



FAMILIA Y PSICOSIS. ALGUNAS CONSIDERACIONES DESDE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA.*

Ricardo Aponte G.**

"Ni víctimas ni verdugos, tan sólo un nuevo mundo"

Adriana Varejao,

en *Mujeres artistas de los siglos XXy XXI*

Resumen

Esta presentación es una aproximación que hace el autor de cómo tratar de entender la psicosis bajo la teoría psicoanalítica y la experiencia clínica. Inicialmente hace referencia al dispositivo vincular y a la familia y el enfermo mental como una organización escindida (sanos y enfermos). Posteriormente expone un caso clínico para ilustrar el contenido manifiesto y latente de las ideas delirantes y la relación del paciente con su madre y su padre, la forma de entender estas manifestaciones a la luz de la clínica vincular psicoanalítica, sus significados y los aspectos transferenciales. Por último explica algunos elementos de la situación terapéutica.

Palabras clave: Psicosis, familia, clínica vincular psicoanalítica.

FAMILY AND PSYCHOSIS: CONSIDERATIONS FROM CLINICAL PSYCHOANALYSIS

Abstract

This presentation is the authors effort to make an approximation to the understanding of psychosis in the psychoanalytic framework and in the clinical setting. The author uses a case study to present psychoanalytical theory with regards to the patient, the family and the psychoanalytic bond. Transference and other therapeutic situations are also reviewed.

Key words: Psychosis, family, psychoanalytic clinical bond issues.

* Trabajo presentado en las Jornadas Académicas de la Clínica Montserrat, mayo de 2005, y posteriormente reeditado y presentado en la semana del candidato del Instituto de Psicoanálisis de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, junio de 2006.

** Médico Psiquiatra, candidato en formación Instituto de Psicoanálisis, Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, promoción X.
E-mail: richiaponte@yahoo.com

Esta presentación es una aproximación, desde el trabajo que hicimos en la Clínica Montserrat en conjunto con los residentes, de cómo tratamos de entender, bajo la teoría psicoanalítica, la experiencia en la clínica.

El psicoanálisis ha hablado del encuadre como ese tiempo, ese espacio, ese acuerdo, la asociación libre, la atención flotante, que permite un momento de encuentro con ese paciente, para poder ayudarlo en lo que planteamos como el dolor psíquico o el sufrimiento. En este trabajo voy a hablar sobre todo del dispositivo (Rojas, 2000), porque son más miembros los que participan. Está el paciente, está la familia, a veces van unos a veces van otros. Entonces el acuerdo tiene que ser un poco más flexible y tenemos que permitir que la familia se aproxime, y que nos permita aproximarnos a ella. La experiencia que hemos tenido tiene que ver con poder construir ese dispositivo, ese encuentro que genere comprensión y ayuda.

¿Cómo lograr que el dispositivo familiar pensado y además sugerido por la técnica se pueda llevar a cabo, además seguido del propio dispositivo pensado por los familiares, (ellos viene con sus propias ideas) y que esto se convierta en una terapia familiar? A partir de la experiencia clínica, cómo poder transformar poco a poco, no el dispositivo, porque ese está ahí, la teoría siempre está ahí,

sino la forma de integrarlo a la familia y a nuestra práctica y a la clínica Familiar. La importancia de ir construyendo un lugar para el análisis familiar (Moscona, 2000). Estamos acostumbrados al encuadre o dispositivo que manda la técnica.

Se plantea inicialmente la idea de **la familia y el enfermo mental, como unas organizaciones escindidas (sanos y enfermos)**. Siempre pensamos están los sanos y están los enfermos. La familia con frecuencia se queja que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar, pero entendemos hoy en día esta situación al contrario también, el grupo familiar como la causa del trastorno familiar, y nos hemos salido un poco de que fue primero si e huevo o la gallina, para entender más bien **el entramado relaciona! dentro del grupo familiar**. El relato de la enfermedad mental tiene la estructura de un relato mítico: el origen se pierde en la noche de los tiempos. Como todo mito, en el momento de su creación y luego su perpetuación, tiende a solucionar las contradicciones actuales (Berenstein, 1976).

Breve reseña del caso.

