

VULNERABILIDAD DE LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD, LA FAMILIA Y LOS TERAPEUTAS

*Jorge Cantis**

Introducción

En esta exposición voy a referirme a las problemáticas de los adolescentes con discapacidad. Para ello es necesario distinguir los aspectos generales de los específicos y a que discapacidad nos estamos refiriendo, ya que no es lo mismo el adolescente con discapacidad mental, con discapacidad motriz, con discapacidad sensorial (sordos – ciegos) y esa discapacidad es congénita o adquirida tempranamente o adquirida en la etapa de la adolescencia.

Respecto de los aspectos generales a tener en cuenta en los adolescentes con discapacidad es la fuerza pulsional y salvo excepciones, que son muy pocas, esta fuerza va vinculada con la forma de procesarla.

Sabemos la importancia en la adolescencia de dos trabajos psíquicos fundamentales: el hallazgo del objeto exogámico y del desasimiento de la autoridad de los padres.

Para este trabajo psíquico es importante disponer de un sistema motriz y sensorial en condiciones y, que pasa en los adolescentes con discapacidad cuando estos sistemas están perturbados por sus propios déficits.

Uno de los aspectos específicos a tener en cuenta, es la posibilidad de desplegar una agresividad al servicio de la expresión de la vitalidad que

* Lic. Psicólogo. Av. Gaona 2055 PBA. Argentina. E-mail: cantisj@sinectis.com.ar

permita neutralizar las tendencias a la autodestrucción. La imposibilidad de desplegar este tipo de agresividad, lo deja al adolescente con discapacidad, con una mayor tendencia a replegarse; a un dejarse morir.

En esta situación, el adolescente se encuentra inerme y su núcleo radica en una significativa desvitalización.

Es importante tener en cuenta los estados de vulnerabilidad física y psíquica en los adolescentes con discapacidad.

En esta vulnerabilidad física es importante tener en cuenta, como se juega la pulsión de sanar, o sea, la disposición a la curación, la potencia que uno puede tener, mayor o menor, para la lucha por la propia vida, más allá de que el adolescente tenga una falla genética.

Es importante determinar en estos adolescentes, la tendencia a la lucha por la recuperación y el equilibrio vital y que muchas veces es autónomo gravedad de la afección orgánica que tengan.

Me refiero, como algunos adolescentes tienen un diagnóstico más grave, desde el punto de vista físico (ej.: distrofia muscular progresiva), pero psíquicamente están mejor y en otros, se da la cuestión inversa.

Por eso, en los adolescentes con discapacidad, es importante determinar las dificultades o limitaciones para el procesamiento de las exigencias pulsionales. Aquí falla porque están alteradas las fuentes pulsionales o alterada la motricidad o el sistema nervioso.

Todo esto hace difícil la tramitación de las exigencias pulsionales y hace de drenaje de la propia tensión vital. Entonces, uno tiene magnitudes: en unos pacientes el drenaje es mayor, en otros es menor.

El drenaje, expresado como desvitalización anímica, nos remite al origen en el trauma, cuyo rasgo de carácter con la discapacidad, tiene 2 funciones, la primera es frenar el trauma como medida precautoria y la segunda, al mismo tiempo, esencialmente intenta perpetuarlo.

Esto se manifiesta como rasgo de carácter abúlico en el adolescente discapacitado, o sea, la perpetuación de un momento que el paciente estuvo a punto de morirse o la perpetuación de sus momentos agónicos. Ej.: Recuerdo varias entrevistas de padres con hijos con distrofia muscular progresiva. Esta enfermedad, que afecta con mayor frecuencia a niños varones durante el 3º al 4º mes, provoca debilidad y atrofia progresiva de los músculos, que conduce a deformidades ortopédicas, fundamentalmente en columna y miembros inferiores, necesitan incorporar una silla de ruedas para su traslado.

Los padres de hijos con esta discapacidad, verbalizaron en las entrevistas “a nuestro hijo le dieron 2 años y actualmente tiene 16 años”.

Este discurso queda como memoria, tanto para los padres como para el paciente que padece esta enfermedad. Pero toda esta cuestión, tiene relación con neurosis post-traumáticas, especialmente con las neurosis post-traumáticas tempranas, consistentes en dejarse morir.

El dejarse morir, implica una vicisitud pulsional que no es pasiva sino es una postura muy activa.

El retorno a la inercia, puede ser por varios motivos, pero en realidad es algo estructurante en este grupo de pacientes.

Este dejarse morir, lo he observado en varios pacientes, que dejan de respirar y experimentan un goce por dejar de hacerlo y al ponerlos en un pulmator o respirador que los obliga a respirar a la fuerza, se enfurecen porque los obligan a vivir.

