

## CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ESTUDIOS

## ALTO BAJO

DIFERENCIAS ENTRE REAL E IDEAL	Grandes	0	61	61
	Pequeñas	0	112	112
		0	173	173

$X^2 = 0.000$  no sig.

Caídos en la mediana de diferencias entre real e ideal 48.

Caídos en la mediana del conocimiento del plan de estudios 170.

## 3) EN REACTIVOS SOBRE ADMINISTRACIÓN (MA/AD).

## CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ESTUDIOS

## ALTO BAJO

DIFERENCIAS ENTRE REAL E IDEAL		0	25	25
		0	104	104
		0	129	129

$X^2 = 0.000$  no sig.

## CONDUCTA CATATÓNICA EN ESQUIZOFRÉNICOS

Otto Allen, Jr.

*Introducción a alguien que llega a ser paciente*

HACE varios años fui llamado para ver en consulta a una joven de 17 años que era paciente en un hospital general.

Dos o tres meses antes de su hospitalización, los padres de la joven (Kay) la habían notado preocupada, retraída y aparentemente deprimida.

Aunque ella insistió en que no le "pasaba nada", después de persuadirla aceptó tener una entrevista con un consejero escolar. En la cuarta entrevista con el consejero, Kay se quedó muda, con los ojos cerrados, los músculos rígidos y la saliva escurriendo por una de las comisuras labiales.

No respondía a los médicos ni a sus padres y después de cerca de 4 horas en este mutismo se le trasladó a un hospital en donde la examinó un neurólogo, quien no encontró evidencia alguna de alteración orgánica excepto una discreta elevación de proteínas en el líquido cefalorraquídeo y una debilidad transitoria del brazo y la pierna izquierdos. Kay habló al tercer día de su hospitalización y en el informe médico se asentó que había dicho algo "sin sentido". Visité a Kay dos semanas después de su ingreso al hospital.

Sola en su cuarto, apoyada en su cama, estaba una joven pequeña que abrazaba un oso de peluche con su brazo derecho, tres dedos de su mano izquierda dentro de la boca y los ojos cerrados. Al principio no hubo ninguna respuesta a mi presencia. Le dije algo acerca de mí y le expliqué la causa de mi presencia. Finalmente asintió con un movimiento de cabeza cuando le pregunté si no había ningún inconveniente en que yo permaneciera allí. Permanecí cerca de dos horas reuniendo palabras que soltaba entre frases masculladas intercaladas con periodos de silencio de 5 a 15 minutos. Al preguntarle qué pensaba de mí, respondió que podía verme sin abrir los ojos y que su miedo había disminuido cuando sintió que yo no tenía miedo.

Kay se describió a sí misma como una especie de tocadiscos, es decir, que había desarrollado una forma especial y hasta entonces confiable, de tratar con cada una de las personas importantes en su vida. Por ejemplo, ella tenía un "disco", es decir, una forma de hablar, adecuado para su padre, otro para su madre, otro para su hermana y otro para sus amigos, profesores, etc., etc. Recientemente se había dado cuenta que estos

discos o formas de conducta eran cada vez más insatisfactorios, estaban gastados, rayados y ya no tenían sentido, por lo que resultaban aburridos.

Kay también dijo tener varios “yoes” (selves): un yo “intelectual”, un yo “emocional”, un yo “práctico” y otros más. Un yo podría complacer al padre pero no a la madre por ello fue cada vez más difícil presentar un yo en circunstancias adecuadas para su actuación. Los “yoes” no estaban bien organizados, la unidad fue desapareciendo y un yo podría aparecer o un disco ser tocado en ocasiones tan inadecuadas que la joven se sentía confundida y asustada ante la evidencia innegable de la pérdida en el control de su propia vida. Pensaba que se estaba muriendo, se sentía hueca y vacía, una productora de discos cuyo significado y valor estaban disminuyendo rápidamente. Ya no confiaba en su habilidad para establecer una comunicación significativa con otros; el que la evitaran lo atribuía a que en profundidad de su ser existía algo maligno y destructivo.

Para Kay, de acuerdo con su forma acostumbrada de comportarse, la vida se fue haciendo cada vez más complicada y más difícil de modificar su conducta para satisfacer las demandas que se le presentaran.

No podía ir a su casa o regresar a la escuela porque los discos no funcionaban y los “yoes” iban aumentando su desorden. También temía que su malignidad podría destruir a alguien. ¿A quién? “A mi madre” —dijo— “la odió”.

Le pregunté: ¿Quién es usted? La respuesta fue: “No sé.” Estaba por regresar a un *college* dentro de pocos meses, pero la asustaba esa posibilidad. En un lugar extraño los discos viejos no serían aceptables, y dudaba de su habilidad para hacer otros. ¿Qué sucedería entonces? —le pregunté. “Tengo miedo de separarme en pedazos. Ninguno sería yo.” Pensé que estaba refiriéndose al miedo de desintegración de su yo ante el pánico. Ella encontró un poco de seguridad en la simplificada y estereotipada rutina del hospital, donde podía permanecer en silencio, sosteniendo apretadamente su muñeca, chupándose los dedos, cerrando los ojos y manteniendo sus músculos tensos como si tratara de mantener todas sus partes reunidas y así construir una barrera protectora contra el mundo.

Creo que por aquel tiempo Kay había encontrado que la vida era demasiado pesada para ella y estaba tratando de cerrarse como lo mejor que ella podía hacer en un esfuerzo por retener algún resto de identidad confiable y reconocible. Más brevemente, en términos psiquiátricos convencionales, pensé que era una esquizofrénica y que su conducta correspondería a un caso de catatonía o al menos una variante leve de lo que en el pasado

había sido muy frecuente en grandes instituciones para enfermos “mentales”. Al fin de esta entrevista Kay estaba más accesible. Abrió los ojos, dejó de chuparse los dedos y aceptó mi proposición de que visitara el pequeño hospital en el que yo trabajo y, si éste le parecía adecuado, entrara en psicoterapia conmigo.

¿Qué es terapia? —me preguntó. “Lo que hemos estado haciendo”, le respondí.

### *El concepto de catatonía*

La catatonía, comúnmente descrita como una forma de esquizofrenia, no se ve tan frecuentemente en la actualidad como lo fue en el pasado, al menos en mi experiencia. Recuerdo las demostraciones hospitalarias de las diversas maravillas psiquiátricas, entre las cuales la más sobresaliente era la catatonía con su flexibilidad cérica, su negativismo a las órdenes, su mutismo, su ecolalia —un tesoro de extraña y amenazadora psicopatología— el cual en ocasiones puede estallar en tempestuosas excitaciones. El expositor revelaría estas maravillas a una clase a través del paciente, hablando con frecuencia como si el sujeto de sus explicaciones no estuviera perdido detrás de una barrera impenetrable de enfermedad. Si ha habido una disminución de este fenómeno (catatonía) las razones pueden deberse al uso de la TEC y los psicofármacos, al refinamiento del ambiente terapéutico y al reconocimiento cada vez mayor de los aspectos interpersonales de esta llamada “perturbación psiquiátrica”. También pueden haber ocurrido cambios en los estilos culturales que han hecho que tales dramáticas exhibiciones ya no sean socialmente aceptables como lo fueron en el pasado.

