

DE LA SÍNDROME DE L'ADOLESCÈNCIA NORMAL A LA NECESSITAT D'ATENCIÓ PSICOLÒGICA I PSIQUIÀTRICA EN ADOLESCENTS. Criteris de gravetat.

Albert Chamorro i Salvat

Psicòleg Clínic. Institut d'Estudis en Psicopatològica de Barcelona (IEPB)

Hospital de Dia per Adolescents de Les Corts, Sarrià i Sant Gervasi

RESUMEN

Del síndrome de la adolescència normal a la necesidad de atención psicológica y psiquiátrica en adolescentes. Criterios de gravedad.

La adolescència, moment vital ja de per sí complicada, sol ser un moment de presentació y/o detecció de processos psicopatològics freqüentment expressats a través de la conducta, tant en el ampli caixon de sastre configurat per los chicos etiquetats com "conductuals" com en patologies de tipus inhibitori grave que a menudo se expresan a través del absentisme escolar. A menudo, y más cuando la familia se halla dañada por una gran carga psicopatológica propia o invadida por sentimientos de culpa invalidantes respecto a sus hijos, la escuela o el instituto, a través del tutor, psicopedagog o de una derivación al EAP es la única vía de entrada a los servicios de atención especializada en salud mental. Esta puerta es pues fundamental para prevenir la aparición de patologías graves o para la instauración de un tratamiento adecuado si ya están instaladas. Este artículo pretende repasar algunos indicadores de psicopatología que señalarían la necesidad de atención en psicología clínica o en psiquiatría del niño y del adolescente.

ABSTRACT

From the normal adolescent crises to the need of psychological and psychiatric care. Seriously Illness Criteria among teenagers.

Adolescence is a vital moment where psychopathological processes take place, usually expressed by disruptive behavior or being absent from school, or other similar situations. Usually, school is the only way to prevent and steer teenagers to mental health services, specially when families are themselves in pathological situations or feeling guilty about their child. Thus, this article is to try to clarify the many signs that can show the need to steer the patients to mental health services.

La crisi adolescent normal no és tasca fàcil. Els nois i noies són subjectes a una veritable revolució hormonal, a una sèrie de canvis corporals sobtats que han d'anar digerint, cosa que comporta un procés elaboratiu complex a nivell mental. Tal com ho assenyalava Aberastury, l'adolescent ha d'afrontar un seguit de dols, per la pèrdua del cos infantil, del rol i status de nen, la pèrdua dels pares de la infància, mentre que el seu entorn i també el seu desig l'impel·leixen a moviments progressius devers l'adulthood, l'assumpció de responsabilitats, la sexualitat i, en definitiva, a configurar-se una identitat que tendeix a l'adulthood però que encara té un peu important arrelat als graons de la infància. En definitiva, el nostre adolescent es va movent com pot entre moviments regressius, benignes i normals quan els pares saben tolerar-los i reubicar-los sense encallar-s'hi, així com moviments progressius, concepte més poc utilitzat en la psicoanàlisi però fonamental per entendre l'adolescència. El progrés, que evidentment significa canvi, moviments identificatoris amb imatges internes però en relació a les persones importants a nivell afectiu que l'envolten (professors, grup d'amics, etc.), i alhora diferenciació, genera sempre sentiments de por, que s'han abordat molt sovint en els autors clàssics. En un extrem podem ratllar o entrar definitivament en la patologia, quan realment les pors del noi en interacció amb la més o més poca capacitat dels pares encallen el desenvolupament. Un cas extrem seria la de dos germans que no surten de casa des de fa un any. A l'altre extrem tenim la por de quedar-se encallat a la infància, quadre del qual es parla menys, molt ben exposat per Lillo, patologia de transició de l'adolescent, caracteritzada per la por de no assolir la maduresa, de quedar-se atrapat. Aquest quadre sol veure's en nens que no fan el desenvolupament físic normal, i pot arribar a generar situacions clíniques molt greus.

