



CASO G: CUANDO EL DESEO DE LA MADRE INTERRUMPE LA CURA

Yuli Natali Velásquez Cuartas

Estudiante del Programa de Psicología
Funlam

*“A través del desorden se va a liberar un cierto orden.
No será tal vez el mío ni el vuestro, sino el del sujeto;
entonces se le comprenderá mejor.”*
(Mannoni, 1982)

G nació en la ciudad de Medellín en 1996, tiene 17 años. Ha asistido anteriormente a un Instituto Integrado. Vive con su madre, el compañero sentimental de esta y su hermana menor, de 6 años de edad. El padre biológico ha decidido mantenerse al margen de la crianza de G, no vive con él hace ocho años, al respecto la madre afirma: “él no quiere vivir con ella, pero ella lo adora y siempre es preguntando por él, que lo quiere ver y yo no sé por qué si él es así con ella”

Motivo de consulta

La madre de G es quien solicita la atención, el motivo de consulta lo expresa sí: *“yo la llevo cada tres meses al psiquiatra y él la medica pero la quise traer acá para ver si usted le encuentra por otro lado. Ella a veces se pone muy agresiva y en los episodios la coge contra mí y la otra niña, me ha pegado varias veces. Además se hace heridas ella misma”.*

Antecedentes

Acerca del embarazo de G, la madre comenta que sufrió de depresión y tuvo dos amenazas de aborto. Hace énfasis en que *“fue muy planeada”*. G caminó a los 4 años de edad. A esa misma edad falleció su abuela materna, años después empezó a decir *“yo me quiero morir, yo me quiero ir con Soco (la abuela)”*.

Luego de su nacimiento, a G se le hizo el cariotipo, el cual arrojó trisomía del cromosoma 21, es decir, síndrome de Down. La madre relata que la lleva cada tres meses a consulta con psiquiatría al Hospital Mental de Bello, donde ha estado hospitalizada 2 veces, siendo la última en noviembre del año pasado, antes de esta *“sentía que la perseguían y decía que se quería morir”*. El motivo para las hospitalizaciones ha sido *“su comportamiento agresivo, me quería matar a mí y a la hermanita de ella”*, comenta la madre. El diagnóstico que aparece en la historia clínica, emitido por psiquiatra es: “Trastorno de conducta asociado a Síndrome de Down CIE 10: F71,1. Con antecedentes de síndrome de down con trastornos del comportamiento, con auto y heteroagresividad, amenazante, con agitación psicomotora requiriendo incluso intervención de la policía. Hospitalización para contención de la paciente, se inició risperidona orodispensable por la dificultad con la paciente para la buena toma del medicamento” (Con fecha 26-06-2013)

G estuvo medicada hasta diciembre del año pasado con Risperidona y Levomepromazina, en el mismo mes le cambian la medicación, desde entonces hasta el momento de la entrevista con la madre, tomaba Sulpiride 200 mg, media tableta en la noche. Para la segunda entrevista con la madre, esta comenta que hace ya ocho días decidió suspenderle el medicamento ya que, según ella, G: *“tenía temblores y estaba como ida, no quería salir. No quería ver televisión y a ella le gusta mucho. Le daba miedo salir y si salía, era caminando despacio y miraba hacia atrás como si la estuvieran siguiendo”*.

La madre afirma que luego de suspender el medicamento, G tuvo mejoría. Así mismo señala que G se hace lesiones en la piel con sus propias uñas y que *“le da por dañar ropa (...) lo que se hace en la piel lo hace con la ropa”*. Es importante mencionar que la madre también ha estado hospitalizada en el Hospital Mental en dos ocasiones: luego de la muerte de su madre y, la última,

hace aproximadamente 7 años, ha estado medicada con fluoxetina y trazodona, pero actualmente no las consume.