La palabra catatonía se refiere a una disminución de la tensión descrita por Kahlbaum, en 1874, como una entidad patológica y más tarde por Kraepelin como un tipo de demencia precoz. Clínicamente esta perturbación consiste en:

a) Estupor con marcada rigidez o flexibilidad de la musculatura.

b) Hiperactividad y excitación (Hinsie y Campell, 1960).

Fenichel describe la catatonía como una regresión a etapas tempranas del ego, un estado en que la persona siente como si una autoridad extraña a ella misma gobernara sus actos, siente que le son impuestos pensamientos extraños y que sus gestos y palabras tienen un gran poder. Sus posturas sugieren la recurrencia de impulsos provenientes de la existencia intrauterina y la rigidez puede reflejar un conflicto entre el impulso a actuar y una defensa contra él. Fenichel hace notar, y esto es muy

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.  
Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



importante, que la obediencia automática, los gestos, manierismos y peculiaridades del lenguaje son intentos orientados a recuperar el contacto con los objetos (Fenichel, 1945).

Arieti habla de la persona catatónica como alguien que exhibe una alteración de la voluntad, escribe: "La catatonía es una suspensión de la acción con objeto de evitar el pánico relacionado con la acción voluntaria." (Arieti, 1959.) Arieti sugiere que el niño que en algunos casos llega a ser catatónico, durante su educación se le ha impedido desarrollar su capacidad volitiva, de acuerdo a sus propios deseos. Para tal persona actuar es experimentar ansiedad y culpa, atenuada en parte por la conducta obsesiva y compulsiva a que caracteriza, en forma creciente, el periodo que precede inmediatamente a la crisis de desorganización esquizofrénica (Arieti, 1955).

El fracaso de estos rituales defensivos, que son un medio para limitar el ascenso de la ansiedad, puede dar lugar a la reacción catatónica, por medio de la cual el displacer es reducido.

En tales casos la volición parece asociarse con un sentimiento de gran responsabilidad, como si cualquier acto trajera consigo la amenaza de desconocidas, pero peligrosas consecuencias. Como lo ha descrito Arieti (1961), la persona catatónica no está en un estado de tranquilidad interior, sino que se encuentra atrapada en un remolino de emociones intensas, cuya sola expresión contribuye a hacerla terapéuticamente accesible.

Sullivan consideraba la experiencia catatónica como el estado esquizofrénico esencial, al cual estaba marcado por un sentido de gran necesidad por soluciones de los primeros años de vida, y en conformidad, con una cualidad de transitoriedad. Sullivan decía que la conducta catatónica "es de una naturaleza genéticamente más primitiva que cualquiera de los que aparecen en los sueños" (Sullivan, 1962, p. 19). "La naturaleza conservadora de este fenómeno descansa en su intento de regresión a procesos de pensamiento genéticamente más viejos —a funciones infantiles o incluso prenatales— exitosos para reintegrar masas de experiencia vital que han fracasado en estructurarse en una unidad funcional." (Sullivan, 1962, p. 21.)

La conducta catatónica descrita en este comentario aparece en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta, cuando ha habido una previa consolidación de la experiencia en la que la necesidad de intimidad y los satisfactores que de ésta se derivan han sido reconocidos y aceptados en cierto grado. A medida que el individuo intenta tratar con los requerimientos socio-culturales interpersonales de la adolescencia —como la búsqueda en mayor intensidad con otro ser humano, aspectos

de su vida temprana (afectos e ideas-sentimientos) hasta ahora disociados, fragmentados y no claramente reconocidos como parte del yo, ahora deben ser reconocidos e integrados si es que han de constituir relaciones más elaboradas que no serán superficiales y transitorias, la búsqueda de cercanía humana iniciada en la infancia e intensificada en la adolescencia— requiere un continuo crecimiento de autorevelación; como una consecuencia, sistemas mayores de experiencia y valor (*disociados*) son alterados y revelados, conducen a que penetren al campo de la conciencia procesos referenciales deficientes en definición y refinamiento, no fácilmente conectados con los recuerdos del pasado, y no parte del yo como es conocido por la persona misma o sus asociados. En resumen, tal individuo es confrontado con una complicada labor: la búsqueda de intimidad, amistad y demandas de afecto, llevan a exponerse tal como uno es, tal descubrimiento de uno mismo puede traer a la luz aspectos inaceptables o aun intolerantes de la persona, que alterarán su auto-concepto y amenazan o quizás destruyan la búsqueda de relaciones humanas. En el intento de lograr una mayor intensidad con los otros y al mismo tiempo mantener una disociación mayor de los hechos del pasado y sus implicaciones, uno u otro objetivo debe ser modificado o abandonado. Si es perseguido el primero el contenido de la conciencia no será gobernado fácilmente, y por tanto el resultado será una invasión dentro de ella por fragmentos de la experiencia que son sentidos como extraños y aterradoras como de pesadilla. Tal situación requiere una rápida solución. En esta infeliz situación el individuo debe mantener alguna forma mínima del contacto humano que necesita, mantener la ansiedad dentro de límites tolerables, controlar los contenidos de la conciencia, comunicarse con los otros en una forma convencional, y no actuar demasiado loco que pueda ser atacado, abandonado o expulsado fuera de la sociedad. La conducta resultante puede no parecer tan incomprensible o loca, si es comprendida como un intento de resolver de prisa un problema hasta ahora indefinido, sin exponerse públicamente a ser considerado portador de graves desórdenes personales.

Habiéndome referido a las pesadillas, unas pocas palabras al respecto pueden ser apropiadas para mostrar esta relación. El estado esquizofrénico de pánico tiene elementos en común con las pesadillas y una diferencia fundamental es la persistencia del terror y sus acompañantes más allá del periodo de sueño. Las siguientes notas son de *Nightmares and Human Conflicts* (Mack, 1970):

Desde el punto de vista del soñante o del psicótico, el carácter abrumador del terror en los dos estados es muy similar. En



cada caso, el individuo se siente débil, desamparado y profundamente vulnerable frente a poderosas fuerzas externas o seres que cree lo atacarán o destruirán, p. 164.

