

PSICOTERAPIA Y ESQUIZOFRENIA. EL ANÁLISIS DIRECTO DE JOHN ROSEN.



Juan Gallardo Cuneo

INTRODUCCIÓN

A partir de los primeros reportes de Freud sobre sus experiencias clínicas en el Caso Schreber, el Hombre de los Lobos y el Hombre de las Ratas, y las descripciones de algunos tratamientos de la primera generación de psicoanalistas, especialmente Jung en el Burghölzli, (Suiza) bajo la supervisión de Bleuler, y la casuística de Sandor Ferenczi en Budapest (Hungría), la psicoterapia de los trastornos mentales severos pareció contar con una oportunidad realista de demostrar su factibilidad, como instancia curativa.¹ No obstante ciertas circunstancias particulares en referencia a los fenómenos psicóticos, dentro de las cuales parecen destacar: la reticencia inicial de Freud hacia las psicosis² tanto como su reticencia final hacia la psicoterapia, las diferencias de opiniones surgidas entre él y Bleuler, y por consonancia entre él y Jung, y las intermitentes discrepancias con Ferenczi, amén de ciertas rupturas con sus discípulos disidentes - a partir de divergencias teóricas donde solía estar presente el tema de las psicosis -, fueron paulatinamente desplazando el foco de atención e interés a la relación psicoanálisis-psicosis, privilegiando otras temáticas más caras al sabio vienes. De tal suerte durante el primer tercio del pasado siglo, la aplicación del psicoanálisis al tratamiento de la insanidad mental, más allá de los práctica clínica de Ferenczi, y ciertos trabajos de Bleuler, Federn, Brill, Fromm-Reichmann, entre pocos, fue mínima, desconocida y soslayada, y estuvo circunscrita a un dominio restringido y resistido, razón por la que la citada oportunidad de instancia curativa, retardó sustantivamente su lugar en la praxis clínica. Si a lo anterior sumamos, que el analista de los casos más graves Sandor Ferenczi, había sido silenciado radicalmente, y sus escritos confinados, relegados, y estigmatizados, se comprenderá que la citada oportunidad, más bien naufragaba en manos de un psicoanálisis que privilegiando la neurosis como temática, vehiculizaba su necesidad de construirse y preservarse como movimiento, de adaptarse a un entorno que lo resistía, y de sobrevivir entre las intrigas y luchas de poder que han formado parte ineludible de su desarrollo como orgánica institucional. En este contexto surge el Análisis Directo de John N. Rosen.

PRESENTACIÓN

“Análisis Directo” fue la designación dada originalmente por su autor, a sugerencia de Paul Federn - más tarde retomaría el ya más clásico nombre de “Psicoanálisis Directo” - a una modalidad de psicoterapia desarrollada por él, en la década de los 50', cuyo propósito era el tratamiento y cura de pacientes psicóticos, en una época en la que aun no se había utilizado sistemáticamente una forma de acceso mediante alguna modalidad del método psicoanalítico a las elaboraciones inconscientes de este tipo de pacientes.

1.- También merece destacarse: Rene Laforgue (1919), Number (1920), Abraham K. (1913), Waelder (1925), Pierce Clark (1933), no obstante debe considerarse, que esta casuística ocurre en una época de difusa distinción entre pacientes neuróticos, limítrofes y psicóticos, y sobre un debate aun centrado en la posibilidad o no de transferencia del paciente psicótico.

2.- “Las psicosis, los estados de confusión y de depresión profunda, son pues inapropiadas para el psicoanálisis, al menos tal y como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esta contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis” Freud, 1905 citado en Manual de Técnicas para Psicoterapia. Avila y Poch. Siglo XX. 1994.

Esta metodología fue una propuesta de tratamiento surgida a partir del ejercicio de su particular clínica terapéutica y de sus esfuerzos por sistematizar los fundamentos de dicha operatividad. En este sentido debemos considerar que Rosen al igual, que Ferenczi, Groddeck, Alexander, Reich, y muchos otros terapeutas pertenecen a la categoría de los “curadores”, esto es personas que privilegian el acto clínico por sobre la teorización, y se caracterizan porque sus propuestas teóricas parten de lo clínico a lo conceptual y en ese sentido se distinguen de Freud, y consecuentemente de muchos psicoanalistas.

