

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA CLÍNICA HOY

Asunción Soriano Sala

In this article some aspects of clinical contributes based on Psychoanalytic approach are considered in the context of present social, scientific and cultural changes.

Key words: Psychoanalysis, psychotherapy, multimodal treatments.

INTRODUCCIÓN

En este artículo trataré de exponer algunos aspectos del trabajo clínico basados en las teorías psicoanalíticas, que tuvieron como punto de partida el pensamiento de Freud y que han ido evolucionando con las aportaciones de los nuevos pensadores, los avances científicos y sociales entre otros.

Freud desarrolló una teoría de la mente, que dio como fruto un método y una técnica, la cual se ha ido modificando en muchos sentidos; en esta ocasión me centraré en aquellas que tienen que ver con la adaptación de la técnica a las necesidades de los pacientes. Un ejemplo muy documentado sería el trabajo, “Tratamiento adaptado a las necesidades de los pacientes esquizofrénicos”, que desde 1979 viene llevando a cabo un grupo finlandés (Alanen, 2003) y sueco (Cullberg et al., 2000, 2003).

El trabajo de muchos psicoanalistas en la asistencia pública ha implicado una apertura a la población general, sin la selección que supone la consulta privada. El paciente analizable desde la metodología estándar es en muchos sentidos minoritario; estamos hablando de tratamientos de varias sesiones semanales, durante periodos de tiempo prolongados y con un nivel de interpretación, comprensión y motivación muy elevado por parte del paciente para poder sostenerlo. Se trata pues de una técnica que tiene unas claras limitaciones clínicas y sociales. Además, los pacientes graves requieren un tratamiento multidisciplinario, familiar grupal, etc.

A la consulta pública nos llegan pacientes con una demanda psicopatológica muy diversa y, también, con una presión asistencial que no permite realizar lo que

sería el psicoanálisis estándar; sin embargo, lejos de ser un inconveniente, esta realidad ha abierto puertas para ver cómo la herramienta “psicoanalítica” puede interaccionar con otras disciplinas y crear sinergias de trabajo más efectivo. En este momento, por tanto, habría que hablar de “técnicas psicoanalíticas diversas”, sustentadas todas ellas en la misma teoría, pero que con la introducción de modificaciones diversas permite atender a un mayor número y tipo de pacientes. (Clusa, J 1997)

El psicoanálisis nos aporta una comprensión del funcionamiento psíquico que es equivalente a una observación microscópica de los movimientos emocionales: sus ansiedades, sus defensas, aquello que hay en el fondo y por detrás de una conducta aparentemente incomprensible. Podría servirnos de ejemplo la atención que presta un cirujano al campo quirúrgico.

A la vez, está claro que también hay que mantener una mirada más macro: alguien ha de estar pendiente de las constantes vitales. Así pues, una adecuada integración de las diferentes herramientas de intervención –en función de las necesidades de los pacientes– permitirá que éste progrese en el *continuum* entre lo patológico y lo sano.

Desde ninguna perspectiva es posible considerar una herramienta terapéutica como única. Sin embargo, la actitud humana, por cierto bastante general y frecuente, de considerar “lo mío es lo bueno”, ha llevado a callejones sin salida y a un entecimiento del conocimiento científico. Del camino conjunto que queda por recorrer, baste señalar que cuando nos encaramos con la patología grave, las posibilidades terapéuticas siguen siendo modestas, cualquier que sea la teoría y técnica que utilicemos.

En la actualidad, los descubrimientos de las neurociencias, están aportando una información anatómica y fisiológica de los fenómenos psíquicos que anteriormente se había observado a través del dialogo que los psicoanalistas tenían con sus pacientes. Parece claro que si “algo pasa” en el psiquismo es que “algo pasa” en el cerebro, pero aun queda un largo camino para establecer los puentes necesarios entre ambas orillas: mente y cerebro. En este sentido, la integración y colaboración mutua serviría para lograr un mejor entendimiento de esa realidad tremendamente compleja que es el psiquismo humano, sus bases cerebrales, sus repercusiones emocionales, para comprender su repercusión en la conducta, las relaciones y, en definitiva, en nuestra vida social.