En otros pacientes, observamos que dejan de comer y cuando los canalizan, sienten que los alimentan a la fuerza y también se enfurecen porque los obligan a vivir. Entonces, el dejarse morir, es una vicisitud pulsional: es una cuestión económica.

Con respecto al problema de desasimiento de la autoridad de los padres, tiene un camino que es subjetivar su propia condición, o sea, apropiarse de lo propio. Está bien, que por este camino es más difícil neutralizar la pulsión de muerte y por lo tanto, hay más riesgos de quedar expuesto a la vivencia interna de aniquilación. Pero también se ve ligado al sentimiento de injusticia. Este sentimiento de injusticia es compuesto y una parte del sentimiento de injusticia depende de la envidia hacia los sanos. Otra parte del sentimiento de injusticia es objetiva y deriva de las funciones defensivas para luchar por lo propio y que la realidad es que tiene que cambiar en algún aspecto

En los sentimientos de injusticia observamos como se pueden aumentar los estados de apatía por no poder encontrar un buen cauce para canalizarlo.

Otros de los fenómenos a considerar en la clínica de los adolescentes con discapacidad es la tendencia a la desmentida. Y es importante preguntarnos cual es el valor de la desmentida funcional y desmentida patológica, porque siempre es necesario algún grado de desmentida en estos casos para seguir viviendo pero es necesario evaluar hasta donde y como.

La desmentida la podríamos llamar funcional siempre y cuan-

do no interfiera en la complejización psíquica.

La desmentida es patológica en la medida que el adolescente sigue adherido a un pasado irrecuperable. El adolescente se opone a una realidad y hay una tendencia a sacrificar un fragmento vital y como consecuencia de ello hay un notable repliegue narcisístico, mutilante de un deseo.

En cambio, en la desmentida funcional el adolescente abre un futuro. En esta desmentida no implica que no haya un proceso de duelo.

En realidad, la desmentida funcional siempre se pone de lado de la pulsión, pero no de la pulsión de muerte. O sea, que la desmentida pasa a ser un representante importante de la vida rutinaria que trata de afirmarse por sus propias leyes.

En síntesis, el adolescente discapacitado no sólo está desvalido frente al mundo, sino desvalido frente a su propia hostilidad que no encuentra cauce. Y eso lo conduce a estados de apatía.

Otro aspecto a tener en cuenta en esta clínica de los adolescentes con discapacidad, es su crecimiento corporal, como enfrentan el crecimiento de sus cuerpos.

A propósito, recuerdo el caso de un paciente que por su discapacidad motriz debía usar corset por su escoliosis y necesitaba cambiarlo a consecuencia de su crecimiento físico.

El joven se resistía al cambio y los padres me solicitaban que, como profesional, ayudara al paciente a concurrir a consultar a su ortopedista.

Comencé a trabajar con él acerca de qué le sucedía con el corset y constaté, que su resistencia hablaba de sus temores al manipuleo, a la agresión, al maltrato. Vencidas dichas resistencias, pudo concurrir a la prueba de un nuevo corset. Para el paciente existe una necesidad de envoltura y es diferente perder la misma en la casa, que privarse de ella en otro lugar.

Luego de visitar al ortopedista, el joven en una sesión me manifestó: "tengo que adaptar todo mi cuerpo al corset nuevo, es un cuerpo dentro de otro cuerpo, no hay superposición"; "el corset es alto, me queda alto y cortos los portabrazos".

Resulta claro, que para estos pacientes, los corsets forman parte de su estructura corporal, como propios de su organismo y para muchos de ellos, hace de coraza antiestímulo. Por otro lado, tiene el rol de órgano complementario o suplementario de su columna vertebral o, en otros casos, se convierten en complemento de su motricidad. La prótesis es presentamente, un fragmento del propio cuerpo, pero el joven no siente al

cuerpo y es la prótesis la que lo hace sentir, en todo caso, como fragmento del cuerpo, aunque carente de subjetividad. En realidad, este adolescente estaba evitando encontrarse con su propio cuerpo.

A veces, la prótesis se busca afuera: que el otro actúe como prótesis. Allí, los pacientes se resisten específicamente, a usar prótesis concretas y buscan que el otro, les haga de musculatura sana, es decir, de cuerpo duro.

En este tipo de pacientes, la carencia se refiere al fragmento de musculatura esquelética, o sea, aquel que permite organizar el cuerpo a partir de las partes duras. En esas situaciones, los pacientes pueden intentar sustituir esa falta, buscando que el otro actúe como musculatura sana, creando una dependencia tiránica hacia ese sustituto y un vínculo patológico. Un ejemplo típico, es el de las personas que se resisten a utilizar el bastón indicado por su traumatólogo y buscan apoyarse en un tercer sustituto, perdiendo su autonomía, pasando por el mundo en forma automática a través de un desplazamiento carente de subjetividad.