Las pesadillas en el adulto y la psicosis aguda pueden ambas ser vistas como respuestas a una experiencia amenazante o dolorosa en el mundo externo, una realidad actual que ha tenido un impacto psicológico interno profundo. Esta realidad es la mayoría de las veces un asalto real o una amenaza de ataque, una intensa frustración de necesidades libidinales y objetales como una decepción en las relaciones amorosas o la pérdida de una persona importante de la que el individuo depende. Estos factores precipitantes son dolorosos no solamente por algunas cualidades intrínsecamente traumáticas que poseen. Ellos poseen el potencial para provocar una respuesta regresiva por su asociación con conflictos internos persistentes, experiencias traumáticas y situaciones del pasado del individuo, especialmente aquellas de la infancia... En las dos situaciones, la pesadilla y la psicosis aguda, el ego ha sido incapaz de limitar la intensidad de la ansiedad y ha llegado a ser abrumado, dando como resultado que los mecanismos primitivos de proyección y distorsión llegan a predominar y el efecto confirmador o corrector de la realidad se encuentra severamente obstaculizado, p. 172.

Finalmente, tanto en la psicosis como en la pesadilla especialmente en los niños, la presencia confortante y protectora de otra persona es de vital importancia en la restauración del equilibrio de la personalidad, p. 165.

Este último párrafo se adecua bien con la recomendación —que sostengo— de que la persona con pánico esquizofrénico tiene un contacto íntimo con otra persona (enfermera, terapeuta, quizá pacientes) quienes pueden ser figuras estables bien definidas, que apoyen y sean una ayuda efectiva para que la víctima pueda distinguir la “realidad” de la psicosis y “despertar” y encontrar otras formas de identificar y manejar sus dificultades.

De particular importancia en este concepto es la idea de que el paciente, en sus primeros años de vida, va formando la necesidad de relación con otro ser humano. Tal necesidad, frecuentemente rechazada o no reconocida —la labor terapéutica— se complica enormemente si no es que se hace prácticamente imposible. Esto es que para obtener un resultado favorable deben haber habido influencias tanto “positivas” como “negativas” en el desarrollo del paciente —y el pasado no ha sido en su totalidad un enemigo para el crecimiento y la comprensión. La dificultad para comprender mezclas de conductas —aquellas que aumentan y las que disminuyen la ansiedad, las que favorecen

o interfieren con la comunicación, las que conducen a un claro concepto del ser de uno mismo o a lo contrario, etc., etc.— pueden tener más que ver con confusiones psicóticas y miedo que se presentan posteriormente, que con cualquier simple forma de conducta etiquetada como destructiva, pero que tienen al menos la virtud de ser identificables y verificables con otras personas.

La conducta psicótica, aunque parezca muy bizarra, refleja conflictos, es solución de problemas y tiene un objetivo. La intervención psicoterapéutica es probablemente más útil en los estadios iniciales del desorden —estadios marcados por la confusión en los intentos de manejar el pánico— antes de que se consolide la experiencia en una forma que puede reducir la ansiedad, pero al mismo tiempo permitirá solamente contactos humanos estereotipados y superficiales cuyo resultado es una limitación posterior del desarrollo. La necesidad por una presencia humana lo más pronto posible debe ser enfatizado sin recurrir de inmediato a las drogas o al electrochoque. El problema es en gran medida un problema interpersonal —tanto en términos de su origen como en la actualidad— y la relación humana puede ser el agente primario y vital en la promoción de cambios en una dirección favorable. Por favorable no quiero decir simplemente una reducción en o eliminación de la conducta desordenada, o un retorno al estado (si eso fuera posible) que existió antes de la aparición de la pesadilla. Con fe se habrá obtenido una alteración en la estructura de la personalidad que favorecerá la inclusión en el concepto del yo de aspectos importantes de experiencias previamente disociadas, con la posibilidad de un aumento concomitante de la satisfacción en las relaciones interpersonales y una apertura a un aprendizaje ulterior (Sullivan, 1956).

Puede ser útil revisar aquí, aspectos selectos, pero comunes de la fenomenología catatónica sin ninguna pretensión de que los hechos han sido completamente “explicados”.

La persona que se encuentra en el camino hacia un brote esquizofrénico es confrontada por una variedad de situaciones con las cuales debe tratar sin estar bien equipado para hacerlo. Las características de esta situación son las siguientes: 1) Requiere un cambio en la persona que implica crecimiento, aprendizaje y la alteración de los conceptos de yo, los otros, y el universo; 2) Incluye un aumento de intimidación con una concomitante demanda para ulteriores revelaciones de la personalidad; aspectos que pueden haber sido rechazados, ser desconocidos o haber sido escindidos de uno mismo y de los otros por considerarlos inaceptables o incluso rechazados como “parte” de la persona, y 3) conduce a formas de separación —de lugares, gente,

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express permission of the copyright holder.  
Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen - auch von Teilen - bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



ideas y valores y de conceptos de uno mismo. En cierto grado estos hechos deben ser manejados por cada uno de nosotros —más intensamente en la adolescencia y también en otras ocasiones— como cuando deseamos (o somos forzados) a evaluar y elegir las opciones que se nos presentan durante el proceso de la vida.

Esta labor es más difícil para aquéllos en quienes el sentido de seguridad personal e identidad ha sido mantenido precariamente. Cuando aspectos importantes de la personalidad son experimentados como algo maligno y rechazable —aunque pobremente comprendidos y definidos y no traducibles en lenguaje comunicable— deben ser ocultados a los ojos del público con el objeto de adquirir y mantener un mínimo de autoestima. En tales casos el sentimiento de seguridad es tan frágil que “porciones” de la personalidad no son solamente mantenidos en privado, sino que incluso no son conscientes, excepto en sueños ocasionales. Desafortunadamente la necesidad de seguridad que demanda esta obnubilación y limitación del autoconocimiento interfiere con la adquisición de experiencia que podría conducir a un cambio útil. De esta manera, ideas vagamente definidas de sí mismo como malvado y destructivo, posiblemente derivadas de la infancia cuando las circunstancias de su origen no eran claras, no fueron corregidas o validadas en ulteriores periodos, que ellas parecieran demasiado horribles para ser expuestas; ellas continuaron como “desconocidas” o en el mejor de los casos se manejaron en forma autística. El mantenerse consciente de importantes aspectos de la personalidad es una labor complicada; para lograrlo se debe observar mucho de la conducta de uno mismo y de los otros, evaluarlo como peligroso o no y entonces aceptarla o no registrarla o manejarla en tal forma que las implicaciones de una amenaza personal no se desarrolle.

