescencia, por citar sólo algunos de ellos.

Acerca del diagnóstico

Las patologías englobadas en lo que consideramos trastorno mental grave son: el autismo y psicosis de apari-

Las patologías englobadas en lo que consideramos trastorno mental grave son: el autismo y psicosis de aparición en la infancia, la esquizofrenia infantil y adolescente, las psicosis afectivas y algunos trastornos

ción en la infancia, la esquizofrenia infantil y adolescente, las psicosis afectivas y algunos trastornos graves de la personalidad (de tipo límite o disocial).

Pero no es suficiente un diagnóstico de psicosis para considerar el TMG sino que se suman otros criterios como son: la gravedad de su expresión clínica, la precocidad en el inicio del trastorno, la problemática familiar, las consecuencias del trastorno en la vida del niño y sus posibilidades, tanto a nivel subjetivo como del vínculo social y del aprendizaje. Asimismo aporta gravedad el hecho de que haya asociado un consumo de tóxicos en la adolescencia.

Por esta razón, el abordaje del TMG no puede limitarse al proyecto terapéutico individual sino que incluye la valoración de todos los aspectos de la vida del niño que puedan estar afectadas y el trabajo con las personas y los profesionales que se ocupan de él.

Por otra parte, no están incluidas en esta denominación algunas patologías que pueden ser también muy graves: algunos trastornos del comportamiento con conductas de riesgo, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos del humor, fobias generalizadas, trastornos de la alimentación, etc. Pero, en algunos casos, estos trastornos pueden ser síntomas que tienen la función de compensar la fragilidad de la estructura subjetiva y protegerla del

desencadenamiento de la psicosis, por lo que es preciso afinar en el diagnóstico diferencial.

En este sentido, el diagnóstico a partir de la estructura subjetiva y del vínculo con el Otro permite detectar, antes de que eclosionen la patología en su más grave expresión clínica, aquellas situaciones que llamamos prodrómicas susceptibles de evolucionar hacia un trastorno mental grave.

El síntoma, desde este punto de vista, es algo elaborado por el sujeto a partir de los fenómenos psicóticos que padece y constituye más bien una respuesta a esos fenómenos que amenazan su estabilidad. Por eso, en el diagnóstico y orientación del tratamiento es importante discernir la función que cumple cada uno de sus síntomas y poder diferenciar aquellos que constituyen un eje que puede centrar la subjetividad de aquellos que son fallidos en este sentido.

Clinica del vínculo social

La causalidad de la psicosis es preciso pensarla en relación al primer encuentro del sujeto con el lenguaje que implica un doble movimiento: el niño es incluido en el lenguaje por el Otro⁴ que le dispensa sus cuidados y, a su vez, el niño consiente a esa mediación del lenguaje en su relación con el Otro. Esto va a permitir el

inicio del proceso de simbolización de su realidad y de su posición en ella.

En cada caso, este proceso incluye en sus inicios la simbolización de los objetos, la dependencia del Otro para la satisfacción de la necesidad transformada en la necesidad de pedir en el contexto de una relación, la organización y soporte simbólico de la relación imaginaria con el otro, la construcción del cuerpo como tal a partir del organismo vivo, la organización de las pulsiones. El anudamiento de esta estructura subjetiva no se salda sin un resto, ya que no todo es simbolizable, y ese resto constituye el núcleo real de los síntomas que, en muchos casos introducen una distorsión a diferentes niveles en su vida pero, en otros, pueden ayudarle a sostenerse.

Como decía, estar en el lenguaje no es suficiente para estar en la palabra. Es preciso que tenga lugar su apropiación por el sujeto. En las psicosis encontramos un fallo en la simbolización que va a tener consecuencias en los aspectos antes mencionados. Por esta razón está particularmente afectado el vínculo con el otro, lo cuál sumerge al sujeto en una dimensión de soledad en relación a sus vivencias que no puede compartir y en un desorden pulsional no regulado. Se ve afectado de forma especial por el vacío, el rechazo y la segregación en relación con la familia, compañeros y maestros, a

su vez afectados, de una u otra forma, por la dificultad para entender su lógica y relacionarse con él.

Hay que tener en cuenta que en esta dificultad toma parte también la disposición del otro, su actitud y su deseo, o no, de entender el problema. Con frecuencia se le compara con el niño ideal, se le exige un comportamiento neurótico, una respuesta normalizada a la intervención educativa, a la que no puede responder, en parte porque le es transmitida en unos términos no comprensibles para él pero, fundamentalmente, porque sus síntomas no son educables.

Con frecuencia, lo difícil de soportar es, no tanto el comportamiento disruptivo que distorsiona, sino la falta de respuesta que se espera, su falta de lógica o sus actitudes defensivas que son causadas por la dificultad para ubicarse en una determinada situación, o bien sus momentos de desconexión que alternan con otros momentos de conexión, lo cuál genera un gran desconcierto en su entorno.

Comprender al otro se basa en poder identificarse con él. Aquí se trata, ante la imposibilidad de comprender, de poder aceptar lo incomprendible y encontrar otra manera que la educativa para aproximarse a él y poder manejar la relación de una forma distinta. Un ejemplo muy frecuente es la dificultad para poner límites a una conducta producto de un desarreglo pulsional que desborda al sujeto. La orden, que suele ser intrusiva y amenazadora para él, lo que provoca es una reacción defensiva, bien como bloqueo e inhibición, bien en forma agresiva o de pasaje al acto, pero, en todo caso equivalente a la vivencia del malestar que ha experimentado.

Porque verse confrontado directamente con aquello que para él constituye lo imposible de soportar le lleva al borde del abismo, de un

Se trata, por tanto, de poder comprender y explicar en cada caso la problemática del TMG que padece cada niño o adolescente en particular, de forma que esto permita construir otra idea del niño y de su malestar

vacío que amenaza su integridad. Entender precisamente eso, muchas veces permite situarse ante el problema de otra manera y contener la situación desde una posición distinta y, tal vez, dando un rodeo con otros medios.

Un tratamiento posible

Ya han sido señaladas las dificultades de relación con los niños que padecen un TMG y que suelen ser una fuente de gran malestar para su entorno ya que el malestar del niño y su forma de conducirse provoca que uno se sienta cuestionado en su competencia como profesionales, como padres, educadores, maestros, etc.

Se trata, por tanto, de poder comprender y explicar en cada caso la problemática del TMG que padece cada niño o adolescente en particular, de forma que esto permita construir otra idea del niño y de su malestar, entender a qué responden las expresiones de ese malestar y, como consecuencia de ello, poder construir otra modalidad de relación con él. Pero teniendo en cuenta que hay síntomas que es importante respetar porque tienen una función estructurante o reparadora.

