

Psicosis en la adolescencia: ¿Realidad o ficción?

Moses Laufer (Londres) *

Titulé mi trabajo Psicosis en la Adolescencia ¿Realidad o ficción? y pienso que, ya desde el título, surgirán algunos cuestionamientos.

El tratamiento de la psicosis, o de las llamadas enfermedades psicóticas en la adolescencia, está obviamente determinado por los puntos de vista y la investigación del funcionamiento corporal y mental, por la relación entre la biología o química corporal y por la presencia de un desorden mental severo, así como el lugar que ocupa para dar una continuidad a la vida mental.

Las preguntas que señalaremos son: ¿cómo explicarnos o entendemos la presencia de la psicosis en la adolescencia?, ¿los desordenes mentales o la psicosis en la adolescencia son esencialmente similares o diferentes a aquellos de la vida posterior?, ¿cómo imaginamos que una forma de intervención u otra, pueda dirigirse a cambiar la existencia de la psicosis en la vida del adolescente?

Cuando hablamos de cambio ¿qué entendemos por ello?

Los puntos de vista sobre la psicosis en la adolescencia, que presentaremos a

-
- El Dr. Moses Laufer es: Director del Brent Consultation centre y del Centre for research of the Adolescent Breakdown; es Presidente de la Asociación Psicoanalítica Británica; ex Secretario de la Asociación Psicoanalista Internacional. Moses y Egle Laufer

son psicoanalistas didactas de la Asociación Psicoanalítica Británica.

- Conferencia dictada por el Dr. Moses Laufer en julio de 1988 en el 2do Congreso Internacional de la Sociedad de Psiquiatría de la Adolescencia (ISAP) en Ginebra, Suiza

continuación, se basan en el estudio y tratamiento psicoanalítico de adolescentes. Esta investigación se continúa en el Centro para la Investigación del *Breakdown*¹ Adolescente en el Brent Consultation Centre en Londres.

Nuestras conclusiones o Inferencias provienen del tratamiento psicoanalítico diario a largo plazo de 15 adolescentes. A pesar de no ser infrecuente debatir y discutir acerca de la psicosis en la adolescencia, creemos que tal vez sea más fundamental concentrarnos en los diferentes usos y significados de la psicosis.

Nuestro problema esencial: ¿estaría el adolescente capacitado de crear su mente propia como para alienarse del mundo circundante por no poder discriminar sus propias construcciones mentales del acaecer del mundo externo real?

La experiencia obtenida de nuestros estudios, que describiré dentro de un momento, muestra que la descripción de la psicosis en la adolescencia es más apropiada como pronóstico que como diagnóstico; y que debemos entonces ser extremadamente cuidadosos con nosotros mismos para poder diferenciar entre:

1. episodios psicóticos transitorios o agudos;
2. funcionamiento psicótico;
3. psicosis establecidas.

También debemos ser muy cuidadosos para decidir la forma de tratamiento.

Digo esto porque nuestra experiencia en el tratamiento con adolescentes y adultos jóvenes graves nos muestra claramente que cualquier reversión duradera del proceso psicótico puede ser hecha en último término durante la adolescencia. Esto es, antes que la organización mental haya integrado la nueva imagen propia, como sexualmente madura y funcionando como hombre o mujer.

Quiero describir primero nuestro pensamiento sobre la adolescencia y su psicopatología durante este periodo, porque este pensamiento está directamente unido a lo inapropiado o perjudicial de algunos tratamientos, que son popularmente usados por algunas líneas de profesionales que trabajan con adolescentes severamente perturbados. La madurez físico-sexual, esto es. el inicio del período adolescente, implica un cambio fundamental en las relaciones de la persona con el propio cuerpo.

Creemos que el desarrollo de la sexualidad durante el periodo de la adolescencia tiene

¹ Los traductores no han encontrado una palabra lo suficientemente precisa al término propuesto. Lo más apropiado sería derrumbe.

una función integradora independientemente de que esta integración sea normal o tenga una dirección patológica.

La presencia de un cuerpo físicamente maduro en el tiempo de la pubertad significa, en términos físicos, la posibilidad de fecundar o de hacer crecer un niño en e) propio cuerpo. Pero este proceso de convertirse en hombre o mujer sexuados y luego experimentar la realidad de la maternidad o paternidad, depende de la habilidad para alterar la imagen del cuerpo propio durante la adolescencia, incluyendo el funcionamiento genital y al mismo tiempo dependiendo de la habilidad para gratificar los deseos edípicos e incestuosos en la medida en que son suprimidos psíquicamente de los padres edípicos, esto es de los objetos incestuosos. Sin ello, la propia experiencia durante la adolescencia, como portadora de un cuerpo sexual-mente maduro, se vuelve psíquicamente dolorosa, terrible y angustiante.

