

PSICOTERAPIA DINÁMICA DE LA PSICOSIS.



Dr. José Luís López Atienza
Médico psiquiatra, grupoanalista,
Director de las estructuras intermedias del Centro de
Salud Mental Uribe. Bilbao
Vol. 1, núm. 2 - Julio 2002
Revista Internacional On-line / An International On-line Journal

RESUMEN

El presente trabajo pretende dar a conocer nuestro modelo de comprensión de la patología psicótica y de su abordaje psicoterapéutico. Es un modelo desarrollado durante 15 años en el Hospital de Día y en las estructuras intermedias del Centro de Salud Mental de Uribe (antiguamente denominado Consorcio de Uribe Costa Salud Mental). Es un modelo integrador desarrollado por un equipo terapéutico, basado en otros modelos asistenciales y enriquecido por nuestras experiencias clínicas diarias.

Palabras clave: Psicosis. Modelo de integración. Hacerse cargo del paciente. Proceso terapéutico. Centro de Salud Mental Uribe.

SUMMARY

In the history of psychoanalysis it was necessary to introduce modifications in the psychoanalytical technique when treating psychotic patients. From the point of view of psychoanalytical orthodoxy these modifications were not accepted as 'psychoanalysis', but were labeled instead as 'psychotherapy', frequently understood and considered as a lower and shallower level than psychoanalysis. The intention of this paper is to describe how we understand psychotic pathology and its psychotherapeutic approach as has been developed over a period of 15 years in the Day Centre of the Uribe Mental Health and that we consider to be a real psychoanalytic approach.

Key words: Psychosis. Model of integration. Care of the patient. Therapeutical process. Uribe Mental Health Centre.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende dar a conocer nuestro modelo (López Atienza JL, 1988), (López Atienza JL, 1994), (Ayerra JM, López Atienza JL, 1994) de comprensión de la patología psicótica y de su abordaje psicoterapéutico.

Es un modelo desarrollado durante quince años en el Hospital de Día y en las estructuras intermedias del Centro de Salud mental de Uribe (antiguamente denominado Consorcio de Uribe Costa Salud Mental).

Es un modelo integrador desarrollado por un equipo terapéutico, basado en otros modelos asistenciales y enriquecido por nuestras experiencias clínicas diarias.

La técnica psicoanalítica se desarrolló y evolucionó en torno a las neurosis (Etchegoyen RH, 1986) (muchos de los casos tratados en los orígenes como neuróticos, hoy en día serían diagnosticados de verdaderas psicosis). Las psicosis requerían modificaciones de la técnica psicoanalítica, y desde la ortodoxia psicoanalítica dichas modificaciones no fueron aceptadas como psicoanálisis, se las etiquetó como psicoterapia (muchas veces entendida y apreciada como de rango inferior y menos profunda que el psicoanálisis).

Distintos autores posteriormente han seguido viendo las posibilidades que los pacientes psicóticos tenían de ser abordados psicoanalíticamente (Rosenferl H, 1990), (G. Badaracco JE, 1990), (Searles H, 1980). La escuela kleiniana con el estudio de las relaciones objetales primitivas, establece un campo de conocimiento de las etapas previas a los arranques de la teoría kleiniana, común tanto para las psicosis como para las neurosis. El trabajo con niños también introdujo cambios en la técnica psicoanalítica y aportó nuevos conocimientos útiles para el trabajo con la psicosis.

La aparición de los neurolépticos, así como el desarrollo de otros campos psicoterapéuticos como fueron los grupales, familiares y sociales, posibilitaron una mejor comprensión de la patología psicótica, y por lo tanto dieron una oportunidad a nuevas variaciones técnicas que acojan las particularidades que estos pacientes plantean. La particularidad principal y la que siempre ha sobrepasado la técnica psicoanalítica ha sido el tipo de relación que los psicóticos son capaces de realizar.

Durante mucho tiempo se sostuvo que estos pacientes no eran capaces de realizar una transferencia. Posteriormente se observó que desarrollan un tipo de transferencia particular y compleja que es la llamada transferencia psicótica (Ayerra JM, López Atienza JL, 1994), (Rosenfeld H, 1990), (G Badaracco JE, 1990), (Searles H, 1980). Esta transferencia es múltiple, masiva e indiscriminada en ciertos momentos y en otros daría la sensación de no existir, como si el otro para el paciente no existiera, como si no existiese contacto entre paciente y terapeuta. Esta transferencia psicótica, que irá atravesando distintos matices, va a requerir de objetos reales estables en su entorno para poderse manifestar. Su propia fragilidad yoica y la sensibilidad hacia la frustración hace requerible dicha presencia real. Esto nos compromete mucho más no sólo como terapeutas sino como personas, y supone hacernos cargo del paciente.

El vínculo positivo (Mascaró N, López Atienza JL, 1987) es el eje central de toda cura, donde se despiertan y desarrollan sentimientos de afecto. Pero dicho vínculo sólo irá apareciendo en la medida en que el terapeuta pueda entender que realmente hay alguien fuera de él que comprende y da sentido al caos emocional en el que vive. Pero para ello será necesario que el paciente pruebe y compruebe una y otra vez que esto es así. Por esto necesita de una disponibilidad y estabilidad objetal capaz de ir conteniendo los movimientos transferenciales que se van a ir produciendo.

