

EL “PACIENTE IDENTIFICADO”: SINTOMA Y METAFORA*

Gonzalo Adis C. **

Resumen

El objetivo del presente trabajo es hacer algunas consideraciones sobre el concepto del “paciente identificado”, entendiendo éste como un síntoma del mal funcionamiento del sistema de la familia. A su vez, los comentarios y elaboraciones que se hacen ponen especial énfasis en la conveniencia de hacer estos comentarios y elaboraciones, sobre el síntoma en general y sobre el concepto del paciente identificado en particular, desde una perspectiva comunicacional o semiótica. (Rev Cost Cienc Méd Dic 1980; 1(2); 189- 198).

Mi interés en el presente trabajo es hacer algunas consideraciones sobre el concepto del “paciente identificado”, entendiendo éste como un síntoma del mal funcionamiento, o de la crisis, del sistema de la familia. Este concepto, o bien lo que éste significa, juega un papel importante tanto en el diagnóstico como en el manejo y tratamiento del sistema de la familia. Como es sabido este concepto señala una manera diferente de conceptualizar los problemas de salud mental. Hablar de “la persona identificada como paciente” describe una nueva perspectiva, una nueva manera de percibir las cosas. Tal como lo señala Minuchin (11) la familia “es un grupo social, natural, que gobierna las reacciones de sus miembros a estímulos internos y externos a la familia. Su organización y estructura tamiza y califica las experiencias de los miembros de la familia. En muchos casos ésta puede ser considerada como la parte extracerebral de la mente”. El sistema ecológico natural, el de la familia, como todo otro sistema, también está sometido a tensiones, producto del interjuego interaccional, sea en el seno de la familia misma, o bien, en el interjuego de la familia con el ambiente. Para Minuchin (11), “la tensión puede ser provocada por el interjuego de un miembro de la familia, o de todo el grupo familiar, con fuerzas o situaciones extrafamiliares; o bien, puede esta tensión ser provocada por el proceso de transición en las diferentes etapas de desarrollo y crecimiento del sistema familiar; o puede también ser el producto de la presencia de problemas idiosincráticos de la familia”. En el caso de esas familias que reciben la etiqueta de patológicas, el mal funcionamiento del sistema familiar, se expresa y se refleja en el comportamiento sintomático de cuando menos uno de sus miembros. Está es “la persona identificada como paciente”, también conocido como el “paciente identificado”. Tal como lo señala Sluzki (14), “el paciente identificado es el sujeto portador del síntoma, generalmente rotulado como el paciente por la familia y los sistemas de salud; es el que debe ser curado. Por contraste, su presencia define al resto de los miembros del grupo familiar como no enfermos”.

El título del presente trabajo, por otra parte, hace referencia al paciente identificado no sólo como “síntoma”, sino también como “metáfora”. Con esta mención a este concepto lingüístico se quiere señalar un especial interés en hacer estos comentarios y elaboraciones sobre el síntoma en general, y sobre el paciente identificado en particular, desde una perspectiva comunicacional o semiótica. Esto es, desde una perspectiva que engloba y atiende a la totalidad del comportamiento del individuo. El énfasis, entonces, es en considerar al comportamiento como un lenguaje, que va más allá de un lenguaje estructurado, verbal y explícito, al cual ciertamente incluye. A su vez, y al igual que ese lenguaje estructurado, el lenguaje del comportamiento también pone de manifiesto y refleja las dos dimensiones fundamentales de todo lenguaje, esto

* El presente trabajo fue presentado en ocasión del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría de Honduras, del 26 al 30 de agosto de 1980, Tegucigalpa, Honduras.

** Servicio de Psicología del Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS; Unidad de Post-Grado en Psicología Clínica, Centro de Docencia e Investigación CCSS; Escuela de Psicología y Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

es, la dimensión de lo metafórico y la dimensión de lo metonímico. Atender al comportamiento de esta manera, considerándolo como un lenguaje, percatándonos de los mensajes metafóricos y metonímicos del mismo, necesariamente influye sobre nuestra manera de percibirlo y de entender la información que nos transmite, afectando a la vez nuestra reacción ante el mismo. Antes de comentar y elaborar sobre este concepto del “paciente identificado” y sobre los aspectos comunicacionales del mismo, conviene describir dos ejemplos que servirán de base a estos comentarios y elaboraciones. Uno de ellos es tomado de la literatura en este campo, y el otro de mi propia experiencia clínica. La razón de hacerlo así; es decir, de tomar dos casos similares, uno de la literatura existente en terapia de familia, y el otro de mi propia experiencia, se hará evidente más adelante, en el proceso de los comentarios y elaboraciones que se irán señalando.