Este es el primer paso en el trabajo psicoterapéutico, a partir de las entrevistas de valoración diag-

nóstica con el niño y la familia. Un diagnóstico que, como hemos visto, no es sólo clínico sino subjetivo, realizado a partir de la singularidad de su síntoma, y psicosocial. Por lo tanto, se incluye en esta valoración no solo al niño y su familia sino a la red de profesionales y servicios que intervienen (teniendo un lugar central la escuela) y aportan desde otra perspectiva información y reflexión sobre su problemática.

El tratamiento es siempre complejo y es importante garantizar en lo posible una continuidad, facilitando una disponibilidad horaria del profesional que le atiende para sus visitas, para la atención urgente, para las llamadas telefónicas de la familia. Hay que pensarlo siempre a largo plazo, con tiempos e intensidades distintas según el momento. Hay tiempos fuertes y tiempos débiles, en los que aparentemente no pasa nada, existe una compensación relativa y aparece el aburrimiento del niño y la familia. Hay que maniobrar con eso para tratar de que no se rompa el vínculo que, con frecuencia, es lábil y difícil de sostener por parte de muchos pacientes y sus familias. A pesar de ello, con frecuencia se producen interrupciones producidas por la propia estructura del trastorno.

En la psicoterapia individual el trabajo depende de la transferencia que pueda establecer el niño o ado-

lescente, según su problemática, con la ayuda del terapeuta, y diferente en cada caso. Hay niños que se vinculan muy bien al tratamiento a pesar de sus dificultades porque se le ofrece la posibilidad de una relación distinta con el Otro, y ese eje que se descubre como facilitador del vínculo es, precisamente, el que puede servir para ayudar a orientarse en la dirección del tratamiento y también a la familia y a la escuela.

En cada caso será la escucha atenta, permitiendo que se despliegue la estructura, que hable de sus síntomas y experiencias de malestar, lo que va a orientarnos acerca de los recursos de que dispone el sujeto para hacerle frente y ayudarlo a producir un síntoma que le permita ordenar su mundo y sostenerse en él.

Puede tratarse de una invención del sujeto que sirva para localizar y poner límite a su libido, una particular relación con el saber, una construcción metafórica, la creación artística, ciertos usos del lenguaje, una formación imaginaria. Las manifestaciones clínicas son muy diversas y también lo son las posibles soluciones, más o menos exitosas, en cada caso. En otros casos es el vínculo mismo con el terapeuta en el marco del tratamiento, el que lo sostiene en ausencia de un síntoma propio que sea eficaz.

No se trata nunca del ideal sino de lo posible de tratar y de lo que es posible construir con el

paciente. A veces, lo posible es ese punto de apoyo en el terapeuta que le permite iniciar un vínculo distinto con el Otro y que le da la posibilidad de empezar a tener una idea diferente de sí mismo. Esto por sí solo puede apaciguar los síntomas, hacer su mundo más vivible y soportable para él y puede tener consecuencias muy importantes en su vida. El vínculo terapéutico así establecido puede ser fuerte, pero también precario y sometido a diversos avatares.

Pero en otros muchos casos, las dificultades en el lazo social son tan importantes que afectan a la posibilidad del establecimiento de la transferencia del lado del niño y también de las familias, lo cuál reduce el campo del tratamiento a la intervención indirecta con otros servicios que se ocupan del niño y, en ocasiones, al tratamiento psicofarmacológico que en muchos casos es eficaz en el apaciguamiento de algunos síntomas.

El trabajo específico con los padres, necesario siempre en alguna medida en el tratamiento con niños, se hace particularmente importante en los casos de TMG. En primer lugar dándoles un lugar como sujetos en el tratamiento para que puedan desplegar los avatares de su relación con el niño, movilizar su fantasma, especialmente el de las madres, en el que el niño puede tener una posición muy consolidada, ocupar un lugar oscuro, como objeto

de su tormento, insoportable, y ser ignorado como sujeto. Darles un lugar en el tratamiento implica ante todo tratar eso. También producir un desplazamiento de la posición de los padres respecto a los síntomas del niño y ayudarles a entender otras cosas de su hijo. Siempre, en cierta medida, está la necesidad de sostener, apoyar, ayudar a separarse o a soportar la separación que su hijo necesita para adquirir alguna autonomía.

Cada caso es distinto. Hay casos en que la familia colabora poco, familias muy enfermas en las que predomina el rechazo a tratarse y tratar al niño, porque el trastorno del niño cumple la función de mantener una cierta homeostasis en el goce familiar o por la indiferencia que les produce su malestar, ya que el hijo no está subjetivado en tanto tal. Por otra parte, en estos casos, la clínica que presentan suele ser pobre y esto implica una mayor necesidad de intervención de otros dispositivos y de trabajo indirecto a partir de la coordinación con ellos. Si la familia no sostiene, los otros deberán de sostener más.

En cualquier caso, el tratamiento del TMG no se puede reducir a lo que ocurre en el consultorio. Hay que contar con los tugares de vida del niño, ayudar a entender qué le pasa porque esto es lo que va a orientar el trato que recibe.

Notas

¹ Trastorno Mental Severo

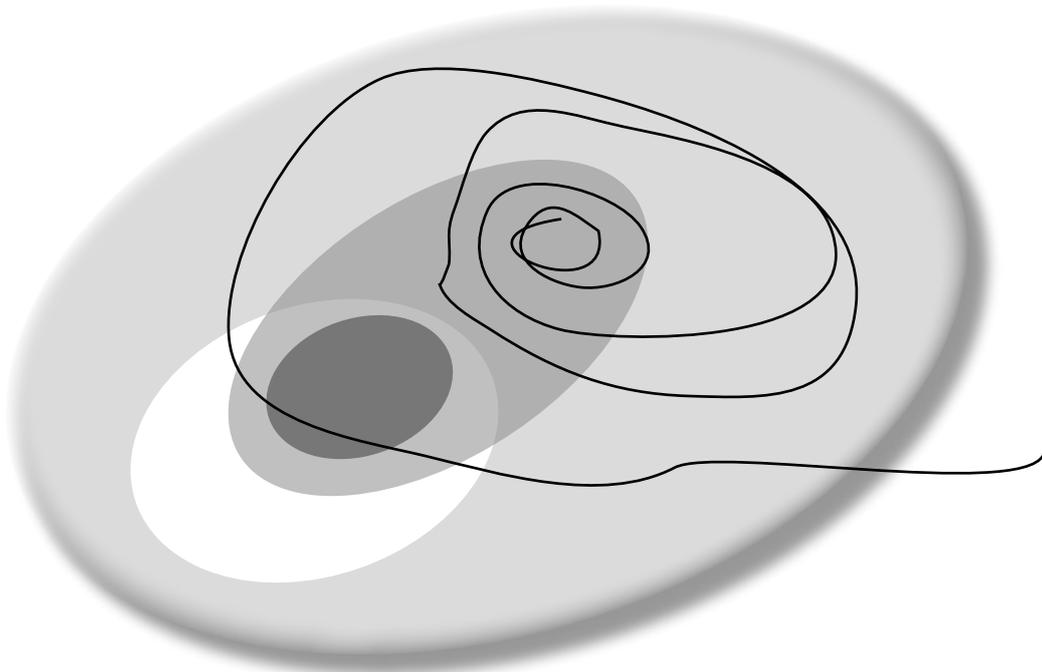
² El CSMIJ de Nou Barris desarrolla desde diciembre de 2002 un programa piloto de atención a niños y adolescentes que padecen un Trastorno Mental Grave

³ Equip d'Assessorament Psicopedagògic

⁴ Se escribe a partir de aquí *Otro* cuando la referencia fundamental es simbólica, para diferenciarlo del *otro*, el semejante, cuya referencia fundamental es imaginaria.