En la adolescencia la situación descrita anteriormente surge con las demandas por respuesta y cambio. Alguna gente joven responde a estas demandas adoptando pseudoactuaciones-conductas que pueden ser socialmente aceptables por un tiempo, pero que son superficiales, generalmente insatisfactorios... y en detrimento del crecimiento personal. Se forma una fachada que externamente parece indicar cambios, pero que actúa para prevenirlos, por ejemplo el uso de la sexualidad genital aparentando afecto cuando en realidad oscurece la ausencia de éste.

Para aquellas personas que llegan a ser pacientes tales técnicas eventualmente fracasan para detener un aumento de la ansiedad. A medida que la necesidad de cambio llega a ser más imperativa, la incapacidad para lograr esta labor se hace más aparente y se desarrolla un sentimiento de fracaso. La persona así

comprometida debe ahora guardarse contra las amenazas del mundo “exterior” y de las representaciones de experiencias que habrán sido previamente disociadas. Estos hechos ya no pueden ser rechazados, racionalizados, evitados a través de operaciones obsesivas o manejados por medio del proceso sublimatorio o de no atención selectiva. En resumen, el buscar intimidad con otro ser humano, requiere una mayor exposición de la personalidad que es satisfactoria en encuentros más superficiales y estereotipados. Esta exposición incluye no solamente el yo como es conocido por la persona, sino que tenderá a traer a la conciencia cualquier sistema mayor de ideas y emociones de los que fueron disociados, pero que ahora son necesarios para promover la integración interpersonal. Representaciones disociadas de la experiencia, como la frase es aquí utilizada, están en la forma de procesos referenciales a los que falta el refinamiento (en términos de tiempo, secuencia lógica, causa y efecto, espacio, e identidad del yo y el objeto) de las formas del pensamiento cotidiano, no pueden ser aprehendidas por el lenguaje y son inadecuados como medio de comunicación con otros, esquizofrénicos o de cualquier tipo.

*La ampliación de los significados* en la que todos los casos parecen estar un poco referidos a la existencia de uno y tener un indeterminado, pero gran significado, es una reflexión de la declinación en la procesión de los procesos referenciales y la tendencia acompañante concomitante a atender el fenómeno que hemos aprendido a pasarlo por alto en su mayor parte o aceptarlo como un aspecto familiar del vivir para el cual no se requiere ninguna explicación y al que no se necesita adscribir ningún significado. En tales tiempos hay en la conciencia representaciones fragmentarias de experiencias pasadas en que la distinción entre yo y tú, segmentación secuencial del tiempo, etc., etc., faltan y los límites que nosotros ordinariamente (sin embargo vagamente) pensamos como separando a la persona del “mundo” están menos bien definidas. En este estado la persona puede sentirse incluida en algún designio universal con la tarea personal e imposible de desentrañar el significado de asuntos tales como la verdad, el amor, la confianza, la belleza, la realidad, etc. etc.

Hay un sentimiento de *urgencia* por encontrar respuestas y actuar en este extraño y aterrador universo. Sobre este aspecto Sullivan dijo: “... el esquizofrénico sufre un miedo casi incesante de llegar a ser una forma extremadamente displacentera de anonadamiento por el colapso del yo... La urgencia es mantener reunido su ser nuevamente, tener el resto del mundo —se podría decir— en paz, en lugar de sufrir intrusiones y extrausio-



nes sobrenaturales y divagaciones de una cosa a otra, que la mayoría de nosotros experimentamos las más de las veces en nuestras pesadillas (Sullivan, 1956, p.p. 318-320).

La acción emprendida en el intento de resolver el problema de desvanecer la pesadilla generalmente fracasa y entonces las dificultades pueden complicarse más por la exposición pública de la locura. Esta embarazosa situación o su amenaza, puede conducir a la víctima a evitar por el momento toda acción mayor, adoptando una actitud de quietud externa marcada por rigidez o estupor. La persona incluida en todo esto puede no sentirse responsable por lo que está sucediendo, en contraste con los primeros sentimientos en que él era el responsable por "todo" o al menos por mucho. Le parece que un poder externo toma control, impidiendo la actividad y abreviando el ejercicio de aquel concepto por el que había sido atormentado en la enseñanza de sus primeros años de vida el "poder de la voluntad" que supuestamente fue diseñada para controlarse él mismo y no a otros, y que ha llegado a ser una de las imprecisas y siniestras prescripciones culturales que eventualmente lo controlan a él. En algunas ocasiones, el poder parece invadir a la persona y llega a ser o como si lo fuera, el yo, después de lo cual, se pueden hacer intentos por producir cambios en este misterioso universo a través de la demostración de gestos y palabras que están más ligadas a la magia que a cualquier otra cosa. Cuando uno es atrapado por lo desconocido, se puede tratar de escapar o controlar la situación convirtiéndose en mago e intentando manejar con magia lo mágico. Desde este punto de vista la conducta puede ser vista más bien como coherente y no loca, semejante quizá, a los intentos del soñante de resolver o encontrar una salida de la pesadilla. Si el recurrir a actitudes de mago incluye movimientos corporales rápidos, violencia y expresiones verbales el término excitación puede aplicarse.

La urgencia que caracteriza esta condición esquizofrénica aguda demanda una solución temprana. Los resultados del pánico incluyen lo siguiente: a) la muerte a través del agotamiento físico; b) suicidio por error o como resultado de un intento mágico de cambiar la situación por medio de la muerte a la cual supuestamente seguirá el renacimiento; c) reformulación paranoide de la experiencia en una forma difícil de modificar terapéuticamente debido a su efectividad en reducir la ansiedad a través del uso de una pseudosolución para pseudoproblemas; d) hebefrenia, abandono de las relaciones interpersonales debido a la desastrosa preocupación de la seguridad del cuerpo y de los pequeños fragmentos de existencia; e) recuperación de una forma de vida superficial convencional, pero ahora más protegida

a través de la reinstitución o la disociación u otros procesos defensivos —generalmente— una retirada en cuanto a hacer ulteriores intentos de relación humana íntima por miedo de que recurra el pánico, y f) inclusión de aspectos de experiencias, primariamente disociados en el yo cuyo resultado es un aumento de la tolerancia por la personalidad total y una mejoría en la habilidad para comprometerse en nuevas experiencias, y atreverse a aprender y a crecer.

La urgencia, la incertidumbre, la búsqueda de soluciones y la resolución de este estado agudo de desorden hacen de este periodo el más prometedor para la intervención psicoterapéutica. Si en este momento se pueden establecer relaciones humanas directas, confiables y honestas, las resoluciones más graves de la esquizofrenia pueden evitarse y el pronóstico no es necesariamente malo aunque esto no quiere decir que las dificultades serán ligeras.

