

LA “INTOXICACIÓN” DE ANÍBAL ³⁶

³⁶ Una primera versión de este trabajo fue presentada en el año 2009 en el seminario “Intersubjetividad”, dictado por el Dr. Daniel Kitainik en el Instituto de Psicoanálisis de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP).

I. Introducción

Durante el transcurso del *seminario sobre Intersubjetividad*, las lecturas de los diferentes autores, en especial aquellos que se ocuparon de las problemáticas de vincularidad patológica en las familias, fueron produciendo en mí “resonancias” y recuerdos con situaciones observadas en el grupo de psicoanálisis multifamiliar que se reúne en CPSEA.³⁷

En el presente trabajo, me propongo aprovechar la riqueza de un material clínico para utilizarlo como *corroboración* tanto de las hipótesis centrales de este libro, como de los desarrollos de otros autores. A su vez, dadas ciertas coincidencias llamativas, me propongo intentar una articulación coherente entre las hipótesis y los hallazgos de quienes trabajan con las familias de pacientes psicóticos y las hipótesis y hallazgos de quienes trabajamos con las familias de pacientes con discapacidad intelectual.

En nuestra práctica se hizo evidente que, aun en los casos en los que había un sustento biológico comprobable como fundamento explicativo de una determinada discapacidad intelectual, en el juego de las interrelaciones familiares encontramos modalidades vinculares concordantes o análogas con lo que autores como Bateson, Aulagnier, Lidz, Wynne y Eiguer, entre otros, han descrito en las familias con un integrante psicótico, y hemos visto que esas modalidades contribuyen a consolidar una dependencia mayor a la estrictamente necesaria.

³⁷ La descripción de esa tarea fue expuesta con todo detalle en el capítulo 2. Además de co-coordinar las sesiones multifamiliares, una de mis tareas dentro del equipo es la supervisión de los tratamientos individuales de pacientes que concurren a la multifamiliar. Justamente, a partir de una de esas supervisiones me surgió el deseo y el material para escribir este trabajo.

En este capítulo intentaré, con algunas pinceladas descriptivas, transmitir ciertos aspectos del tratamiento de Aníbal, un joven con trastornos neurológicos que, junto a su familia, requirió nuestra atención profesional. Procuraré, además, articular estos hechos empíricos con los conceptos de los autores mencionados.

En este contexto, la *presentación de un caso* tiene el particular valor que le asigna Cecilia Hidalgo (2010) a la casuística en la investigación social, y cabe asignarle un uso deductivo o ilustrativo, de acuerdo con la clasificación de F. Schuster que aporta la autora.

2. La “intoxicación” de Aníbal

Aníbal y su familia —el padre, la madre y una hermana— asistieron a las reuniones multifamiliares prácticamente desde la constitución del grupo.

Aníbal tiene 25 años, es alto y posee un buen físico. Su patología se evidencia con solo verlo. Cabizbajo o con la cabeza inclinada hacia un lado, camina con torpeza, y cuando habla apenas se le entiende, porque su forma de pronunciar se corresponde con lo que popularmente se dice que “habla con una papa en la boca”.

En la primera reunión a la que asistieron, Marcia, la madre de Aníbal, explica el trastorno de su hijo. Afirma que nació bien, pero que luego, por un desdichado accidente en la *nursery* del sanatorio donde nació, él y otros bebés se intoxicaron con monóxido de carbono. En el caso de Aníbal, los daños neurológicos, fueron, al decir de la familia, “irreparables”.

La madre relata que Aníbal comenzó a manifestar diferencias con otros bebés:

—Era un muñeco de trapo, no tenía la motricidad de otros, de ahí en más todo fue un calvario para nosotros.

Aunque Marcia hablaba de un modo sufriente, sus explicaciones sonaban “frías”, “congelantes”, y lo que resultaba más llamativo era que se comunicaba con el grupo *como si su hijo no estuviera allí presente*.

En nuestro ateneo posterior a la sesión multifamiliar, comentábamos nuestros sentimientos contratransferenciales. Si bien podíamos identificarnos con lo que habrían sentido los padres de los niños intoxicados en la *nursery*, también pudimos registrar el malestar que sentimos al oír el relato tan “cerrado” de la madre de Aníbal: no cabía otra posibilidad, ese sólo hecho explicaba toda la vida de su hijo.

Estas observaciones concuerdan con las de Eigner (1987, pág. 136), cuando —citando a Ruffiot (1981)— hace notar que mediante un pensamiento de tipo operatorio, en muchas ocasiones, las descripciones realizadas por los padres a los terapeutas se adhieren a la materialidad de los hechos, sobre todo en la descripción del punto de partida de las perturbaciones familiares o de sus hijos, como la explicación cerrada que da Marcia cuando dice: “Todo comenzó con la intoxicación”.