Marco epistemológico de la teoría

El presente caso fue abordado desde el psicoanálisis, específicamente he retomado autores de orientación Lacaniana por sus aportes al estudio y comprensión de la psicosis y del lugar que se confiere en el seno familiar al niño retardado. Es así como acudo a los textos *La psicosis en niños y adolescentes. Una mirada desde la clínica borromea* (Velásquez, 2010) del psicoanalista miembro de la AMP y de la Nel-Medellín José Fernando Velásquez quien retoma el planteamiento de Lacan a partir de la clínica borromea para abordar las psicosis en sus manifestaciones tanto en el desencadenamiento como en las llamadas formas ordinarias; y *El niño retardado y su madre* (Mannoni, 1982) de la psicoanalista francesa Maud Mannoni, quien es reconocida en el medio psicoanalítico por sus investigaciones clínicas sobre los débiles mentales. En el texto mencionado, la autora aborda la compleja relación que se da entre el llamado niño retardado y la madre, relación que responde en muchas ocasiones al hecho de que el niño haya quedado insertado en el fantasma materno, con todas las manifestaciones sintomáticas que esto conlleva. La autora sostiene en el texto que, más allá del diagnóstico que pesa sobre el niño y que en la mayoría de las ocasiones se convierte en una sentencia que excluye toda esperanza, hay que develar en las relaciones familiares dinámicas que agravan la situación del débil mental.

Fenomenología

G puso en escena conmigo lo que hasta el momento ha significado su existencia: la continua espera y cumplimiento del deseo del otro sobre ella. G aguarda en silencio, inmóvil a que se le diga qué hacer, cuándo y cómo hacerlo. Una niña objeto que, por su condición de síndrome de down fue sobreestimulada desde sus primeros años según relata la madre. Conmigo, especialmente en las primeras sesiones, más de un saludo y más de una despedida acompañados de abrazos y besos.

En el primer encuentro con G, noto que el cuerpo que la acompaña, habla de las múltiples lesiones que se ha infligido ella misma: cicatrices antiguas, lesiones que apenas están sanando y otras recién hechas, tanto en los brazos como en el rostro, así como las que su madre me enseña que tiene en la espalda y que G simplemente deja que ella las muestre, no hay oposición u opinión. La madre agrega que G también se ha herido los senos. Le pregunto a G por qué se las hace y ella hace un gesto y me dice “no sé”, dice que no siente dolor cuando lo hace, que el dolor sobreviene después. La madre se muestra preocupada cuando comenta que G come en exceso, “*mantiene una ansiedad por comer, así esté llena. A toda hora es «tengo hambre», quiere comer todo el tiempo*”.

G guarda silencio, no se mueve de la silla en la que la invité a sentarse desde el comienzo de la sesión. Solo levanta la cabeza ocasionalmente para dirigirme una mirada acompañada de una sonrisa. El lenguaje de G es limitado, no articula bien las palabras, en ocasiones me cuesta comprender lo que dice.

Al preguntarle a G por lo que le gusta hacer, menciona: *ver televisión, jugar con S -la hermana- y jugar con el celular*. Sesiones después me entero que “*jugar con el celular*” implica quitarle previamente la simcard y la batería, así lo mantiene en su bolsillo: apagado. Gracias a mi asesor, logro comprender que este acto implica cortar la comunicación, poner un límite al otro. Es así como puedo entender el comportamiento que ha tenido en sesiones anteriores con su celular: aprovecha los momentos en que camina hasta el basurero -que queda en una esquina del consultorio- para desechar algún pañuelo, para sacar el celular de su bolsillo, mirarlo y volverlo a guardar, intentando asegurarse de que yo no me dé cuenta y, mientras tanto yo intentando asegurarme de que ella no sepa que sí lo hago. A la sesión siguiente de comprender esto, se lo nombro, en la misma sesión me muestra su celular y deja que lo tome en mis manos, de igual forma pide ver el mío, yo accedo -lo había apagado previamente-. Hasta este momento el ubicarme en la posición de silencio, de no demandarle nada, había venido dando frutos, a paso lento, al ritmo de G que interrumpía de vez en cuando el silencio para preguntar algo, pero durante esta sesión habló casi todo el tiempo: de su celular, de su familia, de su cumpleaños que estaba por venir.

Poco a poco G comenzó a tomar iniciativa en actividades durante la sesión: unas veces prefería dibujar, otras solo deshilar trapitos, o manipular otros elementos presentes en la zona de juegos. Había dejado de auto lacerarse, solo intentó hacerlo de nuevo una vez: llegó a sesión con una herida aún incipiente en la mejilla izquierda, yo se lo señalé y le recordé que para eso estaba el trapito que se había llevado para la casa, le dije que en la sesión siguiente le iba a pedir que me mostrara de nuevo la mejilla. La herida no avanzó, una sesión después ya estaba sana.