Otro aspecto importante a destacar es que los profesionales, cualquiera que sea nuestra perspectiva, a la hora de “entender esta realidad”, lo hacemos con nuestras propias capacidades mentales, emocionales, relacionales. Hemos de “medir, evaluar algo”, y el instrumento que utilizamos es el mismo que no conocemos bien. Esto lleva a limitaciones que convendría reconocer y tener en cuenta. Hinshelwood (2004) habla del impacto emocional que sufrimos todos, trabajemos con la teoría que trabajemos, en el contacto con la locura. El miedo a la locura, también lo sentimos

los profesionales que trabajamos con ella. Este autor destaca tres aspectos que hacen aumentar el estrés de nuestro trabajo:

1. La falta de sentido del paciente y de sus síntomas, que nos llevan a buscar significados rápidos, explicaciones que nos eviten la incertidumbre, muchas veces se trata de pseudosignificados para eludir el dolor mental del no saber, no entender (Bion, 1963).
2. La locura como algo fuera de control, sin freno y, por tanto, potencialmente peligrosa.
3. La sensación de insuficiencia en el trabajo. Los pacientes no mejoran de una forma del todo satisfactoria y no suelen ser expresivos en cuanto a la apreciación positiva de su mejoría.

Estar sometidos a estas fuentes de ansiedades, que a menudo no son demasiado conscientes ni se expresan con claridad, suele llevarnos a adoptar posturas defensivas diversas. En unos casos, buscando rápidamente certezas biológicas que nos tranquilicen y eviten el acercamiento emocional con el paciente, en una especie de “tocar y marchar” (Donati, 2000); en otras, amparados en la teoría, podemos refugiarnos en intelectualizaciones, explicaciones, interpretaciones que, alejadas de la realidad del paciente, nos evitan el doloroso contacto con el sufrimiento mental.

Una forma de mejorar esta situación sería, siguiendo a Hinshelwood, tener en cuenta y atender tanto el trabajo técnico como el emocional, buscando las maneras de afrontar con realismo las posibilidades de mejora del paciente, evitando así la insatisfacción de un superyo profesional excesivo y haciéndonos conscientes de nuestro estrés y de las maneras de defendernos –las reuniones de equipo y las supervisiones con algún experto ajeno al equipo sería una buena herramienta–. Porque la cuestión sería poder centrarse plenamente en los diferentes aspectos del trabajo, en los problemas específicos de los pacientes y en los aspectos técnicos de la intervención profesional ya sea psicoterapéutica, farmacológica, social, educativa, etc.

Caso clínico

Partiendo de estas premisas, expondré la aplicación práctica de algunos conceptos que, a mi entender, permanecen vigentes en el psicoanálisis y que nos permiten atender no sólo la sintomatología del paciente sino su trasfondo. Se trata de un trabajo psicoterapéutico realizado en la red pública de salud, del cual iré relatando fragmentos del dialogo terapéutico recogido en algunas sesiones especialmente significativas. Este tipo de dialogo no se improvisa, pues por un lado debe ser sencillo y cercano, ya que nada menos terapéutico que un acercamiento intelectual o teórico (Soriano2004) y, por otro, lo que decimos, cómo y con qué actitud, implica una compleja comprensión del psiquismo, de los mecanismos de defensa, proyecciones, transferencia, contratransferencia, etc. Algunos de estos

conceptos los iré nombrando a través de mis comentarios, pero con seguridad no pueden ser más que una pincelada, ya que mi intención es sobre todo ofrecer una instantánea de un tipo de trabajo clínico desde la perspectiva de la comprensión del mundo interno que nos aporta el psicoanálisis.

Primera entrevista

El caso clínico que he elegido es el de una chica de 17 años, internada en un centro de menores, que en el transcurso de una pelea con otra chica algo mayor que ella, la agrede con resultado de muerte. En el informe que recibo antes de visitarla consta que ha sido diagnosticada de psicópata y que se considera inviable cualquier tratamiento psicoterapéutico. La describen como fría, distante y sin ninguna capacidad de sentir culpa. Por otro lado, en el centro donde cumple la medida penal, no presenta ninguna conducta anómala, está bien adaptada a la normativa y desde el punto de vista conductual no aparece ninguna emergencia de intervención profesional.

