

## **EL DISCAPACITADO Y SU FAMILIA: APORTES TEÓRICOS CLÍNICOS ( 1 )**

**Jorge Cantis**

Publicado en Actualidad Psicológica N° 199 Junio 1993

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de mi experiencia en niños, adolescentes y adultos discapacitados físicos y mentales y su entorno familiar registrados en la clínica desde la óptica psicoanalítica.

Los tratamientos psicoanalíticos con personas discapacitadas son tratamientos complejos que ni siquiera se asemejan a los tratamientos de la psicosis, aunque tienen algo en común con ellos, en el sentido que suelen requerir la participación no de un solo terapeuta, sino de un equipo. Aquí el equipo es más amplio y de profesionales más disímiles. No son todos profesionales del área de la salud psíquica, porque algunos tratamientos tienen que ver con la rehabilitación física, kinesiológica, fonoaudiológica, etc. Y por ello los tratamientos son más complejos.

Los universos simbólicos de estos pacientes no se han constituido o han claudicado o pueden quedar amenazados o desaparecen cada tanto.

Estas características crean dos tipos de dificultades: una ligada a la multiplicidad de abordajes de diversos órdenes y otra ya en lo estrictamente analítico, vinculada con la claudicación mayor o menor del universo de lo simbólico.

Enumerare una serie de contenidos que me interesa investigar, articulando la clínica con reflexiones teóricas.

1. Legalidad Psíquica
2. Problemática vincular de padres con su hijo discapacitado
3. La relación matrimonial y la problemática vincular de la madre con su hijo discapacitado.
4. Desvitalización anímica en el paciente discapacitado.
5. El erotismo del discapacitado.
6. El lugar del hermano o hermanos.
7. Ensalmos de las palabras.

### **1. LEGALIDAD PSÍQUICA**

Frente al impacto del diagnóstico de discapacidad se produce en los padres efectos como: situación de catástrofe, de derrumbe psíquico; cuyas manifestaciones se expresan entre discursos catárticos (que consisten en expulsar el problema, desembarazarse del problema), mutismo (expresado como llanto mudo, dolor sin destinatario, y tristeza sin interlocutor), o un discurso caracterizado por una pérdida de todo código de identificación ante un hijo con déficit que no se puede reconocer.

A partir de aquí los padres comienzan a transitar por varios hospitales, instituciones y consultorios con el objetivo de confirmar el carácter fatal de ese diagnóstico.

Como consecuencia de este deambular reciben: mensajes de carácter condenatorio, mandatos prohibitivos y dobles mensajes de todas las especialidades de la salud. Ej.: No va a caminar, cuidado con la sexualidad, etc.

A este proceso lo denomino legalidad psíquica, y no me refiero con este concepto a una relación con la ley, sino a un desenlace psíquico necesario que se

suele dar mas allá de las peripecias y de las vicisitudes circunstanciales de cada caso.

(1 Por lo tanto, la legalidad psíquica corresponde a los criterios internos por los cuales un individuo cuando escucha transforma lo que percibe en determinados conjuntos de estímulos que resultan en un aturdimiento.

Los padres inconscientemente deben promover en los otros (médicos, terapeutas de interdisciplina) que digan ciertos pronósticos y esto es importante observarlo para no quedarnos con la teoría de la vivencia, es decir, la situación que nos hace pensar: a esta madre le dijeron tal barbaridad.

Habría que pensar en los padres en un vivenciar pasivo frente al médico con respecto al diagnóstico y pronóstico (teoría de la ingenuidad).

Otro aspecto a tener en cuenta que se observa en un grupo considerable de padres con hijos discapacitados: es la identificación con el animal, es decir, que no hay espacio para las palabras, no entienden el significado de las palabras, en función de esto es muy importante el tiempo y el ritmo que imprimimos en la estrategia terapéutica en cada caso porque hay que distinguir entre lo que el terapeuta dice y los padres entienden o escuchan y apenas entienden, muchas veces estas familias se enfurecen e inutilizan y esterilizan lo que entendieron.