Aníbal escuchaba las palabras de su madre inclinando, avergonzado, la cabeza; miraba a los demás con ojos de angustia. Su cara y sus brazos estaban sumamente tensos, los codos hacia adentro, los puños fuertemente cerrados y todo él se contorsionaba con gestos espasmódicos.

Después, entre los colegas, nos preguntábamos: ¿es una “descarga neuronal patológica” o su cuerpo nos muestra sus sentimientos de impotencia y su bronca contenida? ¿Esperaría de los demás participantes del grupo miradas de rechazo, de lástima?

En realidad, experimentábamos precisamente eso: lástima por Aníbal; pero más que por sus dificultades neurológicas, por cómo estaría escuchando lo que su madre relataba. Y nuestro rechazo no era hacia él, sino a la situación en la que lo sentíamos atrapado.

Transcurren las sesiones multifamiliares y aparecen distintos temas. Al principio hablan solamente los padres; suelen ser ellos quienes contestan las preguntas dirigidas a sus hijos, hasta cuando se les pregunta el nombre. No obstante, paulatinamente, cada uno de los pacientes discapacitados comienza a hablar por sí mismo.

En un momento, Aníbal, sabiendo que algunos compañeros suyos tenían su terapia individual además de la grupal, dice, con su lenguaje torpe pero entendible:

—Yo necesito tener un psicólogo para poder hablar... porque me siento triste.

Se produce una conmoción afectiva en el grupo, pero se lo incentiva a que siga hablando, a que explique los motivos de su tristeza. Aníbal mira de reojo a su madre, se lo ve muy temeroso; quizá por sentirse acompañado por el grupo, se anima y dice:

—Yo estoy triste porque mi mamá está triste.

Marcia se sobresalta en su asiento; mira fijamente a Aníbal con ojos exorbitados, y dice en un tono enfático que resulta intimidatorio, a pesar de que sus palabras intentaban impresionar como una explicación comprensiva:

—Aníbal, vos no podés decir eso... acordate que estás intoxicado con monóxido... vos no podés pensar ni sentir como otros chicos.

Naturalmente, ante estos dichos de la madre, surgen en nosotros sentimientos de desaprobación y rechazo, sentimientos que en gran medida son los que Aníbal no puede aceptar como propios para no tomar conciencia del conflicto que experimenta ante la opresión materna. Sabemos que sería no solo inútil sino dañino intentar la reintroyección de esos sentimientos y que justamente nuestra tarea terapéutica pasa por la posibilidad de elaborar adecuadamente esas vivencias contratransferenciales.

Para comenzar a procesar lo que estas afirmaciones nos produjeron, podemos recurrir a los conceptos de Eiguer (1987, pág. 140) cuando entiende que en casos como este, “El lenguaje, más que para intercambiar, es utilizado para inducir sentimientos o comportamientos”. Y aclara que muchas veces la crueldad de las palabras aparece encubierta como con un manto protector. El autor entiende este modo de hablar como constituyente de una modalidad “perverso narcisista” de alguien que, desde su “sí-mismo grandioso”, ataca la confianza, la autoestima y la creencia en sí mismo del otro.

Sin duda esto es así, pero a nuestro entender, se puede dar un paso más. Cuando, tomando cierta distancia, podemos insertar esta escena en la trama de la historia familiar, nos es posible vislumbrar detrás de ese “sí-mismo grandioso” del personaje descrito como “perverso” y “omnipotente”, un ser muy desvalido que en su momento ha sufrido también él, pasivamente, una injuria narcisista. Es posible observar así el “telescopaje generacional” que describe Faimberg (1985) para explicar la emergencia de lo traumático en sucesivas generaciones.

Efectivamente, pasado un tiempo, pudimos comprobar que Aníbal tenía razón: había un motivo fuerte para estar triste. De a poco su madre, tanto en sesiones multifamiliares como

en conversaciones informales con alguno de los profesionales –ya que nunca aceptó tratamiento individual–, “se animó” a hablar de sus estados depresivos. Pudimos ver que esos estados se asentaban en situaciones mucho más abarcativas de su vida personal y, en especial, en la relación con su propia madre. Sin embargo, para Marcia, todo quedaba subsumido en las dificultades de su hijo y encubierto por estas.

Más tarde, supimos que en momentos en que la depresión la llevaba a permanecer en la cama, Aníbal se quedaba muchas horas acostado a su lado, acompañándola.

Puede decirse que la discapacidad neurológica y el atontamiento de Aníbal eran “funcionales” a las necesidades de la madre y que entre ambos conformaban un sistema que se retroalimentaba día a día.