G. Berenson (3) describe una familia en que la hija mayor, Carlota es la persona identificada como paciente. La familia J. consiste en el padre de 44 años, la madre de 43, Carlota de 17 años, Pablo de 14 años y Clara de 11 años. La familia vino a consulta debido a las dificultades presentadas por Carlota quien había intentado suicidarse, tratando de cortarse las muñecas. También había tenido problemas con drogas: Anfetaminas y LSD. Cuando solicitaron consulta **la madre dijo que los problemas de Carlota eran los problemas de la familia.** (Lo destacado es del autor).

Durante la primera sesión el padre, la madre, y Carlota se acusaron (mutuamente) casi en forma salvaje y daban la impresión de no tener control sobre su cólera. Esto provocó ansiedad e incomodidad en el terapeuta. En la segunda sesión, la familia mantuvo una actitud de distancia, manteniéndose en silencio. Pablo, finalmente trató de hablar con la madre, sintiéndose cohibido para hacerlo, estallando en llanto mientras Clara sonreía.

Toda la interacción provocó en el terapeuta una urgencia a no aceptar o no tolerar esta distancia afectiva y la falta de intimidad entre ellos. (Lo destacado es del autor). Tanto así que al intentar el terapeuta forzar mayor intimidad y acercamiento entre los miembros de la familia, esto posiblemente contribuyó al que el padre no volviera a terapia, al menos en la siguiente sesión. El terapeuta sintió que tal vez el padre no pudo aceptar la amenaza y exigencia de mayor acercamiento afectivo e intimidad.

D. Rubistein (12) discute el manejo de este incidente terapéutico. Sus comentarios si bien son importantes, carecen de interés inmediato para el propósito de este trabajo. Sin embargo, algunas de sus observaciones, lo mismo que algunos de los comentarios del terapeuta, nos permiten utilizar éste como un buen ejemplo del significado y función del paciente identificado.

Rubistein (12), al discutir este incidente terapéutico, señala que la experiencia interaccional de la primera sesión pone de manifiesto el estilo de vida de la familia. Su vacío y distancia afectiva, así como su temor a mayor cercanía e intimidad afectiva. Este mismo autor señala que en su interacción, la familia pone en evidencia sus intentos desesperados por expresar su desesperanza en su conflicto entre mantener distancia afectiva o buscar acercamiento e intimidad afectiva. El observa que la madre tiene razón cuando dice que los problemas de Carlota son los problemas de la familia: “Las drogas, el LSD y el intento de suicidio son frecuentes eventos en la vida de adolescentes que buscan desesperadamente darle significado y encontrar una identidad para sí mismos en un ambiente vacío y carente de afecto”. Y agrega, **Carlota a través de su “Acting out”, sirve como el portavoz de la desesperación de la familia.** (lo destacado es del autor).

El segundo ejemplo es el de una joven, María de 19 años, referida a psicoterapia por haber hecho un intento de suicidio, habiendo también intentado cortarse las muñecas.

La familia de María está integrada por la madre de 50 años, el padre de 55, Mario de 22 años, Carlos de 20 años, María de 19 años, Ana de 18 años, y Rosa de 15 años. La madre de María ha estado en tratamiento psiquiátrico al igual que Mario, quien también estuvo en tratamiento psiquiátrico por un período largo. El padre es afectuoso, pero alejado, e introvertido. La relación de María con sus hermanos es pobre y superficial, particularmente con Ana. Ella alega, sin embargo, que las relaciones en la casa son en realidad distantes y frías entre todos ellos. María quien es descrita por sus padres como una persona seria, introvertida, alejada y fría, participa bastante bien en las sesiones. Ella se expresa y verbaliza con facilidad y constantemente busca hacer evidente cómo se siente molesta e incómoda en su casa, señalando cómo no quisiera vivir ahí, cómo se siente enojada y resentida particularmente con la madre. Describe la interacción en su casa como una interacción fría, en la cual uno no puede confiar, donde los demás se burlan, hacen críticas de todos y todo, y donde todos prefieren una relación distante y superficial. Ella explicó que en realidad no tenía intención de matarse. Durante los últimos meses su madre venía acosándola, irrespetando su privacidad y entrometiéndose en su relación con su novio. Se sentía tan enojada y desesperada que creyó que con su intento de suicidio la madre se asustaría y dejaría de entrometerse y de interferir en la relación con su novio.

