



La agresividad en la adolescencia. El objeto destruido y el sujeto asustado¹

María José Rodado
Psiquiatra

Esta comunicación es una invitación a compartir una reflexión sobre la agresividad como manifestación psicopatológica. El trabajo surge de las dificultades derivadas del tratamiento con los adolescentes ingresados en una unidad de agudos.

Presento dos viñetas clínicas de dos adolescentes en los que la agresividad está presente para proponer ampliar nuestra mirada en el abordaje y comprensión de la agresividad. Ampliar la mirada para ver al sujeto que está asustado y actúa y no solo al objeto atacado incluyendo el marco relacional tanto en el abordaje como en el tratamiento.

Palabras clave: Adolescencia, agresividad.

This communication is an invitation to share a reflection about aggressiveness as a psychopathology manifestation. The text evolves from the difficulties derived from working with adolescents admitted to an acute unit.

I will show two vignettes of two adolescents in which aggressiveness was present. I propose to see beyond the subject who is frightened and aggressive and not only to see the attacked object. And also to include the relational context to make both the assesment and the therapeutical plan.

Key Words: Adolescence, aggressiveness.

English Title: Aggressiveness in the adolescence. The destroyed object and the frightened subject.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Rodado, María José. (2013). La agresividad en la adolescencia. El objeto destruido y el sujeto asustado. *Clinica e Investigación Relacional*, 7 (3): 525-532. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Transcribo las palabras de una madre al referirse a su hijo: *“Yo lo que quiero que me digan es como tengo que corregirle la conducta, es lo que mi hijo no entiende, que se tiene que corregir”, “lo hace para fastidiar”, “sabe que si se porta mal tiene un castigo”*. La problemática de su hijo se manifestaba a través de una conducta desafiante, un negativismo activo, con agresividad verbal y física y fugas del domicilio.

¿Cómo transformar en la clínica estas demandas y quejas de los padres? Contener, tolerar, y significar la conducta para evitar corregir, castigar y expulsar al hijo.

¿Qué efectos produce la agresividad en los otros? ¿Por qué no ampliar la mirada para ver al sujeto que está asustado y actúa y no solo al objeto atacado? ¿A quién o quienes debe ir dirigida la intervención terapéutica?

Partiendo de estos interrogantes y de los inconvenientes derivados del trabajo con los adolescentes ingresados en una unidad de agudos invito a compartir una reflexión sobre la agresividad como manifestación psicopatológica y las dificultades encontradas en el abordaje terapéutico. Para ello mostraré dos viñetas clínicas de dos adolescentes en los que la agresividad estaba presente.

Antes de entrar en el material clínico describiré brevemente la Unidad a la que hago referencia, ubicada en el Hospital Vega Baja (Orihuela) con una historia de siete años. Dispone de 8 camas y es la Unidad de referencia para toda la provincia de Alicante lo que supone un total de casi 300.000 menores.

Contamos con una profesora, una enfermera y una auxiliar de enfermería. Y los dos psiquiatras responsables de la misma atendemos también, diariamente, una consulta externa. En el año 2012 el número de ingresos se elevó a 115 chicos entre 11 y 17 años. La mayoría de ellos provienen de situaciones muy traumáticas (abandono, abuso físico y emocional, presencia de psicopatología grave en los padres) y es frecuente la expresión del malestar a través de alteraciones conductuales (agresividad, fugas del domicilio, consumo de drogas, autolesiones, absentismo escolar).

La psicoterapia grupal con los adolescentes se combina con sesiones individuales. Los padres son incluidos en un grupo semanal de terapia multifamiliar y esto no excluye otras modalidades terapéuticas con ellos y con el adolescente.

La estabilidad de los grupos es variable dependiendo de la duración del ingreso. Las actuaciones y los problemas en las relaciones interpersonales aumentan cuando coinciden varios adolescentes con conductas psicopáticas, lo que complica el abordaje psicoterapéutico.

Y es que el trabajo con adolescentes en los que aparece la agresividad no es fácil. Reconozco el aplastamiento emocional sentido así como la dificultad para pensar con la que me encontraba, en el contexto de muchas de las situaciones vividas en la experiencia clínica. Nos enfrentábamos a un alto grado de agresividad por parte de los adolescentes y/o de los padres. Y fueron estos obstáculos el origen de las reflexiones que deseo compartir.

