



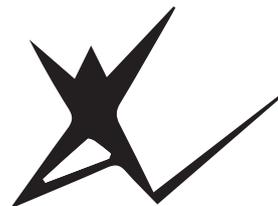
CLINICA

AbORDAJE y TRATAMIENTO de la Psicosis



ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS

José Luis de la Mata





ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS

Consideraciones generales sobre el tema de la Psicosis

O. En un artículo anterior (ver “apuntes de Psico(pato)logía” Facultad de Zorroaga, curso 1983-84) hemos hecho ya algunas consideraciones generales sobre el tema de la Psicosis y, más en concreto, sobre las características que debe reunir una semiología clínica, conectada con una Psico(pato)logía de corte dinámico y clínico. Decíamos entonces que, comprendida desde ese punto de vista, una semiología deja de considerar al síntoma como un índice puramente físico, para concebirlo en términos de “estructura” y de “procesos”. Esto significa abandonar una concepción puramente estadística de los síntomas y de su copresencia cuantitativa. Por el contrario, lo que actualmente pretendemos es desarrollar una teoría del síntoma en conceptos de sistemas y de estructuras, como lo único que puede dar cuenta significativa de esos mismos síntomas. Consecuentemente, cambia el mismo concepto de realidad así como el de observación y se va hacia una teoría explicativa e implicativa, histórica y dialéctica.

1. Si cambia el concepto de semiología, necesariamente tiene que cambiar los conceptos de nosología y, por lo tanto, también los de pronóstico y el de tratamiento. No se puede ocultar, sin embargo, que existen regularidades, que se dan cuadros con ciertos parámetros comunes, etc., etc... Pero esto significa que el concepto de enfermedad deja de ser transcultural, para aproximarse hacia teorizaciones implicativas de los conceptos de salud y enfermedad así como a causaciones circulares, con marcos explicativos de carácter histórico y no biológico. Para ciertos tiempos históricos y para determinadas culturas, se puede afirmar que hay agrupamientos sintomáticos que poseen ciertas constancias o regularidades, por el hecho mismo de que la desorganización psíquica que entraña formas y sistemas de conducta arcaicas o primigenias, responde a características constantes y específicos de los procesos de socialización por los que, en sociedades y culturas concretas, se constituye subjetiva y personalmente el individuo humano.

2. Por lo tanto, una semiología actual de la psicosis tiene que considerar dialécticamente el problema de las entidades clínicas. Evitando un atomismo simplificador; pero también evitando los riesgos de una totalización abstracta. La entidad clínica tiene como referente una peculiar organización de la personalidad humana, del orden de funcionamiento de un aparato psíquico, del estilo que se manifiesta como regularidad en el sistema de las conductas de un individuo humano. Desde ahí, la necesidad de articular los fenómenos de organización con los fenómenos de desorganización o, si se



prefiere, la estructura de articulación de un sistema que es patológico por respecto a normas o valores de circulación social o bien por referencia a la gestión de determinadas situaciones o a la posibilidad de desarrollo de ciertas relaciones vinculares o a la capacidad de formar nuevos vínculos. Con esto se quiere decir que una patología dinámica nunca puede dejar de funcionar incardinada en una teoría de la Historia y de la Personalidad.

3. Por otra parte, se rompe con una concepción mecanicista del psiquismo, puesto que se introducen sistemas y subsistemas, estructuras de organización y encadenamientos causales más complejos y más acordes con la actividad específica que determina lo psicológico. Con ello, se facilita superiormente la comprensión de lo que le está ocurriendo al sujeto psicótico y permite un abordaje terapéutico con posibilidades de organización y racionalización. Sólo una comprensión tal de la Psico(pato)logía y, en consecuencia, de la semiología, nosología y pronóstico correspondientes, permitirá disponer y ordenar todos los recursos terapéuticos, tanto los del terapeuta y del centro donde éste se inscribe como del propio paciente y de su contexto real de inserción.

4. Así mismo, esto supone pasar de una semiología del síntoma a una semiología de las estructuras, como ya se ha dicho, a una semiología que pone su atención en la organización del sujeto, en la dialéctica de su propia interioridad/exterioridad. Lo que conlleva a un diagnóstico fundamentalmente de relaciones. Con esta última definición, estamos ya en disposición de poder entrar a definir conceptualmente la estructura psicótica. Desde el punto de vista del desarrollo, la estructura psicótica no es sino una de las posibles organizaciones históricas que un individuo puede recibir y adoptar en los procesos de su humanización y/o socialización. Para el Psicoanálisis, por ejemplo, sería una estructura producida por un sistema de fracaso en las distintas etapas del desarrollo del niño que culminan en el complejo de Edipo. Desde otras perspectivas, la estructura psicótica estaría en relación con la incongruencia entre formas de organización de socialización intrafamiliar y extrafamiliar, con graves anomalías respecto al funcionamiento mismo de la organización de la identidad del sujeto y de sus capacidades respecto a la posibilidad de constituirse en un self dinámico. Identidad, self... todo nos lleva al concepto de interacción que hemos venido utilizando en otros artículos. La estructura psicótica se organiza en torno a un sistema de restituciones delirantes, imaginarias y fantasmáticas que constituyen el mundo alucinatorio del psicótico.

5. Las definiciones anteriores no constituyen sino un modelo abstracto que tiene que ser operativizado, para poder dar cuenta de la psicosis específica de un individuo. Queremos decir que se trata de una definición apta para explicar el concepto puro de psicosis, pero que por sí misma no vale para explicar las peculiaridades, diferencias y concreciones de la psicosis de sujetos concretos. En esa misma línea, podríamos también decir que la psicosis es un trastorno primario de la identidad de un sujeto, un trastorno de la relación "intencional" de un sujeto con los objetos de su mundo, un proceso que concluye en una crisis, en la que hay una retracción de esa intencionalidad objetiva, un



apartarse del mundo y de sus contextos microsociales, con incremento de la carga narcisista, seguida de distintos intentos de reconexión objetiva. A esta caracterización general se añade la sintomática concreta en sus diversas formas del extrañamiento, la despersonalización, la descorporalización, la megalomanía, etc... Estas sintomáticas no serían sino la manifestación concreta y observable de los distintos rasgos que constituyen a tal estructura como modo de organización o como sistema de la personalidad.

6. Si pretendemos hacer una caracterización de las formas de comienzo de la psicosis, tenemos también que decir que éstas son polivalentes y multiformes. Aún cuando las pautas de socialización para cada microgrupo familiar, en una sociedad y en un tiempo concretos, sean más o menos constantes, no cabe la menor duda de que existen variaciones y diferencias notables. No sólo hay que contar con las características socioculturales del microgrupo en cuestión, sino también con las propias características biográfico-afectivas, mitológicas, comunicacionales... que dan cuenta de un microgrupo concreto. Teniendo esto en cuenta, tendremos que decir que hay tantas formas de comienzo de la psicosis como sujetos psicóticos existen. No quiere decir esto que no existan regularidades, regularidades que son las que, en definitiva, orientan al terapeuta; lo que se afirma es que a partir de esas regularidades se hace necesario, para comprender al sujeto interactuante que tenemos delante, se hace necesario comprender, repetimos, que dentro del marco de esas regularidades tenemos que encontrar los rasgos concretos de cada situación, de cada biografía, de cada conflicto. A partir de esta consideración general, importa indicar otra inmediatamente: fuera de los procesos de la crisis y de los acontecimientos que la provocan, la personalidad puede poseer una estructura prepsicótica que adopta formas más o menos inestables de organización neurótica. La crisis es un episodio que manifiesta una descompensación, la que se produce en una situación, ante unas relaciones, frente a una problemática que el sujeto no puede asimilar, elaborar o gerenciar con el sistema de defensas o con el estilo de interacción que le valieron hasta ese mismo momento. En consecuencia, hay que interpretar que individuos que pueden mantener un cierto equilibrio ante situaciones constantes, con regularidad poco cambiante, pueden experimentar una crisis o sufrir una descompensación psicótica ante otras determinadas situaciones. Pero, en esta misma línea, habría que seguir afirmando que, en puridad, en toda estructura de personalidad "normal" hay ciertas posibilidades de descompensación psicótica, y ello en la medida en que no es posible hablar de personalidad al margen de un contexto concreto y para un sistema de interacciones más o menos inestables.

7. Sujetos con presentaciones histéricas u obsesivas pueden, en muchos momentos de crisis, mostrar el verdadero talante de su estructura de personalidad. Así, por ejemplo, puede ser bastante difícil distinguir entre un ataque histérico o las manifestaciones menos aparatosas de una psicosis histérica. También la rigidez, falta de flexibilidad de un obsesivo pueden prevenir determinadas descompensaciones psicóticas; sin embargo, nadie duda que muchas defensas obsesivas no son sino formaciones que pretenden poner un dique a auténticos contenidos psicóticos, contenidos que episódicamente pueden hacer su aparición como verdaderas experiencias delirantes. Esto significa



que la sistematicidad y el ritualismo obsesivos tienen cierta inercia tanto a contaminarse de ideas delirantes como a manifestarse como rigurosas presentaciones de lo que habitualmente entendemos como conducta obsesiva. En los artículos anteriormente indicados, hemos expuesto alguno de estos rasgos: así, el análisis de las fobias que desarrollan hacia la psicosis, sobre todo en los casos de graves hipocondrías o en las fobias de marcado carácter simbiótico.

8. Otro elemento que es importante aprender a distinguir es la distinción conceptual que existe entre estructuras y sistemas. En muchas ocasiones, hemos insistido en la necesidad de considerar la estructura en sus dimensiones dinámicas y diacrónicas. Si se tuviera que hacer una definición de urgencia, habría que decir que la estructura es el sistema “en movimiento”; constantemente, cuando de un sistema decimos que es abierto o que está estructurado y es estructurante, siempre nos referimos a este valor dinámico del sistema. Quiere decir que solo a efectos de análisis o de exposición pedagógica, el sistema posee estabilidad. Hay que tener en cuenta que un sistema abierto existe en la medida en que existe dinámicamente; por tanto, se puede afirmar que el sistema es siempre “organización de procesos”. Aplicado al ámbito de la estructura de la personalidad o de la estructura psicótica, se puede decir que una estructura psicótica no es sino el orden y la legalidad dinámicas de un sistema que interactúa permanentemente con sus contextos propios. Por lo mismo, si bien hay un cierto continuum entre el sujeto “prepsicótico” y el sujeto en crisis, también puede decirse que la fractura que presenta la crisis psicótica está ya presente o simbólicamente expresada en muchas de las manifestaciones del individuo ante-crisis.

9. En teoría clásica, se suele distinguir entre lo “patogénico” y lo “patoplástico”: lo patogénico alude al déficit originario que aparece en los distintos cuadros patológicos de la vinculación arcaica; por el contrario, lo patoplástico sería lo que cada individuo aporta de específico al cuadro clínico general. Qué puedan dar de sí estos conceptos, independientes uno de otro, es algo permanentemente discutido. Para unos, lo patogénico sería precisamente lo que en cada individuo contribuye a anunciar o predeterminar la crisis y la consiguiente fractura psicótica, de modo que lo patoplástico no sería sino un mero accidente lo que actuaría como precipitante de esa estructura o perturbación genéticamente determinadas. Por el contrario, otros autores indicarían que sólo cuenta lo patoplástico y que, en ese sentido, lo patogénico no es otra cosa que manifestación de la vulnerabilidad del individuo humano a las relaciones primitivas de organización y desarrollo.