El motivo de consulta, se debe a que a pesar de no dar “ningún problema”, a que la gravedad del delito hace aconsejable una nueva revisión diagnóstica, además de que la chica hace una demanda de ser atendida porque padece ansiedad, insomnio y tiene pesadillas. El hecho de que tenga interés en explicar sus sueños, me parece que puede estar relacionado con que los profesionales del centro piensen que un psicoanalista “algo hará con esos relatos”.

Previamente a la entrevista me preparo para el impacto emocional que significa entrar en el “mundo interno” de alguien que ha matado a alguien. Era la primera vez que atendía este tipo de pacientes, si bien anteriormente había realizado tratamientos a jóvenes infractores, pero de delitos menores. Como ya he comentado anteriormente, nuestro bagaje profesional no va a evitarnos unos sentimientos contratransferenciales intensos y probablemente difíciles, con los que nos tendremos que manejar para no entrar en una asistencia defensiva de “tocar y marchar”, simplemente etiquetadora o, por el contrario, ser capaces de “saber encontrar aquello de humano que persiste a pesar del delito” (Williams, 1982).

La primera entrevista se realiza en el mes de marzo y me sorprende el aspecto de la chica tan acorde con su edad. Se le ve, frágil, delgada, cuidada. Ya que la visito en el centro donde está internada, me presento como personal del hospital; es importante diferenciarnos de lo judicial y situarnos en el ámbito sanitario lo antes posible, para iniciar un tipo de contacto que pueda basarse en “que le pasa y en que puedo ayudarla”. Las posibilidades o no de que pueda darse un tratamiento psicoterapéutico se juegan desde la primera entrevista; en este sentido estaría de acuerdo con E. Torras (1991) cuando afirma que el tratamiento se inicia con la primera visita diagnóstica y el diagnóstico se finaliza con la última visita de tratamiento.

Inicio la visita, con preguntas suficientemente amplias para que pueda sentirse

con libertad de iniciar su relato por donde ella crea, me habla directamente del delito, expresándome su desconcierto me dice: “no entiendo nada de lo que me ha pasado, no duermo bien, pero no quiero que me den medicación”. Se queda en silencio y me parece que es necesario ayudarle a seguir, le pido que me explique algo de ella, lo que se le ocurra.

Ante la presión del hecho delictivo, parece que quedan muy lejanos o que no le interesan a nadie otros aspectos de su vida, de su forma de ser, como si se sintieran despojados de su historia e identidad. Creemos que es imprescindible ayudar a recuperar el “sí mismo” de antes del delito, para la propia paciente y también para nosotros, así podremos conocer mejor a la persona y, sobre todo, que aspectos de la personalidad están más conservados, como para poder establecer una alianza terapéutica.

“Yo no he sido nunca agresiva, vivía en un pueblo apartado en la montaña, hace dos años emigramos a la ciudad, mis padres, mi hermano y yo. A mi me había criado una tía porque mis padres estaban siempre con mucho trabajo, ella y el resto de la familia se quedó en el pueblo, hay mucha distancia y casi ya no nos veíamos, al poco ella murió, la he encontrado mucho a faltar, eso fue lo peor que me ha pasado en la vida”...

Favorecer que la paciente asocie libremente, nos puede abrir puertas para conectar con algo más profundo que lo aparente, probablemente a nivel consciente ella podría contestar que lo peor que le ha sucedido es este delito y la reclusión actual en un centro, pero en su relato nos expresa espontáneamente que ha habido un dolor previo: ¿la emigración?, ¿la falta de contacto con los padres?, ¿la muerte de la tía que la crió?. Habrá que esperar y ver que relación van tomando unos sucesos con otros y como se han ido configurando en su mundo de emociones y sentimientos.

Me intereso por ella como adolescente. Conocer cómo está viviendo este momento evolutivo, cómo son sus relaciones de amistad, aficiones, ideas propias, incluso los planes de futuro, me dará una idea más completa de la persona que tengo frente a mi, más allá de los síntomas o de la situación del delito.

“¿Amigos?... no puede decirse que tenga o al menos si antes creía que los tenía ahora prefiero no volver con ellos, me he metido en muchos líos, hacia tiempo que las cosas no iban bien y una de ellas la droga... Bueno puedo recordar a un amigo que era diferente, tenía otro rollo, estudiaba y no se drogaba, a mi a veces me gustaba ir con él, otras me rallaba cuando trataba de darme consejos...Ahora veo las cosas diferentes...”