Una de las trampas que estas familias tienden al terapeuta proviene justamente de creer que su actitud frente al hijo discapacitado se rige exclusivamente por el discurso con que se les comunicara la discapacidad, ya que el terapeuta puede confundirse con la vivencia pasiva de dichas familias, perdiendo de vista el punto crucial que es realmente el interrogante de donde están ubicados estos padres frente a la discapacidad.

Escuchas al terapeuta desde la óptica de la paranoia pero una paranoia que ni siquiera tiene una convicción restitutiva, algo así como que la madre o el padre están permanentemente en un estado de aturdimiento y que cuando el terapeuta comienza a hablar, ellos gritan por dentro para no escuchar, porque el terapeuta es el paranoico restituído, por eso los padres se ponen querulantes contra el terapeuta, contra la realidad y las injusticias de este mundo. A partir de este aturdimiento se podría conjeturar cómo circulan los tratamientos.

## **2. PROBLEMÁTICA VINCULAR DEL PADRE CON SU HIJO DISCAPACITADO.**

Uno de los aspectos significativos que fui observando en la clínica es la particularidad en la forma de expresarse y como escuchan los padres a su hijo discapacitado.

En un caso de discapacidad motriz, específicamente en un adolescente de 19 años con distrofia muscular progresiva (síndrome de Hoffman) el joven llega a la consulta psicoterapéutica previa entrevista con los padres, los cuales verbalizan síntomas de su hijo como tristeza, inhibición, abulia, trastornos de alimentación y del sueño.

Fenoméricamente el joven se trasladaba en silla de ruedas con pérdida progresiva de la motricidad de la mano y el brazo izquierdos, pero al estar preservado el miembro superior derecho, le permite acceder al botón para el funcionamiento de la silla de ruedas con motor. Su cuerpo pesa cada vez menos.

En las sesiones el paciente verbaliza su dolor y preocupación por la enfermedad cardíaca de su padre, manifestada dos meses antes de la consulta.

Este padre, figura omnipotente para el joven, no usaba rampas para los escalones, pero a partir de su enfermedad cardiaca comienza a necesitar la misma para desplazar la silla de ruedas de su hijo como forma de preservarse.

El adolescente manifestaba en su discurso una caída en la identificación de un padre omnipotente, el cual tenía una omnipotencia motriz, algo así como que el paciente, en el fondo, había desarrollado una especie de hiperkinesia, no un desplazamiento motriz, como pasa en la hiperkinesia, sino un desplazamiento motriz sin meta.

Siguiendo con el mismo caso clínico, el padre llevaba a su hijo con la silla de ruedas a estadios de fútbol, subiéndolo por la platea o también a las montañas, sin ayuda de terceros, logrando que el joven estuviera por arriba, sin preguntarle al hijo si le gustaba estar en esa posición.

Así como en varias familias con niños y adolescentes discapacitados, físicos y mentales, sus miembros se aíslan como una forma de no salir al mundo y aparecen dos manifestaciones: o el discapacitado es un aislado dentro de su grupo familiar, o toda la familia se aísla, persistiendo en ellos una comunicación endogámica, en otros grupos familiares se observa lo contrario: toman la discapacidad de su hijo como si fuera un infortunio personal y enarbolan dicha discapacidad como carta de presentación para abrirse en el mundo, introduciendo su problema en el mundo. Por lo tanto, la discapacidad aparece como sentimiento de injusticia y afán de venganza.

Esto nos remite a Freud (1), ya que en el escrito de 1916 hablaba sobre “Las Excepciones” en las enfermedades congénitas y cita el monólogo introductorio de Ricardo III de Shakespeare y el cual dice: “me aburro en este tiempo de ocio y quiero divertirme. Pero ya que por mi deformidad no puedo entretenerme como amante, obraré como un malvado intrigaré, asesinaré y haré cuanto me venga en gana”.

Freud explica que en los pacientes con enfermedades congénitas la naturaleza ha convertido una grave injusticia, negándoles la bella figura que hace que los hombres sean amados. La vida les debe un resarcimiento: tienen derecho a ser una excepción a pasar por encima de los reparos que detienen a otros. La excepción es más compleja que el beneficio secundario de la enfermedad.

La diferencia entre el monólogo de Ricardo III y las familias con personas discapacitadas en que la excepción en el texto de Shakespeare aparece sofocada, enmascarada y es necesario trabajar e interpretar esta situación.