Trabajo en grupos con chicos que padecen afecciones psicosomáticas y crisis de angustia

“¿Vos te pensás que va a ser fácil volver al cole?”



Equipo de investigación sobre Pequeño Grupo Monosintomático del Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires (Argentina).¹

En 1995 un grupo de analistas del Servicio de Psicopatología del Hospital de Niños Pedro de Elizalde inició un trabajo de asistencia e investigación de pacientes con afecciones dermatológicas. De los pacientes derivados por el Servicio de Dermatología, llegaron a la admisión un promedio de 40 por año; las patologías más relevantes eran alopecia, vitíligo y soriasis.

El equipo de dermatólogos (dirigido por Lidia Valle, a su vez presidenta de la Asociación Argentina de Dermatología), suponiendo la presencia de aspectos psicosomáticos y no pudiendo hablar suficientemente con los pacientes durante las consultas, decidió hacer un grupo con pacientes y médicos, una vez por mes, con participación de psicoanalistas de nuestro servicio. Los

médicos suponían también que este espacio facilitarían la derivación de pacientes al servicio de psicopatología, que, de otro modo, a veces era sentida por los pacientes como exclusión –“Usted, doctor, no me quiere atender y por eso me manda al psicólogo”–.

Mediante este dispositivo fuimos verificando la creación de un lazo imaginario entre los pacientes, que comenzaron a nombrarse como un “nosotros”. Y, para nuestra sorpresa, pacientes que, derivados a psicopatología, dejaban sus tratamientos, sin embargo concurrían a la reunión mensual de grupo.

Nos dimos cuenta de que el lazo social que se producía en el grupo hacía que la gente siguiera yendo. A partir de eso, y tomando en cuenta la teoría de Mas-

simo Recalcati sobre pequeños grupos (ver nota aparte), empezamos a formar "pequeños grupos monosintomáticos", primero de chicos con problemas dermatológicos y después también con trastornos de lenguaje y ataques de pánico.

Por ejemplo, en Jazmín, integrante del pequeño grupo monosintomático de niños con alopecia, la muerte de su padre había producido una angustia que no había podido ser elaborada, tomando la forma de lo que llamamos pasaje al acto –en su caso, fugas escolares– y del fenómeno psicossomático –en su caso, caída del pelo–.

En el pasaje al acto se trata de la ruptura repentina de una continuidad en la conducta, caracterizada por su dimensión de urgencia. En el Seminario "La angustia", Lacan considera la fuga como paradigma del pasaje al acto.

En el fenómeno psicossomático, hay una desgarradura que remite, en el cuerpo, a algo más que la imagen real; una marca que, al no estar perdida, se instala como memoria de lo real, memoria sin posibilidad de recuerdo, in-memoria (Javier Aramburu, "El fenómeno psicossomático y la clínica borromeana", Hacia una clínica lacaniana del FPS, volumen 4). El cuerpo toma nota de un acontecimiento traumático pero el sujeto no puede historizarlo, no puede ser mediatizado por lo simbólico.

Mediante el dispositivo del pequeño grupo monosintomático, Jazmín comenzó el trabajo del duelo. Recordemos que, en la concepción lacaniana del duelo, no se trata de que el sujeto pierda el objeto, sino de que ya no hay Otro a quien faltarle.

En una sesión del pequeño grupo, una compañera contó que había festejado su cumpleaños, y habló de personas que habían estado ausentes de esa reunión. Jazmín, sin motivo aparente, se angustió. Y pronunció una frase que a ella misma la dejó perpleja: "Yo no estuve allí". ¿Por qué hubiera tenido que estar allí? En todo caso, a partir de esa escena relatada por la compañera, que ella había leído como exclusión, por primera vez pudo reclamarle al Otro: "¿Por qué yo no estuve allí?". A partir de la resonancia singular que le produjo esa escena, Jazmín pudo tolerar la angustia y surgió en ella algo del deseo.

En el pasaje al acto se trata de la ruptura repentina de una continuidad en la conducta, caracterizada por su dimensión de urgencia.

Y este efecto se produjo a partir del grupo, como muletilla imaginaria, como facilitador que permite el despliegue de la subjetividad.

Carlos presentaba ataques de angustia que le impedían ir al colegio. Los ataques habían comenzado a partir de la muerte de su abuelo. El había ido primero a un análisis individual, donde sus producciones gráficas –dinosaurios muertos por la caída de un meteorito– señalaban la angustia que, sin embargo, eludía todavía la palabra, la simbolización, y pasaba directamente al cuerpo. En el grupo monosintomático de fobias, Carlos demostró cómo la vacilación de los otros puede ser un recurso para meditar sobre la propia vacilación.

Una integrante de ese grupo le dijo: "¿Vos te pensás que va a ser fácil volver al colegio?"; como si le preguntara si él creía que sólo cuando se le fuera el miedo iba a poder volver. Esas palabras le alcanzaron para soportar la angustia y volver al colegio. La compañera, ese pequeño otro, hizo emerger la precipitación de un juicio y la decisión de no esperar más.

Carlos encontró en su semejante la clave para la solución de su problema; esta reciprocidad con los semejantes instauró en él una tensión donde el momento de retraso con respecto al grupo se presentó como el momento de concluir. Momento de concluir, con su decisión subjetiva, el acto de comenzar nuevamente el colegio. Con alivio. El acto había reducido su goce pero con una ganancia de saber.

