



Jornada

AUTOLESIONS I CONDUCTES SUÏCIDES EN INFÀNCIA, ADOLESCÈNCIA I JOVES

Barcelona, 27 d'octubre de 2023

Autolesions en adolescents en el marc d'un hospital de dia.

Albert Chamorro i Salvat.

Psicòleg clínic. Coordinador de l'HDA de Sarrià- Sant Gervasi, Les Corts i Gràcia.

Si bé als inicis del nostre HDA, ara fa quinze anys, les autolesions eren relativament escasses i abastament lligades a patologies de l'espectre borderline, en l'actualitat s'han esdevingut un fenomen transnosològic i freqüent.

Al llarg de 2022, d' aproximadament 50 pacients atesos, 17 varen auto lesionar-se regularment, generant més de 80 intervencions d'infermeria, en 2 ocasions les autolesions van realitzar-se al mateix hospital, mentre que la resta van ser efectuades a casa.

Per a l'anàlisi d'aquestes situacions, alhora que per la terapèutica, resulta especialment útil apel·lar al concepte de mentalització.

CONCEPTE DE MENTALITZACIÓ

Podem distingir les persones que tenen una mentalització alta o mitja alta de les que mentalitzen poc o quasi gens- En aquest moment em refereixo al concepte de mentalització no tant des de la perspectiva de Fonagy, Bateson, de l'institut Anna Freud, d'un valor científic i clínic indiscutibles, sinó des de la formulació que en fa l'escola de psicosomàtica de París, IPSO- Pierre Marty.

La manca de mentalització, des d'aquesta perspectiva, podria definir-se com la poca presència i disponibilitat de representacions mentals en la ment d'una persona. Marty ho situa i estructura en "capes" que ubica a nivell del preconscient des de la primera tòpica freudiana, però ara no m'interessa desenvolupar aquest aspecte més teòric que pràctic.

Parlo de representacions mentals, no de paraules, malgrat que les representacions mentals, òbviament, es lliguen a les paraules. I em referiré especialment a les representacions mentals

emocionals, que comencen a la primera infància i, al meu parer, es van podent incorporar al llarg de tot l'esdevenir vital, si bé ho fan més exitosament durant els períodes crítics.

Agafem una emoció com a exemple: la ràbia. Un nadó de mesos o un nen de tres anys en plena rabieta mostren una encarnació de la ràbia: vermell com un pebrot, punys tancats, plor o crits o ambdues coses....això és el que Pozo anomena representació encarnada, o representa- acció. Aquesta representa- acció, llegida per la mirada de l'altre, generalment la mare o també el pare o adult cuidador, es pot lligar a la paraula "ràbia": "Ui, quina ràbia", "quenfadatestalten".... i passa de representació encarnada a representació mental. Aquest pas, sempre gràcies a la mirada i la lectura emocional de l'altre, propera al que Bion anomenà funció alfa, fa que passem del cos a la ment. Lligant-se i significant-se les emocions. En termes neuropsicològics podríem dir que es va passant a les àrees d'associació i que al circuit emocional no es queda dissociat el processament subcortical (sistema límbic, circuit de Papez) de les àrees frontals i prefrontals.

Les representacions mentals, que podríem conceptuar com a fragments de pel·lícula, poden ser més primàries o més secundaritzades. La ràbia, per exemple, pot representar-se o imaginar-se com una seqüència on hom esquartera , mata, tira per la finestra o pega a algú. El llenguatge va ple d'expressions com "el mato" o "l'hauria tirat per la finestra"...i, en general, es dóna per suposat que hi ha una secundarització o suspensió de l'acció que varia totalment el resultat al qual sembla portar la representació mental...per bé que cada any, la premsa descriu homicidis, atacs, assassinats de persones on la representa-acció s'ha esdevingut sense filtres: per exemple, una mare tira al seu fill per la finestra perquè plorava contínuament i no ho podia suportar més. Es dir, no s'ha pogut secundaritzar, o filtrar, o suspendre una part de la cadena d'acció que porta la ràbia al seu extrem: matar algú.

La suspensió significa deixar sense efecte una part de la cadena d'acció, qüestió que canvia totalment el resultat. En termes psicodinàmics parlariem de secundarització. Aquesta suspensió o secundarització en la representa-acció, també es pot donar en la representació mental: així, les representacions mentals, com a xarxes de possibilitats d'acció, poden quedar en suspensió representacional: per exemple, la part que representa la crueltat (dany infligit, homicidi) queda relegada a la substitució per un mecanisme més adaptatiu en una societat civilitzada: no li parlo més, me'n vaig, el denunciaré, respiro profundament...