Pero se agrega una nueva característica a la psicopatología que no existía antes, esto es específico de la psicopatología: es un componente crítico que debe ser siempre tenido en cuenta cuando evaluamos el sentido de la presencia de desórdenes severos de los adolescentes. Desde la pubertad en adelante, la psicopatología siempre, creemos que siempre, necesita y debe usar el propio cuerpo sexual-mente maduro para su expresión, para vivir en forma predecible y apremiante aquellas fantasías que están en el centro de la patología. Pero este manejo compulsivo de su cuerpo adolescente, como sucede en el desarrollo hacia la perversión o en el quiebre con la realidad como en la psicosis, tiene también -y esto es central en nuestra presentación hoy- la función esencial de destruir su funcionamiento sexuado, masculino o femenino, y la intensión inconsciente de perpetuar la relación con uno mismo y con el propio cuerpo, como no sexual y no incestuoso. Si esto no es comprendido, no podremos ponernos de acuerdo respecto a nuestra teoría.

Ahora me dirigiré al derrumbe (*breakdown*) mental en la adolescencia y a algunas de nuestras experiencias en el tratamiento psicoanalítico de 15 adolescentes.

Aceptamos en estudio y tratamiento tres tipos de adolescentes. Estos han sido distinguidos según el camino que ha usado el cuerpo para expresar su patología:

1. Aquéllos con intento de suicidio.
2. Aquéllos cuyas relaciones eran de naturaleza perversa, como en la homosexualidad y fetichismo.
3. Aquéllos cuyo comportamiento mostraba signos de disturbios severos en el funcionamiento que nosotros llamamos psicótico. Esto es: que sus fantasías distorsionaron las relaciones adolescentes con el mundo externo o que las relaciones con

la gente estaban caracterizadas por suspicacia extrema, acusaciones, reproches y violencia: o cuyas fantasías eran expresadas mayormente a través del propio cuerpo directamente como anorexia, bulimia, obesidad o drogadicción.

Las edades de los adolescentes aceptados para este estudio oscilaban entre 15 y 19 años al inicio del tratamiento.

Los servicios disponibles que ofrecemos para adolescentes incluyen entrevistas, psicoterapia y psicoanálisis diarios gratuitos, disponibles a todo adolescente que viene y consideramos pueda ser incluido en nuestro trabajo.

Nuestras guías y preconceptos al comienzo de este estudio fueron determinados por dos factores: 1) que todos los que llevan adelante el tratamiento sean psicoanalistas, dándole especial importancia al poder del Inconsciente y al comportamiento humano, considerando que el desorden o la enfermedad mental no es un accidente y siempre tiene un sentido particular para el individuo perturbado o enfermo; 2) el adolescente previamente evaluado por el servicio comunitario como mentalmente enfermo, y frente al pedido de ayuda psicológica, puede habernos generado dudas y discrepancias sobre las opiniones dadas por psiquiatras o médicos de familia, cuando han sido entrevistados y evaluados en nuestro Centro. Además, algunos de nosotros en nuestro Centro, teníamos experiencia anterior tratando psicoanalíticamente adolescentes muy enfermos con resultados que elevan muchas preguntas sobre los desórdenes mentales pero que también nos dieron esperanzas y un deseo para tratar de entender más sobre los desórdenes mentales de la adolescencia.

De los 15 adolescentes que estudiamos, 6 habían sido previamente admitidos a hospitales psiquiátricos, 4 antes del inicio del tratamiento y 2 estaban en el hospital en el tiempo al que hacemos referencia. Los diagnósticos eran de esquizofrenia paranoide, enfermedad manía co-depresiva o simplemente psicóticos.

De los 15 adolescentes, 8 tuvieron uno o varios intentos de suicidio: uno de los adolescentes intentó suicidarse once veces, Quiero aclarar que cuando hablamos de intento de suicidio, hablamos de la intención consciente de estar muerto como resultado de la acción y no de la fantasías de matarse ni dañarse, pero sí el asumir que uno estará muerto como resultado de la acción. Quiero concentrarme en lo que aprendimos sobre la evaluación de la psicosis en la adolescencia, qué logros y qué fallas han habido y cómo podríamos explicar aquello que estuvo del lado de los logros y aquello que estuvo del lado de las fallas.