SUPUESTOS Y CONCEPTOS BÁSICOS

A partir de una vasta trayectoria profesional, primero como médico internista y patólogo, posteriormente como psiquiatra y finalmente como psicoanalista,³ Rosen fue dando forma a una concepción de intervención clínica, reflejo de su propia modalidad de tratamiento para las psicosis esquizofrénicas con terapia analítica directa. Su supuesto más radical en dicha modo de tratamiento, es que el **“paciente responde a una clase de sentimiento, que de existir puede esperarse una instancia curativa: un genuino sentimiento humanitario de un ser humano por otro”**, y a partir de esta premisa, desarrolla y amplía las implicancias de esta propuesta. Dicha proposición se identifica con algunas conclusiones previas de Ferenczi⁴ sobre la naturaleza de la psicoterapia, y algunos de sus desarrollos parecen continuar la línea de pensamiento del analista húngaro sobre el acontecer de lo psíquico, sobre la exploración de la naturaleza del suceder de lo psicótico, así como sobre las posibilidades de psicoterapia en dicho dominio, tal como después lo continuarían desarrollando y profundizando: M. Klein, P. Federn, M. Mahler, W Bion, H Rosenfeld, H. S. Sullivan, entre otros.⁵ Rosen llamó Análisis Directo a una particular forma de acceso mediante el método psicoanalítico a las elaboraciones inconscientes del paciente psicótico para abordar los complejos en forma directa, diferenciando el rol de las intervenciones interpretativas, y enfatizando los aspectos de la “Contención”. Con esta nominación destacó una actitud hacia el paciente psicótico, de fuerza, proximidad y falta de formalismo, mientras conservaba el nombre clásico de análisis para los pacientes neuróticos. El punto de partida teórico de Rosen es el psicoanálisis y gran parte de los conceptos freudianos, en especial la extensión de **la psicología de los sueños** al mundo de la psicosis. Impactado por la similitud del material onírico con el material psicótico, él hipotetizó que si “en el inconsciente se hallan los deseos prohibidos que no pueden aflorar a la consciencia debido a los mecanismos de la Represión, y que si estos deseos obtienen una gratificación limitada en los sueños, donde disfrazados por la simbolización, condensación, desplazamiento y distorsión las imágenes aparecen desprovistas de significados e inocentes, el soñador, impedido por este proceso de percatarse del contenido latente de su sueño, no podía despertar”.⁶ En consecuencia el contenido manifiesto de la psicosis, sería regulado por reglas de lo onírico, y enmascara

3.- Masson, en su cruda crítica del autor, postula que éste se habría autodenominado psicoanalista, y que no habría sido entrenado sistemáticamente, aunque acepta que habría estado sometido a un análisis individual. Aparentemente, dentro de lo radical de su análisis, Masson se identifica con las posturas más conservadoras del psicoanálisis, sin considerar las circunstancias históricas. (Juicio a la Psicoterapia. Mason, J. Edit. 4 Vientos. 1973.).

4.- Masson distancia significativamente a Ferenczi de Rosen. De todos los terapeutas criticados por él, solo legitima y en forma parcial al primero, razón por la que cuestiona cualquier similitud entre éste y Rosen. Masson plantea que sería el hecho de que Ferenczi dedicara gran cantidad de tiempo a sus pacientes, aquello en lo que se lo homologaría a Masson, pero a este último le desconoce este hecho y lo atribuye más a un invento de Rosen que a algo real. (op. cit.). Sin embargo, un análisis más riguroso, encontraría numerosas coincidencias y relaciones en el pensamiento de ambos, a pesar de que la bibliografía de Rosen, solo ocasionalmente menciona a Ferenczi, y no en los temas más relevantes de este dominio.

5.- Se recomienda la lectura de Alejandro Avila Espada. Cap. 18. Psicoterapia Psicoanalítica de las Psicosis. En Manual de Técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. Avila y Poch. Siglo XX. 1994.