#### *Estancia en el hospital*

Kay estuvo en tratamiento por dos años en un hospital psiquiátrico abierto y después vivió como paciente externo por 5 meses. Tenía 5 semanas de psicoterapia de 60 minutos o más cada semana y algunas veces sesiones adicionales según las necesidades. Se llevaron a cabo un total de 550 sesiones. La mayoría de las sesiones se llevaron a cabo en mi consultorio, pero algunas veces nos reunimos en su cuarto, mientras viajábamos en el coche o mientras dábamos un paseo por los jardines, la elección dependía en gran medida del nivel de ansiedad de Kay. Se escribieron notas en forma muy detallada de las sesiones con el objeto de trazar el curso de las variaciones en la forma de su comportamiento.

Al principio Kay estuvo suspicaz, retraída y asustada, no deseaba tener nada que ver con los psiquiatras y sus métodos no daba importancia a nuestros esfuerzos e insistía en que no tenía ningún problema o que estaba demasiado confusa para recibir ayuda o que el estar en el hospital era un error o una especie de broma fantástica. Durante los primeros 6 meses presentó en varias ocasiones mutismo y rigidez, siendo yo testigo de esto en diez ocasiones. De allí en adelante este tipo de conducta se presentó en forma parcial y transitoria en dos ocasiones más, la última unos pocos meses antes de haber terminado la terapia como si ésta fuera una forma de decir adiós, por el momento al menos, a una forma familiar y útil de actuar. La esencia de su retraimiento específicamente como catatonia o en términos más generales, se discutió en 75 sesiones, siendo mencionada específicamente 7 meses antes del fin de la terapia.



Hacia el tercer mes de hospitalización, Kay comenzó a hacerse cortaduras en los pies, los brazos y la cara —un fenómeno que persistió por durante 7 meses. Durante este tiempo se agredió a sí misma produciéndose quemaduras con cigarrillos, golpeándose, mordiéndose y teniendo una serie de “accidentes”. Durante este periodo relató sus sentimientos sufridos desde hacía mucho tiempo, de que debía ser “perfecta” y que debería castigarse por cualquier imperfección. En los diez meses siguientes la ansiedad aumentó marcadamente y empezó a preocuparle el sentirse impulsada a matar a una enfermera con quien había estado íntimamente unida y que ahora parecía recordarle a su hermana más joven; Kay hizo un intento de suicidio. Aunque Kay protestó, durante los meses siguientes se usaron pequeñas dosis de atarácicos para reducir la intensidad de la emoción. Se quejaba de que la medicación parecía levantar una barrera entre ella y los otros. En una institución menos abierta las drogas no hubieran sido utilizadas, se hubiera confiado más en las relaciones humanas.

Aunque el curso de la terapia no puede ser dividido minuciosamente en segmentos, podemos decir esquemáticamente que se observaron los siguientes periodos:

- 1) Kay tenía pocos sentimientos o ninguno, estaba encerrada en sí misma, parecía no necesitar de nadie, rechazaba el contacto humano, con frecuencia preocupada por sus fantasías.
- 2) Las emociones son expresadas más abiertamente, pero son dirigidas hacia sí misma y a su cuerpo como objetos. Ella lastima su cuerpo y se reprocha muchas cosas a sí misma.
- 3) Sus sentimientos se dirigían en forma más persistente hacia el terapeuta y algunos otros miembros del cuerpo médico del hospital. Atacó al terapeuta (sin hacerle daño) y pasó por un periodo de “psicosis de transferencia” e hizo un intento de suicidio a medida que su hostilidad y dependencia hacia su familia fueron más evidentes.
- 4) A medida que se desarrollaron las actitudes de afecto y confianza hacia el cuerpo médico del hospital se presentaron expresiones abiertas de cólera en relación con su familia.

Los elementos arriba explicados se observaron en forma más dramática durante el primer año. De allí en adelante, la actividad destructiva descendió, la ambivalencia se redujo y la com-

prendió mejor, Kay se interesó en el trabajo y la recreación tanto dentro como fuera del hospital.

Al hacer un informe condensado sobre el problema analizado, podemos decir que las mayores dificultades afrontadas fueron relacionadas con la inquietud que presentaba ante las posibilidades de cercanía o separación. La paciente actualmente se encuentra estudiando *college*, sin tratamiento.

Las pruebas psicológicas al comienzo de la terapia mostraron que se trataba de una reacción esquizofrénica aguda con elementos catatónicos.

### *Resumen del desarrollo de Kay*

Este resumen es breve y no tiene por objeto explicar la conducta descrita. Estamos interesados en el curso del desarrollo que precedió —no la “causa”— a la alteración francamente abierta en la adolescencia.

Kay es la mayor de las hermanas. Su nacimiento fue prematuro y pasó las primeras 6 semanas de su vida en la incubadora. Los meses que siguieron la madre estaba temerosa de manejarla, la sentía demasiado “frágil”. El padre es un hombre tranquilo, exitoso en los negocios, que valora grandemente el intelecto y el prestigio profesional. La madre es más abierta para mostrar sus emociones y no tiene la “rudeza” intelectual que su esposo admira, fácilmente se ofende, crónicamente deprimida y extremadamente autocrítica. Kay se identificó más con el padre que con la madre; se le consideraba una machorra (tomboy) que se dedicaba a los deportes vigorosos como atletismo y caza, vestía en forma masculina y siente gran desprecio por la actitud femenina de “emperifollarse”.

A la edad de 4 años Kay presentó un sangrado abundante después de una amigdalectomía y a partir de entonces comenzó a alejarse de la madre, quien había estado presente durante la operación, pero que desde el punto de vista de la niña no le había prestado ayuda. Frecuentemente se escondía en un closet de la casa, se sentaba en el piso abrazada a su cobija o muñeca, escuchando los ruidos que hacía la recamarera al hacer el servicio y sintiéndose confortada. Ella corría al closet cuando estaba asustada, por ejemplo cuando había riñas familiares.

Alrededor de los 5 años desarrolló el concepto del foso, una especie de hueco cilíndrico profundo con paredes como de cristal negro con franjas amarillas. En la parte más alta había una abertura hacia la cual se podía subir por una escalera pegada a la pared. A medida que llegaba a la parte superior el ambiente era más claro, pero su madre aparecería y la empujaría hacia abajo. Caía, pero entonces las franjas amarillas la detenían im-



pidiéndole herirse. Al tratar de salir del paso Kay encontraba tanto la luz como la ansiedad asociada con su madre; en su caída era sostenida por el cariño de su padre —el color amarillo del sol. Aunque el permanecer en el foso era aterrador, éste también constituía un refugio y una protección del pánico de la separación.