Les quiero comentar un poco el caso que aspiro entendamos desde la clínica. Este es un joven de 25 años, ingresa porque según cuenta la historia clínica, tiene unas ideas delirantes. Él dice que es el hijo de Dios, que viene a salvar el mundo, lo trae

la familia, como muchas veces vemos que traen a los pacientes, bajo efecto de sedación, en contra de su voluntad y nos dice que "él tiene un problema". Es un hijo no deseado, producto de una relación de noviazgo que nunca llegó a un matrimonio. La madre dice que "en todo caso tuvo el bebé". Pero nunca hubo una estructura familiar completa como quisiéramos, y siempre se ha notado como que este hijo anda de un lado para otro sin tener un lugar exactamente. En general ha vivido con la mamá, ha tenido periodos en los que ha vivido con el papá, pero el papa no lo tolera fácilmente y al poco rato se lo devuelve a la mamá.

En la primeras entrevistas, la madre nos dice que necesita que lo tengamos unos buenos meses porque ella ya no puede estar mas con él, por supuesto por su angustia, y que necesita que se los devolvamos bien, como él estaba antes.

Profecía autocumplida: "Este niño iba a ser un problema" ella nos dice en un momento dado en la entrevista, y finalmente resultó ser así. El motivo de consulta está determinado por el paciente, quien es obvio, desde el punto de vista de los padres, está enfermo.

La familia sugiere una "curación", "devuélvamelos como era antes", ya desde el inicio una idea mesiánica de curación. El paciente nos la trae bajo la forma de una idea delirante,

la madre nos lo trae en la forma de una idea no delirante aparentemente. Y tratan inmediatamente de vencer al terapeuta que le diga lo que hay que hacer, cómo es estar normal y que se mejore. Una desmentida de la situación, del conflicto, del déficit y de la situación parental, por supuesto con elementos de culpa y de negación.

La emergencia del trastorno mental en integrantes de una familia representa no sólo una pregunta para la cual hemos de buscar respuestas, sino también una respuesta para una pregunta desconocida por nosotros.

El problema de qué preguntarse no agota el interrogante. También hemos de plantearnos cómo preguntarse acerca del trastorno mental.

Cuando una familia tiene un integrante con una enfermedad mental puede considerarse esto como un mensaje y vamos a tratar de entender ese mensaje inconsciente que nos trae la familia.

Berenstein (1976) dice: "El nacimiento de un hijo en un grupo familiar implica el **efecto de encuentro** entre ese nuevo suceso y las marcas que constituyen la alianza. En este caso la relación entre los padres. Si este nacimiento deja fuera, desde su inicio, la posibilidad de significación de un lugar para la terceridad, el hijo, (el no ser aceptado, el no ser buscado, etc.), es probable que el vínculo

de filiación este afectado de modo tal que haya contribuido a generar la potencialidad psicótica. Y se **expande a los tres en el caso mencionado, cada quien desmiente al tercero en esa red transferencial.** La huida de la triangulación, que termina siendo amenazante, para preservar un narcisismo en cada uno de estos seres, que están entrelazados como estructura, pero cada uno ha tenido que construir su propia familia alterna; la del paciente es con Dios, su único recurso.

Fiera Aulagnier (1986) refiere: "se trata de la imposibilidad de catectizar positivamente el acto creador como un ser nuevo. Si el niño no es deseado se despoja de todo lo que pueda designarlo como un ser singular", y el paciente ha intentado permanentemente buscar esa subjetivización, ahora a través de la idea delirante. Por lo tanto en el funcionamiento psicótico, lo sujetos comprometidos en él quedarían condenados a la nada, a un no lugar, en ese extremo en el cual se los podría declarar como no existentes (a todos, diría yo). La idea delirante es entonces un intento de subjetivización, pero al mismo tiempo un fracaso, pues lo que se consigue es una negación y un rechazo, una alienación.

Para entender la relación entre familia y enfermo mental no es posible entender las peculiaridades de uno de los términos sin ponerlo en

relación con el otro. **Pasar desde la expresión manifiesta de esta relación hasta el significado latente o inconsciente (Berenstein, 1976).** (Como el delirio místico del paciente: "yo soy el hijo de Dios, Dios está conmigo, yo voy a salvar al mundo a través de mi muerte, necesito que me maten para poder vivir en todos ustedes").

La ausencia del padre, la madre e incluso del mismo paciente consigo mismo y con sus padres, reflejan el vacío existente que hay que rellenar con ideas delirantes, aparentemente aceptadas solo por el paciente, pero latentemente necesitadas por todos como una explicación de lo sucedido, de la desmentida al hijo, de la negación de su existencia y del abandono de cada uno con el otro. Hoy en día los padres han estructurado, cada uno, una familia diferente, y la interpretación con este personaje es que él está tratando de estructurar su propia familia a través del delirio y de ser el hijo de Dios. El paciente refiere: "mi mamá es otra, esta es la mala que los convence a todos, la de verdad es otra", como una forma de negación de su propia madre, defensiva por supuesto, y manifestada a través del síntoma.