¿Futuro? Quiero pensar que aquí podré estudiar, nunca me ha gustado hasta que he venido aquí y he visto que algunas cosas me interesan, quizás podría sacarme un título, yo estaba muy desorientada, ahora me llevo hasta mejor con mis padres. Me preocupa mi hermano pequeño, les digo a mis padres que hablen mucho con él, ellos no hablan, solo trabajan todo el día, yo ahora soy la que entiendo más a mi hermano, espero que no llegue

a sentirse tan perdido como yo (se expresa con mucho pesar).”

Todo lo que la chica puede explicar de sus amigos, de su hermano nos sirve como pantalla de proyección para entenderla y nos da datos de como está reorganizando los diferentes aspectos de su personalidad, como si todos los personajes de los que me habla fueran realmente aspectos de ella misma. En ese sentido le pido que me explique más de su hermano ya que, muchas veces, en los pequeños de la familia están depositados sentimientos de ternura y sobre todo de esperanza, que pueden ser proyecciones de sus deseos de reparar la culpa que permanece más o menos consciente.

En esta primera entrevista, puedo suponer que todo el aspecto frío y endurecido del que me hablan en el informe, que hace que se concluya con un diagnóstico de psicopatía y se desaconseja el tratamiento psicoterapéutico, podría ser muy reactivo y momentáneo. La situación abrumadora del delito, la detención, la espera del juicio, le habían hecho reaccionar con una especie de acorazamiento defensivo, que se podía confundir con frialdad y ausencia de culpa. Ahora la chica está en otro momento, el diagnóstico inicial es pues cuestionable, cosa bastante frecuente por otro lado, cuando tratamos con adolescentes, debido a las fluctuaciones propias del momento evolutivo.

Hay datos que me ofrecen pistas para pensar que es posible intentar una psicoterapia. Está abierta a pensar en lo sucedido, admitiendo que no entiende nada de lo que le pasó pero, a la vez, sabe que estaba en una situación de confusión, por lo que probablemente pueda darse cuenta de que estaba en riesgo. Tiene deseos de cambio, por lo que habla de los estudios, del cambio de amigos, de la mejoría en la relación con los padres y de las ganas de ayudar al hermano, que de alguna manera es una representación de sí misma. El deseo de estudiar, además de un elemento de realidad en cuanto a la posibilidad de organizarse un futuro es, también, una forma de poner a funcionar sus recursos pensantes. Estos recursos he de suponer que también los podrá poner al servicio de la elaboración mental que requiere toda psicoterapia y que en este caso implicará, tarde o temprano, acercarse al hecho delictivo.

Anamnesis

Una de las aportaciones del psicoanálisis, es el valor de la biografía de cada persona, la importancia de las primeras relaciones y cómo han participado en la construcción de la personalidad. Pero además de lo que en la vida haya sucedido realmente, damos un valor específico a la manera peculiar en cómo esas vivencias han sido sentidas por la persona. Por lo tanto pondremos mucha atención en conocer esos datos de anamnesis y en el relato subjetivo. Con todo ello estableceremos unas hipótesis diagnósticas psicodinámicas, complementando las clasificaciones nosográficas que nos aportan una visión general. En el caso de esta chica, se trataría de un trastorno de la personalidad antisocial. Este diagnóstico es importante como

punto de partida ya que sería muy diferente –desde el punto de vista terapéutico y pronóstico– si se tratara, por ejemplo, de una paciente psicótica o deficiente mental. A continuación resumiré los datos biográficos más relevantes, que obtengo a largo de diferentes sesiones en las que ella se mueve libremente y que voy completando, cuando no me queda claro, con alguna pregunta concreta.