6.- Puede seguirse la línea de razonamiento de Bion, sobre el Origen y la Naturaleza del Pensar, su génesis, evolución y contenido, incluyendo sus aportes sobre La Pantalla de elementos α y β , la Barrera de Contacto, como el conjunto formado por la proliferación de elementos α , que se adhieren entre sí para marcar el Contacto y Separación entre Consciente e Inconsciente, y el pasaje selectivo de: dormido-despierto, consciente-inconsciente y pasado - futuro, y la imposibilidad de despertar del paciente psicótico.

tan profundamente los deseos, que el sujeto no despierta, impidiéndose así, que éste se percate de los contenidos latentes del sueño. El propósito original de Rosen es, pues, despertar al psicótico, y para estos efectos renunció a ciertos parámetros técnicos clásico: la regla fundamental, al encuadre clásico, la duración de la sesión, el análisis de la transferencia y el análisis de la resistencia. Al mismo tiempo, Rosen concibe las psicosis funcionales como un estado que forma parte de un continuo de Normalidad-Anormalidad (Bleuler), consecuencia de la naturaleza y efectos de los mecanismos de defensas: primero neurótico, luego obsesivo-compulsivo, después maniaco-depresivo, mas tarde paranoico, y finalmente psicótico, creando el concepto de neo-neurosis para distinguir la fase de retorno del paciente psicótico dentro de dicho continuo. Además, él entiende que las diferentes entidades clínicas esquizofrénicas y sus subtipos, corresponden a ciertos estadios secuenciales y progresivos dentro de un amplio espectro de funcionamiento mental, y que cualquier individuo, bajo circunstancias específicas sería susceptible de funcionar de un modo psicótico.

Concepto de psicosis: Para Rosen las psicosis funcionales son de origen psicógeno y tratables por medios psicológicos, distinguiéndose al neurótico del psicótico en función de grados o etapas de funcionamiento psíquico.⁷ La Represión, y los mecanismos utilizados para estos efectos distinguen modos de funcionamiento de lo mental en el nivel de lo neurótico, hasta que dada determinadas circunstancias ligadas a específicas magnitudes de presión, se activan mecanismos propios de los primeros niveles de funcionamiento infantil basados en la “escisión” como mecanismo mental.⁸ En este momento el material inconsciente irrumpe y se fija, y aparecen los deseos del paciente en forma de delirio, alucinaciones y otras formas irracionales (proceso primario). Rosen se apoyó fundamentalmente en la Teoría de Lewin de la pantalla del sueño⁹ y la tríada oral,¹⁰ lo que le llevan a postular su convicción de que el problema oral constituye la piedra angular del Análisis Directo. También, y consecuentemente con lo anterior, plantea la presencia de una maternidad inconsciente perturbada, con un fuerte déficit en la función de proveer los suministros necesarios para el desarrollo psicológico del infante.

Concepto de psicótico: En su discurso, Rosen, refleja una comprensión de que el psicótico es quien porta mecanismos de defensa extremo, y proporcional a la magnitud de la experiencia de abuso padecida, y al momento de su ocurrencia. Y que si bien, esté aparentemente aparece como un sujeto en extremo desadaptado, posee elementos de “doble orientación psicótica”, no solo respecto a los existenciales cotidianos, sino también en relación con la calidad de sus lecturas mas profundas de la realidad, incluyendo las motivaciones e intenciones de los otros, y en este sentido cuenta con una percatación mas fina y profunda del inconsciente de los otros,¹¹ y también con relación a ciertos conocimientos de si mismo. El propósito del paciente sería alejarse de una realidad en la que no pueda operar, controlando por medios mágicos-

7.- Mucho más tarde Bion postulará la distinción entre las partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad, que es crucial para la comprensión de la psicosis como una posibilidad inherente a todo ser humano.

8.- A partir de la comprensión del cerebro como un órgano sensorial, (Bion) un símil es compararlo con el fenómeno del comer, donde el Soma originalmente se alimenta de los nutrientes del medio, bajo condiciones particulares de sus tejidos grasos, posteriormente su propio tejido muscular y finalmente de sus nutrientes óseos (y asociado a esto ultimo, presenta una disfunción máxima de los mecanismos, procesos y órganos participantes en la ingesta normal. (exógeno)).

