

Resumen

Cuando los síntomas psicológicos de adolescentes resultan ser emergentes de dinámicas familiares patológicas

Pueden presentarse sufrimientos realmente devastadores que impiden el camino hacia la autonomía, hacia el ser dueño de la propia vida.

Vasta bibliografía y práctica clínica indica que estos adolescentes son fusibles de sistemas familiares sobrecargados. Familias disfuncionales que entran en cortocircuito en crisis vitales o bien por un incremento del voltaje de las relaciones familiares.

La conjugación entre una familia apresadora y las características de ciertos hijos asignados, hasta ese momento le impiden la salida. Esto genera una condensación de energías destructivas que descargan sobre quien está dispuesto a emprender el camino a la exogamia, pudiendo llegar hasta la muerte física o psicológica.

Estamos hablando de familias psicopáticas: psicópata y complementarios. Desde el comienzo de la pareja parental se va hacia la formación de familias-cárceles. Encontramos miembros que adhieren a un sistema corrupto, siendo sometedores/sometidos, y jóvenes que quieren y tienen herramientas para escapar los cuales padecen síntomas más ostensibles. A los tradicionales cuadros de psicosis, borderline y neurosis graves se agregan ataques de pánico, aislamiento social (hikikomori), diversas adicciones, trastornos de la alimentación, TOC con diversos contenidos, entre otros.

Mediante la asistencia individual y familiar visualizamos distintos derroteros. En todos observamos un encadenamiento particular en los que cada eslabón está formado por hechos, vínculos y comunicaciones tendientes a la enajenación, hacia el trastrocamiento de seres humanos en objetos. Vemos también, que este sometimiento resulta invisibilizado en la sociedad, volviéndolo aún más insidioso, por cuanto sus víctimas sufren, sin poder identificar claramente la índole de esta violencia.

Proponemos un marco teórico con métodos y técnicas psicoterapéuticas integradoras junto a acciones sociales preventivas y rehabilitadoras, basándonos en la creencia que la adolescencia, por su coyuntura especial y única, es un marco de desarrollo fecundo para cambiar estos caminos que se consideraban inalterables. Nuestra experiencia muestra que una alta cantidad de asistidos logran, a partir de la psicoterapia, establecer formas saludables de lazo a partir de modificaciones internas de carácter estructural.

Palabras claves: Adolescencia Psicoterapia Psicopatología Familia Cárcel Psicopatía Víctimas TOC Aislamiento Social Hikikomori Ataque de Pánico Depresión Violencia

Autores:

Marta Chiarelli

Lic. en Psicología, Especialista en Familia, Pareja y Sexualidad.

María Ester Antelo

Lic. en Psicología, Especialista en Sexualidad.

Analía Corti
Lic. en Psicología.

Hernán Pablo Alvarez
Lic. en Psicología, Docente, Integrante de Equipo de Asistencia a Víctimas de Acoso Laboral.

Carlos Tryskier
Lic. en Psicología, Psicólogo Social.

Desarrollo

Paradigma:

Somos seres biopsicosociales. Cuyo Sistema Nervioso Central es sede del aparato psíquico.

La materia es previa y externa, independiente del psiquismo. El continuo cambio dialéctico de toda realidad contiene y supera estados previos.

La actividad social es condición intrínseca del desarrollo de las capacidades humanas.

En todo fenómeno psíquico está involucrada la historicidad. Pasado - Presente - Proyecto

Cualquier manifestación de la personalidad involucra pensamientos - sentimientos - volición - conducta.

La autonomía, la libertad, los lazos de cooperación y solidaridad son objetivos centrales de la psicoterapia.

Determinación social

En la acumulación cultural tomamos los ejes verticales y horizontales (familias de origen por lo menos de tres generaciones y familia actual). También incorporamos las personas influyentes o importantes; familiares y personales e históricas y actuales. De ellas vemos origen geográfico y cultural, ideologías y sistemas de valores dominantes, creencias.

Tomamos el entorno social de las distintas etapas históricas de la persona asistida, teniendo en cuenta los lugares en que vivió, las instituciones educativas, la ubicación personal en sus distintos grupos de pertenencia, las situaciones económicas que atravesó y atraviesa, y otros.