Es la misma madre quien, luego de una sesión afirma “*lo que hace que viene acá no se ha vuelto a hacer esas cosas*”. Posteriormente, luego de que fueran reconocidos por parte de la madre los efectos positivos que estaba teniendo el proceso, la asistencia a consulta comenzó a ser intermitente, igual que la de la madre, quien ya había accedido a tener un espacio terapéutico para ella misma. Finalmente no regresaron más. Se intentó establecer contacto telefónico sin resultados.

Interpretación a la luz de la teoría

G, en sus primeros años de vida no fue incorporada a una dinámica triangular, el padre prácticamente se hizo a un lado y dejó que la madre se encargara por completo de ella. G y su madre, en una situación a dos, en la cual, como lo explica Mannoni (Mannoni, 1982) *la ausencia de diálogo, es responsable de la angustia y la depresión de la madre*, la cual me confiesa que llegó a tomar una caja de pastillas ante lo insoportable de la pérdida de su propia madre y de la pregunta por el destino de G ante la posibilidad de su propia ausencia. Ausencia que buscó al tomarse las pastillas. La misma autora también afirma “la enfermedad del niño afecta a la madre en un plano narcisista: hay una pérdida brusca de toda señal de identificación y, como corolario, la posibilidad de conductas impulsivas” (Mannoni, 1982)

G ha devenido para su madre un objeto a cuidar, objeto que en su infancia era centro de atención en reuniones familiares por la ternura que inspiraba, pero que, con el tiempo, ha sido objeto apartado por las mismas personas debido a sus episodios de agresividad. Esto último ha sido recibido por la madre como una ofensa dirigida hacia ella misma, como afirma Lacan

Cuando la distancia entre la identificación con el ideal del yo y la parte tomada del deseo de la madre no tiene mediación (la que asegura normalmente la función del padre), el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas.

Se convierte en "objeto" de la madre y su única función es entonces revelar la verdad de este objeto (...) El niño aliena en él todo acceso posible de la madre a su propia verdad, dándole cuerpo, existencia e incluso la exigencia de ser protegido. El síntoma somático le ofrece a este desconocimiento el máximo de garantías: es el recurso inagotable para, según los casos, dar fe de la culpa, servir de fetiche, encarnar un rechazo primordial (Lacan, 2007).

***“...cada niño tiene su historia bien particular, que pesa sobre todo su devenir humano”*: El caso leído a la luz del Nudo Borromeo**

En la historia de G hay 2 hechos particulares cuyas consecuencias permiten evidenciar como el ella *lo simbólico* no opera como regulación: la muerte de la abuela materna y el reclamo de la presencia del padre biológico, un padre ausente en la esfera de lo físico pero que, previamente al proceso, estaba muy presente en el psiquismo de G. Recurro a José Fernando Velásquez quien afirma “cuando el sujeto requiere hacer una nominación o cuando se convoca una función, y estas no están, es que se produce el desencadenamiento” (Velásquez, 2010) A partir de dichos eventos aparecen en G manifestaciones como la melancolía: deseos de morir como la abuela. Agresión a la madre y la hermana, exceso de fuerza.

En este punto es pertinente mencionar que durante el proceso la madre ha afirmado que G ya no ha vuelto a reclamar la presencia del padre. Lo cual a la luz del proceso, permite comprender la importancia de que el terapeuta identifique la dinámica familiar que se mueve en torno al paciente desde el comienzo del proceso, ya que esto permitirá ejercer determinadas funciones con el paciente. En este caso, se cumple ante G una función paterna que le pone un límite a una madre devoradora.

Con relación al *eje imaginario*, en G *no hay un cuerpo que conduzca la emocionalidad o que aleje* (Velásquez, 2010). G no hace distinción entre la piel que la recubre y la ropa que usa, recuerdo las palabras de la madre “*lo que se hace en la piel lo hace con la ropa*” y G dice que no le duele, que el dolor viene después. La forma en que G hace contacto con el otro es desbordada -besos, abrazos y cumplidos que no han contado con un límite claro-, no hay una construcción de un fantasma propio que le dé consistencia y, como dice el autor mencionado:

lo imaginario, cuando carece de la construcción del fantasma, funciona con una imagen que no fue pasada por la castración: el Ideal del Yo. El ideal se presenta como un indicador acerca de dónde Uno podrá obtener el mayor goce, pero la trampa reside en que por su propia falta de consistencia, queda reducido al goce del ideal mismo, y no a su proceso de realización atendiendo a las contingencias y condiciones del entorno (Velásquez, 2010).