Es necesario tener presente que tanto para que se desarrolle un vínculo positivo y sano, como para que se dé una estabilidad vincular, en muchos casos el paciente, de inicio, desarrollará una transferencia negativa, transmitiéndonos una pluralidad de resentimientos y odios que pondrán a prueba nuestra capacidad y estabilidad, y que se irá desarrollando de forma intensa y masiva.

Además, el paciente psicótico necesita realizar un vínculo fiable, estable y de confianza, para deshacerse de sus objetos internos patógenos, depositándonoslos, a la espera de que le enseñemos a manejarse mejor con ellos. Pero a la vez, el éxito o fracaso de este manejo de su mundo interno reforzará o debilitará el vínculo de confianza terapéutica, convirtiéndose la situación en un círculo vicioso.

Estos movimientos transferenciales y vinculares se van a dar en un marco de situaciones regresivas, muchas veces intensas, que pondrán aun más a prueba la relación paciente-terapeuta. Además, por las características en la que vive el paciente psicótico, la regresión es un estado mental constante que actuará en sus conductas y relaciones con las personas que forman su mundo externo.

Muchas veces observamos cómo los pacientes psicóticos se mantienen en una regresión constante, pero que no lo hacen manifiesta aunque se encuentran siempre en situaciones límites para poderlas actuar.

Dependen del contexto en el que se desarrolle su tratamiento, van a poderlo realizar de forma más clara y así a través de la regresión mostrarnos de forma más evidente cómo es el mundo en el que habitan y están atrapados. Es como si necesitasen, (aún con el sufrimiento que les supone) manifestarnos sin el enmascaramiento de las falsas identidades, el sufrimiento genuino que padecen, para poder ser atendidos y rescatados de otra manera a como lo han sido hasta entonces.

Estas situaciones regresivas deben encontrar un contexto disponible al servicio de facilitar respuestas de cuidado y comprensión humana de las necesidades que se manifiestan.

Serán cruciales las respuestas que ofrezcamos. Si no se ajustan a las necesidades humanas básicas, provocaremos nuevamente un cierre en falso, que reforzará aún más sus pseudoidentidades.

Por el contrario, si las respuestas pueden tener en cuenta dichas necesidades y trabajamos desde la contención, la comprensión y el acompañamiento en esos momentos, las regresiones y nuestra actitud frente a ellas, se podrán ir integrando en un proceso de diálogo y comprensión que permita al paciente realizar un crecimiento de su personalidad más humano, sin escisiones, negaciones ni distorsiones de sus necesidades emocionales más naturales. Es como si estas respuestas nuestras desde la identificación con ellas compitieran con las identificaciones patógenas que tienen.

Muchas veces observamos el miedo que tienen los pacientes a mostrarnos su ternura, cariño o tristeza, al no saberse manejar con estos sentimientos básicos e imaginan que se difuminan si los expresan.

Las situaciones regresivas se van a presentar en varias ocasiones a lo largo de la psicoterapia y de formas variadas, si el proceso terapéutico va progresando. Si el paciente en regresión encuentra a través del tratamiento psicoterapéutico un espacio de contención y comprensión, dicha regresión le servirá para una reorganización yoica, partiendo de un vínculo de confianza. Si no, habrá un nuevo y desalentador intento que le reorganizará pero más psicóticamente de lo que antes se encontraba.

La psicoterapia analítica entraña una relación paciente-terapeuta que la misma técnica intenta mantener libre y aislada de otro tipo de influencias. La psicoterapia de la psicosis sin embargo, va a estar influida y condicionada potentemente por factores externos, tanto sociales de los que no nos podemos inhibir (policía, jueces, responsables de trabajo, etc.), cuanto familiares. Fundamentalmente familiares.

La familia es el ámbito de dependencia tanto física como psicológica para el paciente. Es en donde está fijado en su profundidad. Todo acontecimiento que vaya a modificar la situación de partida de un paciente en su psicoterapia, tendrá un efecto en el ámbito de su relación familiar. La evolución del paciente va a ser vivida por parte de la familia con la intensidad que éste lo sienta, puesto que todo cambio que realice afectará fundamentalmente a su dependencia familiar. Esto en sí mismo sería bueno pues es uno de los objetivos que nos planteamos: que el paciente sea más autónomo. Pero en la psicosis, la dependencia familiar es una interdependencia. La familia también necesita al paciente. En muchos casos, por no decir en todos, es el soporte emocional de alguno de los padres o es la persona en la que se depositan contenidos emocionales o ideológicos que no se soportan en los demás miembros.

Esa interdependencia hará que la familia se resienta ante los movimientos que se den en la psicoterapia, tendiendo a restablecerse al vínculo interdependiente en la primera ocasión que encuentre y además de forma más bizarra y forzada.

Esto se observa frecuentemente en las situaciones regresivas por las que va a pasar el paciente, puesto que si la familia no le puede acompañar en ese momento regresivo y no lo entiende como un momento imprescindible para la evolución, la familia entenderá la situación como un empeoramiento, provocándose en muchos casos una reacción terapéutica negativa en el paciente, motivada por el desajuste en la interdependencia paciente-familia.

ASMR Revista Internacional On-line - Dep. Leg. BI-2824-01 - ISSN (en trámite)
CORE Academic, Instituto de Psicoterapia, Manuel Allende 19, 48010 Bilbao (España)
Copyright © 2002

En: www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/0102pdd.htm

Correspondencia:

José Luís López Atienza

E-mail: latienza@euskalnet.net

CSM Uribe

C/ San Nicolás nº 2

48990 Getxo (Bizkaia). España.

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 12-ex-38