¿De tal familia, tal problema?

Cuando el despertar a la adolescencia es la entrada en una pesadilla, comienza a transitarse un camino en el que la ciencia aún no vislumbra el amanecer. Aún no hay posibilidades de un despertar hacia la autonomía, el ser dueño de la propia vida. . . hacia

la adultez. Síntomas altamente sufrientes dejan a la persona a oscuras de por vida; remisiones que parecen auroras no son más que algunos destellos en la oscuridad.

Tomamos una población de adolescentes y jóvenes entre los 17 y 33 años, con patologías severas.

El común denominador entre ellos es que sus síntomas los inhabilita para satisfacer al menos una de las necesidades humanas básicas, como ser trabajo (o estudio), relaciones sociales, sexualidad, alimentación saludable, vivir con un mínimo elemental de placer y bienestar.

Otro común denominador es que sus familias nucleares o de origen son disfuncionales.

Hay dos tipos de disfunciones familiares altamente perjudiciales.

Una es, sostenida desde el contrato fundacional de la pareja parental, basada en vínculos contraproducentes para la salud física y mental. Estos vínculos están determinados por altos grados de competencia, alianzas cruzadas, escaladas simétricas, padres que no se pueden hacer cargo de los hijos desde determinadas edades, violencias explícitas y/o implícitas, de índole neurótica o provenientes de cuadros neurológicos, entre otros.

El otro tipo de disfunción familiar es la más patógena, está dirigida por personas cuyos rasgos principales son: certidumbre de ser superiores, poseer escala de valores deshumanizada y ausencia de empatía y por personas que los complementan desde características particulares. Estas personas no tienen como proyecto que los niños vayan adquiriendo la autonomía y la libertad correspondientes a cada etapa, hasta llegar a la exogamia.

En nuestra praxis terapéutica, es fundamental discernir de qué tipo de familia se trata.

Ello define pronóstico y plan terapéutico. Hay que tener en cuenta que el diagnóstico familiar no es fácil ni rápido. Desde que en psicología se introdujo recientemente el tema de psicopatía, producto de evoluciones sociales, suele haber diagnósticos apresurados sobre este cuadro.

Vamos a centrarnos en el tipo de familia más patógena.

Las familias psicopáticas

Mediante la asistencia individual y familiar visualizamos distintos derroteros. En todos observamos un encadenamiento particular en los que cada eslabón está formado por hechos, vínculos y comunicaciones tendientes a la enajenación, hacia el trastrocamiento de seres humanos en objetos. Vemos también, que este sometimiento resulta invisibilizado en la sociedad, volviéndolo aún más insidioso, por cuanto sus víctimas sufren, sin poder identificar claramente la índole de esta violencia.

Usualmente hay un miembro psicópata y sus complementarios, rara vez hay dos miembros psicópatas. Lo habitual, es que uno de los padres sea el jefe o padrino, también lo pueden ser algún abuelo u otro familiar, y hasta un hermano.

Desde el comienzo de la pareja parental se va hacia la formación de familias-cárceles, familias con cerco de goma.

Existen diferentes tipos de familias psicopáticas, cuya caracterización dependen de las particularidades de sus miembros, de la rigidez del sistema, de la cantidad y calidad de confabulaciones, etc.

Vasta bibliografía y nuestra práctica clínica, individual y familiar, indican que estos adolescentes son fusibles de sistemas familiares sobrecargados. Fusibles que entran en cortocircuito, se queman y se funden, expresado por brotes psicóticos, síntomas neuróticos graves u otros cuadros ya mencionados. Estos episodios del “joven fusible” evita que todo el sistema familiar, por el alto voltaje al que llegó, se incendie.

La corriente excesiva en el seno familiar puede estar causada, al menos, por el aumento patológico de los vínculos disfuncionales, por crisis específicas o vitales. Una de las crisis vitales la más importante sucede cuando un miembro intenta ser distinto y hacer su propia vida, suele ser justamente quien puede intentarlo, y –sin casualidades de por medio– es el miembro fusible. Son etapas en las que el joven en cuestión va hacia la exogamia, quiere hacerlo, mas no puede.