10. Otro concepto que es importante de resaltar, a la hora de hablar de los comienzos de la psicosis, sería el de “discordancia”: es decir, la aparición de un conjunto de conductas nuevas para el individuo. También se trata de un concepto conductivo, en la medida en que se puede afirmar que lo nuevo no suele ser sino el índice que acompaña a un fenómeno que es incapaz de asimilar condiciones nuevas o situaciones distintas. El concepto vale, en todo caso, porque nos permite destacar aquellas fases primeras de expresión del conflicto básico de un individuo.



11. Otro elemento importante a considerar puede ser la “atipicidad” de ciertas conductas. Es una norma ya establecida la afirmación de que el terapeuta con experiencia se encuentra frecuentemente con ciertas conductas a las que se puede considerar como indicantes psicóticos. Frecuentemente no es nada que se pueda definir conceptualmente, sino algo que nos orienta hacia la psicosis, muchas veces sin saber por qué exactamente. Dificultades en la comprensión, ciertos niveles de confusión, elementos de susceptibilidad, la impresión de que el sujeto no está presente... Es frecuente que un análisis fino de las manifestaciones de la contratransferencia nos pueda orientar hacia signos de referencial psicótico. Por supuesto, estamos hablando de todas aquellas ocasiones en las que el diagnóstico es confuso, porque la presentación es estructural y significativamente neurótica. En esos momentos sólo podemos contar con el análisis de los factores contratransferenciales. Y con ello una vez más queremos indicar que tanto la semiología como el propio diagnóstico no pueden nunca fundarse en una objetividad de carácter físico, sino a una semiología y a un diagnóstico desde los que vemos al sujeto como sujeto en situación, como sujeto en interacción.

12. De entre todas las presentaciones de la psicosis, quizá las más destacadas sean las que hacen referencia al problema de la regresión. En los conceptos clásicos, esta regresión se explica como constitución del narcisismo secundario y se trata del proceso en el que hay una retirada de la libido de los objetos y una vuelta hacia el Yo. Como registro de estos procesos de regresión se habla de las vivencias de fin del mundo. El mundo se ha colapsado, le parece vacío al sujeto, monótono, absolutamente nuevo. Concomitantemente, aparecen los cuadros de extrañamiento, de despersonalización y de desrealización. Estas vivencias son las que dan origen a los delirios de fin del mundo. Como se ve, se trata de un sistema complejo de vivencias en el que coexisten eleven-tos correspondientes al proceso patológico primario con eleven-tos correspondientes con el proceso patológico secundario o restitutivo. En estas regresiones, no faltan los fenómenos hipocondríacos y cenestopáticos. Unas veces como de intensificación de vivencias corporales y, otras, como la absoluta pérdida de órganos o sectores corporales que desaparecen totalmente de la experiencia vivida del sujeto. Estas regresiones producen también los fenómenos de inflación del Yo y los rasgos megalomaniacos que pueden quedar como tales rasgos o dar origen a los delirios propiamente megalomaniacos.

13. Sin embargo, también aquí es necesario distinguir entre los fenómenos y procesos propios del narcisismo secundario (que es un rasgo propio de la psicosis) y los rasgos de un narcisismo primario, muy poco maduro, expresivo precisamente de la personalidad inmadura del neurótico. Distinguir entre estas dos formas de narcisismo es también empezar a distinguir las formas que puede adoptar la regresión: ésta no es un proceso único ni global ni totalizado; hay regresiones muy variables y selectivas que afectan en mayor o menor grado a determinadas zonas del funcionamiento consciente o de la productividad simbólica. Así, habría que distinguir entre aquellas regresiones que afectan incluso a la capacidad de autoobservación del propio paciente como aquellas otras en las que éste es capaz de manifestar simbólicamente lo que está vivenciando. Esta discriminación simbólica, las propias posibilidades elaborativas pueden contribuir no sólo a mejorar los rasgos diferenciales del diagnóstico sino también a proporcionarnos elementos de superior afinación a la hora de establecer



el diagnóstico y, por lo tanto, a la hora de establecer la estrategia terapéutica.

14. Otras dimensiones como son el exhibicionismo, la autocontemplación, los recursos al espejo, el análisis de las conductas ante el espejo como manifestaciones del extrañamiento y la despersonalización que el sujeto sufre, pueden ser elementos que contribuyan a permitirnos un abordaje superior y más integrativo del sujeto en crisis psicótica. Cuestión importante es distinguir, en la regresión, entre lo que es una retracción intencional del mundo y lo que esto puede suponer respecto del propio funcionamiento consciente, simbólico e interaccional. Quiere decir que es posible que una regresión suponga no sólo una infantilización de las pulsiones objetales sino también la manifestación de una subjetividad o de un self arcaicos. Pero que esto no es obligadamente siempre igual, puesto que se puede dar esa infantilización sin que se manifieste en arcaísmo del “Yo”.

15. Respecto a los factores afectivos, siempre es necesario contar tanto con la ambivalencia de los sentimientos como con la especial receptividad y sensibilización que el paciente tiene ante las actitudes y motivaciones del terapeuta. Con esto queremos indicar que la regresión no es nunca un fenómeno autista absoluto, que la regresión hacia el narcisismo secundario no implica la pérdida total de relaciones de objeto. Lo que no quiere decir que se tenga relaciones “adultas” de objeto. Lo que quiere decir también que no hay una estricta “totalización” del objeto o diferenciación entre éste y el sujeto. Supone precisamente lo que se quiere decir: hay relaciones narcisistas de objeto y, por tanto, relaciones de no estricta diferenciación entre el sujeto y el no-sujeto, relaciones muy lábiles o contradictorias, relaciones cargadas de ambivalencia. Es el análisis de estas relaciones, de su naturaleza y calidad, lo que permite establecer un pronóstico respecto a la posibilidad del lazo transferencial y, consecuentemente, respecto al proceso terapéutico mismo. También tenemos que insistir en el hecho de que la regresión psicótica supone un “corte” entre las representaciones inconscientes y sus correlatos verbales más socializados, lo que nos pone ante las propias características del proceso de significación psicótico. Y a esto se alude cuando se afirma que existe primacía del proceso primario sobre el proceso secundario.

16. Según lo que acabamos de indicar las perturbaciones del discurso simbólico expresan, a su vez, determinadas perturbaciones del contenido del pensamiento. En nuestras investigaciones, hemos preferido hablar de intencionalidad y aún de perturbación “lógica”, comunicativa y metacomunicativa, del proceso de la significación. Lo que se perturba no pensamos que sería tanto el “contenido del pensamiento” como la articulación del propio instrumento socializador de las “representaciones” (también aquí remitimos a artículos contenidos en nuestros apuntes de Comunicación).

17. Respecto a los fenómenos restitutivos de la psicosis, tenemos el elemento fundamental de



los delirios, aspecto éste central en toda la clínica de la psicosis. Cómo y por qué delira un sujeto, qué sentido tiene su delirio, en qué condiciones aparece el delirio... son los fenómenos más importantes de esta manifestación. La distorsión de los patrones cognitivos de la realidad percibida se manifiesta en la propia significación de la realidad vivida. Nunca insistiremos bastante en distinguir entre el “significado” de la percepción socialmente interactuante y el “sentido” de la experiencia vivida. Si algo debemos a la clínica fenomenológica es, precisamente, la importancia que se concede en ésta al registro y o análisis de la vivencia. No se puede olvidar que la alteración psicótica representa una desorganización, donde las expresiones y las significaciones se contraponen muchas veces, donde las vivencias y las cogniciones se contradicen en sus propios índices de circulación social. El extrañamiento, la descorporalización, la alteración del Yo corporal, las alucinaciones... constituyen un entramado vivencial que será el punto de partida de la producción de los delirios. El delirio intenta buscar una explicación para ese desgarramiento, intenta coherentizar los cambios profundos que se han dado en la persona, en el mundo, en los objetos, en los valores. Y este es nuestro punto de partida.

18. Otro elemento importante lo constituye la propia regresión: el individuo regresa hacia formas de expresión anteriores al desarrollo del pensamiento lógico y valorativo del mundo social. Un pensamiento en el que la contradicción tiene un tratamiento diferente al que instituye la lógica de la lengua natural. Un pensamiento en el que los factores cognitivos están orientados básicamente por las emociones y las necesidades más primarias, donde el deseo no encuentra su formulación, donde la vivencia y el pensamiento de la existencia de un objeto son la misma cosa. Un pensamiento en el que la parte sustituye al todo, donde cualquier semejanza puede convertirse en identidad, donde lo que le pasa al Yo le pasa a los objetos y viceversa. Un pensamiento hecho de gestos mágicos, donde no están claramente situadas las fronteras del Yo, las permanencias de la identidad, etc., etc...

19. Se ha dicho que el pensamiento arcaico es un pensamiento fundamentalmente simbólico. Aquí caben diferenciar bastantes cosas: no es lo mismo el símbolo propio del pensamiento prelógico del psicótico que la deformación que sufre una representación o una idea que son prohibidas o reprimidas en el neurótico. En éste no se pierde la capacidad de analizar la dimensión metafórica del lenguaje, mientras que en el psicótico y como elemento fundamental de la perturbación metacomunicativa, esa discriminación metaforizante se ha perdido también. El neurótico “sabe” que está utilizando una metáfora; el psicótico lo ignora. Y esto forma parte de lo que habitualmente llamamos “pérdida del sentido de la realidad” en el psicótico. Queremos insistir bastante en esta cuestión. No es lo mismo una pérdida absoluta de contacto con la realidad que la pérdida que significa la alteración de las funciones lingüístico-lógicas de la comunicación. Se pueden poner cientos de ejemplos en los que el psicótico protesta contra ese fácil reproche que se orienta a considerarlos más en términos de deficientes mentales que a comprenderlos en términos de autores de una transgresión del lenguaje. Como indicaba Bion, en los psicóticos hay una perturbación en la producción simbólica de circulación intergrupala. Queremos decir que expresiones válidas en el interior de un microgrupo social, en donde tienen perfecta coherencia y logicidad, no valen, sin embargo al ser traspasadas a otro microcosmos social.



20. Otro elemento importante de la producción delirante y alucinatoria es lo que se refiere al Superyo. Cuando el Superyo se encierra en los límites del sujeto, nos encontraríamos ante la estructura tópica del melancólico. A partir de esta consideración, se pueden entender ciertas formas de parentesco entre las fachadas de algunas esquizofrenias y psicosis maniaco-depresivas y ciertas melancolías del esquizofrénico. Otras veces, lo que ocurre es que el sistema tópico superyo/ideal del yo es proyectado al exterior y entonces aparecen los delirios de observación y de influencia. Las funciones que cubren estos delirios son similares a los que produce la instancia psíquica correspondiente, aunque ahora esta función se deposita en el exterior. Se trata de los ejemplos clásicos, cuando el psicótico se siente observado, vigilado, acusado, que se le adivina el pensamiento. Se trata de las formas del delirio de autorreferencia y también de lo que Tausk denominó “aparato de influencia”.

21. Otra serie de rasgos psicóticos pueden también ser explicados por el papel que juega el Superyo: sentimientos injustificados de culpa, necesidad de castigo, autoacusaciones, expiaciones... Se trata de un superyo arcaico y sádico que tiene su principal vía de manifestación especialmente en las alucinaciones auditivas, con la especial importancia que para el psicótico tiene todo el material sonoro. Este superyo arcaico, formado en las etapas más primitivas del ser humano, es también el principal responsable del intenso sentimiento de culpa que suele experimentar el psicótico. Desde esta consideración es como hay que entender el frecuente discurso del psicótico, en el que expresa una y otra vez su “inocencia”.