A continuación presentaré **dos viñetas clínicas** para dar cuenta de esas dificultades.

Viñeta clínica “La violencia y fragmentación de Natalia”

Natalia es una adolescente de 16 años que fue ingresada tras un intento fallido de fuga del domicilio en el que los padres temieron una agresión física por parte de su hija. Hacía una semana que la notaban rara y extraña. Entró en una casa abandonada rompiendo unos cristales y dos días antes del ingreso comenzó a decir que quería ser un chico.

Durante el primer mes de ingreso se repitieron los episodios de agresividad física. Eran imprevisibles, sin que hubiésemos observado un cambio en su conducta, en sus gestos y no eran explicados por una ideación delirante. No existía en sus acciones un propósito determinado aunque sí graves consecuencias. Natalia rompió 4 pantallas de ordenador además de otros objetos agrediendo en alguna ocasión a las enfermeras.

A veces aparecía una risa inadecuada tras los incidentes, otras veces su rostro se mostraba serio y distante.

Los padres Juan y Teresa, eran mayores. A Teresa le diagnosticaron un cáncer de útero hacía un año. Fue operada y recibió radioterapia que le causó importantes efectos secundarios. Actualmente la enfermedad estaba controlada y se sentía bien físicamente.

De origen rumano, Natalia fue adoptada a los 8 años de edad. Era la única niña de 5 hermanos varones. Desde que tenía unos meses y hasta la adopción permaneció en un orfanato. De este periodo manifestaba pocos recuerdos, descritos vagamente.

El ingreso fue largo y difícil y pasó mucho tiempo hasta que los padres salieron con su hija a pasear, dado el temor que sentían y la dificultad para entender el sufrimiento emocional de Natalia. Eran frecuentes los mensajes por parte de los padres; “te tienes que portar bien”, “¿por qué no te portas bien?”, “si no te portas bien no salimos”. Natalia se enfadaba con este diálogo y se producía un desencuentro con sus padres.

Viñeta clínica “ Crecer en un medio hostil”

José es un adolescente de 12 años con importantes dificultades tanto en el medio escolar como familiar, debido a su rabia, las agresiones verbales y físicas, los cambios en el afecto y el negativismo.

Sus padres se separaron, cuando él tenía 4 años. En el periodo de convivencia hubo repetidos y graves conflictos en la pareja. La madre, Carmen, fue víctima de agresiones verbales y físicas. Poco tiempo después de la separación, el padre (Miguel), ingresó en prisión y cumplía una condena de 8 años por tráfico de drogas. Y Carmen, tras varios cambios de domicilio por las amenazas sufridas por parte de la familia paterna, de origen gitano, y dados los problemas socioeconómicos cedió temporalmente la custodia de su hijo a los Servicios sociales. Así José vivió en dos centros diferentes desde los 5 hasta los 10 años. A esa edad se establece nuevamente en el domicilio materno con su madre, la pareja de esta (Ignacio) y el hijo de ambos, Alejandro de un año de edad.

José durante el ingreso, en las relaciones interpersonales, presentó problemas con otros

adolescentes a los que con frecuencia respondía con insultos y amenazas. Los comentarios y quejas que los otros manifestaban eran vividos por él como un ataque. Esta dinámica provocaba en muchos momentos su exclusión de las actividades que los otros chicos compartían.

Nos encontramos con dos pacientes en los que la agresividad, en distintos niveles y gravedad está presente y que generan en el entorno, rechazo y miedo.

La agresividad destructiva de Natalia provocaba miedo en sus padres, en el equipo y en los otros adolescentes. Las agresiones de José fomentaban el rechazo por el medio escolar, sus iguales y la expulsión de su familia.

Si nos colocamos del lado del sujeto que la sufre y tratamos de ver las motivaciones y la funcionalidad del síntoma descubrimos a dos adolescentes asustados. Y se trata de averiguar qué condiciones activaron esta agresividad, respuesta de un sufrimiento psíquico, así como analizar el contexto intersubjetivo que permite su emergencia.

Pero no solo esto sino descubrir ¿qué representaciones inconscientes mantienen la agresividad? y ¿cómo contribuye la alteridad?