La *dimensión real* en G presenta inconsistencia ya que para ella el Otro no está tachado, no hay falta, lo cual le ha impedido adoptar un goce propio, quedando reducida a ser apéndice de otro: de la madre. Al respecto dice el autor “En algunos sujetos una de las formas de separación posible es asumiendo un agujero, bajo la forma de corte en el cuerpo mismo del sujeto por la vía de lo real” (Velásquez, 2010), he aquí por qué G se “rasga” ella misma y de aquí mismo los efectos del proceso en que dejara de hacerlo, porque en su espacio de encuentro en terapia se le ha dejado pasar de ser-apéndice a ser-aparte.

En G hay inexistencia de goce de sentido, hay ausencia de significante que la represente ante la tachadura del Otro: la ha habido frente a la ausencia del padre, ante la muerte de su querida abuela materna, y ante las hospitalizaciones de la madre. G no ha podido dar un sentido a estos acontecimientos. G no sabe dar razón de “*nada*”, “*mmm...no sé... yo no sé*”. Solo sabe del goce del Otro sobre ella.

“En los casos de psicosis se trata de saber cómo el sujeto hace para seguir dormido, cómo es que se ha despertado (...) dicho de otra forma, cómo hacer para lograr que puedan volver a dormir, que puedan seguir soñando”

(Velásquez, 2010) G desde que está en sesiones no se autolesiona, está más tranquila en la casa, no ha vuelto a agredir a la madre ni a la hermana, ya no tiene manifestaciones de ansiedad –esto último es una anotación del momento en el cual se llevaba el proceso–.

Finalmente, con relación a las ausencias de G y su madre, como lo mencioné anteriormente G en su infancia no fue incorporada a una dinámica triangular y, el proceso terapéutico está cumpliendo esta función entre ella y la madre, lo cual puede ser desestabilizante para esta última. Los avances que se estaban gestando en G de alguna forma –inconsciente– estaban siendo combatidos por una madre con muy buenas intenciones, pero amenazada por la posibilidad de evolución de su hija.

Cualquiera que sea la madre, la llegada de un niño no corresponde jamás exactamente a lo que ella espera. Después de la experiencia del embarazo y del parto, debería llegar la compensación que hiciera de ella una madre feliz. Pero la ausencia de esa compensación produce efectos que merecen ser considerados, aunque más no sea porque nos introducen en otro orden de problemas aún más importantes. Porque puede ocurrir que sean las fantasías de la madre las que orientan al niño hacia su destino (Mannoni, 1982)

Dirección de la cura

Con G la dirección de la cura se sustentó en *ni contradecir, ni confirmar* (Múnera, 2013), comprendiendo que en ella no se tramita la existencia por la vía de la simbolización, que el saber que posee va en la vía de la certeza sobre el goce del Otro, mi posición con G fue la de una presencia dispuesta a escucharla, a no demandarle satisfacer un deseo sobre ella, a que sintiera el espacio de la sesión como suyo. Aquí se inscribió mi posición de silencio, de tal forma que fuera ella quien se viera en situación de decidir qué quería hacer, en resumen: *no desear nada en lugar de G*.

Otro punto importante en el proceso era poder identificar cómo era la madre con ella, para ubicarme en un lugar diferente que propiciara para G una relación en el espacio terapéutico, en la que contara para otro –para mí– como

sujeto, que puede decidir. Así mismo, descompletarla desde actos como el saludo y la despedida, y como las frases que me dirigía “usted tan bonita”.

Develar cómo está inscrita en el fantasma de la madre, en esto toma relevancia la relación que se entabló con ella, siendo yo, en lugar de G, la receptora de su queja, de su angustia. En este sentido, se le ofreció a la madre de G la posibilidad de instaurar un espacio de asesoría directamente para ella, en el que pudiera tramitar ansiedades, teniendo en cuenta que ella misma ha sufrido episodios depresivos con hospitalizaciones en el hospital mental, luego de la muerte de su propia madre y por el pensamiento acerca de lo que sería de G cuando ella no estuviera.

