

Anotaciones sobre la noción de terapia bifocal en la adolescencia

Maurice Corcos¹

Resumen

Introducción: A partir de la reflexión alrededor de las especificidades del funcionamiento psíquico en la adolescencia han surgido propuestas novedosas sobre la posibilidad de elaborar un marco terapéutico igualmente específico. La *terapia bifocal* (propuesta por Jeammet y desarrollada por el autor de este artículo) es una de estas respuestas. Intervienen en ella dos terapeutas, cada uno en un tiempo y un lugar diferentes: un psiquiatra consultante (o referente) y un psicoterapeuta. *Desarrollo:* El autor propone una serie de hipótesis sobre el porqué de la no adaptación a la adolescencia de los enfoques psicoterapéuticos tradicionales, particularmente cuando existen fallas en las capacidades de mentalización, dificultades para mantener la diferenciación entre realidad externa y realidad interna y una clara tendencia a la actuación. Recorre, además, el difícil territorio de la participación del entorno, en particular familiar, en las vicisitudes que rodean al adolescente que requiere de un tratamiento y cómo éstas dan testimonio de la inevitable intrincación de elementos de la realidad externa con aquellos que pertenecen al marco de la relación terapéutica. Define y sustenta, finalmente, las funciones que en el marco de la *terapia bifocal* asumen el psiquiatra consultante y el psicoterapeuta.

Palabras clave: adolescencia, terapia bifocal, psiquiatra consultante, psicoterapeuta.

Title: Bifocal Therapy in Adolescence

Abstract

Introduction: Stemming from musings around the specificities of psychic functioning in adolescence, novel proposals have emerged regarding the possibility of a just as specific therapeutic framework. *Bifocal therapy* (proposed by Ph. Jeammet and developed by the author of this article) exemplifies one of these proposals. Two therapists intervene, each one in a different time and place: a consultant psychiatrist and a psychotherapist. *Development:* The author proposes a series of hypothesis on why adolescence does not adapt to traditional psychotherapeutic approaches, particularly when failures exist in the ability to mentalize, to maintain a differentiation between inner and outer realities and a tendency to act is clearly present. He also explores the difficult territory of the environment's concurrence, specially the family, and the vicissitudes that surround the adolescent that requires treatment,

¹ Médico, psiquiatra de niños y adolescentes, psicoanalista. Profesor de psiquiatría de niños y adolescentes, Université René Descartes (París V). Jefe del Servicio de Psiquiatría del Adolescente y del Adulto Joven, Institut Mutualiste Montsouris, París, Francia.

shedding evidence on the inevitable intrication of elements from external reality with those that belong to the therapeutic relationship. Finally, he defines and explains the functions of the consultant psychiatrist and the psychotherapist in *bifocal therapy*.

Key words: Adolescence, bifocal therapy, consultant psychiatrist, psychotherapist.

Introducción

La reflexión alrededor de las especificidades del funcionamiento psíquico en la adolescencia ha determinado aportes esenciales para la elaboración de un marco terapéutico igualmente específico. La terapia bifocal es una de estas respuestas. Hace intervenir a dos terapeutas, cada uno en un tiempo y un lugar diferentes: un psiquiatra consultante y un psicoterapeuta. Tras la evaluación de un episodio agudo, esta terapia se indica generalmente después de encontrar la persistencia de síntomas, de una organización problemática de la personalidad y del hallazgo, finalmente, de la naturaleza y de la intensidad de conflictos que llevan al psiquiatra consultante a proponer, de manera paralela al tratamiento por él indicado y asegurado, la indicación de una psicoterapia de inspiración analítica con objetivos esencialmente profilácticos, si no curativos.

La importancia de conductas actuadas —en detrimento de las capacidades de mentalización—, el recurso a lo perceptivo como modalidad defensiva frente a una realidad interior generadora de inseguridad, pero también como intento para mantener la diferenciación entre realidad

externa y realidad interna, llevan a interrogarse sobre la pertinencia de modalidades terapéuticas que favorecen la regresión, reposan sobre la abstinencia por parte del terapeuta y asignan prioridad a la mentalización y a la actividad de elaboración.

La frecuencia de interrupciones y rupturas del tratamiento por parte de los pacientes adolescentes —consecuencia seguramente y en gran medida del desarrollo de relaciones que favorecen la indiferenciación y la sensación de dominio por parte del otro—, subraya el riesgo que conlleva toda relación en el contexto de la problemática adolescente y hace hincapié en la necesidad y la dificultad que suponen construir y respetar una justa distancia relacional.

El lugar de la familia y las intervenciones frecuentes de esta última en la terapia, así como todo aquello que está en juego en materia de porvenir escolar y profesional, dan testimonio de la inevitable intrincación de elementos de la realidad externa con aquellos que pertenecen al marco de la relación terapéutica

La propuesta de una mediación en la relación psicoterapéutica, gracias a la introducción de un tercero (el psi-

quiatra consultante), se deriva de las constataciones previamente evocadas. Las terapias bifocales se basan, por consiguiente, en la presencia de una pareja psicoterapeuta-psiquiatra consultante en el tratamiento integral del adolescente, como figuración de la dualidad psíquica del paciente entre realidad externa y realidad interna, estableciendo una cierta tensión, pero también una articulación entre las dos personas que intervienen.