En una persona amb bona mentalització, totes aquestes representacions mentals hi són en abundància i amb accés conscient molt sovint, o preconscious. La supressió representacional (inhibir tota la xarxa d'una representació) és poc freqüent. La supressió representacional es relaciona amb la desmentida o moltes vegades supressió conscient, que planteja moltes dificultats per tal com tendeix a retornar: de tots és conegut l'experiment de psicologia experimental de "no piense en un mono verde"...una cosa sense cap valor afectiu, que malgrat tot tendeix a repetir-se com un all...la consigna de no pensar dóna per resultat el retorn del suprimit, o reprimat, per bé que sigui una bajanada com aquesta. Si té un valor emocional alt,

imaginin les coses on poden arribar. Si no es pot arribar a una re descripció representacional, procés en el qual sempre ha d'intervenir la consciència, anirem molt malament.

TERAPÈUTICA DE PACIENTS AMB BAIXA MENTALITZACIÓ A L'HOSPITAL DE DIA

Els hospitals de dia poden ser un dispositiu amb alta capacitat per augmentar la mentalització en els pacients. Vegem-ne les característiques.

1- ESCENARI VITAL I ESCENARI TERAPÈUTIC

Els hospitals de dia són escenaris de terapèutica, quasi que per definició, però també són un escenari vital: els nois i noies passen part de la seva quotidianitat a l'hospital, fan tallers, parlen amb els amics o companys, parlen amb el personal. Seguint el moviment de teràpia institucional, i també al que sosté Otto Kernberg, donarem valor a la funció de cada membre del personal en dues accepcions: en la seva funció específica i també en la seva funció relacional. Per exemple, l'infermer té una funció específica, ha de donar la medicació a tots els pacients, fer seguiments de pes i constants, etc. La professora ha de fer un diagnòstic curricular, coordinar -se amb l'escola o institut, Però, una qüestió importantíssima, és que estableixen una relació amb els nois. En aquest sentit parlem de funció relacional. Per exemple, l'infermer pot ser dipositari del trànsfert d'una funció paterna en falta a la família i ser triat (inconscientment) pel noi per barallar-s'hi i demanar-li límits constantment, constituint una experiència emocional correctora per tal com viu el que no ha viscut, i això, com sol dir José Leal, el descol·loca, i també li permet introjectar representacions d'allò que no hi havia en el seu aparell mental. En canvi, amb la professora, que és molt jova, reproduïx un patró relacional similar al que té amb la seva germana gran, col·labora, es mostra receptiu.

Es veu al que em refereixo amb la doble funció: les funcions específiques d'infermeria i docència tenen poc en comú, però la funció relacional s'esdevé de manera relativament independent de les funcions específiques. Si atenem al trànsfert institucional i no al que es dona només sobre la figura del terapeuta, podem ampliar la terapèutica molt més enllà del despatx del psicòleg clínic o del psiquiatre, per tal com es pot donar una resposta amb valor d'experiència emocional correctora i, per tant, introjectable com a nova possibilitat representacional. Per exemple, si la professora, quan el noi li diu que l'infermer és un *borde* que només fa que prohibir-li coses, com per exemple agafar més menjar quan en sobra a la safata, li respon "però home, després et queixes que t'engreixes i que et molesta molt, ell no et deixa menjar més per cuidar-te" el noi viu una experiència de triangulació que probablement no ha viscut a la família, on hi ha un conflicte de lleialtats pare- mare que bloqueja tota possible triangulació.

Des de l'escenari vital es pot no només fer una lectura de la situació, sinó també una devolució terapèutica que acaba confegint sovint una "pròtesi" en pacients que no poden mentalitzar bé perquè els falten representacions mentals per allò que no s'ha esdevingut en la creixença. Per descomptat, hem de comptar amb personal molt

preparat que no només atengui a la seva funció específica, sinó que també pugui entendre el món relacional.

2- L'HOSPITAL DE DIA COM A ESPAI REPRESENTACIONAL .

Si no conceptuem l'hda com un espai on el noi o la noia fan tallers de manera dissociada de la teràpia, cosa que considero absolutament incorrecta, podem estendre la ment del noi o noia per diferents espais de representacions. Per exemple, una noia que s'enfada

perquè creu que li haurien d'endevinar què li passa i, com que no ho fan, fa morros tot el dia, pot fer un bola màgica al taller de manualitats i després treballar a mode de joc al taller de jocs col·locar la bola i intentar endevinar el què li passa a un altre que no diu res. Fixeu-vos que això seria una combinació de fer una representació mental i entendre la ment de l'altre en el sentit de Fonagy des d'una activitat de joc/role playing. No hem de tenir por de combinar tècniques de diferents escoles psicològiques quan hi veiem un sentit clínic.