Vimos luego que Aníbal, a pesar de sus 25 años, en ese vínculo tan estrecho con su madre, se comportaba como lo que Eguer (1987, pág. 144) llama “un niño robot”, al que describe como un ser despojado de su afectividad, “reducido a la lógica de los autómatas”, con obediencia absoluta, incapaz de rebelarse contra su “creador” y de poner en duda los deseos o las razones que motivaban los actos de este último. Pero también vimos que, cuando encontraba la posibilidad, era capaz de expresar algo de su propio ser avasallado.

3. Detenido en el tiempo

Finalmente, los padres “permiten” que Aníbal inicie su tratamiento individual. Tomo un pequeño fragmento de las notas de una de sus primeras sesiones individuales.³⁸

³⁸ Mi conocimiento acerca de las sesiones procede, como dije, de las supervisiones que realicé de este tratamiento individual.

Aníbal mira con admiración el reloj de su terapeuta.

A.: *X, tu reloj funciona bien... ¿por qué el mío está siempre atrasado o no anda?... ¿Me prestás un rato el tuyo?*

La cuestión de los relojes, del tiempo que pasa, de por qué unos andan bien y otros no, o *atrasan*, fue el tema de muchas sesiones, en las que paulatinamente se pudo hablar de detalles de su propia vida, del dolor que él sentía por estar atrasado y no ser como los otros hombres, sobre todo en relación con sus necesidades, sus proyectos vitales, sus deseos sexuales. Estos se le imponen a veces en oleadas desbordantes que le ocasionan problemas, porque no sabe cómo canalizarlos, qué es lo que le está “permitido” o “prohibido” y por qué...

En un momento del proceso, Aníbal transmite, a su terapeuta individual y en el grupo, su necesidad de tener espacios para compartir con su padre.

Jaime, el padre, es contador. Se dedica “todo el día al trabajo” y la madre es la que organiza a toda la familia y le imprime su “sesgo” (Lidz et alii, 1971). En las primeras sesiones multifamiliares, las intervenciones de Jaime eran muy llamativas e incomprensibles: cuando se llegaba a puntos de intensidad emocional, sus verbalizaciones tendían más y más a un discurso tan abstracto que impedía saber exactamente lo que estaba sintiendo o pensando.

Paulatinamente, recobran valor las “viejas” épocas de encuentro entre Aníbal y su padre. Recuerdan los momentos que pasaron compartiendo el gusto por el automovilismo. Hablan de cómo funcionan los motores. Vuelven al autódromo. Consiguen ubicación en el punto de largada, lo que más les gusta...

4. Callejones sin salida

A) Las sesiones individuales de Aníbal continúan, el vínculo con su terapeuta se profundiza. Fue posible ahondar más en sus fantasías, sus “secretos”. En ese contexto, son continuos los llamados telefónicos de la madre al terapeuta. En la mayoría de los casos, está tan desbordada que se necesita mucho tiempo para calmarla. Marcia intenta, por todos los medios, saber qué es lo que habla Aníbal en sesión y le pregunta al psicólogo qué es lo que le contó su hijo de tal o cual episodio en la escuela, en la calle, etcétera.

Esta inquietud de la madre frente a la incipiente construcción de un espacio interior propio por parte de Aníbal nos remite a Piera Aulagnier cuando dice:

“Si es cierto que en el registro del yo [Je] la posibilidad de fantasmaticar presupone la de mantener en secreto los pensamientos, la pérdida del derecho al secreto traería aparejado, junto a lo ‘demasiado’ a reprimir, un ‘menos’ para pensar: dos eventualidades que corren el riesgo de hacer también imposible la actividad de pensar y, así, la existencia misma del yo” (Castoriadis-Aulagnier 1976, citada por Eiger, 1987, pág. 147-8).

Al respecto, una aguda observación de Eiger (1987, págs. 147-8) consigna que habitualmente, cuando se prohíbe el derecho de guardar secretos, el que los prohíbe suele ser, justamente, el portador de un secreto, por lo común, muy escindido.

Las notas tomadas por el terapeuta en la sesión del abril de 2006, son elocuentes:

[En un momento] Aníbal se pone muy mal. Dice que extraña mucho a su abuelo y que hace mucho que no lo ve... que no sabe dónde buscarlo, que a él le mienten, que nadie le dice dónde está, que él quiere saber si está vivo, si está en Argentina o dónde está.

Me dice a quién le podía preguntar dónde encontrar a su abuelo. Yo le contesto que no lo sé y que él mismo debería averiguarlo. Me dijo que este abuelo era de parte de su mamá. Le señalo que seguramente su mamá le iba a poder contestar todas las preguntas que él tenía sobre su abuelo. Responde que no se anima a preguntarle a su mamá porque siente que ella se pone mal, se enoja.

Se ha llegado a un punto demasiado inquietante. Las respuestas no llegan...

