

Autor: CANTIS, J. y colaboradores.

Título: Intervenciones clínicas con un paciente que sufre de Parkinson y con su grupo familiar

Fecha: 10 abril 2010

Jornada: Psicoanálisis de pareja y familia. UCES

Intervenciones clínicas con un paciente que sufre de Parkinson y con su grupo familiar

Jorge Cantis , Rita de Duran , Horacio García Grigera , David Maldavsky

Presentación clínica – Pre-entrevista telefónica

La Sra. Adriana de 50 años –esposa de Luis, el paciente- llama al terapeuta un fin de semana y disculpándose por la hora y el día, preocupada por su esposo, diagnosticado con Parkinson cinco años atrás. Indica que lo nota muy somnoliento (se queda dormido hablando sin registrarlo). “Mis hijos se enojan, la enfermedad está, pero él no habla de ella. No hay comunicación. El está callado todo el día. El clima familiar no es de lo mejor, ya que hay tensión. Necesito que Ud. lo vea. El médico dijo que el cincuenta por ciento es la medicación y el otro cincuenta, lo que él ponga”.

El terapeuta pregunta si alguna vez tanto ella como sus hijos han recibido alguna orientación respecto a la enfermedad y cómo esta impacta en el grupo. La Sra. Adriana responde que no, que “con mis hijos nadie habló”. El terapeuta sugiere que antes de entrevistar al paciente, se realice una entrevista familiar con ella y sus hijos (luego expondremos la fundamentación teórica y la estrategia clínica del por qué no incluir al paciente en la primera entrevista familiar).

Entrevista familiar

Asisten a ella la Sra. Adriana y sus tres hijos: Mariela de 15 años, Vanina de 21 años y Juan de 25. Se los nota muy enojados por la enfermedad de su padre durante toda la entrevista. Una de las hijas verbaliza que al padre le cuesta arrancar a caminar, que pierde el equilibrio y que se queda dormido mientras habla. Otra de las hijas indica que con ella es con más pelea, aunque siempre habían peleado, más allá de la enfermedad. El hijo varón agrega que su padre no habla de su enfermedad y que muchas veces mientras hablan se le cierran los ojos, se duerme. La esposa agrega que el paciente carece de una actividad proactiva y que no hace ejercicios ni de fonoaudiología ni de kinesiología. Una de las hijas agrega “a veces habla pero no entendemos qué dice”.

El terapeuta pregunta acerca de la actividad del paciente: si se encuentra trabajando actualmente. La esposa responde que Luis es un profesional en relaciones internacionales y que ha viajado mucho y que en este momento está siendo jubilado por una institución en la que trabajó muchos años con un importante cargo y que actualmente tiene su propio emprendimiento, un estudio vinculado a su tarea profesional.

El terapeuta señala que pareciera que todo el grupo familiar está buscando al “otro Luis” y también que a ellos les cuesta aceptar la enfermedad. Seguramente muchos de los síntomas que ellos advierten en el paciente, como la poca comunicación y el silencio, son aspectos potenciados que siempre han existido, aunque ahora exacerbados por la enfermedad. La esposa se angustia en este punto, una de sus hijas verbaliza con mucho dolor: “mi padre nunca nos habló, siempre nos daba “ordenes”. El terapeuta acompaña esta movilización familiar, con la orientación de que toda enfermedad neurológica tiene como secuela la fatiga y la apatía en el paciente y que existe un proceso llamado anosognosia que es la falta de conciencia del paciente respecto de sus propias limitaciones físicas y emocionales. Sugiere que familiares intenten acompañar a Luis habilitando la necesidad del descanso apenas adviertan signos como el parpadeo de sus ojos. De esa forma evitarán dejarse contagiar afectivamente por el clima de retracción del padre y no se dejarán llevar por la furia impotente que la situación genera.

Los hijos manifiestan con mucho dolor que ellos tienen la imagen de un padre muy activo, enérgico y se niegan a verlo así.

El terapeuta les muestra que en ellos existe una contradicción: retan al padre, como si fuese un niño y no lo reconocen como un adulto con problemas.

El terapeuta propone continuar con una entrevista individual para conocer al paciente para luego establecer la estrategia terapéutica indicada.

Entrevista con el paciente

Luis se presenta solo a la entrevista, con notables dificultades en la marcha: arrastra los pies, su andar es lento. Al comenzar se advierte que su voz es débil, con escasa vitalidad y que por momentos, su lenguaje se torna ininteligible.

El paciente verbaliza que tiene problemas desde el año 2000 y expresa: “me empecé a dar cuenta con mi firma que algo andaba mal. Pero noto que mi familia está más preocupada que yo, todos se enojan conmigo pero parece que Ud. el otro día algo les dijo –yo sé que estuvieron todos acá- y ahora los noto más tranquilos”.