En su interacción conmigo, y mientras me describe sus experiencias en su casa, es evidente su esfuerzo por describirse y presentarse como una persona que se siente dolida del trato que le dan, particularmente de su madre y de su hermana Ana. En general que queda la sensación de que ella busca hacer evidente cómo sólo ella cuenta, cómo ella es la que ve bien las cosas, cómo es sólo ella la que sufre. Todo pareciera ir bien en la sesión mientras yo me mantenga en silencio y permita así sus expresiones de queja, de resentimiento, de enojo. En una de las sesiones hago la observación de que su comportamiento, de que su manera de describir la familia, particularmente a su madre, pareciera indicar que ella se comporta en forma tan exigente como acusa a la madre de serlo, que ella es tan intransigente como lo es la madre. María se siente en alguna medida atacada, se echa hacia atrás en el respaldo de la silla, me mira seriamente, con cierta dureza, y no dice nada; los ojos se le mojan y parece que va a llorar, le ofrezco un pañuelo desechable pero no lo acepta. Finalmente me dice: “¿y qué, qué quiere usted, que me tire en sus brazos?”, y al decir esto lo hace haciendo ademanes y expresiones que pretenden ser cómicas y burlonas, y que ponen de manifiesto su enojo conmigo así como su enojo con toda la situación. Le digo que ahora está enojada conmigo y no responde; insisto en que está enojada conmigo y que “probablemente va a estar enojada conmigo tres años seguidos”, a lo cual ella reacciona con una sonrisa; insisto de nuevo en que está enojada conmigo y ella acepta estarlo en parte. Advierto entonces que mi comportamiento, el señalarle que ella es tan intransigente, o tan exigente, como su propia madre me lleva a una participación en que me convierto en una transformación isomórfica del sistema, comportándome en alguna medida como se comportan los demás en su casa, como cuando la acusan a ella. Se lo digo así y ella responde afirmativamente con un movimiento de cabeza. Le sugiero entonces que observe hasta dónde es cierto que ella es tan exigente como parece serlo la madre, agregando que yo sé que la molesta y le enoja que yo le pida esto.

Una forma de considerar el síntoma, el comportamiento global de Carlota, y el de María, es decir, su intento de suicidio, es desde una perspectiva intrapsíquica. Desde este punto de vista psicodinámico los síntomas se han considerado simbólicos de imbalance intrapsíquico, esto es, cómo la expresión simbólica o metafórica de un conflicto intrapsíquico que se manifiesta y expresa en el síntoma mismo. En este sentido el síntoma nos dice algo de sí mismo, a la vez que, y de manera simultánea, nos informa sobre la experiencia subjetiva y psicológica del indi-

viduo. El síntoma como tal no es la enfermedad, sino que es una representación secundaria de la misma; éste no es el conflicto intrapsicológico, pero lo simboliza. Para decirlo con las palabras de Haley (4) "en la orientación individual un comportamiento sintomático es una metáfora acerca de los conflictos internos, y además los conflictos en las relaciones interpersonales son expresiones metafóricas del drama interno". Bellak y Small (2) señalan que al considerar la psicodinámica del intento de suicidio es importante observar cómo éste puede estar reflejando uno o varios aspectos dinámicos y motivacionales, a saber: expiar un crimen real o imaginario; o bien, un deseo de revancha; o un deseo de irse con el objeto perdido o amado; o el deseo de forzar amor por parte de otros. Estos autores señalan además que si bien éstas pueden ser las motivaciones en un acto suicida, no necesariamente siguen el mismo patrón, si bien en todos ellos el denominador común es la presencia de elementos de depresión. El comportamiento global del paciente, el intento de suicidio de Carlota o de María, por ejemplo, vendría entonces a ser una expresión metafórica del conflicto intrapsíquico, es decir, de su hostilidad y de su cólera, así como su deseo de forzar amor y afecto. A la vez, sus dificultades interpersonales con los otros miembros de la familia son una expresión metafórica de ese mismo conflicto interno. De esta manera podríamos buscar comprender el comportamiento sintomático de Carlota y de María, el intento de suicidio de ambas, provocado por su conflicto entre su hostilidad y su cólera dirigida hacia ellas mismas y hacia los demás, y sus sentimientos de desesperación y soledad ante el sentimiento de que carecen de amor y afecto, la pérdida de autoestima, y la depresión que todo esto provoca.

Pero este comportamiento sintomático del paciente se puede considerar desde otro punto de vista, a partir de un enfoque de sistemas. En este caso la persona que expresa el síntoma es la persona identificada como paciente, quien es a su vez el síntoma del sistema de la familia. Desde esta perspectiva el comportamiento global del paciente identificado es visto como la expresión metafórica de la crisis relacional que vive el sistema de la familia. Más aún, este comportamiento también informa sobre la manera en que el individuo busca ayudar al sistema familiar, señalando el esfuerzo que se está realizando para mantener el equilibrio del sistema, y la potencialidad que existe para el cambio.