Hay que tener en cuenta que un hijo asignado suele ser por razones de ser “el elegido”, el que va a ser el superior, el que se va a quedar con los padres con funciones “privilegiadas” como ser acompañantes, o representantes, o cuidadores...

Estos adolescentes enferman gravemente, pudiendo llegar a la muerte física o psicológica. La conjugación entre una familia apresadora y sus propias características le impiden la salida. Todo lo cual genera una condensación de energías destructivas que se descarga sobre quien está dispuesto a hacer su propia vida.

En los últimos años además de los cuadros psicóticos, se suma un aumento considerable de jóvenes que adolecen de neurosis graves. Ellos viven martirizados por síntomas que muchas veces hacen pensar en una estructura borderline. En tanto avanza la psicoterapia y pueden remitir los síntomas de despersonalización y desorganización, se minimiza el riesgo de un desliz psicótico. El diagnóstico es realizado, más allá de lo sintomático, según la evolución de aspectos profundos como ser: fortalecimiento de las Cualidades Básicas de la Personalidad¹ y reubicación en sus grupos de pertenencia.

Historizando a estas familias, al menos por tres generaciones, se encuentran jóvenes que se han identificado con características de personalidad psicopáticas (llegando a ser psicópatas o no), en la adolescencia van fijando este tipo de personalidad en forma definida, ellos adhieren y apoyan al sistema corrupto en el que quedan encerrados, ergo están “destinados” a ser sometedores/sometidos.

Los jóvenes que quieren y tienen herramientas para escapar suelen ser quienes padecen de los síntomas más ostensibles y sufrientes. Como dijimos a los tradicionales cuadros de psicosis, borderline y neurosis graves se van agregando en las últimas décadas, trastorno de pánico, aislamiento social (Hikikomori), diversas adicciones, trastornos de la alimentación graves, TOC inhabilitantes con diversos contenidos...

Es habitual, en estas familias, designar a cada hijo lugar y rol determinado, en general el paciente es el que está asignado a quedar inhabilitado para sostenerse por sí

1 CBP <http://www.es-asi.com.ar/CBP>

mismo, por distintas razones; no obstante este lugar puede ser intercambiado si es necesario o bien si la persona asignada puede liberarse.

Las modalidades psicopáticas derivan en distintos resultados, en distintos rasgos y síntomas; como así mismo los rasgos y síntomas son productos de distintas modalidades psicopáticas.

Sólo a modo de ejemplo, veremos modalidades psicopáticas con sus resultantes en la personalidad de los hijos, en forma esquemática, como si fuesen unicausales, a fin de ser más gráficos:

Cosificación → Despersonalización

Adiestramiento → Sometimiento ante cualquier sometedor. Esclavitud.

Narcisismo → “satelitamiento” alrededor de un otro.

Escala de valores propias → desubicación social, confusión.

Violencia Encubierta → Desestabilización Desorganización.

Desconfirmación → Enajenación.

Padre = Dios → Obediencia de-*b/vida*. Lealtad incondicional a quien se erija en Dios.

Educación por medio de dogmas → Todo lo cierto está dado por un otro.

Comunicación predominantemente parojoal → Constantes angustia y paralizaciones.

Exigencias de perfección → Binomio “perfección” – “inservible”.

Premios y castigos incoherentes → Confusión de valores. Inseguridad de sus actos.

Cambios repentinos y constantes → Intolerancia a lo imprevisto y lo nuevo.

Familia psicopática, psicoterapeuta en dificultades

Los sistemas familiares (tanto nuclear como extensos) son considerados en la terapia individual y familiar desde la perspectiva dialéctica y ateniéndonos especialmente a la realidad de los vínculos, de los hechos y de los determinantes profundos.

Focalizar en los componentes psicopáticos de las familias -de origen, extensa y nucleares- pasa a ser un eje fundamental. Como ya dijimos de ello depende la planificación terapéutica, no es tarea fácil. Sabemos que un psicópata se camufla de acuerdo a su interlocutor, lo puede lograr rápidamente por sus capacidades de captar al otro y de actuación.