22. También en la literatura clásica se encuentran las perturbaciones corporales como otro de los puntos importantes para comprender la génesis de los delirios. Si la intencionalidad o la libido se retrotraen a la subjetividad o al yo, hay que afirmar que se produce consecuentemente un aumento del tono libidinoso del cuerpo; pero tenemos que recordar que se trata de un cuerpo fragmentado o no totalizado, por lo que la elevación del tono corresponderá sólo a ciertos órganos o zonas del cuerpo. Hay perturbaciones tanto de la imagen como del esquema corporales, se pierden los límites interior/exteriores, cobran autonomía determinados órganos o determinadas sustancias fisiológicas, se producen sensaciones de extrañamiento respecto a esas zonas corporales, etc., etc... Esta fragmentación corporal, esa perturbación de las sensaciones tienen también una gran importancia para el origen de los delirios, puesto que adoptan el sistema de sensaciones la forma de las manifestaciones hipocondríacas. Dentro del cuadro de hipersensibilidad e hipermotricidad corporal el delirio viene a representar un intento de interpretación de cómo y por qué le están ocurriendo esas sensaciones al psicótico... Este llega a pensar que hay zonas de su cuerpo u órganos que se rebelan, que son manejados desde el exterior y que se le imponen persecutoriamente. Aparecen entonces los fenómenos delirantes bien conocidos del intercambio con el medio, de las incorporaciones anales así como de las fantasías de incorporación oral, con formas que pueden presentarse o afectando a la respiración o a la circulación, etc... Esta fragmentación tiene que ser recibida como que se le está envenenando, que alguien poderoso le intoxica. De la misma forma, el retorno libidinoso hacia el yo explica los delirios megalomaniacos y las identificaciones omnipotentes, de acuerdo con las características culturales del medio y del tiempo en que se producen tales identificaciones.



23. Otra dimensiones bien conocidas de la psicosis son todas aquellas que afectan a la problemática homosexual. Aparecen los conocidos episodios de homosexualidad defendidos por todo un sistema de mecanismos proyectivos que dan origen a los delirios paranoicos o persecutorios. Y esto vale tanto para las paranoias propiamente dichas como para las formas paranoides de la esquizofrenia. La conflictiva homosexual puede dar lugar también a los delirios celotípicos o erotomaníacos. En los viejos estudios clínicos, siempre se afirmaba que la homosexualidad no era nada más que una forma restitutiva del proceso psicótico; es decir, se produce en la regresión la emergencia de una serie de factores homosexuales que son “aceptados” por el paciente, pero siempre de una manera precaria y ambigua.

24. Con los anteriores apartados, indicamos algunos de los rasgos más importantes que apuntan a la emergencia y constitución de los delirios. Básicamente, se pueden sintetizar en el fenómeno de la regresión, mediante el cual el contacto con la realidad queda trastornado por remisión a etapas prelógicas y prelingüísticas del desarrollo evolutivo del individuo humano. El simbolismo del sujeto en crisis adopta las formas más individuales, queremos decir las formas con más restricciones en el ámbito de la circulación social; a la vez, en el sujeto se produce una desdiferenciación arcaica que tiene como consecuencia la pérdida o el trastocamiento de esquemas cognitivos de validez en el intercambio social; la fragmentación corporal, el sentimiento de catástrofe del mundo, las vivencias de extrañación, el sentirse manejado, influido, observado... coopera todo ello en la terrible lucha por reconectar con la realidad compartida, es decir, “con la realidad de los otros”. Es en este sistema donde articula y brota el delirio. Tendremos que llegar a la conclusión de que entonces el delirio es lo que organiza el caos vivencial del psicótico, con un universo cargado de polaridades y habitado por todos los fantasmas de las representaciones infantiles. Como dicen algunos autores, se tiene que comprender así mismo que aún en los casos más graves de desorganización psicológica, el sujeto posee ciertas capacidades sintetizadoras, capacidades que tendremos que definir no ya por la forma como actúan, sino por el material que tratar.

25. El tipo de delirio, los mecanismos utilizados, los puntos de partida... dependen estrictamente de la individualidad de los pacientes. Es decir, el delirio que tiene necesariamente coordenadas históricas bien definidas, es un producto que pertenece, en sus características a la biografía del sujeto y de su propio contexto microsociales. Con esto, lo que intentamos es hacer ver que lo esencial del análisis del delirio es buscar su significación, su dinámica, su propia contextualización. El delirio no puede aislarse del sujeto concreto que lo produce ni este sujeto puede ser aislado del contexto vivencial y experiencial en el que ha estado inmerso.

26. No debe creerse, sin embargo, que el delirio constituya lo esencial de la estructura psicótica: el delirio pertenece a esta estructura psicótica, no es esa estructura. En nuestras investigaciones, cuando tratamos de distinguir conceptualmente entre conflicto y disposición genética o entre crisis



y enfermedad, lo que tratamos de resaltar es algo complejo y simple a la vez. La subjetividad se organiza estructuralmente en torno a un sistema de relaciones y vinculaciones, en cuyo “interior” se juega lo esencial del carácter y la naturaleza de las estimulaciones, de las experiencias, vivencias, necesidades y deseos. Al margen de este sistema la estructura o el sistema de personalidad resultante es nada. En la medida de su complejidad, esta estructura subjetiva se organiza en el conflicto y en las formas de resolverlo o trascenderlo, con incorporación de esas mismas formas en rasgos dinámicos de organización, de interacción, de acción. Cómo se arme cognitivamente un sujeto no es un problema ajeno al mundo de sus seguridades, de la expresividad de sus emociones, de la satisfacción o frustración de sus necesidades. Qué identificaciones se realicen no es un proceso mimético, sino que son auténticos sistemas de interrelación mediante los cuales se “incorporan” no tanto respuestas como matrices de formalización, de operativización, etc., etc... Una crisis representa tanto a la inadecuación de una organización de formalizar situaciones y de operar con ellas y ante ellas como la incapacidad, más o menos profunda, más o menos estable, de adecuar la estructura de la organización a las nuevas problemáticas. Pero si se comprende esto bien, tendremos también que comprender que una estructura así no funciona en un sistema cerrado, sino que se da en un sistema que articula interior/exterior, que articula “organismo” y “medio”... Por ello es radicalmente falso un inventario de rasgos de la personalidad que no tenga en cuenta rasgos del contexto, que no integre actitudes con aptitudes, que no tenga en cuenta las vicisitudes de ese mismo contexto, sus cambios, sus problemáticas, sus exigencias con las posibilidades mínimas de captación e integración de los propios patrones cognitivos del sujeto, de su mundo de seguridades, de su concepto de autoestimación, de autovaloración. A esto es a lo que propiamente llamamos dialéctica y es desde ahí desde donde habría o hay que considerar las diferencias que se dan entre el constructivismo genético de un Wallon o de un Piaget y el constructivismo dialéctico que propugnamos.

27. El principio de solución no se encuentra formalmente muy alejado de momentos semejantes definidos por las escuelas dinámicas. Si se pregunta al Psicoanálisis o a las corrientes vinculares qué es lo que constituye propiamente a una estructura psicótica, el acento siempre recae en los momentos constitutivos: la estructura psicótica sería una de las posibles maneras de organizarse un sujeto humano. Y aquí pueden variar las hipótesis etiopatogénicas: quién explicará que esa estructuración representa el fracaso de la función maternal, quién dirá que la consecuencia de una forma estable de interaccionar familiar. Freud decía que la psicosis era el resultado de una manera psicótica (valga la redundancia) de resolver los momentos y complejos constitutivos del psiquismo humano. De otra manera, es un fracaso en la interacción social lo que precipita la estructura psicótica, de manera que las crisis no son sino las manifestaciones repetidas de un fracaso que abarca tanto a los procesos sucesivos de identificación como a los procesos de gestión de la interacción, especialmente en sus dimensiones vinculares. El principal concepto que nosotros hemos introducido es el de la historia, nuestra concepción de la función simbólica y de la interacción y nuestra propia comprensión de lo que son los procesos de acceso de un individuo a su constitución humana. El concepto de historia vs. el de evolución. El concepto de estructura y el de sistema vs. el concepto de organismo, etc., etc... Una homosexualidad no explica la psicosis, de la misma manera que los mecanismos de defensa de un individuo tampoco la explican. La psicosis hay que buscarla en los fracasos de aquellos procesos en los que se elabora la identidad, en los procesos de aquellos momentos en los que se organiza la



representación y la acción, de aquellos momentos en los que el individuo se trasvasa de un microgrupo vincular a otro microgrupo social, en los fracasos respecto a los ritos de paso que toda sociedad y cultura instituyen para los sujetos socializados, etc., etc... Una homosexualidad no depende de una alteración sexual sino que puede depender, patológicamente hablando, de aquellos momentos en los que se elabora la identificación personal. La anatomía sexual no garantiza ninguna identidad sexual como tampoco garantiza ninguna elección objetal. Sencillamente, porque como en todos los demás registros, la identidad biológica, fisiológica, anatómica son transformadas por la identidad psicológica.

28. Por lo tanto, el conflicto y la crisis, positiva o negativa, es lo que llega a explicar la constitución de una estructura, su fracaso o su equilibrio. Y es ahí donde hay que buscar la psicosis y no, por supuesto, en el mundo estricto del síntoma. Hay psicóticos que no tienen alucinaciones o delirios. Hay individuos que producen auténticos delirios y que sin embargo no son psicóticos. Entonces el delirio no es sólo un intento de reconexión con la realidad, porque también el psicótico tiene su “realidad”; el delirio es un intento desesperado por reconectar con la realidad de los demás. Y esto indicaría que no se han perdido las funciones estructurantes de la subjetividad, sino que se han trastocado patrones cognitivos de socialización amplia y que se trabaja “objetivamente” sobre un material de circulación restringida y con un origen más vivencial que perceptivo, En este punto, reindicamos la solución que hemos dado al problema de la objetividad al analizar tanto la intencionalidad o productividad artística como la intencionalidad imaginaria.

29. En la actualidad, no se puede negar que el delirio contiene tanto elementos de realidad compartida como de realidad repudiada, contiene pulsiones, fantasías, angustias de las fases por las que ha transitado el individuo humano o en las que se ha detenido, incapaz de poder resolver la problemática que el conflicto le presentaba. También en el delirio existen defensas o formas de satisfacción o de negación que en un momento determinado fueron eficaces. Si recordamos el célebre circuito terapéutico:

DEMANDA - FRUSTRACIÓN – REGRESIÓN - AGRESIÓN

Veremos que lo que se quiere poner de manifiesto son, precisamente, esos registros en los que se inscribió la necesidad y su satisfacción o frustración. Y en la demanda opera no sólo el nivel de necesidades alcanzado, sino también la intervención “superyóica” o de valoración o de comprensión ideológica respecto a las propias posibilidades de que el sujeto acceda o no a otro plano de necesidades, a otro plano de deseos o valores. También por ello ha sido por lo que quisimos sustituir el concepto de superyó por el concepto de ideología, designando con este concepto no sólo a un sistema de creencias y representaciones, sino también a un sistema de acciones, de posibilidades o de proyecciones. Patrones cognitivos, pautas éticas, organización y vivencia de la corporeidad, líneas de fuerza de las identificaciones... todo ello implica los puntos de arranque del delirio y cómo éste no es sino una forma de interpretación arcaica, pero ya microgrupal, de la realidad a través de las perspectivas del narcisismo que no es otra cosa que la instalación de un individuo en una fase determinada del proceso



de su diferenciación e identificación.