Puede ser que Ricardo III describa con todas las letras aquello que estas familias callan.

Todo esto lo podemos englobar en una dinámica respecto a la exterioridad expresado a través de la caracteropatización, que consiste en tomar al hijo como el rasgo de carácter de la familia enarbolada ante el mundo. Es decir, éste es un aspecto de la familia que engloba al hijo como su rasgo de carácter y así se dirige al mundo y esta ligado por el afán de venganza anteriormente mencionado y con la impunidad.

Pero hay otros problemas de la familia con el hijo discapacitado que son interiores. Porque todo esto en el fondo contiene una serie de elementos ligados con una mezcla de furia impotente hacia el hijo y sentimiento de culpa.

La dinámica en el micromundo tiene que ver con el tema de las identificaciones: cuando uno de los padres se transforma en “discapacitado” para el otro padre, las madres que se hacen las “discapacitadas” ante su marido o a la inversa. Hay otras discapacidades relacionadas, algo así como infundir en el otro miembro de la pareja un sentimiento de impotencia.

Esto nos remite al concepto de David Maldivsky (2), quien señala que los procesos tóxicos son aquellos en que los efectos tienen tal magnitud que son insensibles, es decir,

que se ha perdido el sujeto que lo siente y como consecuencia aparecen en los padres manifestaciones somáticas severas (en la piel, digestivas, cardíacas y respiratorias), manifestaciones adictivas ( ansiolíticos y antidepresivos) y traumatofilia ( multiplicidad de accidentes).

### **3. LA RELACION MATRIMONIAL Y LA PROBLEMÁTICA VINCULAR DE LA MADRE CON SU HIJO DISCAPACITADO.**

Con respecto a este punto es fundamental bucear el vínculo previo de la madre con su esposo; vínculo de características muy particulares y que nos remite ciertas conjeturas, ciertas interrogaciones. Teniendo en cuenta que uno elige la pareja desde lo inconsciente.

En los casos con niños con síndrome de Down, he observado la clínica y me he planteado ciertos interrogantes, generalizables no para todos ellos, sino para un conjunto de los mismos.

Las conjeturas se refieren a dos temas: a) determinar si existe una relación entre dejar vivir a su hijo porque ya había una captación durante la gestación de que algo no andaba bien, y esto en relación con una noción de una punición que muchas madres tienen que expiar. Como aquella madre que en una sesión psicoterapéutica expresaba: “Después de tantos abortos yo tenía que tener a este hijo porque Dios me iba a castigar”.

No se puede decir que haya una relación entre el deseo de abortar y el de engendrar hijos con síndrome de Down, esto sería extremar demasiado.

En el caso clínico que comente anteriormente, puede ser que la causa de seguir adelante o con el embarazo haya sido que habiendo captado la madre que su hijo tendría problemas, decidió conservarlo; aparentando tener alguien vivo que en realidad para esta madre no está vivo o le quita la vida. b) La segunda conjetura se refiere a: determinar el tipo de vínculo preexistente en la pareja de los padres.

En los tratamientos psicoterapéuticos de las familias con hijos discapacitados es muy difícil advertir la historia de los padres o sea el tipo de pareja preexistente.

Es difícil bucearlo y queda obturado en los tratamientos o se reconstruye en mucho tiempo pero he tenido la posibilidad de trabajar esta situación y puedo inferir la preexistencia de un vínculo pasional excluyente en los padres.

Lo pasional en última instancia como encubridor de un estado de vacío psíquico como forma de camino intermedio hacia las afecciones orgánicas.

El vínculo pasional como tentativa de disfrazar un estado tóxico.

En otro grupo de padres he observado un vínculo pasional caracterizado por la violencia.

Tales vínculos preexistentes de estas parejas se repiten en las madres hacia sus hijos. Se repiten rasgos, contenidos.

También frente a la lentificación y letargo con sus hijos algunas madres manifiestan aceleración, verbosidad y catarsis en el hablar. Hay un esfuerzo de desembarazarse del sentir, usar las palabras como una función abortadora del sentir, desagotante del sentir y no convocante del sentir.