Essent l'adolescència un període psicològicament tan mogut, de vegades la detecció de patologia o de senyals d'alarma no són tan fàcils com ho podrien ser en l'adult. Així, fenòmens psíquics que, si sovintegen en l'adult, són signe de problemes mentals, són habituals en l'adolescent normal: per exemple, l'actuació, en el sentit psicoanalític, que vindria a ser fer les coses sense pensar -m'enfado i munto un pollastre sense calibrar ni si realment tinc raó d' enfadar-me ni les conseqüències que té per mi i per l'altre el dit pollastre- són, com sabem els qui tractem adolescents, força freqüents. És dir, l'adolescència és ja de per si problemàtica, un moment psíquic difícil, per bé que no dramàtic, però que comporta en sí una bona dosi de necessitat d'elaboració mental de moltes coses i per tant de patiment i sovint de desbordament de l'aparell mental, que ha de ser contingut per l'adult. Això fa que en una franja molt important d'adolescents la necessitat d'intervenció especialitzada, que vagi més enllà del sentit comú, pugui ser -lícitament- dubtosa. Més, al menys des d'una aula, per tal com la necessitat d'intervenció no depèn només de la simptomatologia presentada pel noi o la noia, sinó perquè a més dependrà de la capacitat de comprensió i de contenció -que inclou la comprensió i els límits- dels pares. Tot i així, hi ha una sèrie d'indicadors d'alarma clars, que passaré a esmentar a continuació. Presentaré les patologies de més lleus a més greus, tot i que la gravetat no depèn només del diagnòstic, sinó que depèn també de la intensitat de la patologia, de la contenció del medi i de les possibilitats de curar-la o paliar-la, tant amb les tècniques psicoterapèutiques com amb la psicofarmacologia.

1. PATOLOGIA NEURÒTICA MENTAL: HISTÈRIA, FÒBIA I TRASTORN OBSESSIU-COMPULSIU

Són casos que generalment són poc sorollosos, per tal com el patiment és fonamentalment intrapsíquic, i que correspondrien a

estructures "amb bona mentalització", en el sentit de l'escola de psicosomàtica de París. La seva expressió es veu en l'exacerbació de trets de caràcter que podrien ser considerats normals, i que tenen a veure amb el mode de relació que estableix el noi o la noia. En la histèria, veiem un sistema relacional que tendeix a la seducció i a la competitivitat i rivalitat, així com, en casos més greus, a l'establiment de relacions duals per criticar i excloure el tercer. Cal remarcar que trets exacerbats de caràcter histèric poden fer pràcticament inviable la convivència i constituir-se en patologia important. Igualment, certs casos de patologia de tipus conversiu. En la fòbia, predomina l'evitament de situacions que poden ser molt puntuals (per exemple, fòbia als ascensors) o més complexes. Si la situació evitada no té massa rellevància, llavors la fòbia pot perfectament no ser tractada. Per exemple, si una persona té fòbia als coloms, evitarà passar per la plaça Catalunya i algunes altres situacions on hi ha els animals, però probablement no tingui massa interferència en la seva vida quotidiana ni per tant massa rellevància clínica. Tanmateix hi ha situacions fòbiques que arriben a prendre matisos greus; en els adolescents es presenta, sovint malentesa, la fòbia escolar. John és un noi que cursa quart d'ESO i que es presenta a consulta desesperat: "M'agrada estudiar, vull fer batxillerat perquè m'agradaria fer enginyeria, però no puc anar a classe." Quan prova de fer-ho li agafen taquicàrdies, suor freda, es mareja, té por d'entrar a classe, terror que el professor li preguntés alguna cosa, vomita... tot i que se sap la matèria. Per la resta, John és un noi obert, no té problemes de relació ni amb els adults ni amb els seus parells, surt amb el seu grupet d'amics que no entenen res del que li passa. Ell té molta vergonya d'admetre la situació real, i per això diu que "passa d'anar a classe". Als professors, els diu, després de consultar un primer psicòleg clínic que fa un diagnòstic, que "té fòbia". Esmento aquest cas per exemplificar el difícil que pot ser de vegades comprendre un quadre d'aquest estil. El noi, després d'un fracàs en teràpia reglada i