9.- B. Lewin. En “El dormir, la boca y la pantalla del sueño”, (1946) retoma una observación de M. N. Eisler según la cual, el primer dormir es el del bebé saciado en el pecho (...) aliviado de su tensión, encuentra en el seno, una “pantalla blanca” casi como correlato del propio estado “en blanco” de excitaciones; esta pantalla será aquella sobre la cual los sueños serán proyectados. (...) la pantalla blanca representará el deseo de dormir mientras que los contenidos visuales del sueño, allí proyectados, son los “despertares” propios de la emergencia de deseos inconscientes que el sueño realiza al estilo onírico.

10.- Un individuo con salud come, el pecho se come al individuo, el individuo se siente caliente dentro de él, no tiene nada que temer, despierta nuevamente con bienestar (el pecho siempre estará ahí, le ha dado omnipotencia, y continuará ahí mientras sea necesario). Otra clase de pecho, el individuo no se atreve a comérselo. Si el pecho le come será desgarrado y destruido, no puede dormir, si lo hace resulta algo terrible, un terror sin nombre.

11.- En este sentido, refiere a los mismos mecanismos postulados por Alice Miller, en “El drama del niño dotado”, sobre la notable capacidad de hiperempatía de ciertos niños, y de hiper desarrollo precoces de funciones cognitivas como consecuencia de la necesidad de construirse en torno a los deseos de un Otro. Edit. Tusquets, 1985.

omnipotentes aquellos aspectos - externos e internos - afectados por el conflicto original, por las derivas de dicho conflicto y por las consecuencias de este mecanismo extremo en su desarrollo psíquico posterior. En este sentido dada las magnitudes de los esfuerzos empleados para mantener dicha condición, sería en este caso más válido que nunca el principio de que “el mecanismo de defensa es tan poderoso, que restringe significativamente toda posibilidad de desarrollo, circunscribiéndose a los aspectos mínimos de supervivencia”. Para él, la esquizofrenia tiene su origen en algún lugar entre el nacimiento y antes de la terminación del periodo preverbal, y es causada por las implicancias de inhabilidad materna para amar al hijo (“función de reverie”) y, en consecuencia, proveerlo de una estructura básica de maduración psíquica.¹²

Principio Gobernante: El principio gobernante del análisis Directo, es que el terapeuta debe ser para el paciente una figura protectora y proveedora, omnipotente y amante, representante de la madre ideal; y a la vez postula que el inconsciente del paciente psicótico cuenta aunque mínimamente con la posibilidad -al igual que el niño- de reconocer la existencia de aquellas cualidades constitutivas de un objeto bueno.¹³ Rosen, como todo clínico adscrito a la idea de inconsciente, distingue necesariamente dos mundos: uno de la conciencia, de apariencia o fenoménico, y otro de realidad, significado - o como quiera llamárselo -, razón por la que su principio gobernante, incluye aspectos conscientes e inconscientes de “Maternaje”, que incluyen contenidos en un lenguaje más contemporáneo, tanto de Contención, como de Límite, de “reverie” y de Angustia de Castración.

Rol de la interpretación: A partir del supuesto de que “las producciones psíquicas son susceptibles de portar significados”, Rosen le otorga un papel crucial a las interpretaciones dentro del proceso terapéutico. No obstante distingue entre: **interpretaciones clásicas** utilizadas en el tratamiento de pacientes neuróticos, y referidas a simbolizar consensuadamente un conjunto de significados en relación con experiencias emocionales del desarrollo psicosexual (tanto en lo pulsional, como estructural), **interpretaciones directas**, utilizadas en el tratamiento de pacientes psicóticos y referidas a una forma de contactar primero, y de dinamizar después, las estructuras de desarrollos psíquicas en ciernes, a través de alcanzar una experiencia emocional de comprensión de inconsciente a inconsciente, e **interpretación de la transferencia**, pero estas últimas, entendidas no en el sentido clásico, sino más bien referidas “actuaciones” vinculadas a la naturaleza de las relaciones de objetos del paciente psicótico, y a las cargas emocionales del papel materno bajo el principio gobernante.¹⁴