Entonces podemos concluir que **la idea delirante constituye un modo bizarro de aproximación al otro por temor a un no encuentro o a un encuentro violento.**

Un tema importante en este caso es la violencia familiar (desde la contratransferencia): surge ante la imposibilidad de reconocer al otro como diferente y en un intento de imponer por la fuerza las propias significaciones, se genera el delirio, como es de difícil tolerar estas diferencias desde las diferencias de la psicosis, incluso de lo ajeno de la psicosis, lo que no entendemos del otro, lo que nunca vamos a comprender. Se postula entonces como trabajo terapéutico partir del entendimiento de estas diferencias, de lo que llamamos sano y enfermo. Lo diferente de sano o enfermo que tenemos cada uno de nosotros con respecto al otro, lo posiblemente psicótico.

Ahora abarcaré la **violencia del silencio, de la prohibición**, cuando la madre dice "de eso no hablamos", al respecto del paciente cuando dice "yo no puedo estar aquí, mi mamá no tiene como pagar y esto es un gasto, y el seguro no va a pagar", la madre en el intento de rescatar su seguridad deriva en una desmentida nuevamente de la situación y le dice al hijo

"de eso no hablamos aquí", silenciando parte del problema, por supuesto defensivamente, desmintiendo al hijo en su interés de acercamiento, de ayudar, etc. Estos significantes tan importantes han quedado excluidos de la circulación en la comunicación con los consecuentes efectos del material negado o reprimido.

También describimos en este caso la organización dualista (defensa familiar): Por lo general, cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familiar se define como "sanos", opuestos al integrante definido como "enfermo". Este tipo de organizaciones lindan con lo irracional y determinan el **destino** de los miembros de la familia (en este caso el enfermo), pero también el destino del sano, porque ese supuestamente no necesita nada.

A menudo el criterio de salud y enfermedad está superpuesto al de normalidad y anormalidad. (Momento transferencial con el paciente, invasión de la transferencia, y cómo es importante rescatarse de la pasividad). El grupo familiar, con frecuencia, no percibe el código de valores desde el cual otorga el significado de una conducta como sana o enferma y la oposición salud-enfermedad no cuestiona el código de valores, dándole como absoluto, válido y natural. Tampoco cuestiona la percepción distorsionada de sus integrantes desde el propio código de valores.

La familia sigue los lineamientos de las normas sociales, las cuales son adaptadas al criterio vigente. Para entender la desviación de la norma, de lo normal, es menester conocerlas a la luz de la familia y sus miembros, esto es lo que sugerimos, al igual que establecer sus relaciones

en cuanto a adaptación y desadaptación. (Estos criterios deben ser explicitados. Cómo entiende la familia la normalidad, etc.)

Sólo reconstituyendo el contexto en el cual cobra sentido la enfermedad mental, los síntomas, la psicosis, podemos otorgarle significado apropiado como mensaje inconsciente dentro de la familia. Este contexto incluye las características mentales del paciente y también las características de la estructura familiar incluidas como una relación dentro de un sistema. (Berenstein, 1976).

Hoy en día entendemos más el criterio de enfermedad, desde este enfoque como expresión de un intercambio a nivel del sistema familiar.

Muchos dicen "Aquel está enajenado" y esto nos muestra lo difícil de tolerar la ajenidad severa del enfermo mental. Entonces la enfermedad deja de ser un atributo para convertirse en la persona misma. "El que tiene una enfermedad" pasa a ser "el que es una enfermedad".

En cuanto a la familia con funcionamiento psicótico, uno de los mayores retos y a la vez obstáculos para el terapeuta, es construirse un lugar, y desde la transferencia contratransferencia, responde a ese esfuerzo del paciente por hacerse su lugar en la familia y en el mundo. (Moscona, 2000).