de tractaments farmacològics diversos (alprazolam, diazepam, IRS, etc.) va haver de ser hospitalitzat en règim d'hospitalització parcial, en el marc on l'atenc. Un dia, hi ha una excursió de l'institut, i ell demana permís per acudir aquell dia. Està molt content de poder anar amb el seu grup-classe en una situació que no tem, ja que s'esdevé a fora de l'aula. Quan es presenta el dia de l'excursió un professor li pregunta si no estava malalt. El noi li respon que sí, però que com que té fòbia escolar i això no és a l'escola doncs "s'hi ha apuntat". Malauradament el professor no entén la situació i li respon que ell el que té és un morro que se'l trepitja i que com no s'espavili a aquest pas suspèn el curs i no podrà fer el batxillerat... cosa que ve a incrementar la seva ansietat a l'hora d'afrontar la situació de classe i d'avaluació.

El darrer tipus de patologia que podem trobar a dins de l'esfera neuròtica mental és el trastorn obsessiu-compulsiu. A nivell simp-

tomàtic, es caracteritza per una sèrie de trastorns del pensament que no arriben a vulnerar el principi de realitat i sovint per l'existència de rituals i mètodes aparentment absurds (que el pacient viu com a tals però que no pot evitar). Uns certs trets obsessius no són necessàriament indicis de patologia. El problema s'esdevé quan aquests trets arriben literalment a obturar el funcionament mental i el rendiment de la persona. En adults, per exemple, no representa cap problema que una persona comprovi dues o tres vegades cada nit si ha tancat el gas, o bé que comprovi si la porta ha quedat tancada malgrat que l'acabi de tancar, o que es renti les mans dues vegades seguides "per si han quedat microbis". No deixa de ser una "mania" en sentit popular. Ara bé, si comprova tres-centes vegades si ha tancat el gas i no es queda mai tranquil, o es passa una hora al davant de la porta per assegurar-se que ha quedat tancada o bé es passa tres hores al lavabo rentant-se les mans, llavors, evidentment, les coses es compliquen. En el cas dels adolescents obsessius a l'aula, es caracteritzen per un contacte molt

rígid, trabat emocionalment, i és un índex clar de necessitat de consultar amb un especialista, psicòleg clínic o psiquiatre, quan es trava o es bloqueja en tasques acadèmiques, no podent acabar a temps les mateixes pels mecanismes compulsius de comprovació o pels rituals. Per exemple, en exercicis de classificació, el noi o la noia s'entesta a fer tan perfectes les columnes que no li dóna temps de fer l'exercici de classificació de paraules.



2. PATOLOGIA MAL MENTALITZADA: PATOLOGIA DE DESCÀRREGA O TDAH, PATOLOGIA DE LA SOMATITZACIÓ I QUADRES D'AL·LÈRGIA ESSENCIAL

Fins ara estàvem parlant de situacions clíniques que afecten sobretot a l'esfera del pensament i del sentiment. Ara bé, hi ha un altre ordre psicopatològic que s'expressa eminentment en la conducta i en l'esfera de la somatització. És dir, la psicopatologia clàssica de la que parlàvem es presenta com a conflic-

tiva intrapsíquica que es mou a nivell inconscient i preconscious i que s'expressa en una sèrie de símptomes mentals, conversió histèrica, evitament fòbic, rumiacions, rituals i compulsions obsessives; però juntament amb aquesta patologia que podríem anomenar del conflicte trobem també patologia del no mentalitzat, del que no s'ha esdevingut, patologia de la carència. És dir, no hi ha prou accés a representacions mentals suficients, cosa que podríem explicar per un dèficit en la quantitat i qualitat de representacions mentals preconscious segons Pierre Marty, o en una deficient funció alfa parental segons Bion, o en més *handing* que holding segons Winnicott. Al meu parer, aquests clínics expressen la mateixa realitat des de diferents models i amb diferents matisos, però fan referència bàsicament als mateixos fenòmens. A l'adolescència, cal tenir present que no és infreqüent un cert procés de desmentització dels problemes i una certa intervenció de l'adult per ajudar al funcionament mental del noi o noia: així, sovint diem