30. Desde esa perspectiva, el delirio abarca toda la temática intrasubjetiva, intersubjetiva e interpersonal. El delirio es una forma simbólica con un alto índice de expresividad mediante el cual se produce un proceso de intento de resignificación y reconexión de un individuo y de su medio conflictivo. Lo favorable del pronóstico en aquellas formas psicóticas en las que está presente el delirio viene dado porque nos encontramos con un intento de no cerrar el circuito interaccional. Esto no afecta a la otra verdad de que el delirio es una conexión restitutiva muy frágil. Queremos decir que las características mismas del delirio pueden favorecer un pronóstico favorable, pero también manifestar los riesgos presentes en cuanto que ese intento está cargado de ambigüedad y de indiferenciación. Puede quebrarse fácilmente y, todavía más, puede imposibilitar totalmente la reconexión con la realidad de los otros. Por esto es por lo que tenemos que condenar enérgicamente tanto a la violencia institucional que pretende forzar el contacto con la realidad, haciendo remitir toda expresión delirante así como la ligereza de aquellos terapeutas jóvenes que inmediatamente pretenden encontrar en la formación delirante su sentido y su significación. La fase del proceso delirante, para nosotros, constituye un momento del proceso terapéutico en el que lo que vamos a buscar fundamentalmente es establecer el contacto y a favorecer todas aquellas manifestaciones que aseguren al sujeto en su deseo de reconexión e interacción activa con el mundo y las personalidades que lo rodean.

31. De este breve repaso de conceptos tenemos que sacar otra conclusión que atañe a lo que se da en llamar “las formas terminales de la psicosis” como manifestación de lo que se entiende como una tendencia hacia estados más profundos de desorganización en el psicótico que van desde la inercia y regresión casi totales de la vida psíquica, con predominio vegetativo y comportamiento automático a aquellos estados terminales en los que prevalece el delirio en sus formas más regresivas. Solo caben dos respuestas: o la que explica estos fenómenos por la línea evolutiva de la enfermedad que culminaría en una cronificación total o la que explica esta cronificación no como “efecto de enfermedad” sino como manifestación de un proceso terapéutico. Nosotros nos inclinamos por esta segunda solución. No se puede en absoluto afirmar que la psicosis presente una “degeneración” semejante a la de la demencia: en la psicosis no existe ninguna alteración que no sea recuperable, incluso después de períodos altos de estancamiento. Un enfoque terapéutico con recursos, con una teoría comprensiva y unas formas técnicas vinculadas a esa teoría difícilmente puede aceptar que se llegue a cuadros auténticamente cronificados. Que largos períodos de alucinación o delirantes tienen efectos negativos sobre la disposición subjetiva, sobre las matrices de formalización y operativización, esto es cierto. Pero habría que analizar con más detalle dónde se dan aquellos factores que precipitan las manifestaciones de la cronificación.



Abordaje terapéutico comunitario

32. Dos palabras para introducir el tema del abordaje y tratamiento de la psicosis. Lo primero, referirnos a los problemas que plantea el tratamiento médico-fisiológico o médico-biológico del abordaje y tratamiento. Hemos insistido numerosas veces sobre las características de este modelo y, por otra parte, la propia psiquiatría, en sus últimos años de avances y tanteos, plantea el conjunto de problemas insolubles que desencadena la aplicación de este modelo. Por más que se insista sobre el desarrollo de la neurología, la anatomía patológica o la bioquímica para el avance de la medicina contemporánea, no existe ninguna constatación que nos permita extender esos avances al esclarecimiento médico de la “enfermedad mental” o de su tratamiento. No se niega la posibilidad de intervención médica en un equipo interdisciplinar. Tampoco se niega la implementación de técnicas psicoterapéuticas con técnicas socio-terapéuticas y corporales. Se niega la posibilidad de considerar independientemente estas perspectivas de abordaje y tratamiento. Decir hoy que una psicoterapia es también una forma de hacer socioterapia, que no existe la posibilidad de abordar un “aparato psíquico” fuera de su funcionamiento simbólico, intersubjetivo e interaccional; decir que ya no se puede concebir ninguna socioterapia sin plantear sus efectos en la organización subjetiva e intersubjetiva; decir que la antigua terapia ocupacional es concebida hoy como una terapia de producción expresiva y simbólica, que busca dotar de nuevos canales expresivos al sujeto; decir hoy que una terapia corporal permite desarrollar nuevas dimensiones subjetivas y personales del individuo... decir todo esto hoy es casi un tópico. Hoy las terapias se organizan unitariamente, no son nada las técnicas sino el modelo teórico que las articula y operativiza y ello porque afortunadamente hemos superado tanto los falsos problemas de la unidad psicofísica como los problemas derivados de una comprensión biológica de la teoría de la evolución aplicada, sin ningún corrector epistemológico, al problema de la conducta humana. Mantener hoy un riguroso punto de vista médico, excluyente como se presenta, no es otra cosa que mantener una comprensión cronificante y desmanteladora del abordaje de la psicosis.

33. Como se sabe, en la actualidad el modelo médico se disfraza con una pretensión de abordaje multidisciplinar. Se insiste en que el tratamiento psicofarmacológico no es sino un aspecto integrador de los tratamientos psicoterapéuticos y socioterapéuticos. Sin embargo, un análisis sin prejuicios realizado sobre los resultados de la aplicación del modelo médico indica taxativamente que este modelo no ha contribuido ni a la comprensión esencial de la estructura psicótica ni a la transformación efectiva de esta misma estructura. Desde el siglo pasado y dejando a un lado lo esencial del tratamiento médico, el asilamiento, desde el siglo pasado, repetimos, existen antecedentes del tratamiento biológico de la psicosis: el ejemplo que siempre se plantea es la piretoterapia (tratamiento por la fiebre) que se hizo en la parálisis general progresiva por parte de Wagner von Jauress. En los años 20 de este siglo, Klaese inicia los tratamientos de sueño prolongado; en 1932, Sakel descubre la insulino-terapia, Cerletti desarrolla los electro-shocks... en definitiva, se trata de un conjunto de terapias de choque, realizadas en los manicomios, mediante las cuales se pretende amortiguar o eliminar una serie de conductas que se estigmatizan bajo la denominación de patológicas. En 1952 Delay y Deniker utilizan la clorpromacina en el tratamiento de pacientes psicóticos, hasta el punto



de que se pretende que realicen un avance revolucionario en la historia de la psiquiatría. Antes de la aparición de los neurolépticos, se utilizaban ya una serie de sedantes y estimulantes que provocaban cambios en las conductas psicóticas aunque de manera inferior a como lo realizan aquellos. Tres grandes tipos de acciones se deben a la intervención de los neurolépticos:

- 1) Acción sedativa y antimaníaca.
- 2) Acción reductora de las producciones psicóticas, del delirio y las alucinaciones.
- 3) Acción desinhibitoria en las psicosis en las que se presentan cuadros de inercia, con autismo y aislamiento.

No vamos a entrar en el detalle de plantear cómo la acción del neuroléptico es fundamentalmente la del primer tipo, con groseras derivaciones respecto a las posibilidades de autonomía, interacción y resocialización de los sujetos tratados. No hay, por otra parte, ningún fármaco que se conozca con suficiente precisión como para que su administración se adecúe siempre a las características idiosincráticas del sujeto. Medicamentos como el Haloperidol y la Trofluoperazina son medicamentos de acción muy amplia, pero que jamás consiguen, cuando llegan a eliminar el delirio y la alucinación, provocar cambios significativos en la conducta interpretativa y cognitiva de los sujetos tratados. No se conocen las dosis exactas ni el tiempo de su utilización ni se resalta la gravedad de los efectos secundarios desencadenados. Las complicaciones aumentan en el caso de las asociaciones farmacológicas y no nos referimos exclusivamente o a los efectos parkinsonianos que desencadenan ni al letargo vegetativo que producen.

34. El argumento más utilizado es el de que la intervención medicamentosa busca producir en el paciente la desaparición del episodio agudo, desarrollando la sedación y tranquilidad que permitan posteriormente intervenir terapéuticamente en el cuadro. En todo caso, los hechos demuestran que la primera intervención necesariamente va seguida de lo que, eufemísticamente se llama “terapéutica de sostén o de mantenimiento” y que no consiste en otra cosa que en el mantenimiento prolongado de ese estado de “sedación”, sin que se produzca ni la comprensión del conflicto básico ni la causalidad de los factores precipitantes de la crisis ni la transformación de la propia estructura psicótica. Si analizamos la bibliografía psiquiátrica actualmente existente, veremos que la consideración médica que se tiene de la intervención psicoterapéutica o socioterapéutica no es otra cosa que la consideración de unas técnicas secundarias y subordinadas, encargadas de prevenir el deterioro que entraña, desde el punto de vista médico, la evolución de la enfermedad mental. Es cierto que actualmente se discute sobre la posibilidad de que la esquizofrenia termine en la demencia. Sin embargo, la discusión está sesgada ya desde el principio, puesto que los únicos casos de observación que se trabajan son precisamente todos aquellos casos de deterioro que proceden del campo manicomial y/o psiquiátrico. A lo más que se llega, es a afirmar la posibilidad de mantenimiento cero de un estado sin grandes alteraciones de la enfermedad “contenida”. El índice de diagnóstico de la enfermedad sigue siendo un índice de “gravedad” (veremos muy pronto como entendemos este concepto) y como factores secundarios los niveles de ansiedad y de excitación, la existencia ó no de delirio, la constancia de alucinaciones, la



presencia de manía y la existencia ó no de elementos depresivos. Todos estos factores, repetimos, articulan el concepto de gravedad. Este concepto por otra parte, es el que determina la indicación o no de la internación y es también el determinante que contribuye a establecer un programa terapéutico que tiene como elementos esenciales la consideración de la enfermedad como elemento principal de punto de arranque.

35. Respecto a la acción de los psicofármacos ya se ha indicado que existe la tendencia a considerarla en términos de agente terapéutico principal y como “preparador” de la posterior acción terapéutica individual o colectiva. Por supuesto, la internación de los pacientes medicados tiene una duración menor a la que se producía en otras épocas; sin embargo, la necesidad periódica de internación no es eliminada ni tampoco se consigue una activación real del paciente ni se alcanzan parámetros válidos que permitan asegurar la reinserción social en plenitud de capacidades. Las actuales estadísticas muestran la importancia del factor de reincidencia, así como un deterioro acentuado en lo que a las capacidades estrictamente psicológicas del individuo se refieren.

36. Entre las grandes novedades que se aportan desde el campo psicofarmacológico, nos encontramos con tres sectores más o menos definidos. Por una parte, el uso de sales de litio o del carbonato de litio en las afecciones maníaco-depresivas. Se trata de una medicación que presuntamente podría prevenir la aparición sintomática del cuadro, aunque, como ha indicado Arieti, esta medicación sólo actúa en los niveles del sostén y del mantenimiento, tiene poca importancia real en la eliminación del cuadro depresivo, no carece de riesgos de administración médica y no provoca ningún cambio efectivo en la transformación de la estructura de personalidad y, en consecuencia, en la aparición de aquellos rasgos constantes que pueden definir, todo lo contradictorio que se quiera, el estado mismo de salud. En segundo lugar, se da la aparición de la Clozapina, primer neuroléptico de gran acción que no va acompañado de las acciones extrapiramidales características de la actuación con neurolépticos. Es decir, se evitaría el conjunto de secuelas parkinsonianas propio de la administración de este tipo de psicofármacos. En tercer lugar, se menciona habitualmente la acción de neurolépticos de efecto prolongado; es decir, fármacos que se aplican quincenal o mensualmente y que tienen como objetivo el reducir el cuadro psicótico. Este tercer grupo se destina generalmente a hacer más llevaderos los tratamientos y más cómodos para el propio personal sanitario.