No intentaré hacer una estadística. Se nos hizo claro rápidamente, con los primeros adolescentes en estudio, que el diagnóstico de la psicosis tiene poco sentido

cuando es usado para la adolescencia, a menos que logremos incluir en esta evaluación una afirmación sobre la gratificación sexual del adolescente y la extensión en la cual el mundo adolescente ha sido suprimido de la interacción con el mundo circundante.

Encontramos por ejemplo que algunos adolescente fueron traídos o llegaron al tratamiento en el tiempo en el que el mayor uso de su cuerpo era, por ejemplo, para la masturbación anal, es decir, cuando trataban de hacer reales las fantasías de que no necesitaban ninguna otra persona y que podrían creer de forma incuestionable que se podrían completar por ellos mismos, esto es, que su cuerpo sexual era ambos: mujer y hombre. Estos adolescentes vinieron durante un momento de regresión aguda, cuando eran suprimidos del mundo, sintiéndose capaces de destruir internamente todas las cosas y personas de su alrededor. Hablaban en forma desorientada o paranoide, creían en sus creaciones mentales, pero inconscientemente sabían que eran las víctimas de sus propias destrucciones: esto es crítico, porque estos adolescentes conservan todavía la capacidad de duda, inconscientemente.

Evaluar a estos adolescentes como psicóticos sería correcto en forma descriptiva o vulgar, pero psicodinámicamente no sería sólo incorrecto sino también dañino y destructivo. Hay un riesgo diferente que también podemos correr: nuestra experiencia nos ha mostrado que el adolescente que intenta suicidarse, aún cuando el intento se ubique ayer, cinco años o diez años atrás, conserva la posibilidad interna de aplicar el pensamiento psicótico durante ciertos períodos de crisis.

Hacer un diagnóstico durante la evaluación, o en tratamiento, implica un serio error pronóstico y diagnóstico, no reconoce la posibilidad de empuje hacia una organización psicótica tanto al final de la adolescencia como en la vida adulta. No nos estamos refiriendo a las dificultades de hacer una evaluación correcta durante la adolescencia, que implique la presencia o empuje hacia la psicosis, sino que la importancia esencial es la contribución que hace el período adolescente a la vida psíquica, especialmente con respecto al comportamiento o pensamiento que parece o que puede ser temporaria-mente psicótico y que implica que la salida de este proceso, al final de la adolescencia, pueda ser la psicosis, pero más por falla que por necesidad.

Explicaré lo que quiero decir con una breve descripción de uno de nuestros adolescentes de estudio.

Mark tenía 19 años cuando tuvo un derrumbe mental severo. Fue visto por su médico quien lo envió al hospital psiquiátrico local donde fue diagnosticado como esquizofrénico paranoide. Como datos de su historia familiar pasada sabemos que la tía de Mark fue tratada y medicada por una enfermedad paranoide con ECT y fármacos. La

familia sabía que el tratamiento físico no había dado resultado y buscaron un lugar donde pudiera recibir terapia o análisis, llegando así al Centro. Cuando Mark vino, tenía miedo de dejar la casa, no podía dormir solo, pasaba horas lavando sus manos sucias, especialmente después de haber defecado: raramente atendía sus clases en el colegio. Su vida sexual consistía en una masturbación anal compulsiva.

Tenía miedo de quedarse sólo con el entrevistador (elegí este caso porque yo fui su entrevistador). Escuchaba voces que acusaban y hablaban mal de la familia y que le inspiraban temor de que le dijeran que salte por la ventana o que se mate.

Se sentía perseguido por agentes de los gobierno americano y ruso y en una de las entrevistas no pudo abandonar el edificio por tener la certeza de que lo estaban esperando.

Rápidamente, después de comenzado el análisis, Mark habló acerca de las ansiedades de contaminación, experimentando el análisis como algo dañino que podía conducirlo a la locura.

Existía para él un mundo interno muy pobre, donde todo le era hecho o dado por agentes exteriores.

Cuando habló de su masturbación compulsiva, explicó que debía hacerla para disminuir tensiones porque si *no, habla* riesgo de que violara a una niña o de que él mismo fuese violado. Mirando fotografías desnudas durante su masturbación, trataba de sortear sus ideas confusas sobre la anatomía del hombre y la mujer, creyendo que cada sexo tenía ambos órganos, el masculino y el femenino. La masturbación le probaba que él era normal, no sólo desde el punto de *vista* sexual sino también mental. Sus intentos para controlar sus pensamientos perversos no eran exitosos, era asaltado por pensamientos sexuales con mujeres, hombres, niños y animales.

