

Entrevista a Eglé Laufer

Carlos Moguillansky y Nora Rubinstein

P: Para comenzar, ¿podría comentarnos algo acerca de su ponencia en estas Jornadas?

Dra. L: Me pidieron que expusiera acerca de la salud mental, o la sexualidad o la desigualdad, que desarrollara un tema ligado al psicoanálisis en el nuevo milenio. Pensé que lo mejor sería hablar sobre un área en la que he trabajado por muchos años y de la que conozco también acerca del contexto social y cultural en el que se desarrolla, además del trabajo analítico que estuve haciendo. Actualmente, nos damos cuenta, yo personalmente tengo mucha conciencia de ello, por los adolescentes que vemos en nuestro centro, que la atmósfera psiquiátrica y cultural es tal que, si un adolescente que atraviesa un colapso mental agudo, en lugar de venir al centro consulta a su médico o es derivado al psiquiatra, es muy probable que se lo diagnostique como esquizofrenia o enfermedad maníaco-depresiva y sea tratado con medicación, sin que se considere en absoluto la posibilidad de un abordaje psicoterapéutico.

... en la adultez veamos personas que sufrieron un colapso que pasó desapercibido...

Esto es preocupante, lleva a que en la adultez veamos personas que sufrieron un colapso que pasó desapercibido, o que estuvieron internados en la adolescencia pero usualmente nadie se dio cuenta. Hubo intentos de suicidio, o no podían ir al colegio, verdaderos colapsos en el funcionamiento, que en el momento asustaron a todos pero no consultaron. Nunca se trató la situación y uno puede ver el efecto en la vulnerabilidad de estas personas

en la adultez para hacer una crisis mental, una depresión o un brote psicótico. A través de nuestro propio trabajo con adolescentes que fueron tratados con psicoanálisis en esos momentos, estamos convencidos que la intervención en el momento indicado produce una gran diferencia en los resultados en la adultez.

De modo que éste fue realmente mi propósito. Iba a hablar en la facultad de Medicina a gente interesada en la salud mental en general; en mi pensamiento no me dirigía tanto a psicoanalistas sino a personas del campo médico psiquiátrico. Intenté expresar en términos más bien simples, cómo durante un período de desarrollo puede aparecer sintomatología que semeje un cuadro muy paranoico. No tanto alucinaciones, sino ideas delirantes, en especial acerca del cuerpo; por ejemplo adolescentes que están convencidos que tienen algo que todos perciben acerca de su nariz. Yo vi a una joven que no podía salir a la calle, no podía ir al colegio, tenía que llevar siempre algo para poner delante de la cara para ocultar su nariz; un síntoma realmente delirante, pero que nosotros creímos que era tratable.

P: Respecto a estos trastornos serios de la adolescencia que pueden requerir internación en un hospital psiquiátrico, ¿considera que hay posibilidades de que sean tratados psicoanalíticamente?

L: Ya no. El sistema de salud ha cambiado y actualmente no podemos lograr que algún colega, que trabaja en el hospital, los interne. Hoy en día los pacientes tienen que ir al médico que les corresponde y que los manda a internar donde este profesional deriva dentro del sistema de su zona, y en la mayor parte de los hospitales no se hace psicoterapia.

Hay sí algunos hospitales donde trabajan psicoanalistas haciendo psicoterapia y existe un hospital que es principalmente psicoanalítico, el Castel Hospital. Si logramos un subsidio de la autoridad local podemos derivar allí al paciente, y sí recibirá terapia grupal e individual por psicoanalistas.

P: Cuando usted vino hace tres años recuerdo que nos dijo algo similar en la Sociedad de Pediatría. Visité la Sociedad hace unos meses y lo recordábamos. Creo que aquí, por lo menos en Buenos Aires, no en el resto de la Argentina, cuando un adolescente se

interna recibe generalmente un tratamiento psicoterapéutico, no necesariamente psicoanalítico pero sí psicoterapéutico. Esta psicoterapia puede ser seguida por psicoanálisis. Lo que dice ahora y lo que dijo entonces, produjo y produce curiosidad acerca de vuestros tratamientos. Tienen un centro que funciona fuera del hospital, y esto es importante. Creo que usted piensa que es importante que el centro Brent no esté en el hospital. Nos gustaría que nos explique más acerca de esta experiencia.