B) Las sesiones individuales y grupales se fueron sucediendo y el vínculo con los terapeutas se fue consolidando cada vez más. Su padre también concurría a las multifamiliares; la madre lo hacía algunas veces; en las sesiones grupales, el discurso del padre se volvió menos enigmático y abstracto y pudo hablar más desde sus sentimientos. La madre, en las oportunidades en que concurría, también pudo hablar de sus tristezas. En algunos casos llegaba solo a alusiones enigmáticas: “Yo tengo culpas, no me perdono haber cometido tantos errores en mi vida”.

Finalmente, un día, en una de las sesiones grupales, cuando los padres estaban hablando de la crianza y la evolución de los hijos, la madre de Aníbal, muy conmovida, comienza a “recordar” nuevamente los primeros años de su hijo:

—Yo recuerdo que muchos médicos nos dijeron que Aníbal estaba en condiciones de empezar una escuela común, que él estaba para más, y fuimos nosotros los que dijimos

que no y lo pusimos en una escuela diferencial... (Solloza)... Eso fue un error de nuestra parte.

El padre, silencioso, asentía a lo que su mujer decía. Fue un momento tan conmovedor que todo el grupo permaneció en silencio. Los profesionales sentimos que había aflorado una dolorosa verdad. Percibimos también que el *insight* de la madre requería mucho sostén y acompañamiento para que fuera posible la elaboración de lo que provocaron sus desacertadas y perjudiciales decisiones, de modo de entenderlas en el entramado de su propia vida.

Pero “la herida” seguramente dolía demasiado y seguir “desinfectándola” quizá se hizo insoportable. Tal vez fue por eso que, a partir de allí, Marcia no concurrió más. Al principio sus ausencias no parecían tener tanto peso. En parte quedaban justificadas por sus continuas descompensaciones somáticas, su hipertensión, el calor, que ella sentía excesivo para su obesidad; en parte pasaron disimuladas porque Aníbal y su papá siguieron viniendo.

Pero esta alianza, tan necesaria entre padre e hijo, fue endeble. Ellos también empezaron a faltar. La presencia de un “cerco de goma” (Wynne et alii, 1971), sutil pero tenaz, en torno al tratamiento se hizo para nosotros cada vez más evidente, y nos convence la conjetura de que el grupo familiar hizo todo lo posible para evitar que ese cerco “protector” de secretos y verdades encriptadas se rompiera.

La suspensión de las sesiones individuales de Aníbal se fue haciendo más frecuente. La mayor parte de las veces, era la madre quien exponía argumentos para las ausencias; otras, Aníbal mismo verbalizaba, a su manera, los justificativos.

Por último, la decisión de enviar a Aníbal a una colonia de vacaciones durante el verano —programada por el municipio

para “chicos” discapacitados y que implicaba su permanencia durante todo el día— fue el argumento “contundente” para la suspensión del tratamiento.

Al comienzo del nuevo año lectivo, las evasivas ante la convocatoria del equipo para que Aníbal y su familia reiniciaran la terapia multifamiliar y el tratamiento individual mostraron la conveniencia de no insistir, con lo que el proceso quedó interrumpido.

A diferencia de otros casos, en los que, los pacientes, pasado un tiempo (incluso años), se han reincorporado al tratamiento, en el caso de Aníbal y su familia, hasta ahora, no hemos vuelto a saber nada acerca de ellos.

5. Una reflexión final

Tal como ocurrió con otros temas, también en relación con el abandono del tratamiento hay coincidencias entre los autores que estudian las patologías graves desde la perspectiva de la intersubjetividad.

Para Wynne *et alii*, (1971), cuando hay una “estructura familiar de roles” locos o deficitarios, los miembros que la constituyen pueden experimentarla como una cobertura o protección, y justamente por eso procuran evitar, por todos los medios, la posible ruptura de esa “pseudomutualidad” que los mancomuna.

Por su parte, García Badaracco (1990, 2000) señala en múltiples oportunidades lo difícil que es romper la red de “interdependencias patógenas” sin provocar la interrupción prematura de los tratamientos. En momentos como esos es cuando se hace más notorio que la trama de interdependencias es una trama de características “mafiosas”.

Para decirlo con mis palabras y acentuando lo que me interesa destacar: *cuando una red de interdependencias enfermantes corre riesgo de romperse, los que la integran –cada uno a su manera, y por distintos motivos– presienten que esa ruptura los llevaría a enfrentarse con sentimientos de desamparo, de endeblez, de desvalimiento existencial que se imaginan intolerables, y por eso procuran evitarlos, aun al precio de pagar, ellos mismos o las personas que más quieren, con la patología mental o con la muerte de la subjetividad.*³⁹

³⁹ En el Epílogo del presente libro, retomamos el tema de los motivos por los cuales algunos pacientes y sus familias abandonan el tratamiento en momentos en que estaban evolucionando bien. Allí volveremos a traer algunas reflexiones en el contexto más general de la *reacción terapéutica negativa* en el psicoanálisis multifamiliar.