Rol de la Agresividad y del Temor: El supuesto de la psicosis como un mecanismo de defensa extremo que afecta a las estructuras de contacto con la realidad, presupone la existencia de contenidos pulsionales que alguna vez intentaron entrar en la conciencia, sobre todo en un periodo pre verbal, razón por la que se hipotetizan las grabaciones de sensorialidades, entendidas como estados afectivos cumbres de terror sin límite y furia extremas, por decirlo en un lenguaje bioniano saturadas de elementos β . Para Rosen una de las primeras manifestaciones de movimiento hacia la realidad es la creciente agresividad del paciente, organizada entorno a una amplia escala: primero volcada sobre el mismo, luego sobre objetos de desplazamientos del entorno y finalmente sobre los objetos significativos.

12.- En este sentido, se asemeja al concepto de Bion de la función de “reverie”: capacidad psíquica para leer al soma, capacidad de sentir la sensorialidad asociada y capacidad de simbolizar adecuadamente, y sus perturbaciones.

13.- Se atribuye a Pierce Clark, uno de quienes defienden por primera vez el papel del analista como “madre tierna y complaciente, a pesar de que este concepto es uno más de los varios ejes de las experimentaciones sobre la técnica de Ferenczi, tanto en su fase “activa” como “de relajación”. En los posteriores desarrollos sobre el rol de la madre en la constitución psíquica del niño, destacan notablemente los aportes de D. Winnicott (1896-1971), y sobre la función ejercida, la función de “reverie” de W. Bion (1897-1979).

14.- Este parece ser uno de los aspectos más críticos, de esta propuesta, pues la interpretación directa combinada con la interpretación de transferencia, da lugar a interacciones que fenoménicamente pueden ser leídas como “acting out”, conductas sádicas, depravadas, insanas, etc..., tal como Masson lo hace. (a la manera de una madre que golpea a un hijo que esta jugando con cables eléctricos). En este lugar la asignación de sentido a la intervención clínica es sumamente compleja. Quienes vieron a Rosen, comentaban generalmente, que lo más llamativo, era la ausencia de hostilidad de estas interpretaciones (que en este contexto también refieren a intervenciones), pero Masson, hace de estos comentarios sinónimos de colusión, o complicidad.

Rol del Medio: El modelo de Rosen, atribuyendo una participación nuclear en la instauración del conflicto a las figuras parentales, especialmente al rol de la madre, se orienta a construir un contexto extra-hospitalario particular que cumpla con dos condiciones: a) crear un entorno que conjugue seguridad con confort, conformado por un equipo asistencial formado por profesionales ad hoc, terapeutas asistenciales y ex pacientes ex-psicóticos - un modelo parecido a lo que actualmente lo constituyen las comunidades terapéuticas -, y b) un cierto control de las interacciones entre el paciente y la estructura familiar original.

Parámetros técnicos Rosen sistematizó una serie de parámetros técnicos mediante los cuales tratar al paciente psicótico, establecer una relación de dos personas, compartir un mundo simbólico consensuado, y a partir de ello, construir las bases para posibilitar el desarrollo psicosexual perturbado originalmente.

Interpretaciones Directas: una modalidad de interpretación es aquella que considera la asignación de sentido, no solo a las producciones del paciente, sino a cualquier acontecer de éste, sea un decir, un ruido, una reacción somática, un movimiento, etc..., y que son entendidas como producciones psíquicas procesadas bajo el imperativo del proceso primario (“lenguaje de sueño”), de las vicisitudes de objetos parciales, y de las derivas patológicas de lo pulsional. La interpretación, aspira a ofrecer al paciente la experiencia de que en alguna parte del entorno existe una comprensión mágica, omnipotente, y sitúa al terapeuta como un elemento onírico del paciente capaz de ofrecer significación.¹⁵ Rosen utiliza interpretaciones genitales, anales y orales desde una perspectiva estructural en el trabajo con sus pacientes, y generalmente ligadas a interpretaciones de la transferencia, esto es a “actuar una interpretación con vías a operar con el material”, aunque su convicción última es que es en el nivel de las interpretaciones orales donde se sitúa el núcleo curativo de las interpretaciones del Análisis Directo. Para él la idea de que la psiquis ha captado la noción de “ser envenenado”, de no haber recibido los suministros mínimos necesarios como sujeto humano, esto es de no haber sido nutrido adecuadamente, sería un contenido no verbal presente en el fondo de lo inconsciente.