La paciente, como ella misma dijo, nació y vivió, hasta los 15 años en una zona rural, donde fue criada por una tía materna, soltera que se dedicó con mucho afecto a su cuidado. Los padres permanecen largas temporadas alejados de la familia, trabajan mucho y la chica los recuerda distantes también emocionalmente. Ella vive con un fuerte sentimiento de desarraigo la partida a la ciudad, explica que ya aparecen en ese momento los primeros síntomas de ansiedad e insomnio. Se siente mal pero no lo comunica a nadie. A los pocos meses muere la tía que la había criado, lo que ella identifica como lo peor que le había pasado en la vida. Poco a poco se va encerrando en su soledad y como salida se inicia en el consumo de tóxicos.

Creo que en esta chica, al igual que sucede en muchos casos, la oferta de la droga, que tan cercana tiene los jóvenes, viene a ser una especie de “automedicación”, a través de la cual calman el malestar psíquico. Los padres no detectan el problema, continúan poco presentes y el resto de la familia y amigos quedan muy lejos. Ellos no retornan al lugar de origen durante ese tiempo.

La chica se va desorganizando, pero a la vez se siente muy culpable con su propia vida, el sentimiento de vergüenza le impide pedir ayuda. Al cumplir los 16 años busca un trabajo en otra ciudad aumentando así el alejamiento familiar. Su superyó la hace sentirse tan poca cosa y tan acusada internamente que va poniendo distancia, aislándose y drogándose. Se relaciona y tiene amigos dentro de un mundo cada vez más marginal, entre ellos la chica que agredió. Esta era mayor y a la vez alguien ya muy deteriorada. ¿Por qué despertó una ira tan incontrolable?, la paciente no se lo explica, sólo lo atribuye a que estando con el “mono” uno puede perder el control.

A título de hipótesis podríamos pensar que todo el desprecio que sentía hacia sí misma lo disocia por un momento y lo siente reflejado en la otra chica que, inconscientemente, podría percibir como una representación de sí misma en el futuro. Este tipo de violencia será más cruel cuanto mayor es el odio que siente hacia sí misma. Siguiendo esta hipótesis, la terapia tendría que ayudarla a recuperar una identidad más estructurada y que, por tanto, no tuviera tanta necesidad de proyectar y atacar en los otros aquello que odia de sí misma. Se trataría, pues, de proporcionar un espacio terapéutico donde además de atender todo lo relacionado con el delito, nos ocupemos de sus posibilidades adolescentes. La construcción de la identidad probablemente quedó interrumpida a los 15 años cuando además de la propia crisis adolescente tuvo que hacer frente a las múltiples pérdidas ligadas a la emigración y a la muerte de la tía. La salida hacia la droga no hizo más que entorpecer su evolución personal.

Sesión de psicoterapia

Es el mes de mayo, llevamos dos meses de psicoterapia con un ritmo semanal, la paciente no ha faltado nunca a las sesiones y siempre se ha mostrado interesada y colaboradora. Hoy inicia la sesión especialmente distante, me pide que sea yo quien le pregunte, le indico que es posible que esté asustada de lo que le pasa por la mente y por eso prefiere que empecemos la sesión preguntándole yo. Entonces me explica cuestiones del centro, de cómo va progresando en los estudios, en la institución... pero de pronto se queda pensativa y comienza a evocar sus recuerdos sobre el delito:

“Ella tenía razón, yo quizás hubiera hecho lo mismo. Yo le hice una broma, no hablaba en serio pero ella se ilusionó y cuando vio que no era verdad y que le estaba tomando el pelo, se cabreó, perdió los nervios, empezó a insultarme, a gritar y yo no soporto los gritos, no se ni cómo, le clavé... (no puede seguir hablando)”

Hay tanto dolor y carga emocional, que me siento incapaz de decir algo que no sea banal. Decido sencillamente, romper el silencio como forma de expresar que la estoy acompañando y para reconocerle lo doloroso que es para ella recordar y como la veo sufrir en este momento (Stern 1998). Parece que toma fuerzas y sigue el relato:

“Me siento mal, yo estaba sin droga, muy irritable, pero no había para tanto, no tenía que haber pasado...”

Le reconozco, como ella dice, lo desproporcionado y brutal de su reacción pero a la vez se lo relaciono con su situación vital en aquel momento de la que tanto me ha hablado: pérdidas, desorganización, problemas con la droga. Intento aliviar un sentimiento de culpa persecutoria y melancólica, que solo podría ser destructiva y darle elementos para que se observe a sí misma con una doble mirada, la realidad del acto que realizó y la de su situación personal como elemento de comprensión hacia sí misma.