37. En otros lugares, hemos hecho la crítica de este modelo: lo que ahora podemos repetir tendría como punto de partida tanto la comprensión que se haya de tener de la teoría del síntoma como lo incierto mismo de los resultados de este tratamiento. No merece la pena insistir en el hecho de la propia separación terapéutica que se da entre los detentadores del poder psicofarmacológico y los terapeutas secundarios que “complementan” el proceso terapéutico mismo. Esta separación terapéuticamente no tiene ningún sentido, incluso tiene efectos contraproducentes en la medida en que determina el curso y las características mismas de la propia psico y socioterapia. Frente



al argumento que pretende afirmar que la duración de un tratamiento psicoterapéutico entraña rasgos de lesión irreversibles para el paciente que sufre la crisis psicótica, así como la afirmación de que una estancia prolongada en la crisis tiene características de profundo quebrantamiento para el sujeto, solo hay que pensar en que la acción farmacológica reduce al individuo a una condición vegetativo-normalizada, desatendiendo el elemento principal de la salud como es la activación y la elevación del potencial dinámico del sujeto en la búsqueda de sus propias condiciones de salud.

38. Desde un punto de vista más integrador, se concibe el acceso y abordaje de la crisis, así como la comprensión del sistema de síntomas y de su estructura profunda productiva, como un conjunto de procesos que intentan una múltiple perspectiva de la totalidad de parámetros que conlleva la conducta humana. Este proceso múltiple que intenta integrar todas las manifestaciones posibles de la crisis es un proceso de cambios que van desde lo más pasivo a lo más activo, desde lo más desorganizado a lo más estructurado, desde lo más regresivo a lo más histórico. Si se quiere afirmar que el proceso terapéutico no es un proceso lineal, de progresión ascendente, de manera que se pueda fijar con toda claridad los momentos de madurez y no regresión del paciente, rotundamente se puede decir ya que esto es falso. Ni el proceso es lineal ni los objetivos de curación o de salud pueden ser determinados exclusivamente por el terapeuta ni se puede adoptar un modelo de causalidad lineal, capaz de dar cuenta y permitir el abordaje a un cuadro psicótico. A la polivalencia de las causas generadoras de la estructura y el estilo psicóticos, a la polivalencia y contradictoriedad de las razones del conflicto, corresponde una polivalencia en la crisis y, consiguientemente, en el mismo proceso terapéutico. Se podría hablar de una temprana prevención, de análisis que permitieran comprender las dificultades de determinadas estructuras personales y de sus contextos específicos, pero la realidad es que esta prevención muchas veces se realiza a costa de una psiquiatrización y patologización del medio social y de una psicologización de los conflictos y problemas de una personalidad en situación.

39. No hay ningún temor en afirmar que, en las actuales condiciones de vida y de salud, el brote psicótico, “inesperado” y violento, aparece en un porcentaje altísimo de casos, manifestando la desorganización psíquica que se traduce en una desorganización de la estructura de la conducta. Que este brote primero va seguido de una serie de episodios posteriores más o menos violentos. Que un tratamiento incorrecto de ese brote y de esos episodios conlleva necesariamente una disminución del potencial dinámico del individuo, de manera que lo que llamamos “deterioro” o cronificación psicótica no es otra cosa que la cristalización de una estructura y la oposición y agresión de unos medios que frecuentemente imposibilitan absolutamente las necesidades del cambio.

40. De la misma manera que es necesario tener una comprensión dinámica y dialéctica de la estructura del conflicto y de sus crisis, de igual manera es necesario tener una comprensión



teórico y terapéutica del sentido del brote o de la crisis psicótica. Sintéticamente, cabe decir que el brote o la crisis no es otra cosa que la emergencia en todas sus manifestaciones conductuales de una situación conflictiva de origen, de la incongruencia entre medios y soluciones... El problema central que nos plantea esta situación es el de contención de un sistema de angustias básico que se ha desencadenado en el sujeto. Esta comprensión de la necesidad de hacer contingente y limitador de las angustias de un individuo desrealizado, fragmentado... es el factor actual más importante en la comprensión de la psicosis. Toda enseñanza pasada que pretendía atacar de frente la irrupción de los factores psicóticos, que intentaba que el episodio cediera lo más rápidamente posible, en suma, que se obcecaba en la eliminación de la sintomática exteriorizada, no pasa de ser hoy en día un elemento de auténtica lacra social y de descrédito de unos saberes que han sido incapaces de comprender una de las manifestaciones exclusivas del sujeto humano. Qué duda cabe que la puesta de manifiesto de la estructura del conflicto alivia los síntomas, de la misma manera que la posibilidad de encontrar comprensión para su caos interno permite que el psicótico incorpore nuevos patrones cognitivos y de valoración, de manera que se permita a sí mismo tanto una comprensión de lo que sucede como la necesidad de buscar vías más efectivas de intercambio con los otros, mediante las cuales sea capaz no sólo de pedir ayuda, sino también de establecer nuevas relaciones y vínculos con la realidad compartida.

41. Hacer dueño al sujeto de su propio conflicto es poner un límite a la desorganización, en la misma medida en que se potencia tanto la actividad en general como la propia capacidad sintética de la subjetividad, capacidad en la que frecuentemente se hace consistir el tema de la “fortaleza del Yo”. Es decir, se le permite integrarse contextual e interaccionalmente, de manera que pueda hacer frente a la irrupción de nuevas situaciones, sin que la fragilidad estructural de su propia personalidad tenga necesariamente que ocasionar el derrumbe del individuo. Esta es la única base de partida de la terapia y lo único que puede representar esa necesaria confianza mutua que vincula al paciente y al terapeuta en su lucha contra la crisis. Potenciar, pues, la actividad, la capacidad sintética y de organización del sujeto es uno de los requisitos esenciales y primeros de todo el proceso.

42. En segundo lugar, hay que comprender la naturaleza de la interacción psicótica: las relaciones vinculares del psicótico son extremadamente lábiles. Y esto, terapéuticamente, quiere decir que el trabajo de todos cuantos se acercan a la crisis y abordan la misma, tienen que establecer relaciones y situaciones que le permitan al psicótico estructurar sus necesidades, sus representaciones y sus propias conductas. Es una ley la de que hay que graduar las dificultades situacionales y relacionales que se ofrecen al psicótico en crisis, puesto que respuestas inadecuadas (pero inadecuadas por incomprensión) producen un desaliento tan enorme en el paciente que agudizan los rasgos más autistas, negativistas y de inacción de la crisis. Esto supone tanto la comprensión de lo que fue la oralidad del paciente, el desarrollo inadecuado en sus fases más arcaicas como la comprensión de que no se pueden repetir errores similares. No se trata de que el terapeuta sea un dios, sino de que el terapeuta tenga clara conciencia y control de las relaciones y situaciones, de las necesidades y deseos que suscita.



43. Otro elemento fundamental consiste en comprender exactamente qué quiere decir un planteamiento comunitario de la terapia. Lo primero es aceptar que no existe una enfermedad que irrumpe abruptamente en un organismo individual; la perturbación es efecto de todo un sistema de procesos que tienen lugar en un contexto caracterizado por factores sociopolíticos, económicoideológicos, mítico-vinculares, de interacción afectiva y productiva. Igualmente, que esos contextos pertenecen a una comunidad. Que el abordaje de la crisis y su tratamiento se dificultan enormemente tanto por la oposición activa de la familia como por la acción que socialmente determina la imagen y las actitudes que una comunidad tenga tanto de la perturbación como de su “rehabilitación”. Pero también, y esto es fundamental, hay que tener presente las extraordinarias dificultades que entraña una crisis para un terapeuta sólo y con intervención en tiempos limitados. De nuestro trabajo anterior, sólo se puede decir, independientemente de los resultados, hemos tenido que intervenir en situaciones de emergencia y con efectos posiblemente cuestionables en el fondo. Hay un desgaste psíquico cuya recuperación nunca tiene asegurada el terapeuta solitario. Hay que tener un profundo optimismo para enfrentarse diariamente al problema de las contradicciones, de las regresiones, del sentimiento de estar, muchas veces, llenando un pozo sin fondo. Lo que el paciente puede adquirir, en términos de manejo de situaciones conflictivas o de núcleos de relaciones vinculares, en el curso de una sesión muy limitada, está permanentemente expuesta al fracaso porque durante otras 23 horas el paciente está sometido a las agresiones y aún a las incomprensiones de los que le rodean. Es necesario un medio estable, transparente, que comprenda lo que al paciente le está ocurriendo, que tenga unos altos límites de tolerancia para aceptar la interacción contradictoria con el paciente, que tenga los medios para generar la energía gastada o para comprender el propio cúmulo de ansiedades en él suscitadas. No se requiere un maravilloso equipo que sea capaz de interpretar absolutamente todo lo que le acontece al psicótico; se necesita un equipo donde las acciones estén orientadas por objetivos terapéuticos, que contenga al psicótico, que interactúe con una misma ideología de base y con una organización homogénea, responsabilizándose cada uno de un área específica y actuando siempre como el complemento necesario e imprescindible de lo que le está ocurriendo a ese paciente. Un equipo que teórica, técnicamente, ideológicamente incluso, sea capaz de pensar y comprender lo que está ocurriendo en su entorno.

44. Queremos destacar la diferencia de este saber de comprensión. En los muchos años de nuestro trabajo, hemos tenido que insistir permanentemente en la necesidad de la formación y del conocimiento del terapeuta; pero, a la vez, hemos insistido que sin implicación sin compromiso, sin corresponsabilización (que significa no sólo la homogeneidad teórica y técnica del equipo, sino también la comprensión de los propios conflictos y angustias básicas, individuales y colectivas), no es posible pasar del área intelectual del conocimiento al área abarcativa del saber y el compromiso, los recursos que son esenciales para el desarrollo de una terapia, concebida siempre como una interacción dinámica, de secreto apenas descifrable y con procedimientos que necesariamente se acercan más al arte que a la tecnología. No da lo mismo la figura de un clínico y su conversión en la figura de un terapeuta. No es lo mismo que un equipo “conozca” lo que le acontece a un psicótico y que comprenda o sepa su intervención sobre él. El gran desafío epistemológico es que no se trata de partir de lo concreto para llegar a lo general, sino que es necesario partir del esquema general y destrozarlo, si es necesario, no para aplicarlo al individuo concreto, sino para que nos permita un acceso eficaz y



creador, de interacción con ese mismo sujeto.

