

Reporte de caso clínico

Bion y la personalidad psicótica - Caso clínico

Samara Cetina Aguirre¹

El caso clínico que se presenta a continuación es un caso excepcional de grave alteración psicótica en un adolescente, que se gesta alrededor de una familia disfuncional y de sus mensajes inconsistentes, dando como resultado que este joven cometa un homicidio, por lo cual es puesto en tratamiento psicoterapéutico psicoanalíticamente orientado. La familia, al ver su mejoría y elaboración de introspección, suspende el tratamiento.

Se trata de un paciente adolescente que se encuentra en psicoterapia psicoanalíticamente orientada, encuadrado con dos sesiones por semana. La infancia del paciente transcurrió al lado de su madre y muy poco contacto con el padre biológico. Vive con su madre, padrastro y sus hermanos mayores. Su hermano mayor: soltero, bachiller y desempleado. Su hermana: soltera, bachiller, con empleo inestable, en estado de embarazo. De la relación con sus hermanos el paciente comenta que con el mayor es distante, con quien refiere haber sufrido abuso en su

edad escolar dados por episodios de frotterismo. De su hermana comenta haber tenido una relación cercana y percibe que es la única que lo entiende.

La relación del paciente con la madre es muy estrecha, simbiótica, basada en la sobreprotección y la falta de diferenciación del uno y del otro. El padrastro ha cumplido el rol paterno y el paciente lo llama “papá” y hay sospecha de bisexualidad y prácticas de travestismo, da las cuales la madre está al tanto. La relación de la madre y el padrastro inició en la adolescencia y se ha caracterizado por agresividad verbal y física. La madre describe sus dos primeros embarazos inundados de ambivalencia y refiere que el tercero es fruto de una relación extramatrimonial. La madre del conoce al padre biológico del adolescente por el padrastro, con quien tenía prácticas homosexuales. Ella refiere haber sido inducida a tener relaciones sexuales con éste y de quien terminó enamorándose y teniendo una relación clandestina. Esta relación es finalizada por el

¹ Médica Psiquiatra· Egresada del Posgrado de Psiquiatría· Universidad El Bosque · Instituto Colombiano del Sistema Nervioso· Psicoanalista en Formación· Asociación Psicoanalítica Colombiana· samara.cetina@gmail.com

padre biológico del paciente, situación que desencadenó sentimientos de rabia de la madre hacia este y la necesidad de retaliación.

El padrastro fue quien se encargó de la paternidad del paciente, desde su nacimiento. Los contactos con su padre biológico fueron en la edad preescolar, con quien vivió pocos meses y no le proporcionó los cuidados básicos necesarios, razón por la cual fue hospitalizado.

El paciente comenta que tuvo buen rendimiento académico, respeto a figuras de autoridad y de pocos amigos, hasta que llega al grado séptimo, el cual repite en dos ocasiones. Como resultado de la pérdida por segunda vez, es castigado y llevado a vivir con el padre biológico de nuevo, a sus 15 años de edad. El padre biológico en este momento había conformado un matrimonio y fruto de este tuvieron una hija, quien estaba en edad escolar cuando el paciente llegó al hogar. Según lo referido por el paciente, a su llegada es obligado a realizar las labores del hogar y le es negada la escolaridad, lo cual le causa profunda humillación. Luego de estar 15 días en este hogar el paciente tiene un altercado con su padre quien lo maltrata físicamente; al día siguiente, el paciente inicia la planeación del asesinato de su hermanastra, sobre lo que comenta con ocasión de una intervención de familia en presencia de la psicóloga y trabajadora social a cargo del caso: *“Mamá yo quiero decirte que yo no soy inimputable, desde que llegué a la casa de mi papá estuve planeando cómo vengarme de él porque yo lo odio, sabía que al matar a mi hermana le iba a dar por donde más le dolía, por eso estuve*

planeando la muerte de ella desde hacía ya varios días... Yo por medio de las películas y de los videojuegos sabía cómo matar, leí por internet cuales eran los órganos vitales y la anatomía”.

El paciente relata que utilizó una plancha y los cuchillos de la cocina para asegurarse de que quedara sin vida. El paciente, al relatar detalladamente los hechos del asesinato, es interrumpido por su madre, a pesar de lo cual, él continúa diciendo: “me sentí mal, cogí un cuchillo y pensé en cortarme pero no fui capaz, entonces espere como dos horas a que llegara mi papá, esperé que abriera la puerta, lo mire a los ojos, tenía un cuchillo en la mano y me le lance a cortarle el cuello para matarlo pero no pude por eso salí corriendo”.

Posterior al ataque al padre, el paciente se escapa, huye y es acogido por una familia desde donde se comunica telefónicamente con su madre. Decide ir a la casa materna en donde es puesto a órdenes de las autoridades. Es trasladado a una institución de puertas cerradas durante 4 meses, después reubicado y llevado a una Institución de Trastorno Mental de Puertas Abiertas, donde se inició el proceso psicoterapéutico con enfoque psicoanalítico.