“Hablo conmigo misma todo el día, pienso en lo que pasó. Hay una parte de mí que dice: ¡Que se joda! Y otra que lo siento y lo pienso mucho”.

Ella explica muy claramente una división interna, un aspecto aparentemente psicópata, “que se joda”, y otro cargado de pesadumbre por lo sucedido. El conocimiento personal que me ha permitido este tiempo de terapia me hace decantarme hacia una hipótesis en la que este aspecto psicópata es una defensa ante la abrumadora conciencia de lo sucedido, y en ese sentido encamino mi intervención. Le digo:

”Es tan duro que, a veces, tienes que acorazarte y endurecerte tú, para no sentirte destruida por tus sentimientos (se encoge de hombros)... Eso que pasó es muy angustiante pero, ¿hacia donde iba tu trayectoria? ¿No crees que en la situación en la que estabas todo podía suceder?”.

“Yo vivía al límite, fuera de la ley, como si esta no existiera”. Creo que al hablar

de la ley se aleja de su mundo interno, de su ética, me parece defensivo. Es importante que hable de ley (superyo), pero sin alejarse de lo más personal, para no perder la posibilidad de seguir elaborando lo que pasó, así que le pregunto:

“¿Pero en realidad tú cómo estabas, qué pasaba con tus sentimientos?”.

“Pocos... Cuando se vive así no se piensa en nada ni en nadie, sólo en comprar droga para seguir pasando los días. Yo estaba al límite... me duele tanto que por estar como estaba haya hecho daño a una persona que en realidad no tenía nada que ver. Ahora estoy sin droga y creo que podré irme organizando mejor. Antes a pesar de la droga trabajaba, ahora espero volver algún día a vivir con mi familia.”

Es difícil de transmitir el clima emocional, que se dio en esta sesión. Hay una tensión que al compartirla nos permite acompañar al paciente con el dolor que implica para ella y, por supuesto también, aunque a otro nivel, para el terapeuta.

A partir de ese momento, empiezan a disminuir los síntomas de ansiedad, el insomnio, las pesadillas a la vez que se entrelazan en sus comunicaciones, recuerdos del pasado, del delito, de nuevas vivencias actuales y proyectos de futuro. Este recorrido que la paciente va realizando a través de diferentes aspectos de sí misma abre camino a procesos mentales de elaboración y cambio psíquico. En realidad en esta sesión en la que puede hablar tan conectada con el delito, finaliza apuntando hacia un futuro en el que la idea de trabajar y estar con la familia, aparece como aspectos simbólicos de esperanza y reparación (Klein, M 1937).

Para acabar

La paciente es uno de tantos casos de chicas y chicos en los que trastorno de personalidad en el que están inmersos parece llevarles a situaciones vitales imparables. En algunos casos pueden dar un giro a su situación, pero generalmente es necesario el paso por instituciones que permitan poner en marcha coordinadamente diferentes recursos estructurantes. Se trata de hacer un análisis realista y atender sus necesidades sociales, educativas y médicas. Y es en ese marco de contención en el que la psicoterapia, para algunos pacientes, puede ser un elemento significativo que permite una mejora clínica.

En estos tratamientos nos encontramos en muchas ocasiones poniendo palabras a sentimientos naturales, que no han aprendido a reconocer, a tolerar, a elaborar, sin pasar al acto como sistema evacuativo. Aprender que se puede sentir rabia sin agredir o miedo sin ser un “pringao”, requiere un acompañamiento terapéutico cercano que no interfiere, ni alecciona. Sería ejercer por parte del terapeuta funciones de “reverie”, según describe Bion (1963).

Esta experiencia vivida repetidamente a lo largo de una relación transferencial, puede poco a poco cicatrizar heridas, incluso antiguas, ya que estas aparecen de nuevo, pero esta vez en el seno de la relación terapéutica. Nuestro objetivo central es en estos casos que el paciente pueda retomar su situación adolescente y apuntalar

todo aquello que tiene de proyecto vital propio, con las dudas y los temores propios de la edad.