L: Cuando comenzamos, hace más de treinta años, ciertamente no fue con la idea de ver adolescentes que estuviesen muy enfermos. La idea fue que convenía trabajar por fuera del hospital, de la necesidad de un espacio neutro y muy confidencial. Existían adolescentes en la comunidad que no buscaban ayuda, que se sentaban al fondo de la clase, o

La idea fue que convenía trabajar por fuera del hospital, de la necesidad de un espacio neutro y muy confidencial.

habían abandonado el colegio, de 17 o 18 años, que estaban en problemas privadamente y no podían contárselos a nadie. Lo principal era que en esos días no había “counseling” (terapias de apoyo), porque lo que usted dice de la ayuda que se obtiene en el hospital la obtenemos en el “counseling”, pero de ningún modo es un tratamiento, es una persona que escucha y da un poco de consejo y apoyo, o un psiquiatra joven sin formación que hace lo mismo, pero no hay personas que tengan una comprensión del proceso dinámico del desarrollo adolescente que trabaje con adolescentes. Y nuestra idea fue armar un lugar así, trabajar con psicoanalistas e invitar directamente a los adolescentes. Hicimos posters, los mandamos a los colegios, los colocamos en los ómnibus, diciendo que podían venir a hablar con alguien en forma confidencial. Y vimos a muchos adolescentes que nunca habían ido a pedir ayuda a nadie, y que tenían problemas serios. Veíamos por ejemplo algunos muy deprimidos que después contaban que habían hecho intentos de suicidio a los 14 o 15 años tomando pastillas, pero no se lo habían contado a nadie, o chicas preocupadas por su relación con los novios que las golpeaban, o muchachos preocupados por sus novias que habían perdido el control, toda clase de síntomas bastante severos. Pero eran ado-

lescentes y pensamos que ese era el momento de ayudarlos, antes que se transformase en enfermedad y que la intervención en este momento podría evitar que se integrara y se volviera parte de la personalidad. Y por qué estoy hablando tanto del peligro de mal-diagnosticar a estos adolescentes como psicóticos como si ya fuese una enfermedad establecida, es porque se han incrementado los servicios de counseling, hay muchísimos lugares donde se hace counseling, cada colegio tiene un counselor (terapeuta de apoyo), cada universidad tiene psicoterapia y counseling, pero a veces ven gente que después hace cuadros que son demasiado severos para ellos y entonces nos lo mandan a nosotros, de modo que estamos recibiendo muchos adolescentes enfermos, los que veíamos en un principio ahora reciben alguna forma de ayuda como apoyo y primeros auxilios. Y hasta los hospitales, no pueden internar lo que ellos diagnostican como trastornos de personalidad, ya que no es una enfermedad ni la medicación les ayuda. El servicio dice que no hay que internar a alguien que no se puede tratar, no tiene nada para ofrecerles, por lo tanto nos los mandan a nosotros.

P: Ustedes ven muchos adolescentes, pero deciden hacer tratamiento analítico sólo con unos pocos.

L: Sí, a muy pocos. Mi marido, con toda su experiencia en este campo, remarcó que si no detectamos la ansiedad en la primera

...si no detectamos la ansiedad en la primera entrevista, perdemos al adolescente.

entrevista, perdemos al adolescente. No se puede ir buscando y esperando, hay que trabajar muy duro para realmente mostrarle al adolescente que uno es capaz de comprender y poner en palabras

el por qué de su ansiedad. Porque, cualquier adolescente que viene, viene con una crisis, y dice “no sé porqué estoy acá, pensé que vendría, pero ahora no sé de qué hablar”, y si uno entonces no trata realmente de trabajar con eso y llevarlos al punto donde puedan contarle, o si uno no se da cuenta que están muy avergonzados de algo o muy angustiados, que si no no hubiesen venido, se van desilusionados, hicieron un esfuerzo y no les sirvió. Esto nos enseñó a desarrollar una técnica de trabajo, que llamamos

entrevistas terapéuticas que pueden durar meses, vemos a la persona una vez por semana si podemos, a veces cada quince días una vez que hicimos el contacto inicial en las primeras tres o cuatro semanas, y miramos cuánto podemos ayudarles a ponerse en contacto no sólo con la crisis en la que están sino también cuál es el problema real en el que están y, si llegamos al punto en que sentimos que están en contacto con su necesidad de ayuda, no sólo con la crisis —que me matonean en el colegio, o le pegué a mi madre—, la crisis inmediata, sino que hay un problema real subyacente con el que pueden ponerse en contacto y mostrarles que necesitan ayuda, que puede afectar su vida futura, que es más importante que la crisis inmediata, entonces comenzamos a hablar acerca de la terapia. Porque lo usual en los adolescentes es que siempre hay urgencias en su vida, cuando les planteamos psicoanálisis, que tienen que venir cinco veces por semana, dicen “no puedo, tengo mis exámenes en el verano”, “no puedo tomarme ese tiempo” o “me voy a la universidad el año que viene”, pero si usted piensa que ese adolescente sin tratamiento va a ir a la universidad y va a sufrir allí un colapso nervioso probablemente, porque no va a poder hacer relaciones, y por el pasaje del colegio a la universidad, y va a estar de vuelta con una crisis nerviosa en seis meses, entonces uno se lo puede decir, y decirle que es realmente urgente, que debe tomar el tratamiento como prioridad, como encararía el tratamiento de una enfermedad física como prioridad.