A los 7 años aparecen pesadillas en las que era perseguida por indios, lobos, hombres armados, sin encontrar ningún refugio, despertando aterrada antes de ser muerta. En esta época la madre estaba ocupada con su propia carrera y Kay se alejó de la madre no perdiendo directamente ternura, sino frustrando tal necesidad por medio de actitudes de malicia (concepto de "transformación malévola" de Sullivan). La joven ahora se utilizaba como un objeto, jugando los papeles de madre y de niño, abrazando y siendo abrazada se alejaba de reconocer la necesidad que tenía de unos padres.

La idea de la isla se formó alrededor de los 9 años. Éste era un bello lugar a donde se podía ir cuando se tenían problemas. Ahí la gente hablaba el lenguaje privado de ella, le daba la bienvenida, no la consideraban extraña y la protegerían cuando las circunstancias lo requirieran.

De los 9 a los 13 años de edad Kay subió excesivamente de peso, que se acompañó de la idea de que era horrible y repulsiva. No había nada de su cuerpo que le gustara. La familia se trasladó a otra parte de la ciudad en que vivían y esta separación de los objetos familiares produjo en la joven un sentimiento de desorientación, desolación, extrañamiento e incertidumbre acerca de su propia identidad. El sentimiento de bienestar y la isla ya no estuvieron fácilmente disponibles como lo habían estado hasta ese momento y se deprimió a medida que la complejidad de las demandas sociales aumentaron y los viejos métodos para reducirla probaron ser inadecuados.

A los 14 años, Kay sintió que estaba aislada de los otros por una especie de cilindro de cristal y que nadie se daba cuenta de su aislamiento. Quizá el muro debería ser roto por accidente o voluntariamente, pero le parecía que esto produciría un rompimiento de ella misma. Con objeto de sentirse mejor tomaba, fumaba marihuana, tomó anfetaminas y tenía múltiples relaciones sexuales durante las cuales el sentimiento de soledad era aliviado brevemente. Perdió peso y su cuerpo, al menos por un tiempo, le resultó aceptable.

A los 15 años, Kay era menos tolerante para estar en grupos con frecuencia era incapaz de concentrarse y se volvió muy sensible ante la posibilidad de perder cualquier cosa que sintiera como la fuente de la cual obtenía energía para su tambaleante

identidad. Por este tiempo se le ocurrió la idea de que ella era solamente una colección de discos que ya no eran populares o útiles y que no había posibilidad de reemplazarlos.

Kay sintió la creciente necesidad de controlar todo sus pensamientos, su cuerpo, sus sentimientos y el medio ambiente —en un esfuerzo de hacer la vida comprensible, simple y predecible. El ser intolerante de la no certeza de algo fue una búsqueda para ser omnipotente. Se haría de acero, sería un robot, sin contacto con seres humanos, libre de emociones y deseos e invulnerable a toda experiencia humana. Se lastimaba, se quemaba, tenía accidentes en los deportes, puso en peligro su vida al manejar autos sin permitir que alguien se enterara de lo que estaba pasando. Esto significaba para ella ser estúpida, horrible, débil, destructiva y mala y por lo tanto debería ser golpeada, quemada, humillada, degradada y abandonada. Actuaba como si fuera un padre cruel decidido a castigar a un niño travieso. Anteriormente en sus primeros años, había actuado como el padre protector y cálido y el niño protegido. Los padres reales fueron excluidos de la persona que ella se sentía ser,\* en esta forma evitaba reconocer la percepción que tenía de sus padres como demandantes, antipáticos, críticos y punitivos. El aceptar este aspecto de la vida familiar en este momento, le hubiera sido intolerante. Kay comenzó a presentar una serie de problemas como vestirse con andrajos, vestirse como hombre, comer compulsivamente, explosiones de cólera o aislarse en silencio —sin embargo el mensaje no fue recibido claramente por los otros. Cuando se le ofreció ayuda ésta fue rechazada, diciendo que no necesitaba de nadie; fue tan amenazante en su insistencia de ser dejada sola que lo logró. Tenía fantasías de salir severamente herida en un accidente automovilístico y ser llevada a un hospital en donde sería cuidada por una mujer amorosa.

El periodo que precedió al colapso final se caracterizó por una serie de pérdidas, reales o inminentes. El pozo, la isla y los animales de juguete dejaron de estar a su disposición o fueron insatisfactorios. Los deseos estaban fallando. Su amante la dejó y una mujer joven a quien había conocido por años quería partir hacia otra ciudad. Se sentía infeliz en su casa, pero atada a ella. Se sentía avergonzada de su miedo de ir al *college*. Ahora estaba convencida de que no podría satisfacer las aspiraciones de su padre y de los otros. Las pesadillas se hicieron más frecuentes y Kay no sabía si estaba despierta o soñando. Había periodos de confusión, la percepción de los otros era no muy clara e insistía obstinadamente en que ella no tenía necesidades humanas mientras que ocultamente pensaba en el suicidio.

\* En esta descripción operacional, los conceptos de ego, superego punitivo, incorporación, etc. no son utilizados.

Cuando finalmente Kay fue a la oficina del consejero no pudo hablar con él pues estaba convencida de que la detestaría y la expulsaría de la oficina en cuanto supiera quién era ella. Entonces cayó en estado catatónico. La rigidez se hizo evidente en el momento en que el contacto objetal se perdió y la demanda de éste estaba aumentando.

#### *La conducta catatónica observada por el terapeuta*

A continuación presento una descripción breve de un encuentro con Kay durante el que presentó conducta catatónica.

En el 4o. mes de hospitalización fui llamado por la enfermera del hospital a las 11 de la noche, para visitar a la paciente que estaba en un estado de ausencia de respuesta. Kay estaba acostada en su cama. Su brazo derecho tendido al frente y el izquierdo apretado sobre el lado derecho de su cuerpo. Sus ojos estaban cerrados y los músculos tensos. Sostenía la respiración por lo que parecían largos periodos de tiempo y no presentó ninguna respuesta obvia ante mi presencia. Me senté a su lado y rocé el puño de su mano izquierda fuertemente apretado y no comenté sobre su estado y el asombro que éste me producía. No recuerdo exactamente lo que le dije, pero no intenté “interpretar” lo que estaba haciendo, simplemente dije que no entendía el significado de su actitud en relación a los hechos actuales y a nuestra relación. Después de unos pocos minutos ella habló en una forma explosiva, disgregada y vacilante sin fijarse en la construcción de sus oraciones: “—pensar—no deberían—quizá—intelectual—gobernador—yo no—no gobernar— está bien quizá—”.