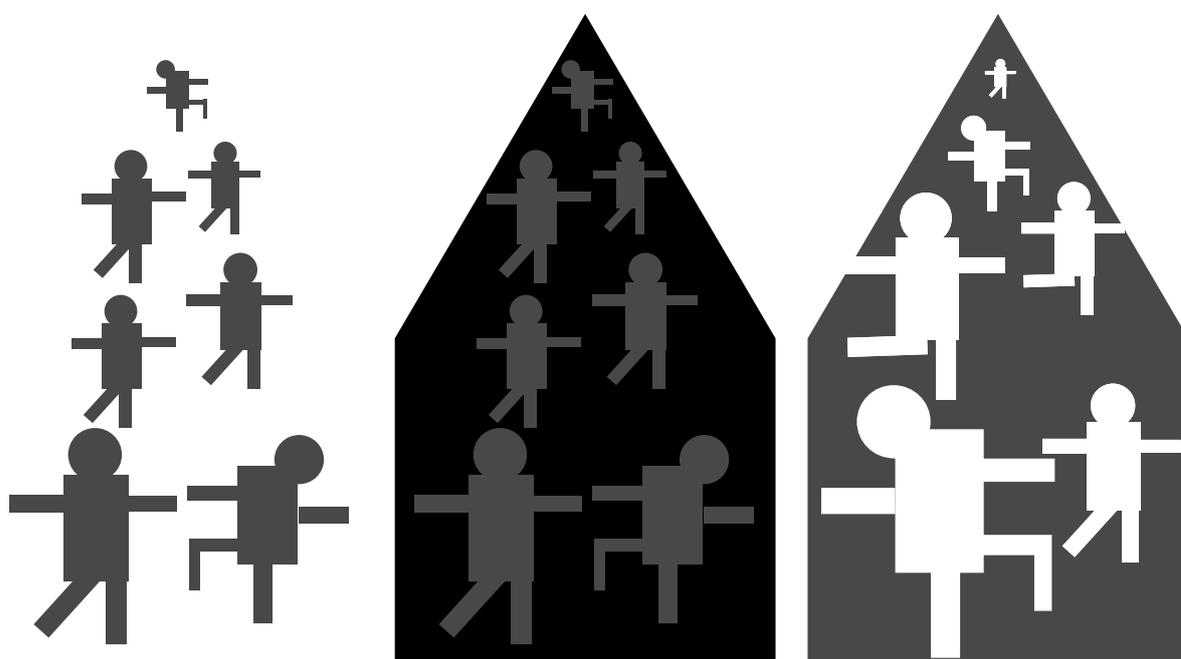
A partir de esto, comenzaron a articularse en Carlos preguntas subjetivas, que sólo podrán desplegarse en un análisis individual.

Nota

- 1 Los miembros del Servicio de Psicopatología del Hospital de Niños Pedro de Elizalde cuentan su experiencia, desde una perspectiva psicoanalítica, con pequeños grupos de chicos que sufrían enfermedades como alopecia, vitiligo y soriasis.

Los pequeños grupos y la subjetividad

Del espejismo al nombre propio



Equipo de investigación sobre Pequeño Grupo Monosintomático del Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires (Argentina).

En su trabajo "La función del pequeño grupo en la lógica del psicoanálisis", Massimo Recalcati —psicoanalista y profesor de la Sección Clínica de Milán del Campo Freudiano— evalúa la posibilidad del uso clínico del psicoanálisis en el contexto del grupo. Considera la distinción entre grupo y masa, tal como

la formuló Jacques Lacan a partir de Freud. En la masa, se produce el eclipse del sujeto bajo una insignia donde se exalta, por vía de la identificación, el poder ideal de un líder; en la mirada hipnótica del jefe se reencarna la mirada del padre totémico, el "temible padre primordial" al que alude Freud. Esa mirada

absoluta produce la ilusión de ser y hacer Uno con el Otro. Y conlleva el peligro de empujar al sujeto en la dirección fanática del sacrificio.

El pequeño grupo, contrariamente a la masa, puede garantizar la existencia de la particular. Su lógica interna no es la del fanatismo por el Uno sino la de la diferencia,

del no-todo, del Uno no sin el Otro. Entonces, la posibilidad de un dispositivo grupal va en contra de esa tendencia espontánea del conjunto humano a su masificación.

La dimensión del pequeño grupo parece indicar otro género de identificación posible. La hipótesis – planteada ya por el psicoanalista de la escuela inglesa Wilfred Bion– es la de un “grupo sin jefe”, una identificación horizontal; un grupo que no se cimienta sobre el Ideal del Uno, sino que deja existir lo particular del sujeto promoviendo la heterogeneidad, no asimilable a ninguna fusión identificatoria. El grupo no se sostiene bajo la mirada absoluta del Ideal ni sobre la “ semejanza imaginaria ” que deriva de la identificación al Ideal, sino a partir de un lazo social reducido al trabajo, al “objetivo común”, en términos de Bion.

Recalcati trabajó en una institución especializada en el tratamiento de pequeños grupos de sujetos anoréxicos-bulímicos. En el Hospital Elizalde trabajamos con pequeños grupos de sujetos con diagnósticos de: fobias, trastornos del lenguaje (no acceden a la lecto-escritura) y pacientes derivados con diagnóstico de vitíligo y alopecia (afecciones dermatológicas).

Ciertamente, la homogeneidad del síntoma es una ilusión: el peque-

El pequeño grupo, contrariamente a la masa, puede garantizar la existencia de la particular. Su lógica interna no es la del fanatismo por el Uno sino la de la diferencia, del no-todo

ño grupo se constituye sobre esa ilusión; lo que da contenido al grupo es un lazo imaginario, una reciprocidad identificatoria, un espejismo. La dirección del tratamiento apuesta a deconstruir esa identificación colectiva para producir el nombre propio del sujeto.

Recalcati plantea las diversas monosintomaticidades que caracterizan nuestra época clínica como una respuesta social a la inconsistencia que produce la caída de la función simbólica del Nombre-del-Padre y la emergencia de una nueva adhesividad en la que el gran Otro se reduce al otro con minúscula. La monosintomaticidad le garantiza al sujeto una identidad particular por medio de una identificación universal: más se gana en la certeza identificatoria de masa, más se pierde del sujeto.