En contraposición al enfoque individual e intrapsíquico, entonces, es evidente que este enfoque de sistemas hace énfasis en lo ecológico, en la totalidad del contexto relacional, y en una relación de causa y efecto circular y compleja (5). Este énfasis se refleja también en la manera de conceptualizar al síntoma, ya como un recurso informativo y comunicacional, ya como una forma de organizar la relación con otras personas, o bien, como un comportamiento que describe el contexto interpersonal del individuo (1, 4, 13, 15). Así también, se ha señalado que "los síntomas son una parte inextricable de un sistema relacional ...", es decir, que desde esta perspectiva, el síntoma ". . - se convierte en un indicador o en una señal de la relación ecológica existente" (5).

Para volver a los ejemplos citados, el comportamiento de Carlota en un caso, y el de María en el otro, ponen de manifiesto cómo su comportamiento refleja metafóricamente el ambiente relacional de su sistema familiar y la crisis interaccional del mismo. En el caso de Carlota la madre hace referencia a que "el problema de Carlota es el problema de la familia". La observación de la madre está señalando precisamente eso, que el comportamiento de Carlota está en alguna parte reflejando la desesperación y la falta de afecto, de su sistema familiar. Por otra parte en el caso de María, quien es traída a tratamiento, sin que se exprese el deseo ni haya insinuación de que la familia como grupo desea estar en tratamiento, refleja también metafóricamente el ambiente relacional de la familia de María, y la crisis interaccional de ese

ambiente, el distanciamiento y alejamiento de todos. Y, de igual manera, el comportamiento de ambas, Carlota y María, informa de cómo ellas buscan ayudar al sistema de la familia, haciendo evidente su resentimiento, su desesperación, su sentimiento de que ya no queda nada que decir, que las palabras no son suficientes. Este comportamiento, por lo demás, también comunica cómo canalizan su esfuerzo por mantener el equilibrio o la homeostasis del sistema, y también dice algo sobre la potencialidad para el cambio de sus respectivos sistemas. Los mensajes de Carlota y de María no son idénticos, ni son percibidos de la misma forma. En un caso, el de Carlota, su comportamiento que connota la desesperación ante la soledad y falta de afecto de su ambiente relacional, es entendido cuando menos por su madre como la expresión del problema de la familia. No así en el caso de María donde su comportamiento conlleva el mensaje de su necesidad de privacidad y de distancia afectiva, en un contexto carente de afecto y de confianza. Sin embargo, ese comportamiento es solamente entendido como una expresión de los problemas intrapsíquicos de María, sin que se perciba el mensaje que este comportamiento connota sobre el ambiente relacional de su familia.

El comportamiento global del individuo, es un lenguaje “de imágenes, de metáforas, de *pars pro toto*— es un lenguaje de síntesis y de totalidad” (16). De aquí que en este lenguaje la parte representa el todo. Así Watzlawick (16) señala que “está en la naturaleza de las totalidades complejas que partes de ellas puedan, en una manera peculiar sustituir *pro toto*, esto es, por la totalidad”. De igual manera Levenson (8) señala, como una observación de especial importancia, el que “cualquier pequeña parte del material clínico contiene a la configuración total. Ambas pasada y futura”.

En los ejemplos citados, podemos observar que en el primero de ellos, el comportamiento de Carlota refleja en alguna medida a la totalidad del sistema, en su expresión de desesperación, en su expresión de un sentimiento de que ya no hay nada que hacer, de que ya no es posible hablar. De igual manera Pablo, su hermano al tratar de hablar se inhibe, se siente cohibido, y rompe en llanto. De nuevo aquí pone de manifiesto en su propia desesperación, la desesperación de la totalidad. Cuando se busca acercarlos y provocar algún tipo de intimidad afectiva, el padre se aísla y se aleja, y de hecho no vuelve a terapia. Otra vez aquí se pone de manifiesto cómo una parte representa y refleja a la totalidad. En el segundo ejemplo María tanto en su comportamiento global, así como en su comportamiento en la sesión conmigo, refleja uno de los problemas que ella considera característicos de su sistema interaccional familiar, el hecho de que ahí no se puede hablar porque todo es objeto de burla y de crítica. Su comportamiento sintomático, su intento de suicidio, refleja su enojo, su sentimiento de falta de afecto, su crítica a su ambiente relacional. De igual manera, en la sesión conmigo ella se enoja primero, y luego hace gestos y expresiones de burla, buscando descalificar la confrontación que le hago, al señalarle que ella parece ser tan intransigente y demandante como ella dice que lo es su madre. Al igual que en una caricatura donde unas pocas líneas pueden reflejar y representar a la totalidad, de igual manera el comportamiento del paciente identificado puede poner de manifiesto y reflejar a la totalidad del sistema interaccional. Es decir que, en la interacción, contiene en sí mismo a la configuración total.