Esta idea anterior va de la mano con que el discurso psicótico nos enfrenta también con la categoría del poder, el poder del discurso, el poder de la realidad, el poder de la psique, el poder del delirio. La psicosis muestra en estado puro el papel primordial del otro. Discurso de muerte donde las fantasías que circulan son del orden de la aniquilación, encubiertas por un discurso paradójico que intenta expresar lo contrario. Los padres anulando al hijo y el hijo diciendo: "Yo soy el hijo de Dios", entendido en este caso como la necesidad de idealizar al otro, al padre o la madre, para rescatarlos de su sensación de indiferencia, (la indiferencia de los padres con el hijo) pero también la idealización misma tiene una parte de agresividad pues le quita la capacidad de humanidad a ese otro.

Berenstein (1993) al respecto dice: "en familias con funcionamiento psicótico el acercamiento del hijo y su demanda de amor a la madre despierta una ansiedad incontrolable en ésta que experimenta el peligro de una invasión mental y de destrucción corporal, que es una manera peculiar de significar la relación con ella, como si corriera el riesgo de ser vaciada, por lo cual deberá alejar al hijo pero forzar en éste la impresión de que el niño debería responderle como si estuviera ante una madre cariñosa y no hostil.(lo podemos ver

también como el doble mensaje) La madre está ocupada por un objeto familiar y el hijo constituye una amenaza para esta relación.

El intento terapéutico con estas familias consiste en tratar de armar un contexto o una red, un punto a partir del cual alguna historia pueda empezar a contarse, y tratar de asignar una nueva versión, si se puede, que opere como antídoto. Lo interesante es que no se trata solo de descubrir una significación tapada sino de otorgarle valor a algo minimizado, de asignarle importancia de verdad a ciertos hechos, de modo tal que lo que les sucede no se presente como desgracia sino que puedan recuperar cierto protagonismo al ser actores intervinientes de sus escenas. No se trata de desorganizar para volver a organizar, estas familias ya están lo suficientemente desorganizadas, la función del analista, es ponerse del lado de la organización y de la contextualización. (estabilización como criterio de curación, restituir un lugar para el enfermo). En el caso le estamos buscando lugar de vivienda y función, trabajo, buscándole un lugar en la familia y una función que no sea la delirante, desde la intervención en familia, el efecto es que la madre ayude a generar ese lugar dentro de ella. (Moscona 2000).

Cada encuentro promueve un campo de experiencia, se trata de intervenciones que producen un efecto

interpretativo, algo más concreto que la interpretación y su sentido.

abstracto. Estas intervenciones detienen la descarga y regeneran la trama, acompañan. El psicótico no es que no haga transferencia, lo que pasa es que no sabe de ella (Moscona, 2000).

La idea de estos planteamientos es permitirnos, a través de ciertos lineamientos, investigar dentro de la estructura familiar, las motivaciones y los tipos de relación, para lograr un entendimiento y comprensión de la situación. Esta capacidad de observación e investigación nos permite construir un nivel donde se puedan incluir todos los integrantes de la familia, lo cual supone el pasaje de la conducta manifiesta a su significado latente (acuerdos inconscientes, intersubjetividad).

Silvia Moscona (2000) nos dice: "Del lado del analista se trata de sostener la autenticidad de una praxis sin por ello caer en el ejercicio arbitrario del poder. Trabajo arduo y plagado de desilusiones. No obstante lo cual, en el mejor de los casos se creará un vínculo analista-familia y se instalará el campo transferencial más propicio para el análisis, ya que sólo podemos entender la clínica familiar bajo la transferencia, aunque esta no es para nada sencilla".

El trabajo con la psicosis, con lo persecutorio, con lo persecutorio de

la psicosis, es poder llegar finalmente a la frase inicial: "Ni víctimas ni verdugos, tan sólo un nuevo mundo" (Varejao, 2005).

Referencias

- Aulagnier, P. (1986): *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Berenstein, I. (1976). *Familia y enfermedad mental*. Ed. Paidós,
- (1993). *Contratransferencia y psicosis en los vínculos*, Actas de las I Jornadas de la Federación Argentina de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (FAPCV), Mendoza, Argentina.
- Moscona, S. (2000). *De la in-posición a la imposición, del lugar del analista de familia en las psicosis*. En: *Clínica familiar Psicoanalítica*, Compilador: I. Berenstein. Ed. Paidós.
- Rojas, M. C. (2000). *Itinerario de un vínculo: Transferencia y transformación*. En: *Clínica familiar Psicoanalítica*, Compilador: I. Berenstein. Ed. Paidós.
- Varejao, A. (2005) En: *Mujeres artistas de los siglos XX y XXI*, Editado por: Grosenick, U. Colonia, Taschen.