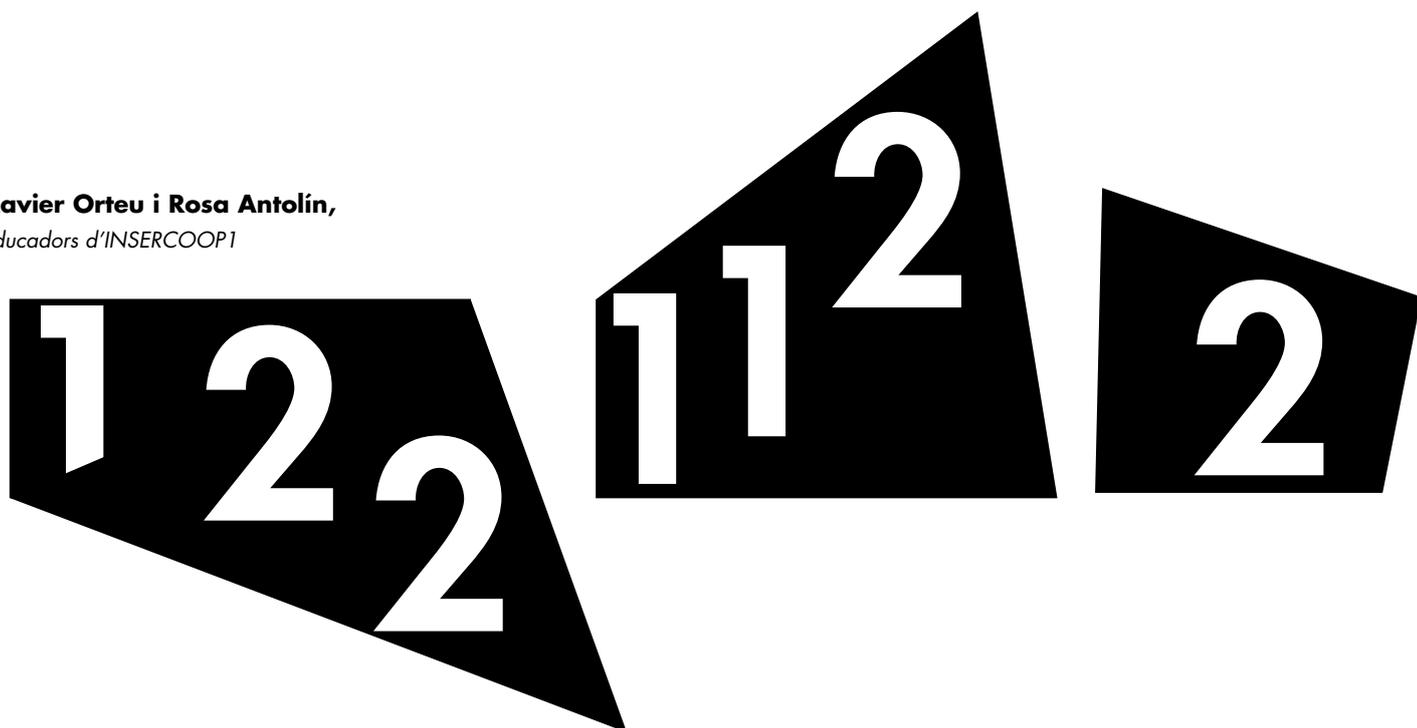
En el grupo, el lazo inicial se asienta sobre la ilusión del “nosotros”, semejanza imaginaria que debe ser reducida, ya que el lazo es un lazo de trabajo; un primer espacio que apuesta a la aparición de algo aleatorio, contingente, que apunte a la división subjetiva. En sujetos con fenómenos psicósomáticos, se advierte la segregación respecto del lazo con el Otro. El pequeño grupo monosintomático produce un forzamiento que apunta a reinscribir al sujeto en el campo del Otro.

Por otra parte, en el grupo, el sujeto se encuentra subordinado a una economía del tiempo y de la palabra colectiva: debe ceder, perder algo del goce, para poder ser admitido en el lazo simbólico con el Otro.

Los textos de estas páginas fueron escritos por Andrea Cucagna (Directora del postgrado en Clínica con Niños y Adolescentes del Hospital de Niños Pedro Elizalde), Mirta Blasco, Marta Castro Riglos, Noemí Cecchi, Eugenia Crivelli, Silvia Gvirtzman, Patricia Kovacevich, Mariana Loureiro, Anabella Racioppi, Gladys Staropoli, Dolores Ugarteche e Ivana Velizan (miembros del equipo de investigación sobre Pequeño Grupo Monosintomático de ese postgrado)

Una pràctica educativa en el camp de la inserció laboral amb malalts mentals

Xavier Orteu i Rosa Antolín,
educadors d'INSERCOOP1



Veient els aldarulls que actualment es produeixen arran del tancament de diferents empreses no és difícil recordar la pel·lícula *Temps Moderns* de Chaplin, en la qual veiem com els obrers reivindicaven unes millors condicions laborals. En l'actualitat, però, es dona una diferència substancial. La industrialització va provocar el naixement de la classe obrera i de l'assalariat¹, és a dir, el naixement d'un sistema de protecció de les particularitats a través de diferents mecanismes legals. Des del mateix estatut dels treballadors fins al treball protegit, passant per diferents sistemes de regulació de les condicions laborals. Ara, en canvi, és la individualitat el que emergeix. Les persones han perdut les referències col·lectives que els permetia explicar què els passava i quines eren les alternatives de futur. Se senten reduïts a res i es troben sols, enfrontant-s'hi individualment.

Un dels efectes de l'actual capitalisme és la mercantilització de tots els espais socials. A això, s'ha unit el discurs de la ciència que certifica la possibilitat de trobar certes que expliquen la realitat. És per això, que per parlar del treball educatiu amb malalts mentals adults cal insistir en la relació entre els esdeveniments econòmics i els esdeveniments d'ordre individual. Les persones amb trastorns mentals també es troben en aquest context. Crisi de les institucions que fan funcionar el vincle social i la solidaritat; crisi de les formes d'integració econòmica i crisi en definitiva de les identitats individuals i col·lectives². Se senten també abocats a la recerca individual d'un projecte de futur.

Això es pot entendre com un pas endavant per aconseguir un major nivell d'integració, però cal dir que aquesta situació és fruit de la progressiva desregulació

dels sistemes de protecció. Això no implica la defensa d'un sistema tancat, una institució model-ideal, que demana un subjecte-model ideal per treballar. Justament, la desregulació ens demana amb urgència eines per regular. És aquí on l'atenció personalitzada al subjecte esdevé l'única alternativa. Una constatació és que cada cop més arriben persones amb malaltia mental a no específics per treballar amb malalts mentals.

El neoliberalisme, al voltant dels setanta comença a dir *adéu a la qüestió social*. S'està donant un canvi en la manera de regular els conflictes socials, en la manera que són definits, significats, abordats i resolts, a "diferent diagnòstic, diferent tractament"³. Per exemple, ja no es considera que es doni un cert antagonisme d'interessos, els problemes laborals de les persones es troben en cadascuna de les persones en atur. La desresponsabilització de l'Estat, que històricament havia assumit el paper de mediador, fa que l'única possibilitat de l'individu sigui la sortida particular. Les institucions cada cop més es fixen en els factors de risc de cada individu, les seves circumstàncies adverses. La recerca de feina cada cop està menys en l'òrbita de l'estat i cada cop més en l'òrbita privada.

Sovint, però, quan aquestes persones realitzen una demanda d'atenció en un programa no específic per a persones amb malaltia mental, la resposta del professional és que ell "no pot fer res amb aquests casos".

Contràriament al que podia semblar, aquesta afirmació no està provocada per un desconeixement, al contrari, es deu a una certesa. La certesa que el professional no pot fer res amb aquest subjecte. Té a veure amb la posició del professional. És una certesa individual de cada professional. Arriba a la conclusió que ell no pot fer-hi res. És una seqüència que afecta el subjecte i el professional i que Tizio anomena "control a dues bandes"⁴.