En un intento por probar su normalidad, se hizo amigo de una mujer con la esperanza de que, al tener relaciones, se liberaría de sus ideas perversas. No pudo tener relaciones por temor a penetrarla analmente: esta idea también estaba dirigida al temor de ser penetrado por el analista *y*, para controlarlo, necesitaba masturbarse antes de las sesiones.

Después de 18 meses de tratamiento su estado mental empeoró, estaba convencido de que los hombres tenían relaciones anales unos con otros *y* tenía que girar la cabeza para *mirar al analista*, *asegurándose* así de que éste no se estaba masturbando y de que su pene no estaba en el ano de Mark.

En este tiempo, Mark tuvo que ser admitido en el hospital psiquiátrico donde debió ser internado por dos meses, siendo visitado por el analista para mantener el contacto y asegurar la continuidad del análisis.

Sólo en el tercer año de tratamiento pudo expresar irritación con el analista, descubriendo el uso de su cuerpo para expresar las emociones, en lugar de decir que estaba enojado con el analista, pensó en eyacularle encima y en estrangularlo. Fue solamente entonces que pudo comenzar a establecer conexiones entre su pensamiento y lo que sentía. Pero fue al continuar el análisis sobre la erotización de su procesos mentales, que hubo un cambio en el estado de Mark. Se daban disputas en su merite durante el tiempo de su invalidez, no pudiendo hacer nada porque la gente en su mente le decía cosas contradictorias sin que él pudiera hacer algo. Las disputas que ocupaban permanentemente su pensamiento pudieron comenzar a ser analizadas recién ahora, en relación a quién era responsable de llevarle a hacer ciertas cosas, esto es: si era su propia mente o el analista quien tenía el poder de curarlo o hacerlo enfermar así se sentía Mark.

Fue sólo cuando el pensamiento psicótico se concentró más dentro de la transferencia, siendo éste un tema esencial en el tratamiento de estos adolescentes, que Mark pudo empezar a ver las conexiones entre lo que pensaba y lo que hacía, tanto a sí mismo como a los demás. Por ejemplo, cuando el analista usaba la palabra “*afraid*” (temeroso), Mark quedaba muy deprimido y quería que el analista retirara lo que había dicho: retirarlo” repetía. Cuando el analista se refería al humor depresivo de Mark, éste reaccionaba con pánico por temor a caer en el estado comatoso experimentado en el pasado.

Fue a través de este tipo de experiencias, en la transferencia, que comenzó a sentirse confidente para hablar acerca de los pensamientos que pasaban por su mente. Los accidentes automovilísticos, su sentimiento por las mujeres, sus órganos sexuales aislados, pudieron comenzar a ser puestos en palabras sin pensar que hacía algo por lo cual podía ser culpado.

Si nuestra descripción acerca del significado del comportamiento psicótico, o el ingrediente que saca el adolescente de su mundo circundante es correcta, estaremos capacitados para pensar cómo es que la experiencia en la transferencia pueda prepararlo para restablecer la unicidad del cuerpo y la mente. Este es un proceso esencial para desarmar la psicopatología severa que proteger al adolescente de desórdenes psicóticos futuros.

Una característica esencial de la patología de los adolescentes severamente

enfermos es la necesidad de mantener la ruptura que se ha establecido con su pasado. Esta ruptura fue aguda en el tiempo de la pubertad, cuando intentó fortificar su creencia inconsciente de que podría mantener el vínculo con una imagen fantaseada omnipotente de sí mismo. El adolescente cuestiona la necesidad previa y presente de usar la ruptura con el pasado como camino defensivo y ciego.

La pubertad ha confrontado al adolescente, inconscientemente, con la presencia de su cuerpo sexuado fallido y su imagen ilusoria de sí mismo como omnipotente. Pudo mantenerla hasta que se tornó sexualmente maduro, pero no después, a menos que haya quebrado su relación con el mundo circundante. Antes de la pubertad podía mantener la creencia de que tanto él como ella, no tenían que ser hombres o mujeres y que podían ser omnipotentes sin ser sexuados. La madurez físico-sexual conmovió de pronto esa ilusión y los confrontó con el hecho de que su cuerpo es ahora inadecuado y peligroso al mismo tiempo.