P: Por lo que nos explica, muchos adolescentes consultan a este centro y reciben entrevistas semanales por mucho tiempo, meses quizá, y esto es todo lo que la mayoría de ellos recibe.

L: Todo lo que la mayoría *quiere* recibir. El promedio de entrevistas, según las estadísticas, es siete. Vienen, prueban, no vuelven, les escribimos una carta y vuelven, después dicen “no puedo venir la próxima”, después vienen las vacaciones, después vienen cinco veces más. El promedio de veces es siete. En ese tiempo algunos se van, el entrevistador los llama y da una entrevista y ellos contestan diciendo que no van a venir más. Con algunos el entrevistador acepta, si el adolescente dice que se está sintiendo mejor y no quiere venir más se le dice que está bien, pero que si necesita venir que lo haga cuando quiera. Es realmente un proceso y lo llevamos hasta donde pueden en ese momento de su vida.

Y algunas veces regresan dos años después.

P: Qué pasa con un adolescente muy enfermo que va al centro y que, como es usual en estos casos, se niega a continuar o a recibir ayuda.

L: Si pensamos que corre riesgo, que está demasiado psicótico para funcionar, o que su vida corre riesgo o la vida de la familia está en riesgo —recientemente teníamos el caso de dos jóvenes que atacaban a la madre y realmente pensábamos que había peligro que la mataran—, le hablaríamos de la necesidad de hablar con su médico, y que pensamos que es importante evaluarlo para ver si puede funcionar en el ambiente en el que está, si el ambiente es suficientemente continente y no tenemos duda de decirles que no es suficiente y que necesitamos hablar con el médico y le hablamos de la necesidad de estar en el hospital, o en un hostel para alejarlos de la casa. Tratamos de que juntos lleguemos a ver lo que necesita. No creemos que en todos los casos la terapia es la respuesta.

P: Esta evaluación no es sólo la primera parte de un proceso que va a ser continuado después. La evaluación es un fin en sí mismo. ¿Es esa la idea?

L: Sí, es para establecer el estado interno del paciente en ese momento y si puede funcionar en el medio ambiente en el que está, y no sólo para el diagnóstico. Un adolescente puede venir con un problema pero estar funcionando bien en el resto de su vida. Está preocupado si es homosexual, o por las peleas que tiene con su padre, esa clase de cosas, asumimos que hay una crisis en algún lado que sienten que no pueden superar.

P: ¿Siempre se manejan sólo con el paciente?

L: ¿Si incluimos a la familia? Por supuesto. Pero siempre vemos primero al adolescente solo. Siempre intentamos cuando llaman los padres a que el adolescente llame él mismo y pida el turno, y si no pueden, entonces hacemos la cita con la madre. Pero siempre queremos que el adolescente venga por sí mismo, y si vienen con la madre y está en la sala de espera, si es posible le

pedimos que espere mientras vemos al hijo. Después incluimos a la madre al final de la entrevista, pero con el adolescente presente. No hacemos terapia familiar, vemos a los padres si pensamos, o el adolescente piensa, que va a ser útil. Simplemente para explicarles a los padres por qué pensamos que tendría que estar en el hospital o qué es lo que nos preocupa del hijo, o que necesitamos que vean al médico porque pensamos que hay riesgo clínico. No pensamos que esté bien que los padres deban llevar el riesgo ellos mismos. Tratamos de apoyarlos. Y si queremos que el adolescente venga al tratamiento, el objetivo de ver a los padres es que los padres apoyen el tratamiento. Es para explicarles, sin entrar en demasiado detalle, con el adolescente presente, simplemente diciéndoles que pensamos que es importante que tenga tratamiento. Porque si el adolescente está viviendo en la casa con los padres, quizá de una cultura distinta, o con la idea de que es estúpido o que tiene que superar las cosas por sí mismo, es imposible un tratamiento.