Este fenómeno, de que la parte puede representar a la totalidad, recuerda de otro, y éste es el fenómeno de transformación isomórfica. En un sistema las diferentes partes o componentes del mismo, son, en su interacción, transformaciones isomórficas de la totalidad; esto quiere decir que en sus interrelaciones las diferentes partes reflejan a la totalidad. Dicho con las palabras de Levenson (7) “. . . los elementos (de la totalidad) reflejan a la estructura en su interrelación con cada uno de ellos, o cómo son ellos transformaciones isomórficas de cada uno”. De acuerdo

con esto entonces, se puede decir que el comportamiento global del paciente identificado, su *forma* de estructurar su interacción con otros, refleja a la estructura relacional de la familia, es una transformación isomórfica de la misma.

Los ejemplos citados reflejan a su vez este fenómeno de transformación isomórfica. En el caso de Carlota, Berenson (3) nos dice, al describir lo que sucede en la primera y segunda sesión, cómo en la primera él se siente ansioso e incómodo frente a la batalla que ocurre entre padre, madre, y Carlota; y cómo en la segunda sesión, la interacción de la familia provocó en él “un sentimiento de no aceptar o de no tolerar esta distancia afectiva y la falta de intimidad”. Este sentimiento lo lleva entonces a participar en una forma en que busca forzar intimidad afectiva y acercamiento entre ellos; el padre, por su parte, se siente amenazado frente a esta exigencia y se retira de la terapia. Es evidente que su reacción frente a la manera de interactuar lo lleva a participar en una forma similar a la de ellos. El se siente, al igual que ellos, ansioso e incómodo, por una parte, y por otra, busca forzar intimidad afectiva, consciente de su intención de no aceptar o de no tolerar la distancia entre ellos. En este sentido él tiende a reaccionar en una forma similar a como reaccionan los miembros de la familia. Ellos se acusan, se enojan, se maltratan, y se mantienen a la distancia. El se siente enojado, ansioso, no tolera la distancia afectiva entre ellos, y busca provocar intimidad y acercarlos afectivamente. El, al igual que los miembros de la familia, trata de mantener una posición de poder, de ser él quien define la relación, al igual que ellos buscan definirla en su pleito. Hay aquí una transformación isomórfica. Lo mismo ocurre en el caso de María. En su constante quejarse de la manera de ser los otros, particularmente de su madre, se manifiesta igualmente exigente, igualmente intransigente e intolerante. Tanto así que, en un momento dado, al buscar confrontarla con esto, me percibo de la misma forma exigente, insistiendo en que ella es igualmente intransigente e intolerante. Su reacción, su manera de mirarme seriamente, con una cierta expresión de enojo y resentimiento, me advierten cómo mi participación ha sido una transformación isomórfica; cómo nuestro intercambio no ha sido distinto al intercambio del cual ella se queja, la forma en que los miembros de su familia, particularmente su madre, se relacionan con ella.

El proceso comunicacional, tal como se ha mencionado, no está limitado o restringido al lenguaje verbal o hablado. Este proceso ciertamente incluye al lenguaje estructurado, pero va más allá de él, y abarca la totalidad del comportamiento. Es un proceso semiótico. Visto así, el síntoma o el comportamiento sintomático, no solamente es un mensaje, en el sentido de que informa o advierte que algo anda mal, que algo lastima o maltrata, sino que además también es un mensaje sobre el mensaje mismo. Es decir, es una metacomunicación, que informa sobre el contexto relacional en el que se origina el mensaje, el síntoma. Y en este sentido el síntoma, o el comportamiento sintomático, es una metáfora sobre el sistema relacional o interaccional del individuo. Dicho con las palabras de Wilden (17) “desde la perspectiva comunicacional .. se puede afirmar que cada síntoma - . -es una metáfora. Una metáfora derivada de las relaciones metonímicas del sistema ...”

Antes de proseguir con el caso de Carlota y el de María, conviene hacer algunos comentarios sobre esas dos dimensiones que constituyen todo lenguaje, lo metafórico y lo metonímico. Estas dimensiones se ponen de manifiesto y se reflejan en el comportamiento global del individuo en general, y del paciente identificado en particular. El interés en señalar esto se desprende del hecho de que en la medida en que atendamos al comportamiento como un lenguaje, en la misma medida podemos comprender mejor el mensaje o la información que nos transmite el comportamiento global del paciente identificado.

Por otra parte, cuando consideramos al comportamiento de esta manera, podemos entonces observar cómo éste nos remite a un significado y a un contexto interaccional en el cual se origina y en el que es válido. Más aún, también esto nos permite atender a cómo el paciente, advertida o inadvertidamente, busca estructurar su relación con nosotros de forma que su experiencia interaccional ahora no sea distinta a otras ya vividas por él.