Las fantasías masturbatorias lo forzaron a buscar respuestas sexuales. gratificaciones prepuberales y seguras, pero también lo sacaron del mundo real. El derrumbe (*breakdown*) adolescente tiene que ser entendido e integrado como parte de la historia, a pesar de correr el riesgo de perder la continuidad entre su vida presente y pasada. En lugar de dejar su pasado aislado, poblado por monstruos a los que nunca debe enfrentarse, el adolescente puede encontrar como parte de su experiencia de tratamiento, el cuestionamiento acerca de lo que ha hecho con los recuerdos de su pasado: entendiendo sobre la necesidad de sus distorsiones, de sus experiencias y percepciones. Esto no es, sin duda, un ejercicio académico.

La experiencia y comprensión de la transferencia le posibilita al adolescente la confrontación con las razones defensivas para la distorsión de la relación con su cuerpo en el presente. y le permite la libertad interna para reclamar su cuerpo sexuado como propio, más que por medio de la violencia, destructividad, locura o pensamientos y deseos que perpetúen el ataque a su cuerpo sexuado.

Es por estas razones que estamos convencidos de que algunos tratamientos no son beneficiosos e incluso pueden resultar dañinos para el adolescente enfermo. Encontramos incomprensible imaginarnos cambios en la vida del adolescente enfermo, a menos que el tratamiento se dirija hacia el significado del derrumbe (*breakdown*) en la pubertad, entendiendo el rechazo del cuerpo propio durante la adolescencia y ayudando al adolescente a usar el proceso terapéutico para integrar su cuerpo sexuado funcionando como parte de la nueva imagen corporal.

La prescripción de medicación o el apoyo que se le puede brindar al adolescente, podrá hacerlo sentir menos ansioso, menos loco, pero también amplía la sumisión pasiva a la enfermedad y a la magia del médico. En otras palabras, puede animarlo a la destrucción como ser potente, para quien de otra manera podría estar capacitado para comprender o hacer activamente algo respecto de su vida futura y de su enfermedad actual.

Estamos en desacuerdo con el uso de diferentes aproximaciones sistémicas, específicamente la terapia familiar que podría alterar la organización familiar y no debería ser usada como proceso terapéutico. Puede ser útil en adolescentes menores pero impide, no solamente poseer su propio cuerpo, sino también poseer su propia mis-
midad que era parte suya y lo es ahora.

Esto es especialmente cierto en el trabajo con adolescentes menores de 15 años, en los que la imagen de si mismos, como hombre y mujeres en funcionamiento está considerablemente dañada.

Son las razones clínicas las que nos hacen estar en desacuerdo con aquellos que usan la terapia familiar o los que combinan la terapia y el uso prolongado de medicación.

No sólo nuestras técnicas o teorías son diferentes, sino también nuestra visión de la psicosis en la adolescencia, así como nuestras metas terapéuticas.

Hay otro factor que creo que es operativo en el trabajo y que se apoya en la unidad familiar o en el uso de medicación como tratamiento. Como adultos trabajando con adolescentes vulnerables o enfermos, tenemos que estar alertas de que siempre estará el deseo, desde nuestro lado, de fallar con algunos adolescentes. Nuestra envidia por la sexualidad adolescente actual y futura, por las posibilidades de elección de que disponen, pueden llevarnos a estar en desacuerdo y enojados con nuestros compromisos establecidos desde hace tiempo en nuestras vidas y que no podemos separar de los enfermos que llegan necesitando ayuda, algunas veces, o culpándonos otras por las crisis. Estos sentimientos que se dan en nosotros pueden contribuir sustancialmente a nuestras necesidades de fallar o de ofrecer respuestas omnipotentes a algunos adolescentes.

Mi opinión es que algunas terapias que están en este momento a disposición y en uso, nos llevan a algunos de nosotros a tomar distancia de nuestros propios sentimientos sobre nuestra adolescencia fallida y al mismo tiempo nos autoriza para destruir el deseo adolescente o el pedido de ayuda o cambio.

En qué pueden contribuir nuestras observaciones clínicas a la comprensión, si el desarrollo funcional está afectado habiendo una disrupción en el esfuerzo de integrarla

imagen del nuevo cuerpo maduro dentro de la organización psíquica. Tenemos evidencias clínicas de que, en cada caso, un derrumbe (*breakdown*) del desarrollo que ha tenido lugar en la pubertad, creó un serio riesgo en las posibilidades del adolescente para mantener relaciones no psicóticas con el mundo externo o para evitar un ataque en su propio cuerpo como forma de eliminar su reservorio (que es su cuerpo) de fantasías perversas o persecutorias. Pero nuestras evidencias clínicas también sugieren que la dirección de la severidad del derrumbe (*breakdown*) hacia el empeoramiento depende de si el derrumbe (*breakdown*) agudo tiene lugar en el tiempo de la pubertad o si el resultado en la pubertad es el resultado DE o reacción A una resolución edípica patológica que ha llevado al establecimiento de una imagen corporal distorsionada. Pensamos que si la disrupción tuvo lugar antes de la pubertad, la posibilidad de adquirir genitales físicamente maduros en la pubertad actúa como un organizador hacia una resolución perversa o psicótica.