Generalmente, vemos que en estas familias, aquel miembro que parece ser el más pernicioso a en las primeras sesiones de terapia familiar o en las narraciones del paciente individual, no es justamente el psicópata, sino que usualmente se trata de un complementario o víctima. El que parece ser el malo de la película está actuando bajo manipulación, que le saca lo peor, alterando así su forma natural.

A partir de la convicción que se trata de una familia con miembro/s psicópata/s sabemos que vamos a encontrarnos con obstáculos que complican la psicoterapia. Es necesario tener recursos para captar por donde emerge la manipulación y así poder anularla o dejarla sin efecto, por lo menos para el paciente en terapia.

Si el paciente es psicótico es una tarea titánica, que suele ser frustrada porque “lo sacan” de la terapia cuando los síntomas bajan, y especialmente cuando perciben que el joven está traicionando las pautas familiares queriendo ser él mismo. Son familias que acuden a la terapia para cambiar algo para que nada cambie.

Con el paciente neurótico grave o borderline cambia la situación terapéutica, si bien es un trabajo de gran esfuerzo y ductilidad en alternar técnicas, tenemos mucha más posibilidades de cura.

Si bien es difícil y complejo, al punto de parecer imposible, el cambio estructural y profundo, en un sistema familiar con estas características, es un objetivo a lograr. Encontrar metodologías y técnicas más adecuadas es un desafío en el que hay que trabajar.

Modelo psicoterapéutico

Proponemos un marco teórico con métodos y técnicas psicoterapéuticas integradoras junto a acciones sociales preventivas y rehabilitadoras, basándonos en la creencia que la adolescencia, por su coyuntura especial y única, es un marco de desarrollo fecundo para cambiar estos caminos que se consideraban inalterables. Nuestra experiencia muestra que una alta cantidad de asistidos logran, a partir de la psicoterapia, establecer formas saludables de lazo a partir de modificaciones internas de carácter estructural.

Los objetivos psicoterapéuticos máximos, en toda psicoterapia, son llegar a un sentido y praxis de equidad, libertad y autonomía, en forma relativa en tanto lo absoluto es patológico.

La asistencia intercalada entre terapia individual y terapia familiar es lo indicado, en la medida de lo posible. Dicho intercalado tendrá la periodicidad que requiera el caso. El espaciamiento de las sesiones familiares está determinado por el tipo de sistema familiar psicopático.

Todo lo dicho indica que el desarrollo psicoterapéutico lleva un tiempo importante e individualizado de trabajo, las terapias acotadas a un tiempo y/o cortas son creencias inalcanzables en tanto se apueste a la curación.

Cuando el paciente está medicado o vemos necesaria la administración psicofarmacológica, la coterapia es lo indicado, lo que significa constante intercambio entre psicólogo y psiquiatra, acordando sobre todo aquello que incumbe al paciente y respetando las especialidades de cada uno.

El vínculo psicoterapéutico está basado en la Investigación Conjunta. Trabajando con el paciente desde un lugar de paridad como seres humanos, en un marco de respeto hacia el conocimiento de la persona sobre su historia, como dueño y conductor de su vida. Sosteniendo – a la vez – una firme conducción de la terapia, avalada por el conocimiento profesional.

Implementamos técnicas hacia los cambios cualitativos, para ello se atraviesa por los cambios cuantitativos. El chequeo de los cambios cuantitativos nos lleva a afirmarlos, hasta que se incorporen como características propias, es así como la sumatoria de ellos llevan a saltos cualitativos, tras los cuales se pasa a nuevas realidades, de esta forma los aspectos cambiados tienen la calidad de irreversibles.

Se requiere flexibilidad para la implementación de tácticas y técnicas adecuadas a cada persona y cada situación. Para ello es necesario adquirir conocimientos de distintas corrientes, conocimientos elegidos por coincidencias con nuestro marco teórico. Las técnicas van desde la implementación de técnicas conductuales (en caso que sean necesarias para bajar el monto de angustia, cuando ella es lo suficientemente suficiente como para poder sostenerla y para poder avanzar en la terapia), hasta la profundización máxima posible en esa persona/familia, a fin de llegar a las causas de los síntomas, encontrarlas para producir cambios profundos que posibiliten cambios en pensamiento, sentimientos, voluntad y conducta.