Wilden (17) refiriéndose al comportamiento como lenguaje, afirma que “toda comunicación en un sistema de comunicaciones, un ecosistema, incluye un eje de selección y un eje de combinación”. Añade seguidamente ese autor que él utiliza, de manera bastante libre, “los términos de metáfora y metonimia para designar estos dos ejes”. De igual manera Levenson (9) hace referencia a estas dos dimensiones, la de la metáfora y la de la metonimia* (6, 10). Lo metafórico, la primera dimensión o el primer eje, se refiere, de acuerdo con Levenson (9) al contenido manifiesto, al tema central, a lo que es cierto y perdurable, y que es independiente del tiempo y del espacio. Para comprender la información, o el mensaje, de este contenido manifiesto, se necesitan las asociaciones del paciente a ese contenido, si bien no necesita conocer al paciente mismo para comprender el mensaje. Por su parte la segunda dimensión, la dimensión de lo metonímico, se refiere, de acuerdo también con Levenson (9), a lo que es cierto y relevante en este momento y en este contexto. Las asociaciones podrían venir del paciente aunque no necesariamente, podrían venir también del terapeuta mismo, o de ambos. Esto es así porque el significado se desprende del contexto social. Se conoce el significado de lo que está ocurriendo porque se sabe “cómo encaja en el contexto de la experiencia mutua”. Lo metonímico refleja lo idiosincrático de la experiencia en este momento y en este contexto. La información que da no es la misma que da el contenido manifiesto, lo metafórico. La información que transmite esta dimensión metonímica tiene que ver con lo relacional, con la manera en que se debe interpretar y entender el contenido manifiesto aquí y ahora, a la vez que añade relevancia inmediata, e informa sobre la profundidad del afecto en ese momento y en ese contexto.

La familia J., como se recordará, vino a consulta por las dificultades que había presentado Carlota, quien intentó suicidio, y quien además había tenido problemas con drogas. El terapeuta, Berenson, hizo la observación de que en el momento de solicitar la consulta, la madre de Carlota había dicho que “los problemas de Carlota eran los problemas de la familia” Tal parece entonces que la madre de Carlota advertida o inadvertidamente, había recibido y comprendido el mensaje de Carlota. Es decir, que su comentario verbalizaba lo que había percibido como en el contexto interaccional de su propia familia. El comentario de la madre de Carlota así como el comportamiento global de Carlota, reflejan y ponen de manifiesto lo metafórico de la interacción. Esta es la dimensión metafórica a la cual hemos hecho referencia, y que es, como dice Levenson, independiente del tiempo y del espacio. De igual manera Rubistein, quien como se mencionó discute este incidente terapéutico, señala que Carlota, “a través de su acting out, sirve como la portavoz de la desesperación de la familia”. De nuevo aquí Rubistein pareciera estar verbalizando, a su vez, lo mismo que ha dicho la madre de Carlota, y que Carlota ha expresado en su forma de organizar su experiencia interaccional. Al hacer la observación de que Carlota es la portavoz de la desesperación de la familia, se está diciendo de otra manera que Carlota está expresando el desaliento, la frustración, la cólera, que en alguna medida describen su ambiente relacional. Tal como lo diría Lantéri-Laura (6), el comportamiento global de Carlota, su intento de

* El énfasis de Levenson es en lo interaccional y en lo comunicacional. Toda interacción permite el intercambio de información y en este sentido todo proceso interaccional es un proceso semiótico o comunicacional.

suicidio, su desesperación que la llevan a tratar de quitarse la vida, es un significante que remite a un significado, el de desesperación, de desaliento, de cólera, el significado que se expresa en el tema central o en el contenido manifiesto de la interacción del sistema familiar de Carlota.

