

Psicosis blanca: a raíz de un caso clínico

Carmen García Oliver (1), María Teresa Velasco Morán (1)
(1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón



A continuación presentamos el caso de M, de 15 años, ingresada en varias ocasiones en nuestra unidad de adolescentes por alteraciones de conducta. A nuestro parecer y tras la lectura de varios artículos al respecto, esta paciente podría encuadrarse en lo que fue denominado por André Green como “psicosis blanca”.

• Presentación del caso:

- ✓ **Desarrollo:** Hasta los 5 años, era una niña extrovertida y habladora, buen contacto con iguales. Desde los 6 años, habla menos, se encierra en su cuarto, en el colegio la encuentran “desafiante”, tiene dificultad para expresión de emociones y “nunca llora”. Actualmente, sólo mantiene interés “obsesivo” por el piano.
- ✓ **Antecedentes personales psiquiátricos:** En seguimiento por psicología privada desde 2014, derivada por “falta de atención y conducta desafiante”. Desde 2017, en seguimiento por psiquiatría y psicología en la red pública. En 2018 fue valorada por Digestivo y diagnosticada de “disfagia de probable origen psicógeno”. Ha tenido varios ingresos, diagnosticada al alta de “TEA”, “psicosis no especificada”, “trastorno del vínculo” y “alteración del comportamiento”. Varios tratamientos psicofarmacológicos (Olanzapina, Aripiprazol, Risperidona, Sertralina) sin una clara mejoría.
- ✓ **Estructura familiar:** Los primeros 6 meses de vida residió con sus padres, traslado a casa de sus abuelos maternos por “cuidados carenciales”. A los 6 años, la madre abandonó el domicilio familiar, al iniciar convivencia con otra pareja, quedando M. bajo el cuidado de los abuelos. Escaso contacto con la madre, quien tiene su propio domicilio, lugar al que la paciente en numerosas ocasiones ha referido que querría ir a vivir. El padre ha mantenido con M. un contacto irregular y esporádico.
- ✓ **Enfermedad actual:** Nada más entrar a la consulta, M. ofrece una sonrisa que más parece una mueca estereotipada. M. es una paciente conocida en nuestro servicio por sus múltiples ingresos y su conducta disruptiva, jugando continuamente con los límites, como una llamada de atención y su medio de comunicación habitual. En los últimos años, ha ingresado por múltiples causas: negativa a la ingesta, autolesiones, heteroagresividad hacia su familia y compañeros de instituto (ej. amenaza a compañera con un cúter), etc. Podríamos resumir sus síntomas en una actitud opositora y agresiva hacia lo externo.

Esta vez, M. ingresa porque ha pegado a su madre durante una de las visitas de esta a casa de sus abuelos. Según nos cuenta la paciente, ha sido “por aburrimiento”. Por este mismo motivo, en los últimos meses ha pasado la mayor parte del día en la cama, aunque por las noches refiere dormir bien. La única actividad que mantiene es tocar el piano, aunque M. no es capaz de contarnos qué le gusta de ello, sino que parece un ritual, una actividad mecanizada y desprovista de significado.

En cuanto a las relaciones con iguales, son inestables, con marcada dificultad en la interacción y vivencia de rechazo, con gran dificultad para la comunicación grupal (más allá de actuar como el objeto de burla para poder pertenecer al grupo), sin interpretación del lenguaje no verbal, todo ello de larga evolución. Respecto a su madre, no habla de ella espontáneamente y sólo responde con monosílabos al preguntarle por ella. En ningún caso es capaz de referirse al otro verbalizando sentimientos. M. también ha estado manteniendo relaciones sexuales de riesgo, sin ser capaz de describir una razón que motive estos actos. Parece que estas acciones son una forma de sentirse viva, más allá del vacío que invade el resto de su vida.

A lo largo del ingreso, M. va acatando las normas de la unidad aunque esto impresiona de ser otro ritual que incorpora a su funcionamiento. En las conversaciones, continúa con un discurso parco, que no resuena ni irradia. Por el momento, M. continuará su camino en Hospital de Día y está pendiente de plaza en Unidad de Media Estancia, donde quizá pueda componer su estructura interna y pueda ver que es vista.

• Teoría de la psicosis blanca:

Green definió la psicosis blanca como “el reino de la desinvestidura radical, tela en la que se inscribe el cuadro de la neo-realidad delirante” y la encuadró en su clínica de lo negativo (1). Se trata de una desinvestidura del objeto primordial (la madre), que impide la creación de una estructura psíquica que en el futuro permita la investidura por otros objetos. De este modo, el sujeto queda vacío e incapaz de lograr nuevas representaciones. Lo que prima en estos casos no es la represión, sino el inconsciente no reprimido (lo que Bollas definió como “lo sabido no pensado”), que da lugar a una huella psíquica que conduce a patrones de comportamiento reiterativos (2).

En la práctica clínica, nos encontramos con sujetos que pueden llevar una vida aparentemente normal y funcional, pero sin embargo, están carentes de cualquier tipo de mundo subjetivo (2). Igualmente, los síntomas suelen ser comunes y lo que lo diferencia de sujetos neuróticos es la afectación del pensamiento y la incapacidad de representación (3). Respecto a la diferencia frente a la psicosis clásica, en la psicosis blanca lo que destaca es la parálisis del pensamiento, en la que el sujeto al no haber tenido una investidura primaria no es capaz de crear nuevos significados ni una neo-realidad delirante (3).

Dentro de la clínica de lo negativo, Green también describió el complejo de “la madre-muerta”, aquella madre ausente que provoca la pérdida del “amor de una persona” y no “la pérdida de la persona amada” (1), es decir, la madre desinviste al bebé retirando sus lazos libidinales. De este modo, el sujeto vivirá las futuras separaciones como un abandono del otro.

Por tanto, la clínica del vacío se origina ante una desinvestidura del objeto primario dando lugar de forma secundaria a fenómenos destructivos que tratan de reparar los agujeros psíquicos.

• Abordaje clínico:

Tras una revisión de la literatura disponible, la psicoterapia debería centrarse en dos objetivos principales:

- “Matar a la madre muerta”: elaboración del duelo en el espacio de la transferencia, evitando la actuación de la contratransferencia que estos pacientes suelen generar y evitando una nueva vivencia de abandono del sujeto (2). Se deben desactivar los mecanismos que han generado el vacío, mediante una “narcisación del yo” (3).
- “Revivir al hijo muerto”: estimular la búsqueda de nuevos objetos y el interés por el mundo objetual, más allá de los fenómenos destructivos y tomando conciencia de estos (2).

• Bibliografía:

1. Green, A. (1983) Narcisismo de vida. Narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1990
2. Velasco, R (2009) ¿Qué heredó la madre muerta? Pensando a André Green desde Christopher Bollas. Revista Internacional de Psicoanálisis en Internet (32).
3. Lanza Castelli, G (2018) Los pacientes fronterizos y la psicosis blanca. Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia (10).