“a tu el que et passa és que ara estàs empenyat perquè no pots fer x i ara tot el que et dic et semblarà malament”, o “ja t’has pensat que per fer tal carrera hauràs de...”, etc. però els adolescents amb patologia de la carència expressen moltes més dificultats que les esmentades. Aquestes dificultats es manifesten aleshores en patologia de la descàrrega o amb una vulnerabilitat altíssima a processos somàtics de repetició. Una de les expressions freqüents és el que es classifica de manera estàndard com a trastorn per dèficit atencional i hiperactiu en infants i adolescents. Aquesta categoria diagnòstica, al meu parer, ha patit ús i abús, per tal com en moments determinats i en determinats cercles psiquiàtrics o psicològics semblava que qualsevol noi belluguet era diagnosticat de TDAH i tractat amb metilfenidat. Ara sembla que aquesta tendència va de baixa, però convindria no caure en l’altre extrem i menystenir una síndrome que

quan es presenta genera un patiment important tant en el noi que el pateix com en aquells que l’envolten. Cal dir que no necessàriament que hi hagi un mode d’expressió comú, el que en medicina podríem dir la patogènia, o com es presenta la síndrome, impliqui una etiologia sempre comuna, és dir, perquè s’esdevé el que s’esdevé, ni com a nivell psicològic cal conceptualitzar i tractar el problema. Ara bé, en general, és molt aconsellable la utilització temporal de medicació, en principi de metilfenidat a dosis terapèutiques. A nivell psicològic, molts d’aquests casos responen a una estructura anomenada al·lèrgica, per la seva alta correlació amb problemes mèdics de tipus al·lèrgic, per l’escola de psicopatologia de París i explicada essencialment per Gérard Sveck. Destaca essencialment l’absència de conflicte i d’agressivitat d’una manera molt marcada, així com una indiferenciació respecte de l’objecte extern. En altres casos, la síndrome de TDAH respon a d’altres estructures de funcionament mental, però sempre hi

ha un dèficit marcat de mentalització. El tractament psicoterapèutic amb aquests pacients es basa molt sovint en posar paraules als estats emocionals quan s’estan esdevenint o posar representacions d’emoció quan el pacient evoca un problema. Tornant al diagnòstic, cal recordar que l’observació a l’escola és fonamental, perquè sovint l’alteració del comportament no s’observa a la consulta: hi ha nois i noies que poden seure relaxats i parlar en el marc formal i diàdic del despatx del psicòleg clínic o del psiquiatre però que presenten una conducta pròpia de la hiperactivitat en el marc del grup-classe o a casa. Cal posar èmfasi en el patiment que comporta aquest trastorn, ho deixo en paraules d’un nen de dotze anys, preadolescent, que es va saber explicar molt bé a la primera visita, gestionat i plorant de desesperació: “es que no sé que me pasa,

pero el profe està haciendo un dictado y yo escribo y de repente pienso “me he dejado la pelota de fútbol” y pienso, “mierda, el dictado!” y miro la hoja y he escrito “pelota de fútbol” y pienso, eso no es el dictado, y levanto la mano “profe, profe, qué has dicho?” y se cabrea y me mete la bulla porque interrumpo, y yo le digo “es que no sé que va, que me he perdido” y voy a tachar lo del fútbol pero me equivoco y tacho un trozo del dictado y le digo “profe, que me he vuelto a perder”, y se cabrea más y los otros niños se ríen ...”