Después de algunos minutos de actuar en tal forma Kay se relajó, abrió los ojos, se sentó y habló más claro. Dijo que parecía estar cambiando en el sentido de que durante los últimos días había sido inundada por emociones que no había experimentado por años. Se había sentido más ligada a mí y a las enfermeras del hospital y esto la había asustado. Dijo que la gente no era confiable, predecible ni manejable como los animales de juguete o las fantasías del pozo y de la isla. El renovar sus relaciones interpersonales aumentó su ansiedad; había más incertidumbre en este mundo y mayor peligro de pérdida. El miedo no podía ser controlado al grado en que ella consideraba necesario. Kay estaba enojada conmigo pues a medida que yo le “quitaba” el refugio que ella había construido no le ofrecía nada en su lugar. Quería regresar a la isla, al pozo, al closet en la vieja casa; me dijo que yo estaba atacándola en lo más esencial de su vida y amenazaba con destruirla. Le respondí

que no tenía nada en contra de sus pertenencias —fantasías o lo que fuera— y no estaba tratando de abogar por una buena vida en contraste con una supuestamente mala. Agregué que cuando uno se atreve a interesarse afectivamente en alguien se tiene que confrontar lo inevitable del cambio de la renuncia y que tal posibilidad puede producir temor. Después de algún tiempo Kay sonrió y dijo que iría a dormirse. Permanecí sentado un momento más junto a la cama hasta que se durmió.

#### *La fenomenología descrita por Kay*

La serie de hechos como fueron esquematizados puede tener poca correlación entre lo que se dice y lo que se experimenta. Por ejemplo, el relato de un sueño no es el sueño mismo o la experiencia de él, solamente es la traducción de un modo de vida a otro. Dar una “explicación” no necesita ser explicado, ya que el propósito puede ser terminar la investigación y más bien reducir la ansiedad que buscar la iluminación. Además, lo que es presentado puede ser trabajado en relación a lo que supuestamente el escuchante desea escuchar, por ejemplo el terapeuta que busca información acerca del drama de la esquizofrenia. De esta forma se nos niega el lujo de ser creyentes o incrédulos, sin embargo debemos ser o en el mejor de los casos podemos ser observadores.

Aunque aquí no consideremos en detalle los sueños, su papel en la vida de Kay fue importante. Desde la edad de 7 años había tenido con frecuencia sueños terroríficos. En la sexta sesión relató el siguiente sueño:

“Siempre he tenido este tipo de sueño. Se trataba de indios que me perseguían... pero recientemente los perseguidores son los hombres. Siempre aparece una especie de casa y yo corro y me meto en ella. La casa está sobre la playa y también sobre una montaña. Esto es algo extraño, me imagino que la montaña está cerca del mar. Soy perseguida y tengo que cerrar todo para que no puedan cogerme. Recorro toda la casa cerrando ventanas y puertas tan rápido como puedo. Afuera estaban aquellos dos hombres. Están totalmente vestidos de negro, zapatos negros, pantalones negros, abrigos negros. Su pelo es negro y la piel oscura. Cuando llego a cualquier ventana para cerrar los veo mirándome... No parecen tener prisa... sin embargo, no importa el esfuerzo que hago por cerrar todo, siempre hago algo mal. No puedo cerrar la ventana u olvidó cerrarla o no hay cerradura en una de las puertas. Los hombres penetran en la casa, tienen cuchillos lustrosos y brillantes. Me van a matar... me tiro al piso, ellos se colocan sobre

mí como en cuclillas, yo luchó y trato de despertar... aun durante el sueño siento que quizá es un sueño... despierto antes de que me maten. Estoy aterrorizada, sudorosa." Durante esta época el sueño no fue interpretado o desglosado en detalle en virtud de que la paciente presentaba gran ansiedad ante cualquier intento por agregar "significado" a lo que ella dijo.

En los primeros meses de nuestro trabajo Kay tenía miedo de irse a dormir durante la noche, por temor a tener pesadillas. Algunas veces yo, o más frecuentemente una enfermera, se sentaba junto a su cama hasta que se dormía. Después de despertar de alguna pesadilla se presentaba un periodo de varias horas antes de que pudiera distinguir entre el sueño y la vigilia. Durante algunas de las sesiones en mi oficina, su discurso se hacía más fragmentado y oscuro en significado a medida que la ansiedad aumentaba, perdía "contacto" conmigo y caía en una desorganización psicótica —una especie de caricatura, de sueño alterado—. Entonces levantaba el tono de mi voz o la sacudía diciéndole "despierta, no huyas; yo estoy aquí". Frecuentemente cuando utilicé este medio, ella se retraía más, se aterrorizaba y estaba a punto de echarse a correr. Este tipo de reacciones generalmente eran evitadas si la intervención se hacía al principio de su retraimiento, es decir, cuando iniciaba la retirada de la realidad.

Lo que a continuación sigue son fragmentos tomados de la descripción que Kay hizo de su experiencia en periodos de retraimiento, durante las primeras 200 horas (ocho meses) de terapia.

Kay cree que algunas gentes la "hacen" sentirse ansiosa. Siente una presión externa y pensamientos sin sentido llegan a su mente de quién sabe dónde. Ella trata de controlarlos haciendo versos rimados o pensando en metáforas, con la esperanza de traer una apariencia de orden a una situación de desorganización creciente. Se siente rodeada de una amenaza mal definida, como si el aire estuviera lleno de maldad. Los objetos familiares son distorsionados y se transforman en extraños y aterrorizantes. Con frecuencia hay un murmullo confuso de voces. Ella quiere ser ayudada, pero nadie se da cuenta de su dificultad y es incapaz de llamar a alguien. Quiere correr, pero teme que siendo tan frágil cualquier movimiento la puede hacer "caer en pedazos".

A medida que cualquier acción parece aumentar el peligro, Kay se torna "rígida". Después se siente vacía, encerrada en arena, en cristal o en hielo y en algunos casos ella misma parece ser de arena, cristal o hielo. En este estado, que dura una hora o más, no tiene pensamientos, sentimientos o fatigas y

sin embargo, es indiscriminadamente consciente de cualquier actividad alrededor de ella. Hay una liberación de sus temores. Este estado se desarrolló cuando Kay tenía 10 años y ofrecía más silencio y distanciamiento que el pozo, el cual había comenzado a fallar.