Pero estas características que aparecen en el vínculo con su hijo discapacitado tiene que ver con su vínculo previo, o sea con esa relación pasional de la que estuve comentando.

Oscilando entre vínculo tierno al vínculo sensual.

Otra característica en el vínculo madre-hijo es la deshumanización del hijo: la desobjetivización del vínculo o sea que no hay sujeto que tenga procesos anímicos, su propia autonomía de los procesos anímicos, es decir pensamiento y sentimiento. En tales circunstancias, muchas veces se observa como las madres arrasan con este pensamiento y este sentimiento.

#### **4. DESVITALIZACIÓN ANÍMICA DEL PACIENTE DISCAPACITADO.**

En las discapacidades físicas el paciente desde muy temprana edad está expuesto a estudios médicos molestos, complejos, y muchas veces cruentos y agresivos.

Es importante tener en cuenta las secuelas psíquicas de dichos estudios. Se observa en los pacientes un importante grado de desvitalización, experimentado como un trauma pasivo, una intrusión pulsional frente a un aparato psíquico en formación.

En función de este grado de desvitalización es importante preguntarnos qué pasa con su vida psíquica. Está considerada como mortífera por ellos y trata de suprimirla como si supieran que la vida psíquica no es para ellos, porque en el momento en que tienen vida psíquica les falta un interlocutor válido, ya que quien los escucha lo hace en forma desconectada.

Uno de los motivos que explica esta situación es el hecho de que los padres no permiten que sus hijos lloren, griten frente a los estudios médicos. Recuerdo el caso de un púber con una enfermedad neuromuscular progresiva, que al cabo de tres años de psicoterapia individual y familiar y frente a un estudio muy cruento de los miembros inferiores y superiores, elige entrar sola, evitando la compañía de sus padres y puede expresar con gritos y llanto todo su dolor. Los padres verbalizan en la sesión familiar con asombro la reacción de su hija y al escuchar la expresión de su vida anímica.

Como terapeuta interpreto a estos padres que ese asombro se refiere a que advirtieron que “su hija estaba viva”.

Otro grupo de padres pueden escuchar a su hijo discapacitado en estado de sopor frente a la palabra del mismo, por ej.: en una sesión familiar frente al discurso lentificado de un joven de 20 años hidrocefálico, su padre, hiperactivo, cerraba los ojos, bostezaba, metiéndose hacia adentro.

#### **5. EL EROTISMO DEL DISCAPACITADO.**

Otra problemática que me interesa comentar es la sexualidad del discapacitado. ¿Cómo está operando el erotismo en ellos? Por eso es importante conceptualizar por un lado el erotismo en las discapacidades mentales y por el otro lado, conceptualizar el erotismo en las capacidades físicas.

Decir que el erotismo en las discapacidades mentales es sin límite, salvaje y sin freno es una conceptualización puramente descriptiva. El erotismo en este grupo de pacientes tiene mucho que ver con el erotismo de los ancianos: que se masturban para ver si se sienten vivos, para neutralizar el terror a la muerte, o sea se masturban en estado de dolor, o de angustia. Es una masturbación sin objeto, sin sujeto, no hay quien registre sentimientos, como si estuvieran muertos o agonizantes o en estado de terror.

Esta masturbación en estado de terror es una masturbación aplacatoria en la cual se automutilan.

También en este grupo de pacientes podemos encontrar una masturbación en un ataque de cólera y que pasa a ser la causa de la muerte psíquica donde quedan incinerados.

En los adolescentes discapacitados se potencia el erotismo porque surgen otras fuentes pulsionales por la maduración, pero la ausencia de matiz afectivo es permanente.

En este momento de la adolescencia temprana, es muy común que los padres consulten pidiendo ayuda psicoterapéutica, porque en especial en las madres surge como efecto catastrófico la excitación de su hijo, la aparición de un tipo de erogeneidad que conmueve todos los cimientos desde que aparece el riesgo de la procreación.

Podemos citar como ejemplo una madre con su hijo de 20 años con síndrome de Down, que frente a la eyaculación nocturna de su hijo le preguntaba: "Hay pistola en el slip", refiriéndose en realidad al semen, ya que para la lógica de esa madre el semen coincide con el pene y con la ausencia del fluido desaparece el órgano.