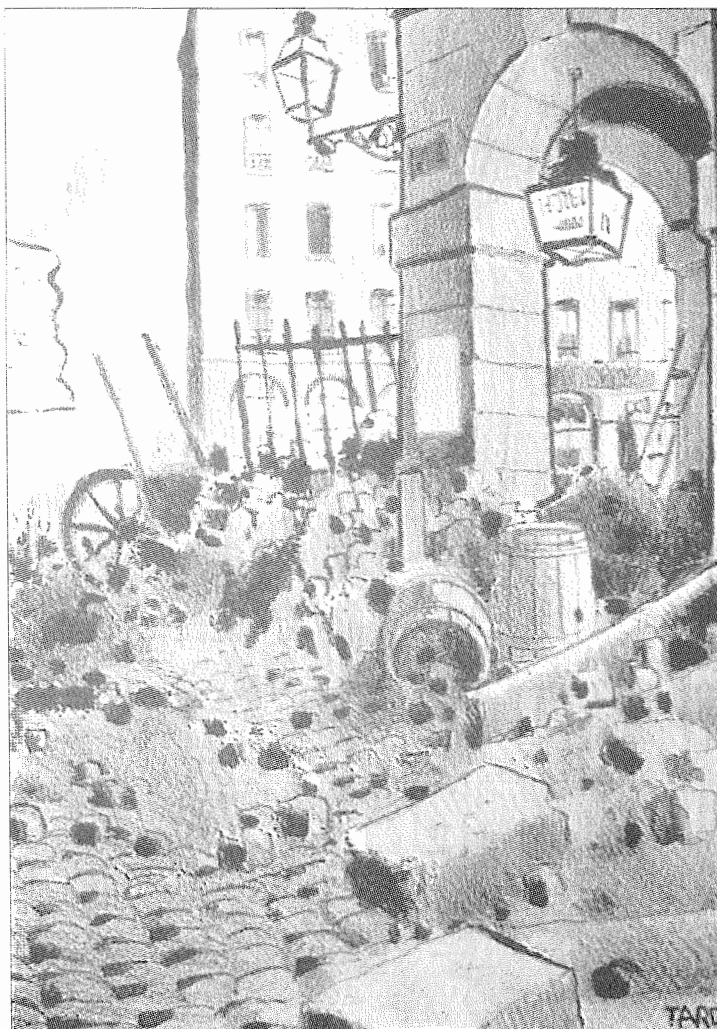
Es freqüent, en nois i noies amb mala mentalització, la incidència insòlita de patologia somàtica, sovint de característiques polimorfes. Quan parlo de patologia somàtica no em refereixo a trastorns conversius, de característiques histèriques, sinó a quadres amb afecció física

real, que han de ser tractats pel metge de família o pel pediatre: bronquitis de repetició que s’alternen amb quadres gastrointestinals amb febre, infeccions diverses, al·lèrgies múltiples... que fan pensar en una més alta vulnerabilitat general a emmalaltir, que sovint comporta llargues temporades d’absentisme per raons òbvies i que dificulten la vinculació al progrés i a l’escola i també a dispositius sanitaris com l’hospital de dia.

3. ESTATS DEPRESSIUS

És poc freqüent que un adolescent tingui la percepció conscient d’estar deprimat: “estic molt trist, no sé què em passa, no tinc ganes de fer res” fóra una frase molt freqüent en l’adult deprimat, però estranya en un adolescent. A grans trets, podríem trobar dues formes de presentació: aquella en la que l’adult capta que el noi o la noia no està bé “se’l veu aixafat, pateix molt, plora molt sovint...” i aquella en la que l’adult capta amb més dificultat els problemes de l’adolescent,