En Natalia hemos de suponer unas fallas narcisísticas precoces por el abandono y la situación traumática. Después de la adopción, y durante años, lo que vimos fue un proceso de sobreadaptación y en la adolescencia tardía, tras la grave enfermedad de su madre, desemboca en una ruptura y fragmentación psíquica. La agresividad es respuesta a la fragmentación del self en la psicosis. Me planteaba si en esa despersonificación que sentía, la actuación podría suponer un cierto dominio en la realidad externa de lo que internamente no controlaba. En el descontrol interno que debía sentir, suplicaba a veces, y nos obligaba a una contención mecánica parcial como control. Me preguntaba que podría significarle el internamiento y la ausencia de los padres en la unidad, en su historia previa de abandono.

Cuando mencionaba la sobreadaptación me refiero al hecho de que Natalia se incorporó al colegio, al mes de ser adoptada, recibiendo clases particulares todos los veranos en un intento, los padres y el colegio, de que mantuviese el ritmo escolar. Era descrita como una niña sin problemas, contenta y querida. Me cuestiono si no hubiese sido más saludable para ella una protesta. Pero regresaré a este punto más adelante.

Comentaré algo sobre la enfermedad de su madre y su efecto. Ocurre a los 8 años de la adopción. Fueron 8 años también los que permaneció en el orfanato. La posibilidad de la muerte de su madre desencadenó en Natalia la fantasía de un nuevo abandono reactivando el pasado.

Y es que el proceso de enfermedad de su madre fue vivido en silencio y soledad ante los mandatos que recibía de su padre “Natalia tú te tienes que portar bien y no dar disgustos a la mama para que se ponga bien”.

Durante el ingreso de su madre, Natalia no quería ir al hospital y si acudía no se atrevía a pronunciar palabra. El silencio se había impuesto en la familia como la prohibición para hablar

del malestar y la muerte.

Me la imaginaba como una niña aterrorizada por la posibilidad de perder a su madre y sin atreverse a expresar su dolor temiendo dañar a su madre. Pienso que también para el padre, un hombre rígido, con gran dificultad para expresar las emociones y que se exigía ser fuerte y no flaquear, el ingreso de su mujer pudo ser vivido como algo terrorífico y en este estado no podía atender las necesidades emocionales de su hija, solo pedirle con esas palabras de no molestar, que no expresara el dolor y la tristeza.

Veamos que ocurría con José. Desde los primeros años tuvo que protegerse de las agresiones del ambiente. La hostilidad del medio comienza con los primeros vínculos y la patología de sus padres y continua en cierto sentido en el centro de menores cuando es privado de los encuentros semanales con su madre. Debido al malestar de José cuando su madre se marchaba, los encuentros se realizarían una vez al mes.

La agresividad de José podría considerarse una agresividad reactiva a un medio que viene a perturbar al niño y excede sus capacidades y de la que habla Winnicott (1950-55) y Ricardo Rodulfo (2009). Si tenemos en cuenta el sistema de apego, José no fue protegido en situaciones de peligro y había sido víctima de situaciones atemorizantes, algunas aun persistían. Podríamos pensar que el sistema de apego se había activado con la presencia de su padrastro y hermanastro en el domicilio materno y José sentía amenazado el vínculo con su madre. Además su madre le amenazaba con la posibilidad de volver al centro si su comportamiento no cambiaba.

La agresividad era así también una forma de mantener la atención de su madre. Por otro lado en este medio no había podido desarrollar una estrategia organizada para regular sus emociones y había que tener en cuenta esto para entender su descontrol conductual.

¿Qué dificultades conlleva el tratamiento cuando la agresividad aparece?

El tratamiento de adolescentes con experiencias traumáticas como Natalia y José es complejo y su discusión requeriría mayor extensión. Pero mencionaré aspectos que considero relevantes.

En primer lugar la agresividad supone un ataque y amenaza para el vínculo y esto puede generar graves problemas en la relación terapéutica y en la relación del adolescente con sus padres y el entorno.

Por otro lado en historias traumáticas como las descritas, las experiencias de horror abruman la posibilidad de asimilación en los que la sufren y producen angustias intolerables no solo en el terapeuta sino que pueden ocurrir también en los padres limitando estas angustias, la capacidad de escuchar la historia del adolescente.