Un año después de haber trascurrido esta psicoterapia, el paciente relata el homicidio en la intervención familiar previamente citada, observándose que fue un acto premeditado con conocimiento de las consecuencias derivadas del mismo. El paciente comenta: *“...ahora me doy cuenta que mi familia y yo somos muy inestables. Últimamente en las salidas parciales he tenido mucho miedo de perder el control, tengo miedo de volver*

a matar, por eso cogí la cámara para tomarme fotos para no perder el control, no sé si estoy haciendo mal, pero me siento mejor hablando y pienso que mi hermanastra se merece que sepan la verdad, por eso yo pienso que soy un psicópata y nadie me va a poder ayudar”.

Al transcurrir de las sesiones realizadas durante un año, en promedio 2 veces por semana, empecé a evidenciar, de acuerdo con lo expuesto por Bion, un funcionamiento mental en el que predomina la llamada personalidad psicótica. El paciente tenía baja tolerancia a la frustración y en una de las sesiones narra como sus compañeros, en una oportunidad le tiraron borradores, razón por la cual quería volver al colegio y llegó a pensar en vengarse de ellos. En algunas sesiones, en las que se le pedía al paciente que fuera más claro en su relato porque no se le estaba entendiendo, este se tornaba irritable e iniciaba una comunicación llena de hostilidad y odio hacia la terapeuta.

De la noche que fue agredido por el padre comenta que no soportó las humillaciones y juró vengarse poniendo todo su odio en la hermanastra, quien era preferida por el padre. Se observaba como el paciente tenía ataques dirigidos contra aspectos de su self, lo que ocasionaba un mal funcionamiento del aparato de percepción y la distorsión de los vínculos con los objetos, los cuales eran mutilados y transformados en pequeñas partículas o fragmentos que son expulsados violentamente. La evacuación de dichas partículas se realiza por medio de la identificación proyectiva patológica y la escisión, por ejemplo, cuando el paciente narra que tiene miedo de egresar de la

institución en una salida parcial, puesto que percibe el mundo como muy peligroso, sintiendo miedo a que lo agredieran en la calle, lo robaran y lo mataran. Percibía que los valores morales de la sociedad “están muy corrompidos” y que la visión del mundo que la terapeuta le mostraba era errada, no era real y correspondía a un mundo fantasioso; formando de esta manera el paciente con la terapeuta (mundo externo), los objetos bizarros (1). Se evidenciaron rasgos sociopáticos de la personalidad, cuando narró que la noche en que el padre le pegó violentamente, en su interpretación, el padre con la mirada lo estaba obligando a “hacer cosas malas”, ordenándole y obligándolo a matar a su hermana. Esto se consideró como una conducta sociopática basada en la furia narcisista (1, 2).

Durante los primeros ocho meses las sesiones psicoterapéuticas consistían en narraciones detalladas del paciente de lo ocurrido en el diario vivir dentro de la institución. Si se interrumpía por algún motivo, se tornaba hostil hasta que lograba la narración completa cronológicamente, ordenada y obsesiva de lo acontecido en su diario vivir. En las intervenciones psicoterapéuticas el paciente no entendía las metáforas, por lo cual debían ser explicitadas, ya que estas eran tomadas de manera literal. Las palabras solían ser para él indistinguibles de “la cosa en sí misma”; no eran representaciones sino elementos concretos o elementos beta. El paciente clasificaba las experiencias de su vida como totalmente buenas o malas, no había puntos intermedios y preguntaba constantemente qué era “bueno” o “malo” para ir clasificándolas. Cuando cometió el homicidio tenía conocimiento

de que matar y mentir era “*malo*”, por lo cual sería castigado por la sociedad. De esta forma se evidenció que sus objetos internos no entran en contacto entre sí, de manera que sus cualidades intrínsecas quedan intactas, sin capacidad de producir un nuevo objeto mental. Es decir, el paciente no puede formar símbolos, sintetizar objetos, ni combinar palabras; sólo puede yuxtaponerlas o aglomerarlas (2, 3, 4).

Para la instalación y desarrollo de la personalidad psicótica en este adolescente, se asume que debe haber una disposición congénita: Su padre biológico había cometido un asesinato cuando era adulto joven y la madre padecía un Trastorno de la Personalidad. Los vínculos de la madre poseían un componente de envidia, siempre devaluaba al personal de la institución y demás personas con las que tenía algún tipo de vínculo. Con la terapeuta, siempre dudaba de su título de psiquiatra y la devaluaba constantemente por su edad. De su hijo, no podía recibir sentimientos violentos y devolvérselos metabolizados; siempre negaba cualquier sentimiento hostil o agresivo.