P: Usted sabe que muchos analistas y me animo a decir que en muchos países se piensa que no se puede analizar adolescentes por su edad y por los problemas que presentan al tratamiento. Quisiera saber su opinión.

L: A muchos analistas no le gustan los adolescentes porque traen demasiados problemas. Estoy de acuerdo, los traen. Y yo no recomendaría tratar muchos al mismo tiempo. Nunca trabajo con más de dos a la vez. Creo que hay una confusión entre algo llamado proceso normal de desarrollo en la adolescencia, que significa que el adolescente se está alejando de la dependencia de figuras de autoridad, los padres o sus representantes, y que es parte del desarrollo normal hacer esto y por lo tanto ponerlo en ese momento de su vida en una situación que promueve la dependencia estaría contraindicado.

La confusión es que no tomamos adolescentes normales en análisis, tratamos a aquellos en donde este proceso se ha interrumpido, que no pudieron romper el lazo con los objetos primarios y que están generalmente en un estado de mucho retraimiento, un estado autista y encapsulado, que los vuelve difícil de tratar. Pero es urgente hacer el esfuerzo, y no se puede lograr esto viéndolos una vez por semana. Por la gran dificultad de estable-

cer ese tipo de relación se les debe ofrecer algo a la vez. No se le puede plantear a un adolescente que es muy frágil, y está muy asustado de sentirse muy dependiente de alguien en esa etapa, verlo una vez por semana y dejarlo solo por ese tiempo con toda la ansiedad que uno crea al traer esas cosas a su conciencia.

Esa es la base de nuestro pensamiento. Somos partidarios por el contrario de que cuanto más enfermo está un adolescente, más importante es verlo cinco veces por semana. Por eso el establishment psiquiátrico está en contra nuestro, pero también muchos analistas piensan que los pacientes borderline, suicidas, adolescentes o no, no deben ser tratados con un análisis de cinco veces por semana.

P: Un punto importante que me gustaría que se extendiera más: está indicado o no el abordaje psicoanalítico con paciente adolescentes graves, como aquellos que hicieron intentos de suicidio o que están en riesgo de hacerlos.

L: Nuevamente, hay que hacer una evaluación de su estado mental presente y de cuán agudo es el peligro suicida en este momento. Si es agudo no se comienza un análisis en ese momento, donde después de la sesión se iría a su casa, y es probable que se intente matar. Un adolescente, como cualquier otro paciente, que no es capaz de usar el proceso psicoanalítico, de pensar acerca de sus afectos y de su significado, no debe ser puesto en una posición donde esto es lo que se espera que haga, y uno pone en él expectativas de que sea capaz de manejarse con esto, y esto lo agrava. Hay que evaluarlo y decirle al adolescente “por el momento no es suficiente que me vengas a ver, creo que debes estar en el hospital, y cuando te sientas mejor y el hospital sienta que está bien que salgas, entonces podemos comenzar el análisis”.

P: Me parece por su respuesta, que es difícil usar la combinación de medicación y psicoanálisis.

L: No realmente. Digamos que este paciente se interna, y se le da medicación, una vez de alta todavía va a estar con medicación y el adolescente va a seguir viendo al psiquiatra que va a continuar la medicación y yo lo voy a tomar para el análisis y no nos tenemos que comunicar entre nosotros, pero yo voy a hablar de la

medicación con el adolescente, el significado que tiene, y habrá muchos acting out con respecto a esto, dejar la medicación u otras cosas, que tienen que ver con la transferencia, pero es necesaria y se trabaja con eso, yo no pensaría que la tiene que dejar. Estuve atendiendo a una adolescente que tiene un diagnóstico de enfermedad maníaco depresiva, yo no creo que la tenga, es ciclotímica, tenía momentos de elación y momentos muy melancólicos e hizo un intento de suicidio muy serio y le dieron litio. Yo trabajé con ella y finalmente ella y el psiquiatra decidieron que ya había mejorado como para suspender la medicación.

P: ¿Qué piensa acerca de esta moda de distribuir las psicopatologías, y las terapéuticas específicas para patologías específicas?

L: ¿Se refiere a tener un servicio para anoréxicos, un servicio para distintas patologías? Creo que hay una gran tendencia a criticar la medicina porque separa a la gente en distintas especialidades médicas y que no hay una medicina holística que toma en cuenta al individuo en su totalidad. Y yo lo siento un poco así, porque siento que ninguno de ellos toma en cuenta al adolescente en su totalidad. Se vuelven especialistas en anorexias más que especialistas en adolescentes. Nosotros vemos todo tipo de patología y creo que es importante, porque entonces no tratamos de encajar todo lo que vemos en un cuadro específico.