La resolución es usada defensivamente para contener las ansiedades desbordantes que surgen por el desarrollo puberal. Para estos adolescentes, la confrontación con la presencia real de sus genitales masculino o femenino maduros, es experimentada como un ataque y una destrucción potencial de su imagen corporal prepuberal, que en la fantasía contiene la resolución perfecta pero patológica. Si esto es así, nos ayudará a explicar por qué nuestros esfuerzos terapéuticos han sido exitosos en ciertas áreas pero muy limitados o nulos en otras, específicamente en su vida sexual.

Podríamos decir que las gratificaciones obtenidas de sus soluciones perversas o psicóticas son usadas en forma defensiva para evitar la creencia inconsciente de que la sexualidad genital significa su propia destrucción o que con su violencia destruirá a su partenaire sexual o a su padre edípico.

En este sentido nuestro tratamiento no ha suprimido la vulnerabilidad a una patología invalidante en su vida posterior.

Desde que hemos escrito este trabajo, tenemos nuevas pruebas que nos hacen dudar de esta afirmación. Es posible que la ruptura con el pasado nunca pueda restablecerse emocionalmente, porque para los pacientes esto podría convertirse en un riesgo de destrucción; el dilema siempre se expresa en la violencia que fue común a todos y que se hizo presente en la relación consigo mismo, otras personas y en la transferencia. Por violencia quiero decir ataques al propio cuerpo o mente, más que ataques a otras personas o a la propiedad, pero que sin embargo expresa también la presencia de un perseguidor que nunca puede ser acallado.

Una observación asociada que necesita una comprensión cuidadosa es que

ninguno de los adolescentes en nuestro estudio se haya matado, a pesar de que lo temíamos. Este hecho tiene una línea de explicación teórica y clínica. Podría ser que experimenten a través de nuestro cometido con ellos, nuestra creencia de que valen la pena y que no tenemos miedo del odio hacia ellos mismos o el odio que sienten hacia sus enemigos fantaseados. Nuestro cometido también indica que no tendrán que estar más solos, o sentirse solos con su patología y con su locura terrorífica. Todos estos adolescentes estuvieron, por supuesto, muy aterrorizados.

Estamos alertas de encontrarnos sólo al comienzo del entendimiento de algunos de los significados de la psicopatología severa en la adolescencia; o más específicamente el entendimiento de la necesidad compulsiva de tener que sustraerse del mundo real como camino para destruir sus cuerpos y mentes en potencia.

Nos vamos convenciendo de que el esfuerzo continuo para comprender la relación del adolescente con su cuerpo y las razones por las que se siente compelido a alterar este cuerpo y su uso, podrían dar respuestas a aquéllas no conocidas que, al presente, aún nos limitan en nuestras posibilidades de comprensión del funcionamiento psicopatológico en la adolescencia y la psicosis posterior.

Asimismo tenemos claro un tema esencial: podemos categóricamente reservar la evaluación de psicosis a un pequeño grupo de adolescentes y será sólo para aquéllos que tengan no solamente una, sino todas las características siguientes, quienes serán considerados psicóticos: los que han perdido la capacidad de duda, que han debido obliterar la realidad y sustituirla por una nueva, porque no pueden, de otra forma, mantener su unión narcisista, aquéllos cuyo cuerpo sexual no es sentido como el perseguidor a pesar de ser el perseguidor, porque inconscientemente creen haber destruido su cuerpo sexuado y sus padres dentro de él, dirigiéndose al quiebre con el mundo real.

Estas son las tres categorías que creemos deben estar presentes para diagnosticar a un adolescente como psicótico, más que simplemente decir que un adolescente se comporta de forma psicótica.

Otros adolescentes pueden parecer psicóticos, pero para evaluarlos como psicóticos sin establecer la presencia de estas características, se correría el grave riesgo de destruir la chance, que puede estar aún presente, de ayudarlos a cambiar su vida.

(Traducido por Irene Maggi de Macedo y Silvia Flechner)