El comportamiento global de Carlota remite a un significado virtual, que no es otro que la dimensión de lo metafórico. De igual manera, este comportamiento también pone de manifiesto el eje o la dimensión de lo metonímico. Para percibir lo metonímico debíamos estar presentes ahí, en ese momento y en ese contexto. De aquí la necesidad de completar este ejemplo con uno de mi propia experiencia clínica, que me permitiera mejor ejemplificar este aspecto metonímico. No obstante esto, sin embargo, podemos diferir de la descripción que hace Berenson del caso de Carlota, algunos de los mensajes metonímicos, los que remiten a su vez a la dimensión metafórica. Berenson no hace referencia a los detalles del intento de suicidio de Carlota. Sin embargo, la descripción que hace Berenson de la interacción en la primera y segunda sesión reflejan algunos mensajes metonímicos. Así, en la primer sesión, el terapeuta se siente ansioso e incómodo al observar cómo padre, madre e hija se acusan en forma salvaje, dando la impresión de no tener control sobre su cólera. Este comportamiento, que en ese momento y en ese contexto, provoca esa reacción en el terapeuta, es el mensaje o la dimensión metonímica. Y, de nuevo, el comportamiento de la familia en la segunda sesión, en la que Pablo trata de hablar con la madre, sintiéndose cohibido, y estallando en llanto mientras que Carlota sonrío, de nuevo pone de manifiesto lo metonímico. Es decir, lo que es contextual y lo que es relevante en ese momento, provocando en el terapeuta una urgencia a no aceptar y a no tolerar la distancia afectiva y la falta de intimidad del grupo familiar. De igual manera, el esfuerzo del terapeuta de provocar mayor intimidad y acercamiento entre los miembros de la familia, amenaza al padre quien no vuelve a terapia. Las acusaciones, el llanto de Pablo, el alejamiento del padre ante la necesidad de tener que acercarse más afectivamente, todas ellas son señales metonímicas que ponen de manifiesto en ese momento y en ese contexto la desesperación de la familia. Las reacciones del terapeuta tanto a estas señales metonímicas como a lo metafórico, el contenido manifiesto, señalan por lo demás, cómo en su participación él se convierte en un elemento isomórfico con el resto de los miembros de la familia.

En el segundo ejemplo, el caso de María, ella viene sola a terapia, enviada por sus padres, quienes han expresado preocupación por su intento de suicidio. María describe la relación familiar, como algo imposible, donde no se puede participar o hablar porque se expone uno a ser objeto de crítica, o de burla, o de engaño. El padre es percibido como alguien que se preocupa, pero que se mantiene a la distancia, alejado, siempre de acuerdo con la madre, nunca intercediendo por ella. La madre es descrita como una persona impulsiva, irrespetuosa de la privacidad de cada uno de ellos, hiriente, arbitraria, que no escucha lo que se le dice, y quien no acepta que se le contradiga, tomando la contradicción como un insulto y falta de respeto. Es decir, la madre es percibida como alguien que no permite la metacomunicación al hacer imposible hablar de cómo se relacionan. María expresa todo esto con gran resentimiento y enojo, con sequedad, con alejamiento afectivo. En alguna medida da la impresión de que la mejor manera de relacionarse es no relacionándose; de que la mejor manera de evitar sentirse lastimada y lastimarse es alejándose y estando sola. El contenido manifiesto, el tema central, las descripciones que hace, sus asociaciones, todo va en el sentido de señalar su resentimiento, su soledad, su desesperación, su sentimiento de que es mejor no participar, o hacerlo en una forma distante y superficial. Esto señala la dimensión metafórica de su lenguaje. El mensaje metafórico

también se pone de manifiesto en su comportamiento global al intentar suicidio como respuesta a lo que ella siente, y como reacción hacia el comportamiento de la madre de entrometerse e irrespetar su privacidad. Con su intento de suicidio, su comportamiento global en este sentido, ella parece querer expresar su desesperación ante su falta de privacidad, su necesidad de distancia y alejamiento, en un contexto carente de confianza y afecto.

En su interacción conmigo, en un momento dado, le hago el comentario de que ella es tan exigente como lo es la madre, tan enojada, tan rechazante, tan burlona, como ella dice que su madre es; le señalo que siento que se comporta conmigo como ella dice que su madre se comporta con ella. Ella reacciona con distancia, con enojo, con un llorar contenido, no aceptando el pañuelo desechable que le ofrezco, mostrándose seria y molesta, y preguntando “¿y qué, me tiro en sus brazos?”. Esto lo dice con ademanes y gestos que aparentan o pretenden ser cómicos y burlones, pero que a su vez son descalificados por su enojo y su tristeza. Esta respuesta, este comportamiento hacia mí, pone de manifiesto lo metonímico, la señal metonímica que me indica quién soy yo, en ese momento, en mi relación con ella en transferencia. Mi comentario me lleva a una participación en que me convierte en una transformación isomórfica de lo ya vivido por ella en su relación con su madre. Su reacción, y el mensaje metonímico de la misma, también señala su temor a ser rechazada, a no ser aceptada, a sentirse criticada, a la vez que pone de manifiesto cómo ella busca protegerse con enojo y con burla del sentimiento que todo esto provoca. Su comportamiento, sus gestos, sus expresiones, sus comentarios, todos son la señal o la dimensión metonímica de su lenguaje. La totalidad del comportamiento de María, en su interacción conmigo, reflejan y ponen de manifiesto esas dos dimensiones fundamentales del lenguaje, lo metafórico y lo metonímico.