A continuación expongo algunos inconvenientes que surgieron en el tratamiento de

ambos pacientes.

Natalia inicialmente tuvo dificultades para acudir y permanecer en las sesiones grupales. El trabajo con la palabra estaba limitado. Tras un largo periodo fuimos reconstruyendo parte de su historia ayudándole a reconocer, nombrar las emociones y regularlas. Aparecieron elementos depresivos no solo relacionados con su pasado traumático sino con la posibilidad de perder a la madre real. El temor a ser abandonada se hizo también presente. Cuando en los permisos del hospital regresaba al hogar con sus padres, Natalia desaparecía durante horas. Esto fue entendido como una reactivación del trauma y una forma de que sus padres experimentasen el abandono, además de poner a prueba su amor hacia ella. Con las escapadas los padres se asustaban y rechazaban las salidas con la hija. Esta dinámica relacional mantenía la agresividad.

La aparición de la palabra y la modificación de su representación como de alguien en peligro y alguien que puede causar daño en los otros, originó una disminución de las actuaciones. Natalia, en su vida, siempre trató de agradar a sus padres para no ser abandonada. Tomar conciencia de esto y transformar la imagen de niña mala liberaría al yo de la culpa.

Nos hacíamos cargo de los temores que generaba su conducta tanto en el equipo como en sus padres así como las fantasías que en ellos se despertaron con relación a los antecedentes biológicos de Natalia. Como terapeutas debíamos contener estos miedos y producir una transformación. Otros aspectos relacionales se abordaron en sesiones vinculares y en el ámbito grupal.

Veamos que sucedió con José. En el proceso terapéutico pudo ir responsabilizando de sus conductas a la vez que apareció el enfado hacia su madre por el abandono, por las descalificaciones que ésta le hacía comparándolo con el padre y el sentimiento de exclusión que sentía frente a su hermano. La presencia de otros adolescentes con historias traumáticas le sirvió para tomar conciencia de sus actuaciones y emociones.

Era necesario tener en cuenta la patología de Ángela (madre), una mujer que durante unos años se sometió a un maltrato y que no pudo hacerse cargo de su hijo. En su relación con José eran habituales los cambios bruscos variando de una relación excesivamente afectuosa a las descalificaciones, el rechazo y las agresiones verbales, relacionado en parte con el hecho de que en José reconocía a su exmarido.

¿Cómo ayudar a la madre a no sentir al hijo como una amenaza para la actual vida familiar?, ¿podría asumir los reproches, la rabia que el hijo sentía sin necesidad de justificarse? Ángela se sentía culpable por el abandono del hijo pero esto despertaba en ella angustias persecutorias que debíamos tener en cuenta en el abordaje. Me parecía que reconocer su dolor por las experiencias del pasado era una forma de conectarse con el dolor del hijo aunque no era fácil para ella.

Tanto Ángela como José tenían dificultad para la mentalización que les llevaba a interpretaciones erróneas en su relación.

Con lo expuesto anteriormente, considero que la agresividad de Natalia y José son solo dos ejemplos del sufrimiento psíquico que encontramos bajo el carácter patológico de la misma. Tal como describe Hugo Bleichmar (1997) al analizar la agresividad desde lo que significa para el sujeto, son muchas las condiciones que pueden activar este sufrimiento por lo que es necesario en la práctica clínica decodificar las conductas para distinguir las motivaciones que la activan y la funcionalidad que cumple.

Es importante distinguir la agresividad desencadenada por angustias narcisistas de la que habla Kohut (1980), de la agresividad como forma de comunicación y de acción sobre los otros (Bleichmar 1999, Kernberg 1992), de la agresividad en momentos de desborde y desorganización o de aquella agresividad en la que existe un goce y placer sádico. En los adolescentes hay que estar atentos a la agresividad que aparece como forma de lograr un espacio físico y psíquico, una autonomía y a la que debemos dar cabida sin competir y diferenciándola de una agresividad más destructiva.

Desde mi punto de vista y tras la experiencia clínica considero que si desde una edad temprana se ha permitido la agresividad en el niño, en el sentido que la describe Winnicott, agresividad como motilidad originaria y para que el otro demuestre la alteridad, llegada la adolescencia, el logro de una autonomía transcurre sin problemas. En estos casos los padres no sienten al hijo adolescente como una amenaza y pueden tolerar el proceso de cambio.