P: Entonces en su opinión, con la gran experiencia que tiene, ¿cuáles son los obstáculos de esta posición?

L: Es como con la medicación, es un abordaje sintomático. Puede parecer presuntuoso, pero en mi opinión es como dar una aspirina para el dolor de cabeza. Se puede dar litio pero no se trata la enfermedad, o su significado. Del mismo modo, la anorexia, creo que los servicios de anorexia son útiles para evitar que los pacientes se maten por inanición, y por cierto mandaría allí a una adolescente que está en riesgo y que no puede controlarlo, además para alejarla de la madre. Pero no lo veo como tratamiento de la adolescente, lo veo como manejo del síntoma inmediato. Y es por eso que siento tanta preocupación con los adolescentes y elegí hablar de esto. La tendencia que tenemos en Inglaterra, las autoridades dicen debemos tener más servicios para adictos, para

anoréxicos y deben disminuir el número de suicidios en un 10%. Y estos son los objetivos. Y esto es realmente ignorar que lo que no reducimos es la incidencia de enfermedad mental en el adulto y que estos síntomas que aparecen en el adolescente son las señales de problemas futuros y los debemos manejar adecuadamente, no sólo hacerlos desaparecer.

P: Lo que usted subraya es que la intervención temprana en la adolescencia es una cuestión de oportunidad, algo sucede en la adolescencia que no puede suceder en el futuro.

L: No, no diría eso, diría lo contrario. Algo pasa al final de la adolescencia que es mucho más difícil de deshacer. Si se rompe la pierna y no la trata en el momento en que se le ha quebrado se va a curar, pero se va a curar torcida y va a ser mucho más difícil más adelante volver las piernas al estado en que puede caminar normalmente. Y uno puede pensar en el proceso adolescente del mismo modo. Si pueden superar las ideas suicidas o superar la crisis psicótica el adolescente va a emerger a los 21 o 22 años, pero va a ser con un precio, el precio va a ser alguna distorsión en el desarrollo, en mi opinión especialmente una distorsión en su relación con la realidad y su habilidad de manejarse con la realidad. Va a haber una realidad interna que no permite que se produzca el cambio, cambio requerido por el movimiento de niño a adolescente, de sexualidad infantil a sexualidad adulta y que como resultado permita una reestructuración. Este proceso va a llegar a una conclusión alrededor de los 22 años, se llega a una organización sexual final, pero puede que no sea una organización de acuerdo a la realidad y podemos tener una organización perversa, una orientación homosexual, puede tener adolescentes que en ese momento han resignado su idea de lograr su potencial intelectual, han abandonado la esperanza.

P: ¿Encontró alguna línea epigenética en el curso de la adolescencia? Recuerdo que Peter Blos ha escrito acerca de la epigénesis de la adolescencia y en ese artículo dice algo como que en ese momento de la vida el adolescente cambia el modo de pensar y de actuar y en la transferencia la neurosis se cristaliza, se vuelve mucho más definida.

ENTREVISTA

L: Tiene lugar una integración. Lo que mi marido no estaba de acuerdo con Peter Blos es que hablaba de la existencia de adolescencias prolongadas, y mi marido decía que no hay algo como un adolescente de treinta. Uno oye a muchos analistas decir, tiene treinta pero realmente es todavía un adolescente. Yo creo que en realidad lo que describe es probablemente un paciente borderline, porque probablemente lo que quiere decir es alguien que hace acting out, que de alguna manera no está en control, pero no es una adolescencia prolongada, ni una adolescencia tardía. No es correcto analíticamente.

P: ¿Quiere agregar algo que no le haya preguntado?

L: Me preocupa cómo hacer para que se tome en serio la adolescencia. No sólo por la comunidad en general, si uno piensa en el bienestar de la comunidad y uno ve, delincuencia, drogadicción, patología severa, hospitalización. Estas son las cosas de las que se hablan, los resultados del colapso adolescente. Tomar en serio al adolescente, invertir el dinero necesario, contar con los recursos para ayudarlos en el momento adecuado, actuar en forma preventiva para ahorrarle a la sociedad y al individuo mucho dolor.

Traducido por Beatriz Schechter.

Eglé Laufer
48 Abbey Gardens
London NW8 9AT
England, U.K.