45. Si comprendemos bien lo anterior, hay que empezar a comprender que el “continente” de un psicótico no es exactamente un espacio, sino un equipo y el tejido relacional que este mismo equipo pueda instalar. Por ello mismo, formar terapeutas no es sólo desarrollar técnicas en espacios más o menos apropiados; es desarrollar conocimientos y buscar aquellas vías que le permitan al equipo en su totalidad y a cada terapeuta en particular, a todos cuantos están en contacto con un psicótico, desarrollar la capacidad de continente, tanto de las angustias como de las frustraciones, de las exaltaciones de omnipotencia como de los sentimientos de inanidad. Evidentemente esto supone comprender que el motor de proyección del psicótico tiene una altísima potencia, una altísima capacidad de suscitar ideas, sentimientos, terrores. El terapeuta se forma generalmente sobre el análisis de sus contratransferencias y se constituye en la medida en que es capaz de organizar productiva y positivamente esas mismas contratransferencias. El terapeuta tiene que metabolizar sus sentimientos, de manera que se suscite la representación y la acción de las relaciones que tiene que instituir. Pero esto no sólo en lo que respecta al paciente; esto también en las propias relaciones personales del terapeuta y, especialmente, en el propio tejido relacional que se tiene que dar en la totalidad del equipo terapéutico. Hay que tener muy presente este elemento. Tenerlo presente, tanto para que el equipo funcione como para que el abordaje comunitario sea efectivo. Cuando varios terapeutas hablan de un mismo individuo y lo que resulta es una imagen múltiple del paciente, tenemos que pensar que algo pernicioso está ocurriendo en el seno del equipo, que la división clínico-terapéutica del equipo está representando la propia división fragmentada del paciente.

46. El enfermo-síntoma de tantos y tantos estudios célebres puede responder o a una contradicción inherente a la formación del equipo o a un efecto de un contacto poco maduro con el psicótico. No hay posibilidad de culpabilización para el psicótico que divide a los que están en contacto con él, porque este sería uno de los efectos posibles de ese mecanismo dinámico de proyección que manifiesta su propio desgarramiento y enfrentamiento internos. Como efecto de la gran cantidad de transferencias que el psicótico pone en funcionamiento con las personas que lo rodean, esta posibilidad de desunión está siempre presente. Y habrá que empezar a pensar esto, y habrá que pensar también que en la naturaleza de los vínculos establecidos hay diferencias. Que no se tiene por qué homogeneizar esos vínculos, sino que se tendrá que integrar todo lo que pertenezca a las distintas posibilidades de manifestación y de interacción del paciente en cuestión.

47. Otro aspecto importante del abordaje comunitario de la psicosis está en relación tanto con el análisis de las distintas experiencias terapéuticas que el paciente tiene en su momento actual como de los fracasos que ha tenido en experiencias terapéuticas anteriores. Son muy frecuentes los casos de pacientes que han acumulado las más diversas experiencias terapéuticas, experiencias que han concluido con frustraciones y aún con violencias. Comprender esos fracasos y frustraciones, analizar



la naturaleza de la relación que el paciente mantuvo con otros terapeutas, descubrir en el fondo de esas rupturas la estructura narcisista que está en juego, las vías erróneas mediante las cuales se ha llegado a generar nuevas dependencias en el psicótico, etc., etc., son aspectos que tenemos necesariamente que considerar.

48. Y no sólo hay que considerar la posibilidad de “enganches” libidinales profundos con otros terapeutas, sino también qué monto de regresión, desorganización y aún persecución se ha generado en esas situaciones. Y esto vale también para el momento actual de la terapia: comprender que no siempre se puede amar absolutamente a aquel que comparte los elementos más penosos de nuestra vida interior. Que esto comporta una ambivalencia, en ocasiones violenta o peligrosas. Y asimilar del error: no culpabilizarse de aquellas terapias que no dieron los efectos que nosotros deseábamos, que quizá tuvieron que disolverse abruptamente: comprender que lo esencial sigue estando en el paciente, que no es posible una dinámica sin una motivación e incentivación adecuadas, que a veces no conseguimos encontrar esos puntos de motivación, que la realidad es siempre más brutal que lo que podemos pretender dentro de un espacio terapéutico, etc.etc.

49. Desde otros factores también necesarios hay que poner de manifiesto distintas cosas: comprender el mundo psicótico no significa necesariamente aceptarlo. En todo caso, comprender la psicosis es poner en marcha un proceso de resignificación de la realidad, mediante el cual el mundo psicótico puede hacerse compartido. Compartir ese mundo tampoco significa confirmar o convivir dentro de él; comprender es compartir y limitar las angustias y ansiedades que ese mismo mundo produce al psicótico, permitir y posibilitar la reelaboración significativo-simbólica de esa realidad, intentar su gestión y transformación. En realidad, ese esfuerzo común es también comprendido por el psicótico: en el inicio de la relación, el psicótico siempre nos pone a prueba, intenta saber hasta qué punto podemos hacernos cargo de las agresiones o de la amenaza de violencia, saber hasta qué punto estamos realmente empeñados en establecer la relación. Antes de que se establezca el vínculo, antes de que puedan activarse los fragmentos menos conflictivos del paciente, es necesario que demostremos nuestra capacidad para asumir ese vínculo, para comunicar que la experiencia no va a ser frustrante o engañosa. Si esto se acepta, lograremos que el psicótico comprenda también lo que le ocurre, que llegue a una metabolización cognitiva, afectiva, valorativa diferentes de todas aquellas fuerzas que tratan de desintegrarlo y de arrojarlo a la pasividad total.

50. Necesitamos enfatizar un punto ya indicado: no es posible una teoría de la curación y de la salud sin una teoría que explique la génesis de las estructuras psicóticas. Esto representa que nunca es posible ni el abordaje ni la finalización de un tratamiento sin que se tengan claros los conceptos de qué es lo que se busca, cómo se busca y cómo es hallado. Con ello, lo que queremos indicar es que no puede darse un activismo terapéutico que pretenda alcanzar resultados positivos, si ese activismo no es resuelto por la necesaria mediación dialéctica entre teoría e intervención. Por lo mismo, los



critérios de curación varían en función de esos parámetros teóricos: se puede llamar curación a la eliminación de un cuadro sintomático, aunque la normalización así obtenida dependa exclusivamente de una remisión del estado agitado, del delirio y de las alucinaciones. Que, por otra parte, se logre neutralizar los factores perturbadores y, con ello, la estabilidad del medio, ya se ve que no afecta para nada a la estructura del conflicto, por lo que nuevas irrupciones de esos factores tendrán que producir cuadros idénticos. Lo que venimos exponiendo hasta aquí y lo que hemos escrito en otros lugares indica suficientemente lo que entendemos por enfermedad y, de seguido, qué criterios de curación podemos llegar a utilizar. En muy pocas palabras, tenemos que afirmar que la “curación” para nosotros vendría establecida por la posibilidad de reinserción activa del sujeto en su medio, su capacidad para metabolizar el cambio y su posibilidad de actuar coherentemente frente a él.

51. En lo que atañe al tema del internamiento habría que distinguir varios aspectos. Uno de los principales consiste en la relación real que el psicótico mantiene con su familia y/o con la comunidad de origen. Repasando estadísticas, se advierte que la internación fundamentalmente es un acontecimiento que tiene que ver con la familia o la comunidad y que el médico o el aparato jurídico-policíaco que operativiza esa internación actúa siempre en función de la reacción manifestada por las dos instancias anteriores. En un centro de crisis, la internación (limitada y simbólica) únicamente está recomendada o por la necesidad de conseguir un ambiente neutro respecto al familiar y/o comunitario o por necesidades imperiosas de un abordaje integrador. Se quiere decir que cuál sea la actitud y la disposición de la familia para con el psicótico y el índice de comprensión de sus trastornos, lo que contribuye a esclarecer tanto el diagnóstico como lo que posibilita un pronóstico verdaderamente ajustado. Sin embargo, lo que hay que tener en cuenta es que, a pesar de todas las dificultades, no es posible un tratamiento eficaz del psicótico sin un “tratamiento” en paralelo de la familia y/o de la comunidad. Esto puede suponer técnicas diversas como las que van desde la sesión familiar a las reuniones interfamiliares, sin que necesariamente tengan que interferir unas con otras. Las ventajas que en ocasiones atribuimos a la asamblea de una comunidad terapéutica puedan estar también presentes en un tratamiento interfamiliar de familias con episodios psicóticos en su seno. Se dan los fenómenos de conocimiento del tratamiento del psicótico; pero también, el contacto con otras familias, el desvelamiento de secretos que no son tan inusuales como se podría suponer, sino que distintas familias pueden compartir experiencias y conflictos muy similares entre sí. Tiene, a veces, la ventaja de que el terapeuta principal se libre en una cierta medida de su carácter persecutorio respecto a la familia; es decir, de alguien que tiene que indagar los secretos profundos y que suscita culpabilidades... En otras ocasiones, y en estas reuniones interfamiliares, es posible que alguien diga a otra pareja lo que no se atreve a decir a la suya propia o que unos hijos digan a otros padres lo que no pueden reivindicar frente a los suyos o que se puedan encontrar “alianzas” que permitan sortear y aún evitar las angustias que en toda familia se suscitan del hecho de la crisis psicótica.

52. La internación, pues, ni es una alianza con la familia ni es un espacio donde erradicar el síntoma, sino que puede representar unos límites de seguridad y de paz dentro de los cuales el paciente puede aceptar ciertos desarrollos de su personalidad, sin que necesariamente esté trastornado por los



efectos que esos desarrollos puedan causar. Y esto significa que el paciente, en medio terapéutico, puede gestionar nuevas relaciones interpersonales y establecer nuevos vínculos y hacerlo desde una posición que no se identifica con la del momento de la crisis ni se reduce al estilo que presentaba antes del episodio psicótico. Qué efectos tenga que producir ese espacio terapéutico de internación puntual vienen determinados por la disminución del pánico correlativo a la emergencia de las ansiedades básicas así como por la transformación de la dinámica del propio proceso proyectivo.

53. Aún cuando tendremos que tratar posteriormente el tema de la ansiedad y el pánico que acontecen en un paciente con crisis, importa en este momento retomar uno de los puntos esenciales que se manejan, cuando se trata de indicar los beneficios del tratamiento de recepción con drogas. Se dice que el principal efecto de la droga resulta sobre la disminución de la ansiedad, una ansiedad que es tan desbastadora que le impide al paciente poder enfrentarse con un mínimo de seguridad a la realidad. Dos cuestiones son básicas: primera, pensamos que la droga impide que el paciente elabore un vínculo afectivo profundo con el terapeuta y, además, que el paciente obtenga, desde el primer momento, conciencia de sus propias posibilidades de acción. Segunda, aún cuando se pueda aceptar que haya una cierta congruencia entre las características del individuo y la dosis empleada, no se puede negar que la droga produce siempre un nivel de impregnación. Pero esta impregnación afecta a la posibilidad misma de elaboración del episodio psicótico, porque afecta a la capacidad de sentir de esa misma persona y, por consecuencia, porque si esa capacidad de sentir está alterada, en su misma raíz queda alterado el proceso del pensamiento. No negamos que las ansiedades son desorganizadoras; negamos que el tratamiento del síntoma pueda convertirse en el inicio de un proceso de reparación. El síntoma puede llegar a no ser económico para el paciente como puede llegar a que no sea económico tampoco para la familia. Intervenir sobre ese síntoma, sin movilizar las causas y organizaciones profundas, significa que no podemos ir más lejos de una concepción que comprende la enfermedad como una alteración funcional y no como una alteración estructural y/o relacional. Cuando un equipo terapéutico recibe a un paciente en crisis y lo hace desde la perspectiva del establecimiento de nuevos vínculos, lo que queda cuestionado no es el síntoma en sí, sino la pertinencia y la eficacia de unas relaciones, de unas conductas que han producido ese episodio psicótico. Si nosotros decimos que la terapia dialéctica es una terapia de salud, lo que estamos queriendo indicar es que son cosas totalmente diferentes “arrasar” un episodio psicótico que tratar ese mismo episodio como expresivo de una estructura de personalidad que interactúa en contextos determinados y sobredeterminado por regulaciones sociales y afectivas también determinadas. Técnicamente no es difícil sacar a una persona de un episodio psicótico: lo difícil es integrar el episodio con su causación, desarrollo y economía, integrar la salida a la crisis con la resolución del conflicto. Evidentemente, si no comprendemos que la crisis es sólo uno de los posibles efectos de la estructura del conflicto, entonces no podremos resolver la crisis si no es desde un puro punto de vista funcional y de normalización social.