ja que el quadre aparenta bàsicament un “passotisme” exagerat, que de vegades pot irritar extremadament o bé ser confós amb “coses pròpies de l’edat”. Una característica comú als quadres depressius moderats o greus és la minva del rendiment en la majoria de les esferes, molt sovint de l’acadèmica, la minva en la freqüència d’activitats, la manca de concentració, insomni, pèrdua o guany significatiu de pes, i sobretot d’amotivació, d’anhedonia o falta de capacitat per experimentar el plaer, abúlia. Aquests símptomes, que es donen sovint amb fugacitat en adolescents normals, han de ser persistents i sostinguts per ser motiu d’alarma. Molt sovint, els sentiments de culpa, quasi patognòmics de la depressió en l’adult, no es donen en l’adolescent.



4. PATOLOGIA PSICÒTICA DE L'ADOLESCÈNCIA

Les psicosis d'inici a l'adolescència poden cursar, com en l'adult, amb simptomatologia productiva així com amb simptomatologia negativa. La simptomatologia productiva consisteix bàsicament en trastorns de l'esfera sensorial, tals com veus al·lucinatòries que se senten a dins del cap, o pseudoal·lucinacions auditives, així com alteracions en el curs i el contingut del pensament (per exemple, presència d'activitat delirant). La simptomatologia negativa fa al·lusió a la desorganització del pensament, a l'aïllament, ambivalència afectiva, etc. i presenta, com és sabut, més mal pronòstic que els quadres més productius. Tot i que els quadres psicòtics d'inici a l'adolescència poden tenir característiques essencialment adultomorfes, la detecció de la patologia és sovint complicada, ja que es confon molt sovint amb trastorns de la conducta. Per exemple, presència d'agressivitat important, baralles greus i freqüents, autolesions -que apareixen també en trastorns límit de la personalitat-, conducta desorganitzada... L'exploració psicopatològica és més difícil que en l'adult ja que tendeixen a negar més la presència de simptomatologia, sovint durant mesos. L'observació clínica en el marc adequat -per exemple, hospitalització parcial- permet la detecció de signes que van aclarint el diagnòstic: ús constant de walkman per paliar els efectes de les al·lucinacions, tapar-se les oïdes, etc.

5. PATOLOGIA DE LA INFÀNCIA NO DETECTADA, DIAGNOSTICADA O AMB EVOLUCIÓ ESPECIALMENT MÒRBIDA: TRASTORNS PSICÒTICS DE LA SEGONA INFÀNCIA I DEFICIÈNCIES MENTALS MAL DETECTADES O MAL EVOLUCIONADES. TRASTORNS DEL DESENVOLUPAMENT

Finalment cal dir unes paraules sobre patologia que no essent pròpiament de l'adolescència és detectada a l'adolescència. Situacions clínicament significatives però més "silencioses" a nivell de maneig del nen passen a una expressió alarmant al moment de l'adolescència. Un exemple clar el trobaríem en deficiències mentals lleus no detectades, que han anat seguint una escolaritat amb fracàs total o relatiu, però que no havien presentat problemes de conducta i que amb l'adveniment de l'adolescència, sovint al pas al marc menys contenidor de l'IES, es descompensen. S'inicien conductes disruptives a l'aula, així com conductes de risc (sexual, robatoris, fugites...) sovint producte de la captació per part d'un grup psicopàtic o d'un líder psicopàtic que capta que pot manipular el noi o la noia. També sovint té la psicotització del quadre, que apareix sovint amb la presència de fabulacions, o sigui, imaginacions que el pacient pren per realitat i que van complicant la interacció amb tothom.