En esta madre hay una correlación entre el órgano y el producto, ella pierde una función más simbólica por el testimonio de la existencia de un órgano que es la eyaculación y esto tiene que ver con la alucinación negativa de órganos propios y la pregunta de esta madre es una prolongación de ella. Con respecto a la prolongación sí misma, esta madre al momento de formular la pregunta a su hijo, estaba atravesando la menopausia y en algún lugar ella se estaba preguntando si hay matriz femenina ahora que no hay menstruación. Esta es una lógica de ella anterior a la menopausia y se aplica a la menopausia como a la eyaculación de su hijo. Ella transforma el orden de causa y el efecto orgánico. ¿Cuánto de la potencia fecunda se juega en cada uno de ellos? ¿En esta situación puede uno seguir siendo fecundo o más que ella haya dejado de ser disponible para la maternidad?

Con respecto a cómo juega el erotismo en las discapacidades físicas, quisiera conceptualizarlo a través de una viñeta clínica.

Un adolescente con discapacidad motriz (distrofia muscular) verbaliza en una sesión con respecto a su primera eyaculación: "Fue mirando una película de miedo y me excité con una mujer mala".

El terror es correlativo a la fragmentación. La mujer que lo excitó lo dejó en estado de terror y perdió líquido. El líquido es perderse él. Ese líquido es su esencia. No hay sujeto que lo registre, que lo sienta. Es un terror sin sujeto.

La eyaculación de este adolescente es una eyaculación pasiva, tan pasiva como el tragar, como el defecar, tan común en este grupo de pacientes. Lo anterior nos remite a un concepto Freudiano con respecto al mamar pasivo y al mamar activo y todo esto está ligado a que la zona erógena fue creada pasivamente pero sin el pasaje ulterior a la actividad, quedando fijado a la pasividad. La creación de la zona erógena pasa a ser el camino por el cual las distintas pulsiones parciales aparecen como retoños de Eros, son sus representantes, en el plano de la sexualidad pero sólo son así porque luego de la creación de la zona erógena, hay un momento de pasividad y posteriormente se pasa a la actividad. Entonces, la zona erógena pasa a ser un motor en el cual uno se dirige hacia el mundo en forma activa.

En estos pacientes que están en un estado de pasividad por su déficit motriz y también por otras razones (emocionales, afectivas etc.), quedan con mayores interferencias para la constitución activa de la zona erógena.

## **6. EL LUGAR DEL HERMANO O HERMANOS**

En las psicoterapias de familiares con discapacitados, es importante la participación en el abordaje clínico, del hermano o hermanos; los cuales manifiestan síntomas identificatorios caracterizados por: miedo, inhibición, culpa, retracción o bien una sobreadaptación y sobreexigencia.

Pero en realidad hay que abordar aquel núcleo identificatorio (o sea miedo, culpa, inhibición y retracción) en el que predomina algún tipo de erotismo o vínculo sensual y que tiene efectos terribles en estos hermanos. Lo terrible guarda relación con un goce inenarrable que debió tener una magnitud más desmesurada que la habitual, por el desamparo que le producía al hermano sin déficit ver a su hermano discapacitado. Habría una mayor intensificación del erotismo promovido por ese desamparo y también por la depresión que atraviesan los padres por tener un hijo discapacitado.

Con respecto al proceso identificatorio: es un exceso decir identificación porque identificación implica demasiado de psíquico o de simbólico y más atinado es decir fusión o cofusión y no confusión. Fusión orgánica por el camino del erotismo.

Si bien el hermano del discapacitado puede tener ciertas alternativas de salidas permanentes hay que trabajar el retorno de ese momento. Es un tipo de doble siniestro. Tiene la característica de la placenta, de lo uniforme, y aquello que muere cuando uno nace.

Se ha observado en estos hermanos que cada vez que tienen un logro (afectivo, intelectual, económico) irrumpe fantasmáticamente la discapacidad del hermano.