En aquest sentit, podem fer esment d'una altra situació clínica, un noi amb qui s'està treballant amb la família la reestructuració de jerarquies familiars amb teràpia sistèmica estratègica.

Se li demana al noi de fer un cedre de poder a manualitats, sense desvelar-li del tot el perquè de tot plegat...només se li explica que servirà per la teràpia familiar. El noi accepta.

S'aplica a fer el cedre, mirant imatges per internet, consultant l'educador que porta el taller que és llicenciat també en belles arts sobre com fer formes, quins materials usar, etc. Li queda preciós.

A la teràpia familiar se li demana que el lliuri als pares, doncs són ells i no el noi que han de manar. S'hi nega amb contundència: "ni parlar.ne. L'he fet jo i me'l quedo. Es va separant aquesta demanda lícita (l'ha fet ell) de la qüestió simbòlica; ell no deixa que manin els pares. Es van posant exemples de situacions que han de revertir, i se li deixa custodiar el cedre sempre i quan obeeixi els pares en les qüestions de la vida quotidiana. Aquí veiem una contingència conductista clàssica barrejada amb un espai de mentalització i simbolització, que també té un valor sistèmic a dins de la dinàmica familiar.

Veiem com l'hospital de dia és un excel·lent dispositiu per generar, fer circular i aplicar elements de mentalització.

Això vol dir una molt bona terapèutica per a pacients amb baixa mentalització que s'autolesionen. En general, aquests pacients usen l'autolesió com a descàrrega "no ho sé, estava nerviós i m'he tallat per calmar.me"...L'ansietat sol estar deslligada de

qualsevol representació mental. Ajudar el pacient a representar-se estats mentals és ajudar-lo a sortir d'aquest cercle de sense sentits, o , més ben dit, de sentits sense representacions mentals que el porten a autolesionar-se. Augmentar la capacitat de

mentalització en els pacients vol dir decrementar la probabilitat que es produeixin autolesions.

Tot seguit passaré a parlar de pacients que no mentalitzen malament, és dir, que tenen accés a representacions mentals, i que s'autolesionen.

TERAPÈUTICA DE PACIENTS AMB ACCÉS A REPRESENTACIONS MENTALS QUE S'AUTOLESIONEN.

En general, els pacients que mentalitzen i s'autolesionen pateixen processos psicòtics i/o depressius greus. Les autolesions solen respondre a al·lucinacions auditives de caràcter melancòlic :una veu indica al pacient que es talli, per exemple. També poden ser conseqüència de pensaments negatius associats al procés depressiu ("No em mereixo res, sóc dolent, faig mal als qui m'envolten, m'he de tallar..."). Per controlar les autolesions cal tractar les patologies de base amb fàrmacs antidepressius o antipsicòtics, així com amb terapèutiques psicològiques eficaces en aquest tipus de situacions, com la discussió racional emotiva de Beck i Ellis, el diàleg socràtic, etc

I, finalment, faré esment d'algunes eines terapèutiques generals per a tots els pacients que s'autolesionen.

-Presència de l'adult: és molt important identificar amb els pares els contextos intrafamiliars on es produeixen les autolesions, i demanar-los que no deixin sol al pacient.

-Posar sota clau tots els objectes que puguin tallar. De vegades, els pares diuen , amb raó, que és impossible ser 100% eficaços en aquestes accions, per tal com sempre es pot escapar alguna cosa, o els nois i noies són molt imaginatius, desfent per exemple una agulla d'estendre i fent servir el filferro per tallar-se. És igual: és molt important que el pacient vegi que la conducta autolesiva no és aprovada pels pares i que fan tot el que poden perquè no s'esdevingui.

-Anàlisi de xarxa. Explorar amb el pacient quan s'ha esdevingut l'autolesió, què va passar abans, què va passar després...no és fàcil, molt sovint el pacient diu que "no ha passat res..." Cal insistir. Revisar amb ell les accions i fets com si passéssim una pel·lícula a càmera lenta.

-Resposta alternativa. Buscar amb el pacient una resposta alternativa a l'autolesió: anar a córrer, donar cops a un coixí, demanar medicació de rescat als pares, sostenir un glaçó...En

aquest sentit pot ser útil, des d'hospital de dia, introduir tallers específics, com el de construcció d'una *farmaciola de guàrdia*, contenint elements que aturin la resposta del pacient. Per cada pacient és diferent, per exemple, una noia demana posar un potet amb la colònia que usa la seva àvia, perquè quan l'olora la calma.