54. Conectado con lo anterior está el viejo problema de la distinción, en el psicótico, entre sus partes “sanas” y sus partes patológicas. Nosotros entendemos que se trata de un falso dilema, puesto que aquí, la teoría del clivaje está sostenida por una teoría atomista y por una psicología de las facultades. Qué



sea lo sano o lo perturbado en una organización psicótica, nosotros no lo sabemos muy bien, supuesto que no nos podemos adherir a una concepción factorialista de la personalidad. Si se sigue aceptando que hay alteraciones básicas de la inteligencia o de la voluntad o del sentimiento y no se comprende que, en todo caso, lo que puede darse es una perturbación con dominancia en cualquiera de esos rasgos, por supuesto que tendremos que partir de un modelo de estratos de la personalidad y no de un modelo de integración y totalización. Esta distinción entre facultades sanas y facultades enfermas no es ya una cosa del pasado, sino que también hoy, en técnicas aparentemente muy novedosas, reaparecen con una nueva formalización esas viejas concepciones. Por ejemplo, hay muchas comunidades terapéuticas que funcionan sobre la base de acentuar eso “sano”, llegando, incluso, a concebir que es posible transformar determinadas estructuras patológicas en funcionamientos más normalizados. Es como si a un individuo, del que conociéramos una alta característica sádica lo metiéramos en la policía o en el ejército. M. Jones contaba, en cierta ocasión, que se “curó” a un paciente de alta tensión agresiva, destinándolo a los servicios de carnicería del hospital (!!). Esto también ocurre con gran parte de la política que interviene en la creación de los talleres o producciones para subnormales (recordemos, por ejemplo, la actividad productiva de algunos hospitales psiquiátricos). Es decir, en estos ejemplos se puede ver que, de fondo, existe siempre la ideología de que todo lo peligroso para el individuo es lo que es peligroso para la sociedad, con lo que se concluye de que todo lo beneficioso para la sociedad tiene que serlo también para el individuo. Nuestra óptica es diferente: pensamos en términos de totalidad y queremos llegar a comprender la diferencia de un individuo, precisamente para reforzar esa diferencia en tanto que estructura de personalidad, en tanto que capacidad para gestionar sus propias relaciones interpersonales, para gestar sus propios nudos vinculares. Por el contrario, si lo que entendemos por patología de un individuo intentamos normalizarlo, socializarlo, entonces no cabe duda alguna de que lo que haremos es cronificar a ese individuo.

55. Qué se quiere decir cuando hablamos de entender a un paciente es también un tema en el que hay que ir con cuidado. Hay quien piensa que debe comprender al paciente, porque sólo así podrá establecer una correcta intervención terapéutica. Por el contrario, hay quien cree que comprender al paciente significa que se va a convertir en un espejo, donde el paciente pueda reconocerse a sí mismo. Para las dos opciones que son polares hay peligros: en la primera, el paciente es posible que tenga muy poca intervención en su transformación; en la segunda, puede ocurrir muy bien que el paciente pueda gastar toda su vida en tratar de comprender lo que el terapeuta comprende de él, del paciente. Esto último puede ocurrir, por ejemplo, en los análisis interminables. Nosotros pensamos que son necesarias matizaciones: descartamos la primera posición, desde el momento en que comprendemos que la terapia no es unidireccional, que no puede ir del terapeuta al paciente, sino que tienen que integrarse con la interacción terapeutas y paciente. Además, no es cierto que el terapeuta tenga que jugar desde una pura posición pasiva, especular: caso de que el terapeuta se convierta en el espejo que le devuelve al paciente su imagen, hay que aceptar que esta imagen siempre será distorsionada, que esta imagen es de dos, puesto que no hay nada que garantice el descentramiento o la exclusión de la propia imagen del terapeuta. Si hay espejo, lo hay de una relación y la hay como interjuego entre transferencias e intertransferencias. Con esto seguimos insistiendo tanto en los conceptos de totalidad del paciente y de totalidad del equipo y de la institución como en el concepto de que no es posible ningún avance si éste no se fundamenta en la interacción. “Interacción” significa, precisamente, acción



de más de uno. Esto mismo vale para comprender lo que significa “tratamiento del sujeto en crisis”: es un abordaje totalizado que busca suscitar, desde acciones concretas, reacciones e interacciones también concretas. Que no observa a la crisis ni fuera de la estructura que la produce ni fuera del contexto en el que ocurre. Que no descuida la biografía, sino que le concede la misma importancia que a la ecología. Por ello, la terapia es un encuentro, donde terapeutas y pacientes perseguimos la libertad. La libertad no como ausencia de limitaciones, sino como necesidad de intervención y de gestión. Por ello la intervención sólo puede hacerse desde la estimación de los recursos que el propio paciente posee; estimación que va acompañada de las posibilidades que ofrecemos para el desarrollo de esas capacidades. Y entre estas posibilidades están las que se derivan de concebir al propio equipo terapéutico como agente estimulador, limitador, depositante, provocador... y, en fin, con capacidad de contención.

56. Tenemos también que insistir sobre el hecho de que la terapia se monta siempre, especialmente en los casos de crisis psicótica, sobre la base previa de una imposición o de una violencia que se hace al paciente. Es difícil aceptar que el paciente tenga “deseos” de terapia; podrá tener (y ya es mucho) “necesidad” de terapia y, sin embargo, las limitaciones internas y externas que se producen en su crisis nos tienen que llevar a aceptar ese hecho de que la terapia no es algo previamente aceptado o establecido desde posiciones de igualdad. A esto es a lo que llamamos “fase del contacto”, establecimiento del contacto, desarrollo de aquellas relaciones que puedan llevar al paciente a aceptar este tipo de relación. Si se comprende este punto bien, se verán los inconvenientes, pero también las ventajas de no utilizar una terapia de imposición. Porque es de los momentos más reales de todo el proceso terapéutico: el terapeuta tiene que “ganar” esa relación y ello implica que tiene que conceder al paciente su propio derecho a la aceptación o al rechazo. Se puede objetar “¿Y qué hacer con quien no acepta la terapia?”. Aceptarlo. Aceptarlo y como indicador contradictorio de dos o tres tipos de factores. Que el paciente tiene y tiene que tener capacidad de iniciativa. Que el terapeuta no ha conseguido establecer un marco tal que lleve al paciente a tener conciencia de su propio sufrimiento. Que los terapeutas no han sido capaces de inspirar confianza, de establecer la relación perseguida. Y esto, repetimos, es necesario comprenderlo. No cabe duda de que, en el primer momento, se produce una cierta violencia. Queremos distinguir entre el combate que legítimamente podemos plantear, para impedir que un individuo llegue al psiquiátrico. Pero, a la vez, que esa lucha tiene sus propios límites, y, sobre todo, tiene sus propias reglas éticas.

57. En la misma línea, hay que distinguir entre patodinámica y tratamiento. También, hay que distinguir las distintas fases de este tratamiento. Cuando nos encontramos frente a una crisis tenemos que saber que no sólo hay una estructura patológica implicada. Hay un sistema de factores psicosociales que intervienen, como existe la implicación de la estructura familiar y de los otros microgrupos sociales. Y desde ahí es desde donde hay que partir. Saber qué es lo que nos jugamos y frente a quién lo jugamos. Y huir de consideraciones místicas y de falso humanismo: no luchamos sólo contra un contexto agresivo ni con la gravedad de unas perturbaciones. Frecuentemente también tenemos que luchar contra el propio paciente. No olvidar que una estructura patológica tiene tendencia



a autorreproducirse, a autoperpetuarse. Que no se puede intervenir sin límites y con permisibilidad. Que tenemos que establecer un juego cuya consecuencia es la igualdad y la responsabilización. Que no hay ninguna legitimidad para la violencia como puede ser el internamiento inadecuado, la aplicación de terapias de choque, la distorsión de la propia vivencia del paciente... La terapia debe huir de esta fase de violencia, pero sin olvidar que hay una dinámica narcisista, autosuficiente, y diferenciada, voraz, etc., etc... Se sufre de incapacidad para el cambio, se actúa muy frecuentemente con una compulsión a la repetición, ensayando permanentemente el gesto mágico, intentando escapar a la mediación, resistiendo al cambio. Pues la intervención tiene que realizarse en este medio, con esa estructura, ante ese estilo.

58. Se plantea igualmente el problema de la amplitud de la intervención en esta fase inicial: qué se debe tocar y con qué medios. Es obvio que hay que utilizar desde el primer momento todos los recursos terapéuticos que se poseen y ello tanto para equilibrar y establecer un clima psicosocial positivo como para conseguir un estado corporal en el que se vayan restaurando todas las manifestaciones negativas que ha dejado el sufrimiento. En puridad, lo único contraindicado es una amplitud grande de la intervención interpretativa. Todo lo demás está perfectamente justificado, siempre que no se produzca una hipertrofia de ninguno de los rasgos presentes.

59. Este abordaje múltiple conjuga los dos momentos esenciales del tratamiento de la crisis: Contención y Psicoterapia. Por contención se entiende la reducción del pánico que puede llegar a producir las ansiedades psicóticas. En muchas ocasiones, la prevención ante ese pánico viene planteada por el paciente que trata de evitarlo por medio de la producción delirante. Prevenir por parte del equipo ese pánico no significa preparar para la terapia posterior, sino empezar ya a realizar esa misma terapia. Si la contención se entiende desde el punto de vista de la intervención farmacológica, ya hemos indicado que esa contención no es otra cosa que recepción adecuada, estabilización y clarificación de relaciones, contacto y, en definitiva, comunicación. Se trata de establecer un marco de relaciones humanas con contacto intensivo. Combatir el sentimiento de pánico como correlativo al sentimiento de la fractura de la personalidad, pero hacerlo devolviendo al sujeto el sentimiento de sentido para sus acciones y siendo capaces de asumir esas ansiedades, sin que el efecto concomitante sea la desorganización del que las recibe.

60. La crisis nos sirve como material de análisis y diagnóstico de la situación, como vía que nos conduce a descubrir la estructura central del conflicto, de los desencadenantes, de los factores productores o desencadenantes de la descompensación. Pero esto supone, como primer paso, que se tiene capacidad para conjurar o neutralizar los estímulos desencadenantes o destructurantes. Una relación con el equipo integrada evitando la contradicción, sin que esto suponga que no puedan haber motivos de discrepancia entre los miembros del equipo, sino que estas discrepancias pueden y deben ser analizadas o expuestas con naturalidad y claridad.



61. En la práctica que proponemos, un Centro de Crisis unifica tres tipos de factores: contención del pánico psicótico, limitación de las ansiedades psicóticas, socialización adecuada al nivel e intensidad de la crisis vivida. No supone una hospitalización ni si quiera plantea que la crisis manifiesta tenga que ser un factor de gravedad mayor. Si, en alguna ocasión propone la posibilidad de acoger por algún tiempo al paciente, en régimen de internamiento, ello sólo puede venir determinado por el hecho de que un alejamiento puntual y momentáneo del contexto comunitario habitual sirva mejor a las necesidades tanto del paciente como de la familia que plantea la propia elaboración de la crisis. Queremos insistir en esto: no se trata de aislar o de separar porque el paciente no pueda vivir comunitariamente su crisis. Se trata de que para un momento determinado se agudizan los factores contradictorios del conflicto, tanto para el individuo como para el propio grupo de pertenencia. Por experiencia podemos indicar que una crisis no tiene por qué no poder ser soportada por el individuo en su medio comunitario. Basta con prevenir el pánico. Pero no sólo el pánico individual, sino también el colectivo.