Esta representación proyectada del aparato psíquico en el dispositivo terapéutico propuesto, “espacio psíquico ampliado” (1,2), permite el despliegue de la problemática del paciente y su disolución en los elementos del encuadre terapéutico. Esto conlleva un valor no solamente figurativo, sino, además, elaborativo. En efecto, un dispositivo semejante aporta una función suplementaria a la función del aparato psíquico del paciente que, justamente y en razón de sus dificultades, evidencia fallas en distintos niveles.

El psiquiatra consultante garantiza la continuidad y la coherencia de la relación terapéutica, asegura las condiciones de eficacia de la psicoterapia y restaura una tercera función que permite un cierto grado de diferenciación. Su objetivo es alcanzado, en buena medida, gracias a la intervención activa en la realidad externa del paciente, proponiendo y asegurando distintas modificaciones pertinentes (contacto con el medio escolar y familiar, medidas educativas

o institucionales eventuales, etc.). Él también es el encargado de prescribir un tratamiento farmacológico eventualmente necesario, permitir la discusión sobre la pertinencia de proseguir o suspender la terapia y decidir, cuando así lo requiera el estado del adolescente, una hospitalización durante una situación de crisis.

Gracias a un dispositivo semejante, la investidura de la relación con el psicoterapeuta —un terapeuta “impuesto desde afuera”— resulta posible en la medida en que no se requiere una afirmación previa por parte del adolescente de un deseo propio de reconocimiento de una necesidad, con el riesgo que conlleva esta última al manifestarse de alienarlo, en el sentido de apresararlo o atraparlo, de dejarlo en manos de ese otro ahora “indispensable”.

De este modo, el psiquiatra consultante, quien según fue dicho indica la necesidad de una psicoterapia, protege la relación terapéutica de intrusiones de la realidad externa (actuaciones, contexto de crisis, intrincación de las problemáticas del adolescente con las de su familia, etc.), que suele ser “llamada” para responder a dificultades de la realidad interna, y contribuye a la restauración de unas fronteras más claras del yo del adolescente.

Paralelamente, la psicoterapia se puede concentrar en sus objetivos más clásicos: los que corresponden

a un intento de sobrepasar las dificultades impuestas por un antagonismo entre las necesidades del narcisismo y las que corresponden a la relación con los objetos.

En la medida en que gracias al dispositivo resultan tolerables, los deseos que conducen hacia el otro son despertados y permitidos, para que el adolescente pueda encontrarse y no perderse en una relación intensa y novedosa. Puede construirse y reconstruirse, sin estar en la obligación de reconocer plenamente todo lo que le debe al aporte de ese otro. Pero para lograr alcanzar la posibilidad de pensar, de representarse y de elaborar estas dimensiones, se impone ayudar al adolescente a crear las condiciones que le hagan tolerable una experiencia semejante.

La terapia bifocal, a la vez psiquiátrica y psicoterapéutica, permite articular la realidad interna y la realidad externa, siempre y cuando logre evitar, en razón de la problemática narcisista característica de estos adolescentes, dos riesgos principales: la seducción (atraer hacia sí) y la educación (dirigir hacia el exterior).

Lo esencial se sitúa en la posibilidad de hallar progresivamente la buena y justa distancia relacional, en función de aquello que generalmente está en juego en la vida del paciente, tanto en su realidad interna como en su realidad externa; se trata, en otras palabras, de evitar tanto la

“toxicidad” potencial de una excesiva presencia del objeto, como la desvitalización que resultaría de una excesiva ausencia de éste.

Se tratará, entonces, de mostrarse suficientemente disponible para un “encuentro identificatorio” (3) que permita establecer un vínculo y mantenerlo a pesar de los ataques, evitando empero una respuesta a la avidez afectiva y a la búsqueda identificatoria que se deriva de una relación transferencia-contratransferencia excesivamente intensa.

Las indicaciones de la terapia bifocal son amplias. Idealmente, se dirigen a todos los adolescentes que requieren un tratamiento psicoterapéutico. En la práctica, sin embargo, su indicación se impone en el contexto de carencias importantes del funcionamiento psíquico que hace temer una fragilidad narcisista y, por consiguiente, el riesgo de que se establezcan relaciones indiferenciadas. Estas últimas determinan una excitación psíquica que desbordaría las capacidades continentales del aparato psíquico del adolescente.

Desde un punto de vista metapsicológico, el encuadre bifocal, con su corolario de alianza terapéutica, resulta útil en los registros narcisistas cuando los mecanismos de escisión del yo y de los objetos invasivos, la idealización y la identificación proyectiva se asocian a una marcada intensidad de los afectos y a trastornos de la simbolización.