Quisiera agregar algo muy específico con respecto a los procesos anímicos de los hermanos: aparecen aspectos depresivos, caracterizados por el aburrimiento, o sea, un tipo de tristeza violenta; cuando estos hermanos están aburridos, creen que los otros tienen que sacarlo del aburrimiento divirtiéndolos y esto hace que ellos molestan a estos otros.

Esa forma de salida logra dejarlos después más abúlicos, es una salida como fachada.

También se da el caso contrario, como el de un púber, identificado masivamente, con su hermano de 24 años, con parálisis cerebral que a la hora de la cena se dormía, quedándose varias noches sin cenar. La cena en esta familia como en varias familias de discapacitados, por el encuentro de todos los integrantes, es un momento de inercia del grupo, en el que cae un manto de letargo significativo. Este púber se dejaba ganar anticipadamente por ese estado de inercia, quedándose dormido antes de cenar, o sea, se dejaba pasivamente invadir por ese clima familiar.

## **7. ENSALMO DE LAS PALABRAS**

Etimológicamente “ensalmo” significa: modo supersticioso de curar con oraciones de ampliación empírica de medicina.

El concepto de ensalmo de las palabras nos remite a un escrito de Freud (3) de 1890 titulado: “

Tratamiento psíquico o tratamiento del alma”.

Freud decía: “Los médicos practicaron tratamiento anímico desde siempre y en tiempos antiguos en medida mucha más vasta que hoy”.

...” Las palabras son, sin duda, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre los otros, las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquél a quien van dirigidos y por eso ya no suena enigmático aseverar que ensalmo de las palabras pueden eliminar fenómenos patológicos, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos”.

En las familias con personas discapacitadas el ensalmo de las palabras está ligado a las múltiples situaciones tan habituales en que estos pacientes son llevados a que los atiendan: brujos, sectas y parapsicólogos. A veces, coexisten la psicoterapia y el parapsicólogo: por supuesto que, como una forma de resistencia.

En las sesiones con adolescentes y jóvenes discapacitados el ensalmo de las palabras aparece como hipnosis del paciente al terapeuta. La palabra del paciente se manifiesta como hipnotizadora, y esto hace que el terapeuta en un momento de la sesión nivele por los abajo, quedando con la mente apagada, como si supiera que en estos pacientes está desactivada la conciencia, no porque hay pérdida de conciencia en ese momento, sino por abrumamiento el terapeuta termina haciendo una regresión al mismo estado.

Esto corresponde a un clima familiar mimetizado en la sesión, donde aparece el fragmento nostálgico, abúlico y apático del paciente. Dicha regresión tiene que ver con la identificación con núcleos aletargados correspondientes al ritmo de comunicación del paciente. El letargo es la identificación “cadáver” objeto aletargado de un objeto fundamentalmente pedido: el Yo ideal. (F. Cesio) (4).

El problema de la contratransferencia tiene que ver con una forma particular de escuchar al terapeuta, es particularmente insidiosa y es un efecto del decir del paciente discapacitado y su familia.

En la contratransferencia, el ensalmo tiene características mortíferas que tienen que ver con el sentimiento de impotencia del terapeuta, bajan las defensas del terapeuta, se debilita la coraza de protección antiestímulo, pierde la posibilidad de hacer proyectos clínicos y queda inmerso en el desamparo familiar.

Estos últimos conceptos me llevan a la hipótesis de que son los aspectos contratransferenciales los que explican la escasez de trabajos clínicos publicados sobre la discapacidad desde la óptica psicoanalítica, ya que el terapeuta, abrumado, no puede tomar distancia necesaria para escribir sobre el tema.

## **Bibliografía.**

- (1) FREUD, S.: (1916) Algunos tipos de carácter dilucidado por el trabajo psicoanalítico. Las “excepciones”. Vol XIV. Amorrortu. Buenos Aires.
- (2) MALDAVSKY, David: (1992) “Procesos tóxicos en grupos familiares”. Revista DE la asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires.
- (3) FREUD, S.: (1890) “Tratamiento psíquico” (Tratamiento del Alma). Vol. I Amorrortu. Buenos Aires.
- (4) CESIO, Fidas: (1964) “El Letargo”. Una reacción a la pérdida de objeto”. Rev. De Psicoanálisis. A.P.A Tomo XXI-Nº1. Buenos Aires.