Interpretaciones de la Transferencia: segundo tipo de interpretación que considera no solo un esfuerzo por otorgar sentido a las producciones del paciente, ni una referencia a la naturaleza de la relación del maternaje a la luz del principio gobernante, sino que implica una actuación desde el esquema objetal comprendido en la interpretación. Esto es una interpretación de las producciones del paciente, no en tanto comentario de sentido, sino como una intervención o actuación en la discursividad del paciente, que implica dos factores novedosos: la aceptación de la realidad psicótica del paciente, y la utilización de recursos neutralizadores desde dentro de esa realidad.

Acción de la Contratransferencia: la Contratransferencia en este nivel de intervención es entendida como un acontecer propio de la actitud de los padres hacia los hijos, pero referida a un elemento maternal de la simbiosis madre-hijo de experimentar sucederes con relación al hijo mas allá de lo verbal, y le otorga a esta función un rol crucial en el desarrollo del tratamiento. La Contratransferencia debe ser de la misma naturaleza que los sentimientos de los buenos padres hacia un niño altamente perturbado, e hipotetiza que el paciente lo percibe invariablemente a nivel inconsciente, distinguiendo la forma de la interacción de la intencionalidad y significación. Para él, la resistencia de la figura maternal a dejarse inundar por este mundo pre-verbal del infante (narcisismo paternal), tanto como la falta de amor al niño como objeto son determinantes en el grado de susceptibilidad que una persona presentará a las reacciones esquizofrénicas.¹⁶

Intervención en la dinámica psicótica: a partir de los dos tipos de interpretaciones referidas, y de la atención a los aspectos contratransferenciales el terapeuta pretende vencer la resistencia del paciente, y que éste lo incorpore en su mundo psicótico. Una vez alcanzado este objetivo, Rosen opera desde dentro

15.- En este sentido puede entenderse como la función de “reverie” materna que permite simbolizar adecuadamente el acontecer del soma y la sensorialidad ligada a dicho acontecer, pero aplicada a las producciones psicóticas entendidas estas como expresión simbólica hipermetafórica de fusiones entre defensa y pulsión.

16.- Es interesante, como este concepto que distingue la Contratransferencia (como algo diádico) de la Transferencia (como un acto de proyección), inaugura futuras discusiones sobre la Transferencia del terapeuta como algo distinto de la Contratransferencia, así como sobre la posibilidad de que un paciente puede tener reacciones no solo Transferenciales, sino también Contratransferenciales, abriendo todo una comprensión nueva sobre los mecanismos de identificación proyectiva.

del mundo psicótico, para producir las transiciones necesarias hacia el proceso de desarrollo normal del aparato mental,¹⁷ distinguiendo por un lado los cambios en el funcionamiento somatopsíquico del paciente, la irrupción de sus nuevos códigos de búsqueda de contacto, y el sentido de sus nuevas producciones psicóticas, que gradual y secuencialmente van cambiando su temática según un patrón distinguible. Algunos de los objetivos intermedios dentro de este proceso, para Rosen, consistían en lograr que el paciente reconociera y verbalizara su locura para instaurar la distinción de los diferentes tipos de producciones dentro de su psique;¹⁸ inhibir las diferentes manifestaciones psicóticas:¹⁹ alucinaciones, gestos mágicos, conductas bizarras incorporándose en la “trama psicótica”, y adoptar dentro de esta trama un rol de personaje omnipotente primero, y una vez logrado esto, una presencia maternal omnipotente. Para ello, él se transformaba en presencia, acto u objeto dentro de la “trama psicótica”, y oponía lo que llamaba “el truco contra el truco”, implementando escenarios que atendieran dichas temáticas, para desde adentro direccionalizar las cadenas productivas del paciente, incorporándose como elemento con el propósito de “despertarlo” y lograr que éste hiciera presente su “pensador”.²⁰ Otro recurso es lo que denomina “reducción por el absurdo”, que consiste en construir diálogos o situaciones que reduzcan el delirio a través de perturbar la lógica interna de dicho discurso.