62. Desde ese momento, es posible ya comenzar a establecer el análisis y diagnóstico de la situación que, con toda seguridad, constituirá un modelo de correspondencias con los rasgos estructurales básicos del conflicto así como nos permitirá obtener el conocimiento de los desencadenantes de la crisis. Y esto tanto en las vertientes genético-personales del sujeto en crisis como respecto a las variables que constituyen el contexto ecológico/interpersonal. Es decir, todo el proceso se pone a cuenta de un tratamiento terapéutico de contención, como reducción del pánico ante la fragmentación de la personalidad, como análisis de ésta misma y del conflicto básico y como establecimiento de una red comunicacional que permite garantizar las características saneadoras del encuentro. Este no es sino la configuración de un espacio simbólico imaginario que, desde el primer momento, establece una intervención totalizada e integradora. Como decía Searles, los dos rasgos esenciales del proceso psicótico son los de fragmentación e indiferenciación; pues bien, la propuesta del equipo consiste en solicitar una intervención activadora que “frene” esos procesos desintegradores y facilite nuevas formas de integración y diferenciación, con bases nuevas de interacción.

63. El mismo Searles ha insistido, desde hace muchos años, en esos aspectos: abordar la integración desde un marco de relaciones humanas, generando en el paciente seguridades en sus posibilidades de gestión, ajustando esas posibilidades al intercambio real que se puede mantener en esos momentos de la crisis, representa la única alternativa posible a la hospitalización, en la medida en que representa la única forma de abordaje terapéutico de auténtico carácter psicodinámico. Por otra parte, y como indicaba Llaveró, personalidad nada sospechosa de tendencias espontaneístas, nos permite abordar la crisis sin descontextualizar o deshistorizar al sujeto, no sólo permitiéndole que siga poseyendo su propia historia, que siga realizando su historia actual, sino conectándola también con las estructuras colectivas de la historia. Por tanto, se trata de un espacio dinámico y real en el que la proyección exterior de los fantasmas persecutorios tiene traducción en unas relaciones de contacto, con límites, con posibilidades de contraste. Cooper insistía en el hecho de que si un brote se conseguía que pudiera aprovecharse de otras líneas de fuerza de vinculación con el área de la socialización,



estábamos entonces ya en condiciones de asegurar que ese brote estaba en su fase de restitución simbólica.

64. Además un centro en el que, a partir de esa dinámica de interacción el paciente puede asumir, reconocer y defender su diferencia, sin que ello sea un obstáculo decisivo para formular nuevas propuestas de vinculación. Por ello, si hay necesidad de acogida en el centro nocturna, el internamiento debe ser muy corto y de estricto carácter simbólico. Porque, como indica Caparrós, ese espacio es un puntual lugar intermedio, nunca definitivo, nunca aislado o alejado de las resonancias sociales, políticas, económicas, ideológicas y afectivas del exterior. Hemos dicho que tiene que tener un carácter “simbólico”: ciertamente, la resocialización e incluso el “maternaje”, como proceso limitado de atención a un sujeto que tiene que regresar a sus experiencias y vivencias más arcaicas, tiene sus propios límites y sus propias leyes de contención. Si afirmamos que lo esencial de la estructura patológica es la inercia al cambio, tendremos que comprender que la regresión puede ser un proceso necesario e incontinente, pero nunca un estado óptimo ni tampoco un estado absoluto. La regresión no implica la negación de la ulterior biografía del individuo y es desde esta biografía que las pasadas experiencias o vivencias vuelven a reactualizarse. Si tiene efectos terapéuticos la regresión, es porque hay que actualizar todas las capacidades de síntesis o de elaboración que serían manifestativas precisamente de esa reelaboración de la biografía desde o con las viejas experiencias, las viejas vivencias que no tuvieron, en su momento, ni expresión, ni representación. Insistimos en este rasgo porque no queremos que se confunda nuestro marco teórico y nuestras técnicas con otros modelos de carácter místico: “regresar” no es un equivalente a “volver a empezar”, partir de cero, rehacer casi absolutamente la vida. Regresar es poner las condiciones contradictorias, positivas y negativas, que le pueden permitir a un individuo enfrentar y decidirse a la posibilidad y necesidad del cambio. Con todos los riesgos que esto implica y con todas las contradicciones que representa.

65. En cuanto a los rasgos esenciales del tratamiento, pensamos que ya están dibujados a grandes líneas: primero un tratamiento individual no analítico y con la posibilidad siempre abierta de continua interacción para los momentos más agudos de la crisis; segundo un tratamiento comunitario como manifestación de formas y leyes (aunque sean nuevas) de la vida humana es decir, de una vida que es humana en cuanto está inserta en una ecología humana de actividades e interacciones; y en tercer lugar, un tratamiento grupal más diferenciado, esto es, como más complementario de las vicisitudes por las que atraviesa el tratamiento individual. Los efectos que se pretenden serían los de favorecer la contención del pánico psicótico, disolver los riesgos del autismo, grupalizar la relación a partir de las emociones básicas y mantener, en la medida de lo posible, el más amplio sistema de relaciones, puesto que de ellas dependen la amplitud de posibilidades de la propia personalidad. A la vez, detener el cisma familiar, potenciar las situaciones que nos permitan el análisis de los mecanismos homeostáticos de los grupos de pertenencia del paciente y mantener una reconexión simbólica con ese mismo exterior. En el área del tratamiento individual y grupal intervenir con todos los recursos técnicos en nuestro alcance: desde las técnicas corporales que permitan la integración del esquema e imagen corporal del paciente, su relajación... hasta las propias técnicas de musicoterapia o terapia



expresiva como formas que permitirán mantener lo más amplio posible el arco de puentes hasta el establecimiento del contacto con el psicótico.

Necesidades Teóricas y Técnicas del Equipo Terapéutico

66. No es posible ningún proyecto terapéutico sin una teoría que lo sostenga. Si repasamos las experiencias de las alternativas que en los últimos 20 años han pretendido terminar con un período histórico de clínica y terapéutica, advertiremos, en todas ellas, el desaliento final producido por la inexistencia de un proyecto o de un marco teórico que permita hacer la experiencia y hablar críticamente de ella. En todos nuestros textos y en nuestra práctica, constantemente hemos destacado esta necesidad. De manera que no vamos a insistir ahora sobre ella y sí intentaremos fijar algunos conceptos centrales. Así, el centro nace para “tratar” el acontecimiento (= crisis), comprender su estructura para obtener primero su sentido; segundo su origen y tercero su economía.

67. “Tratar” es comprender el sistema abierto que es la personalidad, inserta en un contexto, dinámico. Comprender que la personalidad y el contexto forman un sistema y que este sistema lo es de procesos, de relaciones. Que trasladar este sistema al conocimiento es realizar un modelo conceptual que refleje las propiedades formales y operativas de esas relaciones, así como en otras ocasiones es necesario establecer la misma función de esas relaciones. El sistema nunca representa una sucesión ordenada de estratos, sino, y en todo caso, una organización de suborganizaciones. Se entiende la crisis como la relativa cerrazón e inercia de una estructura que no es capaz de metabolizar nueva información y, en consecuencia, no es capaz de disponer nueva organización tanto en el área de la representación como en el área de la acción. La crisis representa el agotamiento de una estructura inerte y de sus mecanismos de defensa ante las necesidades de un medio dinámico. La imposibilidad de adecuarse al cambio supone la crisis. Es decir, inercia y resistencia frente al cambio expresan lo fundamental de la estructura patológica. Por tanto, en toda crisis es necesario comprender tres tipos de factores:

- a) factores precipitantes, productores de nuevas situaciones que entrañan la necesidad de nuevas representaciones y/o acciones;
- b) estructura de rasgos más o menos constantes cuya economía básica, frente a la situación nueva, es la “compulsión a la repetición” como manifestación de su inercia para representarse/ actuar ante situaciones nuevas; y
- c) la serie de procesos constituyentes, de intercambios afectivos, cognitivos y de valoración



ideológica, procesos de vinculación y de intercambio social... cuya síntesis confluye en la constitución de la estructura definida por b).

68. Fuera de la anterior definición teórica, la crisis se manifestaría como un estado de confusión, agitación, incapacidad para gestionar las transacciones... En definitiva, por una serie de índices de presencia no normalizada y cuyo efecto es la inquietud que genera en el contexto de su aparición. Es el momento también en el que el delirio aparece como puro discurso “subjetivo” que habla del propio paciente y de su mundo. Cuando el criterio es la reducción a la normalización, “tratar” representa una modificación tecnológica y/o coercitiva de las conductas y del vivido/ experiencia del sujeto en crisis. Un tratamiento tal de choque “modifica”, como dicen Laing y Cooper, pero no “curan”. Porque lo que interesa, lo que hay que comprender es qué significa “subjetivamente” la crisis y cuál es su incidencia personal, afectiva, productiva, política. Se pretende entonces o una comprensión totalizada y no reduccionista del hombre, es decir, abordar la crisis desde un planteamiento socioantropológico, cultural y político, sin excluir factores, o se llega finalmente a la posibilidad de una modificación que no representa un tratamiento y que no alcanza sino a reforzar la propia dinámica interna del síntoma.

69. Desde un plano de comprensión totalizada de la personalidad, de sus conflictos y de la multiplicidad de factores que confluyen en la determinación de las crisis, la psicosis necesariamente tiene que aparecer con un concepto nuevo y, por lo tanto, la terapéutica tiene que cambiar en la medida en que lo hace su propio marco de referencia. Si la psicosis alude a una estructura que se constituye en el marco de relaciones vinculares e intersociales, si representa la confluencia de procesos de formación de organizaciones neuropsicológicas de representación, simbolización y acción junto con procesos sociales de adquisición de técnicas y valores de interacción y producción; si la psicosis se sitúa fuera del marco de una evolución natural, en la dinámica de procesos que organizan y metabolizan la experiencia, que ordenan las defensas básicas contra la ansiedad, si determinan los patrones de la identidad, etc., etc. entonces, el marco terapéutico tiene que ser un encuadre socializador, donde se den unas relaciones vinculares, donde aparezcan unas figuras significativas, donde las experiencias en las que aparecen las emociones básicas puedan configurarse en orden a patrones cognitivos y valorativos, donde la dinámica comunitaria pueda captar y tratar lo concreto diferencial para, desde ahí, construir o reconstruir una identidad subjetiva que pueda proponer las confianzas o seguridades mínimas que le hacen afrontar a un individuo el intercambio en los procesos de identidad social.

70. Lo anterior tiene que resumir necesariamente la necesidad y oportunidad de un equipo interdisciplinar: no sólo por la especialización que representan las distintas áreas de abordaje, sino también y más fundamentalmente por la necesidad de integración de ese abordaje. De ahí las clásicas dimensiones actuales: corporeidad, grupalidad, comunidad y procesos simbólicos, intrapersonales y procesos fantasmáticos imaginarios...



71. Con esto concluiríamos esta exposición sintética acerca de los elementos esenciales de la razón y justificación del abordaje comunitario en las crisis patológicas.

José Luis de la Mata
Donostia, agosto de 1984