Era evidente que no lograba contenerlo y siempre se mostraba por parte de la madre y del paciente, una disposición destructiva primaria. Todo lo anterior contribuyó con la formación de la personalidad psicótica del paciente.

Debido a la falta de un objeto materno funcional con la capacidad de contención de las evacuaciones y proyecciones, no fue posible para este paciente aprender la noción de espacio interior tanto del self como de los objetos (1, 5, 6).

En las sesiones el paciente refería cons-

tantemente su dificultad para encontrarle “*goce a las cosas*” y para arrepentirse y llorar por el homicidio de su hermana; es decir, para tener demostraciones afectivas. Ante una posible interpretación de lo sucedido en su día a día, sugería otras posibles interpretaciones incompatibles e impedía la integración de la labor terapéutica, tomando al terapeuta como identificación proyectiva patológica, como una pantalla beta. Otro elemento que llamaba la atención era que en la institución y en las sesiones, el paciente pedía un trato especial y hablaba de sus demás compañeros de manera displicente, siempre mostrándose omnipotente y onnisapiente, no aceptado su rol de paciente.

Un año después del proceso psicoterapéutico, el paciente se observaba más receptivo, iniciando un proceso de introspección, permitiéndose el llanto en las consultas y refiriendo que no le gustaba sentirse tan indefenso y vulnerable. Sentía que todo le afectaba, pero poco a poco se sentía mejor consigo mismo y con su proceso, más introspectivo; aunque por momentos acusaba a la terapeuta, con odio por haberle mostrado su insanidad. Al recuperar la capacidad de sufrimiento, existe la posibilidad de un auxilio terapéutico. Esto se ve claramente cuando el paciente siente a su psicoterapeuta como confiable y puede empezar a dirigirle reclamos. Los afectos reaparecen y, si la respuesta del ambiente no es vengativa, pueden surgir sentimientos de inquietud y preocupación por el otro, a la vez que la capacidad de reparación. A esto D. W. Winnicott lo llamó un “ciclo benigno” con aumento de la confianza recíproca y disminución de los senti-

mientos persecutorios de ambas partes (paciente y psicoterapeuta) (6-7).

La cabo del tiempo, la madre, al ver la mejoría del paciente, interrumpe de manera abrupta el tratamiento, no permitiendo que su hijo acuda de nuevo a psicoterapia, argumentado que estaba peor de como había ingresado; que la terapeuta le estaba haciendo daño y *“se lo iba a entregar más enfermo”*. De esta manera la madre ataca y mutila el vínculo establecido con el paciente, interrumpiendo el cambio catastrófico del mismo que posibilitaría un genuino progreso en la integración de la personalidad. El paciente no vuelve a la institución y la persona que se encarga de la tutoría legal del adolescente, que hace parte de una organización estatal, estuvo de acuerdo con la madre y la familia del paciente, acometiendo contra el equipo psicosocial de la institución, especialmente con la psiquiatra tratante.

Este caso demuestra la importancia y la coherencia que deben tener los profesionales de salud mental a la hora de manejar este tipo de pacientes, con esta tipología familiar, en donde hay una necesidad imperiosa de integrar en el tratamiento de estos a un equipo interdisciplinario para brindar la contención suficiente al paciente por encima de los padres, quienes a todas luces resultan patologizantes e inadecuados, que en últimas no aceptan la mejoría del paciente. Las consecuencias negativas son incalculables para el paciente y para la sociedad. En el tratamiento de este tipo de pacientes se requiere la instauración de un vínculo confiable no persecutorio, a la vez que la provisión de un encuadre de apoyo yoico

relativamente indestructible en relación con el tipo y grado de conductas agresivas que el individuo realiza (7).

Este es un caso que abarca tanto el derecho como la psicología. En este caso la psicología profunda, donde la gravedad del fenómeno va más allá de la enfermedad mental. El resultado obtenido puede comprometer la moral y la ética de una sociedad que se conforma con dictaminar *“inimputabilidad”* sin tener control de las medidas de seguridad.

Referencias Bibliográficas

1. Grinberg León, Sor Dario y Tabak Elizabeth. Nueva Introducción a la ideas de Bion, Tecnipublicaciones, Madrid, España, 1972.
2. Bion, Wilfred R. Volviendo a pensar. Hormé-Paidós, Buenos Aires, 2006.
3. Galimberti, Fabio, Wilfred R. Bioy.: Ediciones Nueva Visión. Argentina, 2006.
4. López Corvo, Rafael E. Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion: Psicoanálisis. Biblioteca Nueva. Madrid, 2008.
5. SchmidKitsikis, Elsa. Wilfred R. Bion, Vida y pensamiento psicoanalítico. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 2001.
6. VV.AA. Mirando desde Bion. Blue Eagle Grou.
7. AbadiSoni. Transiciones: El modelo terapéutico de D.W. Winnicott, Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina. 1996.