Dejamos en segundo plano los aspectos biográficos que en muchas ocasiones resultan imposibles de elaborar. Incluso el delito una vez hablado y compartido, llega un momento en que el adolescente encuentra sus propias explicaciones, a veces racionalizando aquello que pasó. Posiblemente en el caso que nos ocupa quedará en la memoria como una “desgracia que le ocurrió de joven”, a la vez que ha podido recuperar su crecimiento adolescente allá donde había quedado interrumpido, aunque con un cierto remanente de culpa, por la dificultad de elaborar un daño de esta gravedad.

Pienso pues, que la formación psicoanalítica proporciona unos recursos técnicos y un equipaje personal que con las adaptaciones metodológicas necesarias, nos da la posibilidad de acompañar al paciente en aquello que es necesario para su evolución. No eludiendo el dolor mental, que muchas veces no se puede expresar con palabras, ni tampoco tener palabras para expresar o interpretar lo que sucede, pero si estar allí al lado de los sentimientos del paciente.

Mi interés en subrayar las aportaciones clínicas del psicoanálisis, no lo es menos en insistir en el riesgo de su aislamiento. No podemos eludir la necesidad de integrar los diferentes avances científicos y del conocimiento en general. Como hemos ido señalando en este trabajo, cada vez hemos de enriquecer nuestra respuesta terapéutica y muchos pacientes necesitarán terapias multimodales debido a la propia complejidad de la psicopatología. Y a mi entender, es en este conjunto de cosas que los tratamientos basados en la teoría psicoanalítica tienen un papel fundamental.

Este artículo presenta una reflexión, en relación a los 150 años del nacimiento de Freud. Sobre algunas de las posibilidades de la práctica clínica actual, que partiendo de los postulados psicoanalíticos, ha ido evolucionando y adaptándose a la realidad de los pacientes y sobretodo a la diversidad psicopatológica que acude a la red pública de salud.

Destaca la importancia y la dificultad del dialogo científico entre diferentes áreas, que estudian la realidad psíquica y del largo camino que queda por recorrer para establecer los puentes necesarios entre mente y cerebro.

Se centra en un caso clínico a través del que, se muestra un tipo de dialogo psicoterapéutico, y se van comentando los conceptos psicoanalíticos en los que se basan las diferentes intervenciones o actitudes del terapeuta. Se trata de una chica con un trastorno antisocial de la personalidad, delincuente y con historia de abuso de tóxicos. Finalmente plantea la necesidad en la patología grave, de tratamientos multimodales, que aborden coordinadamente las diferentes necesidades del paciente y en ese marco de trabajo es donde la aportación de la terapia psicoanalítica es fundamental.

Palabras clave: Psicoanálisis, psicoterapia, tratamientos multimodales, trastorno antisocial de la personalidad.

Referencias bibliográficas

- ALANEN, Y (2003). *Atenció psicoterapeutica als pacients psicotics a la xarxa pública*. Ponencia presentada en el colegio de Médicos de Barcelona.
- BION, W, R (1962). *Learning from Experience*. Seven Servants, New York: Jason Arosen.
- CLUSA, J. (1997). *Congreso de psiquiatría biológica*. Valencia.
- CULLBERG, et AL. (2000-2003). *Proyecto Parachute*. Suecia.
- DONATI, F (1989). Madness and morales. *British Journal of psychotherapy* 5:317-329. Republished in R.D. Hinshelwood and Wilhend Skogstad (eds) 2000 *Observing Organizations*. London: Routledge.
- FEDUCHI, LM. (1995). *El adolescente y la violencia*. IX Congreso Nacional SEPYPNA. Sevilla.
- HINSHELWOOD, R.D. (2004). *Sufering Insanity*. London: Routledge.
- KLEIN, M (1937). *Amor odio y reparación*. Obras completas de Melania Klein. Barcelona.Paidos (1989).
- SORIANO, A (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención a los adolescentes. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 4, 81-90.
- STERN, D (1998) et al. Non –Interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The something-more than interpretation. *International Psycho-Anal.*79. 903.
- TORRAS,E.(1991). *Entrevista y diagnóstico en psiquiatría y psicología infantil psicoanalítica*. Barcelona: Paidos.
- WILLIAMS,A.H.(1982) *¿Dónde empieza el crimen?*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya: Servei de Documentació. (R.2847).