En l'explicació que dóna l'educador no hi ha cap dubte. La impossibilitat d'una oferta educativa té la seva causa en les dificultats del subjecte. Però aquesta posició en realitat són dues afirmacions: en una l'educador accepta com a únic objectiu possible la productivitat del subjecte; en l'altra assumeix com a funció haver de dir al subjecte què ha de fer. El resultat és que l'educador assumeix l'encàrrec de dir al subjecte què ha de fer per ser productiu per al mercat laboral. En realitat, podem dir que aquest plantejament nega la possibilitat d'escoltar el subjecte en relació amb com ell està a l'atur. Nega la possibilitat de donar cabuda a quelcom que tingui a veure amb el seu malestar.

Curiosament aquesta situació també produeix un malestar als educadors. Ho veiem amb freqüència a través de les seves queixes. Per exemple, es queixen de

l'esgotament que genera l'intent d'*entendre* la narració del subjecte. Es queixen de la poca autonomia de molts subjectes i dels dubtes que tenen entre desatendre'ls o sobreprotegir-los. Es queixen de les situacions en què el subjecte els diu que no. Ho entenen com un fracàs personal i atribueixen les dificultats a una qüestió de vincle, confonent *vinclle educatiu amb vinclle afectiu*. Es queixen de les dificultats per definir els objectius de treball ja que el temps de treball no és lineal (primer el subjecte planteja una dificultat, després hi ha una explicació per part del tècnic i finalment es resol la dificultat amb una acció determinada). I tantes altres queixes que sempre troben un nexa de la realitat en les quals certificar-se⁵, justament l'educador selecciona aquella realitat que encaixa amb la seva posició: "no hi puc fer res". Certifica que aquella persona que està atenent no respon al subjecte ideal del programa. Aquell subjecte que s'hauria de fer càrrec del seu dèficit i sostenir un pla de treball que de manera progressiva anés reduint aquest desajust vers el mercat de treball, fins a eliminar-lo. Com que la causa d'aquest impossible és el subjecte, es dedueix que no es pot fer càrrec de la situació. No se'l considera un subjecte responsable. Els tècnics acaben negant la capacitat del subjecte a fer-se càrrec de la demanda en ubicar-lo com la causa del desajust amb el subjecte ideal.

Aquesta situació se supleix atribuint com a demanda allò que el professional considera que són les necessitats del subjecte. En certificar la impossibilitat d'una articulació del subjecte amb el programa que no passi per acceptar el lloc de qui no té demanda pròpia, el valor principal de la incorporació en el programa deixa d'estar en els elements de la transmissió educativa i passa a estar exclusivament en elements que tenen a veure amb la conducta: l'assistència i l'actitud. És a dir, es dóna una exclusió dins del propi programa en tant que s'ha buidat de possibilitats de canvi i exclusivament se'n fa un control del subjecte.

Per proposar alternatives a aquesta situació, abans de pensar en respostes a les queixes o pensar en la creació de nous dispositius, hem de revisar la formulació del problema. En la formulació actual es considera que el treball a fer amb el subjecte passa per la seva adaptació a una determinada oferta laboral. El resultat és que les possibilitats de promoció del subjecte queden sotmeses a una única lectura: la seva productivitat.

Per plantejar alternatives a aquesta única visió del subjecte en termes mercantils, cal una obertura a la funció educativa. Cal obrir espais per a l'exercici de la funció educativa diferents a la gestió de les persones des de la lògica dels recursos humans. Entenem que aquesta funció educativa en el context de treball amb persones adultes amb trastorns mentals, no s'ha d'entendre com

socialitzar el subjecte. Ens referirem a la funció educativa com la constitució d'una llibertat. Aquesta llibertat té a veure amb la implicació del subjecte socialmentó. En aquest sentit, el treball educatiu en el camp de la inserció laboral ha de partir del fet que el subjecte ja està socialitzat i justament el que cal promoure és com cada subjecte s'interroga sobre els seus llaços socials i laborals. És a partir d'aquest punt que es pot promoure la millora de la seva articulació amb el mercat laboral, a partir de com cada subjecte es fa càrrec d'una situació que li pertany i és capaç de formular demandes que en termes de futur li permeten una certa articulació amb la seva història. Cal partir sempre, i això és important, de les eleccions que implícitament suposa cada història. En aquest sentit, el treball educatiu enllaça amb la construcció de la ciutadania.

La formulació del problema doncs s'ha de plantejar en relació amb com cada subjecte s'enfronta al problema. Però aquest problema, malgrat que sempre fa referència a una situació d'atur, sempre es formula de manera diferent. Cal saber, però, que l'objectiu de trobar un lloc en el mercat laboral, com en la resta dels universos que poblen el món social, sempre té quelcom d'impossible⁷. I això cal tenir-ho en compte perquè no esdevingui un obstacle en forma d'ideals de subjecte, impossibles d'aconseguir. Justament és aquesta diferència la que es nega en els programes que actuen sota la

lògica del discurs únic. Neguen la particularitat i això els converteix en un greu obstacle per al treball educatiu.

Les conseqüències per al professional, per tant, serà que ha de donar la possibilitat que el malalt mental prengui la paraula en nom propi. Perquè això sigui possible cal saber com respondre al discurs *desbordant* que pot tenir el subjecte. L'educador caldrà que pugui contenir aquest discurs perquè pugui emergir el subjecte de l'educació, el subjecte que es fa càrrec. Contràriament al que podríem creure, aquesta contenció no ha de ser del subjecte, sinó del propi professional. El professional no pot confondre la història del subjecte amb l'objectiu de treball. S'ha de contenir de no quedar enganxat a aquest discurs per poder sostenir alguna altra cosa. Per sostenir allò que té a veure amb el que el subjecte pot desitjar, amb la seva demanda. Aquest és un límit de la nostra funció. És justament gràcies a aquest límit que és possible pensar en una pràctica educativa amb malalts mentals adults. És el propi límit que ens posem com a educadors el que permet treballar amb la demanda del subjecte i amb la seva responsabilitat. En definitiva, això és el que anomenem aposta educativa. Aquella aposta que és possible perquè respecta la incògnita que és el subjecte⁸. La incògnita que no es respon ni a través de la malaltia ni a través de la lògica del mercat. La incògnita que només la pot respondre el subjecte a través del seu treball.