Volviendo al joven del corset y unido a lo antedicho, su caso es el de un cuerpo dentro de otro cuerpo que hace de musculatura esquelética prestada. La necesidad de cambio de corset para sustituirlo por otro más grande, lo obligaba a advertir el crecimiento de su cuerpo, de sus extremidades, de sus espaldas; el joven se resistía a ver lo largo. Lo que le quedaba grande o chico, aparecía como continente en una relación continente-contenido en la que se advierten dos patologías: una, la falta de sostén por ser demasiado grande su cuerpo y otra, que el sostén que venía usando lo hacía sentirse comprimido, con sensación de ahogo. En esta situación, se advierten las dos alternativas de continente-contenido: la vivencia de desparramarse con un nuevo corset más grande y la de estar sofocado si continuaba usando el corset anterior.

Las ideas expuestas, nos remiten a un concepto planteado por D. Meltzer en su libro "Claustro", que en el seno materno el feto se encuentra en una situación claustrofóbica, comprimido y sin espacio. Tengo la impresión, que cuando el paciente aludía a un cuerpo dentro de otro, se refería a esa situación claustrofóbica relacionada con su crecimiento corporal: se sentía aprisionado y sin salida y sofocado a consecuencia de haber crecido.

Transformaba el crecer en un estar aprisionado. En síntesis, en esas discapacidades encontramos como patologías, respecto del crecimiento, la sensación de desparramo, la de sofocación y el impacto de crecimiento.

En los adolescentes con discapacidad mental es importante discriminar el tipo de retraso. Algunos autores hablan que los débiles mentales detenidos en los primeros estadios de constitución no alcanzan a diferenciar plenamente el yo del no yo. El adolescente con discapacidad mental tiende a estar al servicio del pegoteo y a aturdirse con el otro. Además, las distintas erogeneidades entre sí están más confundidas o sea equivalentes.

Podríamos hablar de confusión zonal y entonces da lo mismo para el adolescente con discapacidad mental chuparse el dedo que introducirse el dedo en el ano, o que masturbarse o porque no las tres actividades juntas.

Hay una notable confusión y fusión por vía orgánica.

Una de las tareas terapéuticas consiste en ayudar a los pacientes a diferenciar las zonas erógenas.

El trabajo de subjetivación en estos adolescentes depende de que la sexualidad esté inhibida no sofocada.

Una de las metas clínicas del adolescente con discapacidad consiste en rescatar junto con lo común la singularidad de cada uno de ellos ya que le estamos ofreciendo a los adolescentes posibilidades de que todos pasen por la misma vivencia pero tiene que haber una teoría que soporte los desarrollos diferenciales y esto alivia a los profesionales. Además de analizar la contratransferencia para evitar sentimientos de desazón y desamparo que obturan todo proyecto clínico. Los terapeutas debemos estar muy atentos en la diferenciación del contagio afectivo y la empatía frente al adolescente con discapacidad. El contagio afectivo es la contraidentificación en la cual el terapeuta empieza a superponer sus sentimientos con los del paciente y entra en regresión pero sus sentimientos de ese momento durante la sesión con el adolescente son ilegítimos por que se encuentran identificados en forma indiscriminada y masiva con las producciones afectivas del adolescentes.

A este contagio afectivo se contraponen la empatía donde se produce una identificación fragmentaria. El terapeuta toma del adolescente discapacitado sólo algún aspecto de sus producciones afectivas pulsionales pero las vive como ajenas. el sufrimiento es del otro y no propio

En síntesis la meta clínica consiste en despertar y rescatar a lo psíquico y a lo vital del adolescente con discapacidad y su grupo familiar.

Bibliografía

- CANTIS, J.* (2001) Discapacidad: subjetividad, vitalidad interior y familia en Trabajo Psicoanalítico con Niños. ASAPPIA. Editorial Ricardo Vergara.
- CANTIS, J.* (1999) “La Contra transferencia en la Clínica de la Discapacidad” en Contribuciones al Trabajo Psicoanalítico con Niños y Adolescentes .ASAPPIA .Editorial Ricardo Vergara.
- CANTIS, J.* (2003) “La sexualidad y sus vicisitudes en adolescentes con retardo mental y discapacidad motriz” en Trabajo Psicoanalítico con Adolescentes Ediciones JVE.
- MALDAVSKY, D.* (1995) “Pesadillas en Vigilia”; Amorrortu Editores, Bs. As.
- FREUD, S.* (1916) “Algunos tipos de carácter dilucidado por el trabajo Psicoanalítico. Las Excepciones”; Vol. XIV; Amorrortu Editores, Bs. As.
- FREUD, S.* (1926) “Inhibición, síntoma y angustia”; Vol. XX; Amorrortu Editores, Bs. As.
- MELTZER, D.* (1990) “La Aprehensión de la Belleza”. Ed. Patía, Bs. As.