La existencia y la presencia de un tercero (el psiquiatra consultante, “en el horizonte”) reduce estos mecanismos o, mejor, varía su distribución y orienta la atribución inconsciente de un rol al objeto (en particular maternal persecutorio) hacia el terapeuta alterno (el psiquiatra consultante), apoyado sobre la idealización del otro terapeuta. Se presenta, entonces, un uso terapéutico de los mecanismos de escisión del paciente (objeto idealizado, objeto persecutorio).

Desde un punto de vista clínico, la terapia bifocal resulta particularmente apropiada para el tratamiento de las patologías fronterizas del adolescente con una fuerte dimensión narcisista, estructuras en las cuales prevalecen la vertiginosa proximidad del objeto o el abismo que resulta de su alejamiento, haciendo oscilar al sujeto entre el derrumbe depresivo, e incluso psicótico, y el intento de recuperarse por medio del recurso al acto.

Estos estados corresponden a ciertas disposiciones estructurales, ciertas modalidades de funcionamiento psíquico poco propicias para el desarrollo de una cura analítica típica. Esto es particularmente cierto cuando existe una desarticulación más o menos importante entre la seguridad narcisista y la apetencia objetal, situación que se manifiesta en la clínica por medio de la intensidad de la dependencia de los otros, la masividad y la rigidez de las investiduras de tales relaciones.

Recordemos lo planteado por David (4), para quien

... no existen distorsiones importantes de la organización relacional sin la presencia de fallas esenciales en la cohesión narcisista [...] la precariedad o la excesiva conflictividad de los vínculos objetales remite generalmente a una falla en la integración de las pulsiones y, por consiguiente, a fallas de la función sintética del yo.

Nos encontramos, en efecto, enfrentados a estructuras de la personalidad en las cuales el tejido narcisista es poco sólido frente a un yo dividido y poco fiable. Estos estados se caracterizan, entre otros aspectos, por la imposibilidad para contener una tendencia interior a la actuación, en la cual se mezclan una solicitud de amor y un sufrimiento narcisista importante. Existe una tendencia a la actuación violenta en los trastornos fronterizos. En razón de la masividad de la transferencia, puede determinar una violencia transferenceal y una versatilidad brutal de las identificaciones, que paraliza al analista en su posibilidad de pensar y que incluso, en algunos casos, desorganiza su yo, le impide mantener la atención flotante, lo involucra más allá de lo habitual y lo obliga a salir de su neutralidad, cerrando de este modo la puerta a su potencialidad para ser objeto de múltiples identificaciones.

El psiquiatra consultante asegura la posibilidad de canalizar tales actuaciones, sostiene con su presencia al terapeuta analista y responde a las inquietudes e interrogaciones del paciente adolescente sobre sus capacidades de destruir el pensamiento del analista y el vínculo con él.

Estos “actos síntoma”, según la expresión de McDougall (5), lo “afectos acciones” (6), requieren un contrapunto al acto del adolescente: un acto terapéutico como punto de encarnación, de anclaje y de apoyo potencial a un proceso de transformación psíquica. Es este un punto de vista económico, en el sentido de la metapsicología freudiana. Este acto es asumido de manera clara por el psiquiatra consultante, quien tendrá a cargo establecer límites igualmente claros, el expresar exigencias, y contener procesos pulsionales (desempeñando una función de barrera protectora, clínica y/o farmacológica).

El “acto terapéutico”, bien temperado, implica asumir distintos afectos contratransferenciales (7) y genera frecuentemente un efecto de alivio para el adolescente que se siente de

este modo investido y “sostenido” (en el sentido del *holding* según Winnicott [8]). Así, el paciente puede poco a poco y en limitadas cantidades disponer de la energía al fin liberada y susceptible de ser aportada a un verdadero trabajo psíquico.

Referencias

1. Jeammet P. Réalité externe et réalité interne: importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev Fr Psychanal.* 1980;44(3-4):481-521.
2. Jeammet P. Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1990;38(4-5):190-9.
3. Kestemberg E. L'identité de l'identification chez les adolescents. *Psychiatr Infant.* 1962;2:441-522.
4. David C. Ruptures du lien transférentiel. In: *Liens. Nouvelle Revue de Psychanalyse* 28. Paris: Gallimard; 1983. p. 229-44.
5. McDougall J. Entretien sur la boulimie avec Alain Fine. In: Brusset B, Couvreur C, Fine A, editors. *La boulimie.* Paris: Presses Universitaires de France; 1991. p.143-51.
6. Freud S. Deuil et mélancolie. In: Freud S. *Métopsychoanalyse.* Paris: Gallimard; 1968. p. 145-68.
7. Searles H. Le “médecin dévoué” dans la psychothérapie et la psychanalyse. In: *L'amour de la haine. Nouvelle Revue de Psychanalyse* 33. Paris: Gallimard; 1986. p. 249-62.
8. Winnicott DW. *Jeu et réalité: l'espace potentiel.* Paris: Gallimard; 1975.

Recibido para evaluación: 22 de junio de 2008
Aceptado para publicación: 23 de julio de 2008

Correspondencia
Maurice Corcos
Institut Mutualiste Montsouris
42, Boulevard Jourdan, 75014
Paris, Francia