Referències bibliogràfiques

- (1) CASTEL, R.: *La metamorfosis de la cuestión social*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997
- (2) FITOUSSI, J-P.; ROSANVALLON, P.: *La nueva era de las desigualdades*. Ed. Manantial, Buenos Aires, 1977
- (3) SABADA RODRÍGUEZ, IGOR: "La conflictividad en la sociedad de la información y la globalización: de la 'cuestión social' al discurso del riesgo". Rev. Nómadas, núm. 5, 2002, ISSN 1578-6730
- (4) Presentació de HEBE TIZIO en el 8è Stage de Formació Contínua: "Las instituciones y los procesos de sergregación: los efectos de la norma única". Barcelona, maig de 2004
- (5) i (6) MERIEU, Ph.: *La opción de educar*. Ed. Octaedro, Barcelona, 2001
- (7) TIZIO, H.: "La posición de los profesionales en los aparatos de gestión del síntoma" a TIZIO, H (Coordinadora) *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis*. Ed Gedisa, 2003, Barcelona
- (8) NUÑEZ, V.: *Pedagogía social: cartas para navegar en el nuevo milenio*. Ed. Santillana, Barcelona, 1999

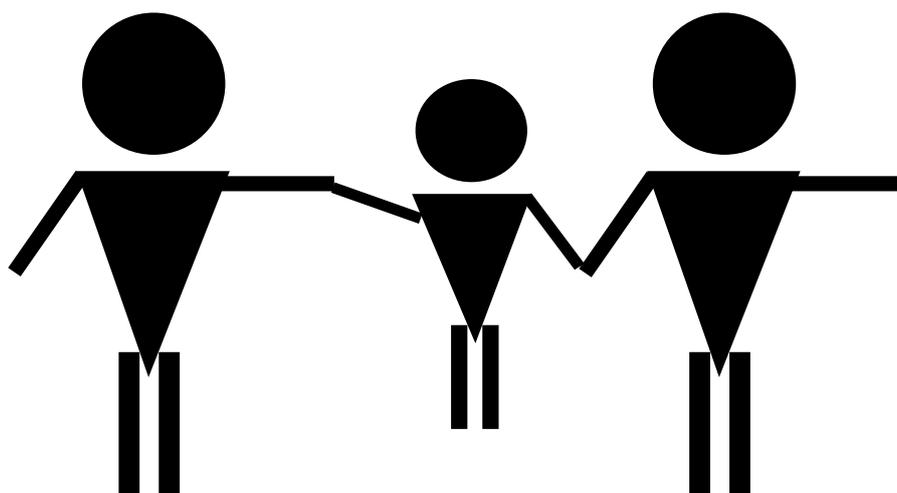
(*) Aquesta pràctica es desenvolupa en el marc d'una col·laboració d'Insercoop amb el Departament de Treball de la Generalitat.

Nota

¹ "Insercoop és un servei d'inserció laboral que en el marc de col·laboració amb el Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya ha iniciat diverses línies de treball amb persones amb trastorns mentals. La línia de treball bàsica és l'itinerari individual en el quale cada persona, en funció de la seva demanda i la pròpia oferta del servei, articula un recorregut a partir del treball que realitza. Els suports que ofereix el servei per al desenvolupament d'aquest itinerari són: un espai de recerca de feina,; diferents tallers relacionats amb la recerca de feina i el suport d'un tècnic de referència."

La parentalidad homosexual. Nuevas formas de familia

Entrevista a Anne Cadoret autora del libro *Padres como los demás*.....



Confrontados con la polémica suscitada a partir de la posibilidad de la legalización por el gobierno actual del matrimonio entre personas del mismo sexo y la autorización de la adopción de menores por parejas homosexuales, nos pareció interesante introducir la opinión de una antropóloga porque su investigación ilumina acerca de una realidad que ya existe y que introduce cambios en el conjunto de la sociedad.

L'Interrogant - Su libro se llama "padres como los demás" ¿A qué se refiere con "padres como los demás"?

- **Anne Cadoret** - Al hecho de que los padres homosexuales son como todos los padres: tienen las mismas preocupaciones, por ejemplo, por la salud de sus hijos, la escolaridad, los amigos, las vacaciones, cosas así.

Me refiero también a otro hecho: que el papel del padre no tiene que ver con su sexualidad y las sociedades exóticas nos dan un buen ejemplo de la flexibilidad de las funciones de que realiza el padre. La única cosa que no pueden hacer los hombres es quedarse embarazados y dar el pecho, pero para esto último, sí pueden dar el biberón. En estas cosas hemos "naturalizado" mucho las funciones de los padres.

Se pueden notar diferencias importantes -más importantes que entre familias hetero y homo- entre familias con padres heterosexuales modernas y familias tradicionales. Estas diferencias son de valores. Por ej., en una familia que se califica de tradicional se acentúan los valores como el respeto del conjunto familiar. En cambio, en una familia heterosexual, en la que los padres se han divorciado y cada uno se ha juntado con otra persona, son familias en las cuales los valores son la libertad de cada uno y la búsqueda de la felicidad de sí mismo.

Esta diferencia está en el único hecho que la pareja conyugal homosexual no puede procrear los niños, necesita otra figura para hacer el cuerpo; pero, una vez que el niño ha nacido, está, no veo diferencias notables, significativas.

L'I. Según explica en su libro, trabajó con niños tutelados por el Estado ¿en qué medida influyó esta experiencia en su investigación sobre homosexualidad y parentesco?

A.C. - Como antropóloga "clásica", formada en el final de los años 60 y principios de los 70, había leído, estudiado las familias (el parentesco) de las sociedades exóticas donde hay formas de parentesco con dos o más padres o madres; pero nuestra forma de familia parecía no tener nada interesante en este tema del parentesco: teníamos una madre y un padre, y ya está. Sin embargo, estando en una provincia francesa, le Morvan (noroeste de la Bourgogne), provincia tradicional de familias acogedoras, oí frases tales como "mi madre no es mi verdadera madre". La primera madre podía ser la genitora o la madre acogedora. Entonces me di cuenta, de forma muy concreta, que en Francia también se puede tener dos figuras de madre... y que nuestro parentesco es tan increíble, tan interesante como el de las otras tribus.

De esta manera hice un trabajo de campo bastante clásico, viviendo ahí y trabajando con mis vecinos en el tema de la construcción de la familia: discutiendo con ellos (ellos: familias que habían acogido a veces más de veinte niños, o niños que habían sido acogidos y ahora eran jóvenes y que se habían establecido ahí) acerca de las personas que consideraban como parte de su familia. Y constaté que nuestro modelo de familia con sólo un padre y una madre no funcionaba. Además, no funcionaba tampoco con las familias adoptivas; ya que esas últimas familias (acogedoras, adoptivas) están en un modelo de parentesco plural. (y de ahí el título de mi libro: Parenté plurielle. Une anthropologie du placement familial. París, L'Harmattan, 1995).

Después, trabajé en el mismo tema pero en un otro lugar cerca de París: un lugar "moderno" para ver si mi hipótesis de parentesco plural funcionaba.

Me di cuenta también que se podía aplicar a otras familias como las familias recompuestas o las que tenían niños con inseminación artificial: todas estas familias para las cuales había una diferencia entre genitor o genitora y padre o madre, o para las cuales uno de los padres vivía con otro cónyuge que estaba en posición de padre. (le beau-parent)

L'I. - A lo largo del libro aparecen conceptos y palabras que no son conocidas por el público en general como multiparentesco, pluriparentalidad, homoparentalidad y homoparentesco ¿podría ampliar estos conceptos?