El concepto de “paciente identificado”, entonces, refleja en forma metafórica el contexto relacional o interaccional y la crisis del mismo. Si se considera el comportamiento global del individuo, desde una perspectiva semiótica o comunicacional, esto nos permite percatarnos con mayor claridad de la función comunicacional del síntoma en general, y del paciente identificado en particular. Y esto es así toda vez que el síntoma, así como el paciente identificado que es el síntoma del sistema familiar, en su comportamiento global, no solo expresa un mensaje, sino que además da un mensaje sobre el mensaje mismo, es decir, es una metacomunicación. En este sentido, como metacomunicación, el comportamiento sintomático remite metafóricamente al contexto relacional en el cual se origina y el cual es válido y relevante. Un enfoque semiótico o comunicacional del comportamiento del paciente identificado permite evitar el conflicto de si debemos ubicar el proceso terapéutico en el interior, o en el exterior del individuo. Tal como lo señala Levenson (9), “el lenguaje permite evitar y obviar la batalla entre lo interno y lo externo, puesto que el lenguaje es, desde luego, ambos. No puede existir comunicación sin que exista un proceso de lenguaje intrapsíquico, y tampoco puede existir lenguaje sin que exista un receptor, aunque éste sólo sea un receptor imaginario”.

El interés de estos comentarios y observaciones sobre el síntoma en general, y sobre el concepto de paciente identificado en particular, desde una perspectiva comunicacional va más allá de un simple ejercicio académico o intelectual. Atender al comportamiento sintomático del paciente desde esta perspectiva tiene también implicaciones prácticas para el terapeuta. El terapeuta debe atender el comportamiento del paciente, advirtiéndole cómo éste le da información sobre el problema del que se queja el paciente, así como sobre el contexto interaccional en el cual éste se origina. Más aún, el terapeuta debe percatarse de cómo este comportamiento global

expresa, por una parte, la manera en que el paciente ve o percibe su contexto interaccional, y por otra, la forma en que esta manera de verlo o percibirlo se hace presente en el aquí y ahora de la relación terapéutica. La importancia práctica de esto se hace evidente si se recuerda que "la terapia es en esencia la integración de ambos aspectos" (9).

ABSTRACT

The concept of the "identified patient" is considered, defining such a patient as a symptom of family malfunctioning. Special emphasis is given to the symptom itself and to such a concept of an identified patient, from a communicational or semiotic perspective.

BIBLIOGRAFIA

1. Artiss, K. L., *The Symptom as Communication in Schizophrenia*, Grune and Stratton, New York, 1959.
2. Bellak, L., and Small, L., *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York, 1965; pág 95.
3. Berenson, G., "Critical Incident No. 1", In: N. W. Ackerman (ed.) *Family Therapy in Transition*, Little, Brown and Co., Boston, 1970, pp 261—263.
4. Haley, J., *Strategies in Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York 1963, pág 156.
5. Keeney B. P., *Ecosystemic Epistemology: An Alternative Paradigm for Diagnosis*. *Family Process* 1979; 18(2):117—129.
6. Lanteri-Laura, G., *Los Aportes de la Lingüística a la Psiquiatría Moderna*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1976; pp 77—85.
7. Levenson, E.A., *The Fallacy of Understanding*, Basic Books, New York, 1972; pág 34.
8. Levenson, E.A., *A Holographic Model of Psychoanalytic Change*. *Contemporary Psychoanalysis*. 1975; 12(1):1 —20.
9. Levenson, E.A., *Two Essays in Psychoanalytic Psychology: I. Psychoanalysis: Cure or Persuasion*. *Contemporary Psychoanalysis*; 1978; 14(1): 1—17.
10. Levenson, EA., *Language and Healing*. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 1979; 7(1):271 —282.
11. Minuchin, S., *Families and Family Therapy*. Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1974; pp 7. 60—66.
12. Rubistein, D., "Critical Incident No. 1", In: N.W. Ackerman (ed.), *Family Therapy in Transition*, Little, Brown, and Co., Boston, 1970; pp 268—270.
13. Satir, V., *Conjoint Family Therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto, California, 1967.
14. Sluzki, C. E. "La Familia como Sistema". In: G. Vidal *et al.* *Enciclopedia de Psiquiatría*, 2da edición, El Ateneo, Buenos Aires, 1979; pp. 227—232.
15. Watzlawick, P., Beavin, J. H., and Jackson, D. D., *Pragmatic of Human Communication*. W. W. Norton and Co., New York, 1967.
16. Watzlawick, P., *The Language of Change*, Basic Books, New York, 1978; pp 15 y 69.
17. Wilden, A., *System and Structure*, Tanistock Publications, London, 1972; 352—3