En les psicosis de la segona infància, el moment de l'adolescència és especialment delicat. Mentre que alguns poden evolucionar cap a un trastorn de la personalitat, no és estrany l'esclat esquizofrènic a l'entrada a l'adolescència. En general, aquests quadres presenten un inici insidiós, on l'adolescent cada vegada es mostra més confós respecte a situacions relacionals; en general, s'arma un garbuix relacional real al seu entorn que té origen en activitat interpretativa per part d'aquest. És dir, són nens que veuen enemics i maltractes per tot arreu, en general amb els seus parells, i que acaben essent realment maltractats, buc expiatori d'un grup, en raó de la seva dinàmica relacional. En d'altres casos destaca una escissió mental que crida l'atenció; un exemple cridaner fóra un noi de catorze anys que m'està parlant plàcidament i amb afecte, mentre que amb la mà esquerra em crema amb un encenedor. Quan noto que em crema enretiro la mà i li dic "José, me estás quemando!" Es queda perplex, primer em diu que no, després es mira la mà, com si no fos seva, i llavors em diu "perdona, no me

había dado cuenta". Cal fer esment que això era realment així, no se n'havia adonat.

CRITERIS TRANSNOSOLÒGICS QUE INDIQUEN LA NECESSITAT DE VALORACIÓ PER UN PSICÒLEG CLÍNIC O UN PSIQUIATRE

Aquesta exposició no pretén incloure tota la patologia que pot observar-se a l'adolescència, sinó una revisió dels principals quadres que apareixen i com valorar-los. He deixat a part els trastorns de la personalitat així com algunes patologies de menys prevalença. Finalment, m'agradaria fer un breu resum de senyals que, independentment del tipus de psicopatologia que expressen, serien indicadors de necessitat de valoració clínica:

- situacions que impedeixen de manera persistent el rendiment acadèmic. Poden ser signes de TDAH, trastorns afectius, deficiències intel·lectuals, trastorns neuròtics.
- absentisme escolar. Poden indicar presència de fòbia escolar, o quadres més greus, com ansietat de separació persistent del nucli familiar.
- dificultats marcades de relació amb els parells.
- estat de "passotisme" generalitzat i més intens que l'habitual i esporàdic de l'adolescència. Sovint acompanyats de trastorns de la son, de la gana, etc., solen obeir a quadres depressius.
- conductes autolesives, com talls als braços o canells, amb o sense intenció autolítica. Són molt freqüents en trastorns liminars de la personalitat.
- esclats de còlera o agressivitat. Poden resultar des de patologies relativament benignes a estats psicòtics o trastorns dissocials.
- nois o noies que no donen lloc a l'adult. És dir, que es dirigeixen a l'adult com si fos un igual, no reconeixent l'autoritat ni els límits. És en general índex de patologia greu, més encara si tampoc no reconeixen l'autoritat paterna i materna.
- nois o noies que denoten conducta estranya, "molt rara", o que expliquen històries que no són creïbles o són molt estranyes de manera persistent. Pot ser un signe prodròmic de psicosis, i cal una valoració.

Referències bibliogràfiques

- Aberastury, A.; Knobel, M. (2000) *La adolescencia normal*. Cap 3. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bion, W.R. (1980) *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Calatoni, M. (1998) *Pierre marty y la psicósomática*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- CIE-10.
- Crow "The two syndrome concept: origins and current status" *Schizophrenia Bulletin*, 1985; 11: 471-486.
- Doron, R.; Parot, F. (2004) *Diccionario Akal de Psicología*, p.21. Madrid, Espanya: Akal.
- Lillo, J.L. (2008) La cesura de l'adolescència. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol XIV, n°1.
- Marty, P. (1991) *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France: Laboratoires Delagrangé.
- Szwec, G. (2001) *Psicósomática del niño asmático*. València, Espanya: Promolibro.
- Winnicott, D. (1990) *Los bebés y sus madres* p.35. Buenos Aires: Paidós.

Correspondència amb l'autor: Albert Chamorro i Salvat. Psicòleg Clínic. Institut d'Estudis en Psicósomàtica de Barcelona (IEPB). Hospital de Dia per Adolescents de Les Corts, Sarrià i Sant Gervasi. C/Regomir, 10, 3er. 08002, Barcelona. E-mail: albert.chamorro@chmcorts.com