Ya que no hay resolución de la angustia por la vía de la simbolización y el impacto lo recibe el cuerpo real de G por medio de escoriaciones, parte importante de la ambientación del consultorio, fue la disposición de recortes de telas o “trapitos” que deshilachamos juntas sesión tras sesión, para poner en ellos lo que hasta el momento se había puesto en la piel.

Era preciso descubrir la vía para que las tres dimensiones -real, simbólico, imaginario- se anudaran, de tal forma que pudiera acceder a goces parciales, teniendo en cuenta lo que dice Velásquez “el anudamiento se produce por efecto del lenguaje, pero por una parte del lenguaje, por su cara más original, más primitiva, por la cara del sonido, de la homofonía y no por la cara del sentido o la verdad. Es con este tipo de lenguaje que se anudan las tres dimensiones en torno a un vacío central respecto al goce, imposible de ser suplido.” (Velásquez, 2010)

Así mismo, se consideró necesario acceder a la madre por la vía de la palabra, propiciar el escenario para que pudiera expresar de alguna forma lo que el proceso producía en su subjetividad, con el fin de intentar que no se abandonara tan repentinamente el trabajo que se venía realizando con G. Tal abandono del proceso se produjo efectivamente como ya se ha mencionado.

Reflexión personal

Y el niño a quien le falta ese algo va a reproducir con el médico o el analista la actitud que ha inducido en él la de sus padres, corriendo así el riesgo de una respuesta idéntica(...) Ya que ese vacío llama lisa y llanamente a la angustia, la angustia del terapeuta ante su propia impotencia, el único enfoque psicoterapéutico posible es no desear nada en lugar del niño; si no, éste se hace pájaro (...) para evitar tener un cuerpo y tener deseos (Mannoni, 1982).

Comienzo el apartado de mi reflexión personal con esta cita de Mannoni, ya que considero que expresa en gran medida lo que ha sido el proceso con G. El caso de G ha significado para mí una experiencia totalmente nueva, ha requerido lectura, ubicarme en el lugar de no saber, de la impotencia, en el lugar del silencio que implica paciencia. Con G he aprendido a descubrir y valorar los pequeños detalles que aparecen en el espacio de la clínica.

Asumir el lugar del silencio ante G, no ubicarme en el lugar que hasta el momento le ha representado el otro: el del deseo que no es suyo propio, que le dice qué hacer y cuándo hacerlo para tenerla ocupada. Es un lugar que en principio no fue sencillo asumir pero que ha dado frutos.

G, mi primer paciente, se ha constituido sin duda en una experiencia de formación invaluable. Con ella he constatado que “es por el desvío de la contratransferencia que se abre el camino que conduce a la comprensión de los débiles mentales” (Mannoni, 1982) como lo afirma la autora ya mencionada, recibir el impacto de lo que G produce en el otro, de lo que se siente estando con ella, de lo que la madre busca en la relación con el otro al que le dirige una demanda concreta sobre su hija que no es más que una demanda que busca resolución a su propio conflicto, es lo que ha posibilitado el trabajo, lo que me ha hecho ubicarme en una posición contraria a la de la madre.

Finalmente debo admitir, que frente a la variación que hubo en el proceso, emerge una sensación de impotencia que de alguna forma constituye otro aprendizaje: en un proceso terapéutico contamos con la voluntad de otro, bien sea del propio paciente o, en el caso de menores, de los padres o acudientes que no siempre están dispuestos a asumir las consecuencias que la mejoría del sujeto puede tener en la familia. Hay que aprender a trabajar con esto, a llevar

a control la propia práctica para evitar que asuntos de la propia subjetividad se constituyan en obstáculos y entender que no todos los procesos llegan a término.

Bibliografía

Lacan, J. (2007). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial.

Mannoni, M. (1982). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.

Múnera, M. (30 de Marzo de 2013). *nel Medellín*. Obtenido de <http://nel-medellin.org/blog/direccion-de-la-cura-en-la-psicosis-ni-contradecir-ni-confirmar-1/>

Velásquez, J. F. (2010). *Las psicosis en niños y adolescentes. Una mirada desde la clínica borromea*.