Retorno a la Realidad: a medida que el paciente transita en sentido inverso por los distintos estadios de desarrollo del continuo Normalidad-Anormalidad, la interpretación da paso al reconocimiento y apoyo, hasta alcanzar los funcionamientos neo-neuróticos donde el tratamiento propende hacia intervenciones en la línea del psicoanálisis clásico o de modalidades clínicas pertinentes a los nuevos objetivos terapéuticos. Merced a la “introyección transmutativa” lo inconsciente se hace inconsciente, se instaura un funcionamiento psíquico basado en mecanismos de Represión, y el trabajo se orienta a hacer “consciente lo inconsciente” y a operar de un modo adaptativo con el entorno. Una premisa sostenida por Rosen, es que los síntomas secundarios son lo último que desaparece, por lo que una vez erradicados, el terapeuta intenta algún re-establecimiento de un aspecto de la psicosis, ya sea adelantándose a la aparición del síntoma o prescribiéndolo,²¹ permitiéndose poner a prueba e inhibir los mecanismos anteriormente utilizados. Simultáneamente, sugiere atender ciertos aspectos del manejo de la agresividad y de la vida familiar, en el entendido de que esta será un área que deberá soportar gran cantidad de proyecciones agresivas, tanto por los nuevos límites que el paciente empezará poner, como por la reacción del entorno a los esfuerzos de autonomía de parte de éste, desde su funcionamiento neo-neurótico.

Un Comentario Final. Frente a un tema como la psicosis y su tratamiento que no cuenta con un consenso epistemológico general, donde aún se aprecian grandes dificultades en el plano de las epistemologías derivadas que impiden un correcto análisis comparativo de los distintos modelos explicativos, y donde todavía se observan fallas en las consistencias internas de los modelos, y muchos de sus conceptos aun no se encuentran adecuadamente delimitados sostener juicios categóricos sobre que es la psicosis y como tratarla, hoy por hoy, no parece posible. Lo que no quiere decir que el tema no se halla desarrollado en los

17.- “...la madre amorosa, protectora, omnipotente, la madre idealizada, que está ahora dentro de la psicosis, persigue al paciente en su huida desesperada de la madre que conoció”. Psicoanálisis Directo. J. Rosen Biblioteca Nueva 1975.

18.- Es notable la semejanza de la idea de Rosen de las dos mentes: una mente que sueña, y otra que piensa con los conceptos de “Aparato para Pensar” y “Pensador” de Bion.

19.- Se debe recordar que Rosen se basa en la distinción de Bleuler de los **síntomas fundamentales** : perturbaciones de la asociación y la afectividad, intensa ambivalencia y predilección por la fantasía como contraria a la realidad, y lo más fundamental: la “ruptura” en la personalidad; y de los **síntomas accesorios** : delirios, alucinaciones, expresiones motoras, conducta bizarra, etc..., razón por la que aborda estos síntomas accesorios como un modo de acercarse gradualmente a los síntomas fundamentales y sus factores causales (la “falla de maternaje” y “falla de la función de reverie”).

20.- Un punto crítico en este sentido, es la distinción de parte de terapeuta de la Contención del “mundo psicótico” y del Límite de Realidad “de que está loco”. Rosen legitima sus intervenciones desde lo empírico, a pesar de que una posible explicación se encuentre en la naturaleza del “juego infantil” y en la función lúdica maternal.

21.- Considerando que Rosen liga la psicosis a los estados de sueño, no es extraño que se observen varias técnicas que hoy por hoy llamaríamos ericksonianas: prescripción de síntomas, paradoja del tipo “sé espontáneo”, etc...