A.C. - Establezco una diferencia entre parentesco

y parentalidad; y gracias por haberlo notado, por que para mi es importante :

El parentesco (padre, madre, abuelo...) es un estatus: cuando uno dibuja su genealogía, tiene un sitio para poner a su madre, otro para su padre (pero no tiene sitio para poner dos madres o padres!), dos sitios para las abuelas (materna y paterna) etc... Además, esos personajes en el buen lugar (en función de nuestro estado civil, es decir, de nuestras reglas de parentesco) deben cumplir papeles específicos: dar de comer, educar, cuidar, dar una identidad. Hay otras sociedades donde estas tareas (y también la de procreación) están repartidas entre diferentes personas; pero en la que está el padre es la que da la identidad.

Y a veces es así en nuestra sociedad: así la familia acogedora tiene la función de criar, de cuidar; pero no de transformar al niño acogido en un heredero (aunque pueda ocurrir que se haga): estas familias tienen una función de parentalidad y no de parentesco.

El problema es que en nuestra sociedad occidental (al menos la

francesa) no se establece diferencia entre los dos conceptos: una persona que ejerce la función de parentalidad tiene que ser padre. De esta manera, aparecen las dificultades de construcción de su identidad y la frase que oía en el Morvan : 'mi madre no es mi verdadera madre'. Además, es curioso que hoy en día, el término parentesco ("parenté, muy utilizado en Francia, pero quizás no tanto en España) va desapareciendo a favor de parentalidad.

De este modo cuando se quiere reconocer un sitio en la familia para el nuevo cónyuge de la madre: ¿qué se va decir? ¿padre? Pero hay ya un padre...

No hago diferencias entre pluri o multi y utilizo los dos con el mismo sentido.

L'I - Siguiendo con lo mencionado anteriormente, en su investigación con padres homosexuales, Ud. también utiliza el término coparentalidad ¿ puede describir a qué se refiere con este término y qué formas adopta la coparentalidad?

A.C.- La co-parentalidad (pero a veces se podría decir co-parentesco, según lo que van a establecer los padres) es una de las cuatro posibilidades de familias con padres homosexuales :

- a) heterosexuales con familia y niño, que se han divorciado y uno de ellos ha creado una pareja homosexual: es una familia recompuesta;
- b) homosexuales que quieren tener un niño y que éste tenga un padre y una madre. Se ponen de acuerdo con una persona del otro sexo para procrear al niño y deciden acerca de la vida

cotidiana entre el hogar de la madre y el del padre. El tema es que, muchas veces, la madre vive con una compañera que quiere también tener la función y el estatus de madre (madre bis); a veces sucede lo mismo del lado del padre; así el niño, desde su nacimiento, tiene 4 padres.

Hay también otras dos formas de familias que llamo "familias dúo"

- c) adopción.
- d) familias con ayuda médica en la reproducción.

L'I. - ¿Cuáles serían las ventajas de la coparentalidad? ¿Y las desventajas?

A.C. - Las ventajas: que todas las personas que han participado en la procreación del niño sean conocidas y que el niño tenga más de dos padres (y que no haya la apropiación del niño por una pareja conyugal).

- Desventajas: la necesidad de llevarse bien entre dos parejas: la pareja de la madre y la del padre. Dificultades que se encuentran en las familias en las cuales los padres se han divorciado y siguen peleándose...

L'I. - ¿Por qué la coparentalidad se daría casi exclusivamente entre parejas homosexuales?

A.C. - También se ve en las familias divorciadas y recompuestas; pero hay una diferencia entre las dos (hetero y homo): las primeras se han construido con un modelo de sólo una familia y no con un modelo de reparto.

- La co-parentalidad se puede ver en personas (una madre y un padre) muy autónomas, que estén de acuerdo para tener un niño, criarlo en dos hogares individuales, pero es muy raro.

L'I. - ¿Qué otras formas, además de la coparentalidad, eligen las parejas homosexuales para tener hijos?

A.C. - Siguiendo con lo que dije anteriormente agregaría que en el caso de adopción o reproducción asistida, lo más frecuente es que los dos miembros de la pareja quieren ser padres; así estamos más en un modelo de parentesco que de parentalidad.

L'I......

A.C. La legislación evoluciona muy rápidamente y además no es mi especialidad profesional, entonces puede que diga cosas inexactas. Pero, lo que más me ha llamado la atención es que en el caso que haya una forma de matrimonio (creo que fuera de los Países Bajos, no hay otros países que permitan un matrimonio idéntico al de los heterosexuales), se trata de un pacto civil. Hay países que permiten que la pareja adopte el hijo

del otro (el niño ya está ahí). Otros países (en Canadá, en el Québec, por ej.) permiten a dos mujeres ser madres simultáneamente: una se queda embarazada por inseminación y la otra, cuando nace el niño, es también su madre. Sin embargo, los hombres no tiene esta posibilidad, porque la madre de alquiler (surrogate mother) está prohibida.

L'I. - La cuestión del parentesco homosexual está creando un fuerte debate en nuestra sociedad. Existen sectores que se oponen al mismo aduciendo que, para un niño, podría ser psíquicamente perjudicial tener padres homosexuales ¿Cuál es su conclusión al respecto?

A.C. - No trabajo con los niños; pero me parece desplazar el problema: los niños son seres no contruidos; se construyen con lo que los padres y el medio ambiente le dan. Si la sociedad acepta las parejas homosexuales, que ya no haya discriminación contra la homosexualidad, no veo por qué sería un problema para los niños tener una familia con padres homosexuales. Sólo, saben que dos mujeres o dos hombres no han podido procrearlos; se tiene que saber contestarles cuando pregunten de donde vienen (como lo preguntan los niños adoptivos).

L'I. - ¿Cómo reaccionan los niños por el hecho de pertenecer a una familia homosexual?

A.C. - En los estudios que he leído (estudios más bien americanos o ingleses), los niños se extrañan por el rechazo de la sociedad hacia sus padres, rechazo que no entienden...

L'I. - Más allá del debate, a favor o en contra, que estos temas suscitan ¿qué impacto tienen estas nuevas formas familiares en nuestra sociedad?

A.C. - Me parece que nos obligan a contestar a la cuestión de la pluri-parentalidad: que para hacer un niño, puede muy bien que haga falta algo más que hembra/macho; que el nacimiento no es filiación. Así, que todos los personajes que han participado en la llegada y la vida del niño tengan un sitio en su historia; no significa que los genitores deben ser los padres (o los padres los genitores), pero que las cosas deben estar reconocidas y dichas.

Si nuestro modelo de familia estaba fundado en el lazo entre sexualidad, procreación, alianza matrimonial y filiación, no es más lo que vemos hoy en día.

Este antiguo modelo era (y quizás todavía es), un modelo de relación de sexos : sexo (y sus consecuencias) permitido solo en el matrimonio!.