Pero no podemos olvidar algunos riesgos derivados de las dificultades que conlleva el trabajo con adolescentes cuando la agresividad está presente. El riesgo de actuaciones por parte de los profesionales y/o de intervenciones inadecuadas. Me refiero al abuso de fármacos en respuesta a la agresividad por las demandas de los padres o del propio equipo que se siente asustado, interpretaciones inadecuadas o el empleo de métodos que pueden ser vividos como castigos y que es necesario cuestionar. Así podríamos pensar en el impacto emocional que para José tuvo el espaciamiento de las visitas cuando quizás (y digo quizás porque en ese momento no conocíamos al paciente), la respuesta de José en esos momentos podría haberse tomado como algo activo y como la protesta (como describía Bowlby 1973) que aparece en un chico frente a algo tan doloroso como el hecho de no poder estar con su madre.

Retomando el caso de Martina ¿qué hubiese ocurrido si hubiera podido hacer alguna protesta? Si en vez de ser una chica obediente que asumió tener clases particulares y cumplir unos objetivos académicos hubiese podido tener algún gesto para oponerse a estas decisiones y demostrar su alteridad y así expresar que sus necesidades no eran tanto académicas como emocionales. No obstante con su historia era imposible si precozmente no se detecta el problema. Es por esto que definiendo la necesidad de cierta agresividad en el actuar como algo indisociable del principio de vitalidad. Agresividad en el sentido de motilidad y acción para generar cambios y que pensando en nosotros como personal de una institución pública, agresividad para no acomodarnos ni someternos a las demandas de los padres, de las instituciones, o de los pacientes.

Otro de los riesgos cuando bajo la agresividad aparecen historias traumáticas es que el

horror abrume nuestra capacidad para pensar, tolerar los afectos y empatizar con el paciente y recurramos a teorizaciones para protegernos. Así como el peligro de que este pasado traumático nos invada y nos impida ver otros aspectos de la historia y reconocer nuevos significados. Es decir no todas las manifestaciones clínicas pueden ser ligadas a esas experiencias traumáticas.

Y para concluir, subrayo las siguientes propuestas para la práctica clínica:

- En la práctica clínica es importante la valoración de las distintas motivaciones que activan la agresividad del paciente así como analizar el contexto intersubjetivo y su participación en dicha manifestación. Pueden coexistir varias motivaciones frente una misma manifestación clínica.
- La necesidad de incorporar a los padres en el tratamiento cuando la agresividad aparece para reestablecer un vínculo que repetidamente es atacado.
- Cuando hay una realidad traumática hay que estar atentos a las reacciones contratransferenciales así como a no atribuirlo todo al trauma y permitir la aparición de nuevas significaciones.
- Defiendo cierta agresividad en el actuar como algo indisociable del principio de vitalidad. Y propongo desde nuestra singularidad ser capaces de accionar con protestas constructivas que deriven en cambios.

REFERENCIAS

- Bleichmar H. (1997). La agresividad: variantes y especificidad de las intervenciones terapéuticas; en: *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una teoría de intervenciones específicas*. Barcelona: Ed Paidós, 221-239, 1997.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Buenos Aires. Paidós, 1973.
- Kernberg, O. (1992). *Agression in Personality Disorders and Perversions*, New Haven, Yale University Press.
- Kohut, H. (1980). Reflections on advances in self psychology, in A. Goldberg (comp.), *Progress in Self Psychology*, New York, International universities press.
- Rodulfo R. (2009). *Trabajos de la lectura, lecturas sobre la violencia*, Buenos Aires: ed Paidós.
- Winnicott D. (1999). La agresión en relación con el desarrollo emocional [1950-55] en: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona: Ed Paidós.
- Winnicott D. (2004). *Deprivación y delincuencia*. Barcelona: Ed Paidós.

Original recibido con fecha: 3-6-2013 Revisado: 20-10-2013 Aceptado para publicación: 30-10-2013

¹ Trabajo presentado en la 4ª reunión anual de IARPP-España, Barcelona 24 y 25 de Mayo de 2013, convocadas bajo el lema "Cuerpo y Adolescencia".