últimos tiempos. Desde la medicina, la evolución de los tratamientos farmacológicos, ha dado un salto significativo en los últimos cincuenta años: camisas de fuerza, golpes eléctricos y comas inducidos, han dado paso a estrategias más amistosas de enfrentamiento de la sintomatología psicótica, no obstante orientarse básicamente a los aspectos fenoménicos y conductuales de los trastornos. Pero por otro lado, las deficiencias lógicas y empíricas del modelo médico, más allá de una praxis referida a lo sintomático, se encuentran aun encubiertas tras una serie de conceptos de dudosa sustentación. La afirmación de lo genético,²² concepto nuclear dentro de este modelo, no ha logrado validarse, más allá de ciertos estudios genéticos comparativos, gemelos y adopción, y a pesar de que cumple adecuadamente con la función de neutralizar la existencia de un factor etiológico modificable y por tanto legitima el tratamiento de los efectos, no obstante sigue siendo una hipótesis plausible, no demostrable científicamente, y cuestionable desde el punto de vista lógico-formal,²³ que aun merece una crítica más exhaustiva, y una reflexión sobre su función como concepto dentro de un modelo de conocimiento, o como factor ideológico dentro de un modelo de poder. Por otro lado, el desarrollo del tratamiento de pacientes psicótico por psicoterapia, ha tenido un lento avance desde su categorización clínica. No obstante dicho avance ha sido sostenido, y es posible plantear que en la actualidad se encuentra una teorización, una práctica y una casuística que refleja ciertos avances en la dirección de encontrar una modalidad de intervención, que genere las condiciones necesarias para la erradicación de dichas patologías. Su aporte parece apuntar al supuesto de que a partir de la comprensión de los aspectos dinámicos presentes en el trastorno, se puede acceder a una formulación etiológica de tipo funcional, y con ello a la identificación de las “entidades clínicas” resultantes a partir de dicha causa, a sus efectos tanto en el orden psíquico, somático y conductual, y a la posibilidad de implementar los requisitos necesarios para reinaugurar las condiciones originales de desarrollo. Rosen, en ello fue un pionero, su contribución es original e importante. El estudio de su obra, inaugura el conocimiento de una serie de conceptos, que se complementan, oponen o adhieren a otros conceptos que se están articulando en la actualidad en la búsqueda de un tratamiento a estos trastornos, a la vez que abre una serie de interrogantes sobre el alcance de la psicoterapia con relación a las psicosis, la naturaleza de lo psíquico, y de sus perturbaciones. Conocer su obra, puede aportar significativamente a un mejor entendimiento de los alcances de la psicoterapia en este dominio. El tratamiento de las psicosis funcionales, especialmente el de la esquizofrenia es aun extremadamente rudimentario, y a medida que avanzamos hacia una mejor comprensión y una mejor práctica, sea desde el modelo médico y/o psicológico, irremediablemente en ambos casos apoyados en lo empírico, permanentemente debemos enfrentar el riesgo de que nuestros modelos de conocimientos se confronten con, o se conviertan en modelos de poder. Como lo postulase Bion, una cosa es un discurso, otra la función que ese discurso cumple, y tal vez por ello con relación a la Ciencia, uno solo puede guiarse a partir de un genuino amor a la verdad.

Volver a Artículos Clínicos

Volver a Newsletter 5-ex-31

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE
<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>
Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.

22.- ... que un trastorno tenga un substrato bioquímico o microestructural, no implica necesariamente que esa alteración patológica esté programada genéticamente, por ej: una infección es un acontecimiento biológico, que conlleva cambios bioquímicos: producción de toxinas, de anticuerpos..., y lesiones celulares pero no tiene su origen en los genes, sino en una interacción ecológica del organismo con el patógeno; el eje histórico aplicado a aspectos somáticos no solo revela patrones genéticos: color de pelo, sino también patrones familiares transmitidos de generación en generación.

23.- Una adecuada revisión de estos aspectos se encuentra en “Introducción a la Epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría. Jorge, L Tizón Editorial Ariel.; también los escritos de Bion sobre Epistemología, Ciencia y Conocimiento, aportan una novedosa e interesante comprensión del estado actual de la psicología, psiquiatría y psicopatología.