El terapeuta pregunta qué cree que los pudo haber tranquilizado y Luis agrega que fue “lo de hablar de lo que pasa en casa”.

El terapeuta le pregunta por su actividad actual y el paciente responde que es un profesional en relaciones internacionales, que ha viajado mucho y que ha estado mucho tiempo fuera de casa y con mucha personal a cargo pero que ahora nota que no tiene la misma fuerza ya que tiene

un estudio propio con un socio, trabaja unas horas durante el día y cuando llega a casa se tira en el sillón y todos le gritan y se enojan.

Preguntado qué le pasa cuando se siente sin fuerzas, responde que siente angustia pero que va a estar mejor con la medicación ya que cuando la toma puede arrancar a las dos horas. El terapeuta le responde que él está metido como en otra lógica, con otros movimientos pero que también, más allá de la medicación debe ayudarse con ejercicios propuestos por profesionales. Luis responde que va a kinesiología y a yoga y que lo que más le cuesta hacer son los ejercicios de fonología.

Además el terapeuta le muestra que cuando sus hijos se enojan y le gritan, él se siente tratado como un niño, sin defensas y como tal, se retrae más, generando en el grupo familiar mayor hostilidad entre todos. Luis indica que tiene miedo de que no lo vean más como padre. "A veces noto", dice "que mi hija menor le pide permiso a mi esposa y no a mí".

El terapeuta muestra al paciente que muchas veces cuando existe una enfermedad en uno de los progenitores, se produce una redistribución de roles y funciones y se debe tratar que cada integrante del grupo familiar no confunda sus funciones y puedan ver a su progenitor como un adulto con dificultades y no como un niño con dificultades y desamparado.

Estrategia clínica: fundamentos teóricos

La decisión clínica se fundamenta en el concepto de neurosis traumática. Freud (1918) describió dos variedades básicas de las neurosis traumáticas, una individual y otra que se ubica en un marco más amplio como la neurosis de guerra. David Maldavsky (1995) agrega otras dos alternativas: las neurosis traumáticas familiares y las derivadas de la eficacia de la herencia orgánica.

La neurosis traumática individual es la que padece el paciente; en ella la coraza antiestímulo es arrollada con la consiguiente alteración económica. Freud (1920) plantea la imposibilidad de cualificar el estímulo exógeno irrupiente. Al respecto David Maldavsky (1995) plantea que se produce un dolor que no cesa, con una abolición de la conciencia (subjetividad) que deja una fijación duradera.

En el paciente encontramos que lo nuclear está constituido por el desenlace perpetuado del dejarse morir, el dejarse morir como defensa ante la pulsión y sus representante anímicos ante la realidad y sus delegados psíquicos, ante el superyo y los substitutos de la instancia paterna.

En la neurosis traumática familiar la afección del paciente (mal de Parkinson) se torna un estímulo intrusivo no solo para el propio paciente sino para todos los integrantes de la familia,

con modalidades diferentes en cada miembro, produciendo una notable alteración de la economía pulsional familiar. A consecuencia de esto, se crea una comunidad orgánica pulsional, que en un principio puede permanecer pasiva, pero que se pone de manifiesto en tales afecciones familiares.

Defensas patológicas dominantes

Las defensas que estaban en juego en esta familia en el comienzo de la consulta, eran la desmentida, la desestimación del afecto y la fuga. Estos tres mecanismos son característicos de la neurosis traumática familiar a consecuencia de la ruptura de la coraza de protección antiestímulo.

La familia recurrió a estas defensas como representantes de los puntos de urgencia y como una huida de la realidad por lo doloroso de la situación.

En sus intervenciones el terapeuta advirtió que los integrantes de la familia manifestaban defensas y recursos funcionales acorde afines, como la tendencia a la creatividad y/o sublimación frente a los señalamientos del terapeuta.

En las sesiones familiares se trabajó la manera de evitar el contagio afectivo del otro, muy característico de la neurosis traumática, y cómo cada uno podía rescatarse, habiéndose evidenciado en ellos una notable capacidad de insight.

Conclusión

El terapeuta empleó dos estrategias sucesivas:

-1- Con los miembros de la familia, disminuir la tendencia a rechazar (no reconocer) la enfermedad del paciente y atenuar la furia cuando la realidad frustró su principal defensa patológica. Con el paciente aliviar su estado de desconsuelo.

-2- Disminuir el rechazo del paciente y su furia consecuente.

El resultado clínico fue que tanto el paciente como su familia redujeron la relevancia de sus defensas patológicas.

Bibliografía

Freud, S. (1915) – “Pulsiones y destinos de pulsión”. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1920) – “Más allá del principio de placer”. Editorial Amorrortu.

Maldavsky, D. (1993) – “Metapsicología de la neurosis traumática en Revista de Psicoanálisis (APA) Tomo L Nº 1.

Maldavsky, D. (1995) – “Pesadillas en vigilia” . Editorial Amorrortu