Hay veces en que Kay se siente tensa, se le nubla la vista y parece "transformarse en una especie de bloque salido del hielo". Entonces se presenta un sentimiento de terror como si un poder tomara control sobre el control de sí misma. Y con esto el sentimiento de yo no ser libre del control de sí misma. Este poder puede llegar a ser la esencia de su ser, reemplazando el yo de tal forma que no es Kay, sino alguna cosa. Si alguien la toca, el sentimiento de aislamiento disminuye y puede recuperar su yo. El poder, al que a veces se refiere como "ello" (ti) la envuelve, la invade, llega a ser parte de ella misma, ella misma, ella se entrega, llega a ser uno con él. Este poder opone resistencia al crecimiento de Kay "diciéndole" que no se debe cambiar nunca en ninguna forma, que de hacerlo conduciría a un gran desastre tanto para Kay como para él. Esto es como si la madre dijera al niño que el mundo era demasiado peligroso para vivir en él y que la familia —así como el niño— serían destruidos si el desarrollo continuaba y la separación ocurría. Una lucha se desarrollaba entre las fuerzas de cambio y la necesidad de evitar ansiedad. "Ello" y el terapeuta son frecuentemente colocados uno contra el otro. El mejoramiento desde el punto de la familia puede ser visto por el paciente como destructivo del yo y de la familia, y el suicidio puede ser visto como la única forma de evitar el aparente desastre del cambio. Kay comparó este "ello" con la representación de su madre. Una madre necesitada vitalmente por el crecimiento del niño, puede controlar al niño más de lo requerido, y su presencia puede llegar a ser tanto una necesidad para su existencia como un obstáculo para su desarrollo. Fue de esta manera, quizá, que Kay deseó y temió al "ello", lo consideraba bueno y malo; es la introyección de una experiencia caracterizada por gran ambivalencia y obscuridad.

Antes de la hospitalización Kay sintió una creciente dificultad para "refugiarse" cuando estaba angustiada en un estado protector de alejamiento del mundo. Había desarrollado ciertos rituales que por el momento le facilitaron el resultado deseado. Por ejemplo, secretamente se cortaba la planta del pie. La lesión le permitía entrar un poco en el estado de retraimiento. Después tenía la fantasía de ser cuidada sintiendo confort y tranquilidad, que más tarde ella identificó como el sentirse como una madre.



### El "significado" de la conducta catatónica

Es difícil adscribir significado al fenómeno que estamos considerando. Uno puede combinar todas las descripciones conductuales bajo un concepto general —como el de defensas contra la ansiedad— perdiéndose de esta manera sutileza y variedad por la simplificación, o uno puede recurrir a cualquiera de las muchas clasificaciones que minimizan o dejan escapar el aspecto esencial. Durante los primeros 18 meses Kay habló frecuentemente del fenómeno de aislarse, y noté que sus observaciones podrían ser colocadas en varias categorías en términos de función. Por función, me refiero a los beneficios que Kay parecía obtener de su conducta. Esto no quiere decir en forma simplista, que la conducta estaba diseñada para producir resultados específicos o alcanzar ciertos objetivos. Nosotros somos incapaces de decir qué conducta es innata en contraste con la aprendida; este problema está más allá de mi competencia. El organismo humano tiene la habilidad —como muchos otros— de retraerse, permanecer inmóvil y mantenerse alerta en respuesta al peligro. Hasta cierto grado tal conducta puede ser enseñada —testigo de esto son los niños de los indios americanos, quienes aprenden a reprimir el llanto cuando el enemigo está cerca—. Sullivan habla de un "distanciamiento somnoliento" (Somnolent Detachment) un estado parecido al sueño al cual un niño puede retirarse ante el rostro de la ansiedad, para emerger más tarde en lo que será una situación más agradable. Una forma de evitar el peligro es yacer inmóvil, dejar fuera de la conciencia aspectos de éste y esperar pasar inadvertido. Desde este punto de vista la conducta catatónica es un método para mantenerse fuera del peligro, alejarlo cuando uno no puede comprenderlo, es un escape o un rechazo de él. Mucho del decorado de la respuesta —adornos de fantasía— son aprendidos y reflejan la cultura y lo que es localmente aceptable.

A continuación presentaré un resumen breve del fenómeno catatónico en términos de la supuesta utilidad en la vida de ella. De sus informes dados durante los primeros 18 meses de terapia se derivaron 4 categorías de función. Estos fenómenos se mencionaron o raramente se pusieron en acción después de ese periodo. Será evidente que las categorías son un dispositivo artificial y que un grupo no es claramente distinto de otro. La conducta de aislamiento —a la que nos hemos referido como catatónica— parece servir a las siguientes funciones:

#### 1. El ejercicio de control sobre:

- a) la organización del yo;
- b) la entrada de estímulos externos;

- c) la integridad de la imagen corporal;
  - d) los contenidos de la conciencia; y
  - e) de impulsos destructivos.
2. El elegir o hacer decisiones (como el ejercicio de la llamada voluntad).
  3. El intento de disminuir el aislamiento.
  4. El moverse hacia un medio ambiente protector.

Los puntos antes mencionados son ampliamente tratados en los párrafos siguientes:

#### 1. CONTROL

El mayor número de referencias tenían que ver con este tema (14 referencias en los primeros nueve meses, desde la sesión 18 hasta la No. 215; la referencia No. 15 se presentó un año más tarde en la sesión No. 389).

a) *La organización del yo.* En la educación de Kay se hizo énfasis sobre el ser controlada, estoica, exitosa y responsable de todo lo que le sucediera; debería ser impermeable al dolor y acercarse a la perfección en todo lo que hiciera. Cualquier falla en la búsqueda de los ideales de perfección era considerado como una evidencia de defecto personal o debilidad. Antes de su hospitalización hubieron años de inseguridad en su hogar y Kay creció sintiéndose personalmente inadecuada sin saber cuál podría ser su falta. Utilizó varios métodos en un esfuerzo por reducir la ansiedad y apuntalar su declinante autoestima. Un buen número de estos métodos han sido discutidos.

Había una falta de integración del yo y se hicieron intentos por reforzar su organización aun cuando ésta estaba desmoronándose. El concepto del yo era inconstante, parecía estar compuesto de atributos irreconciliables —hombre y mujer, madre y padre, "jipi" y estudiante conservadora, niña buena y bestia odiosa—. En su intento de permanecer integrada se repetía continuamente "yo soy yo" y si fracasaba esta fórmula mágica ella podía caer en la rigidez catatónica reduciendo de esta manera el conflicto, la percepción, el afecto y la conciencia de "partes" incompatibles de ella misma. El campo de la atención se restringió a la exclusión de algunos aspectos más problemáticos.

b) *El ingreso de estímulos externos.* El ingreso de estímulos externos con frecuencia amenazaba con ser abrumador. Habían demasiadas demandas, ideas, peticiones, sugerencias, voces, etc., etc., y Kay se retiraba de todo esto en un intento de atender lo que estaba pasando "en la mente". Con frecuencia el hospital

Property of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express permission of the copyright holder.  
 Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen - auch von Teilen - bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



se parecía demasiado a su hogar —atiborrado de gente, movimientos, sonido de los teléfonos, querellas, ideas conflictivas, disturbios inexplicables, un constante remolino del cual buscaba escapar. Estas intromisiones del “mundo” exterior eran experiencias como reemplazando las ideas de Kay, como si las imágenes visuales y los sonidos se transformaran en objetos tangibles que penetrarían en su cuerpo. El resultado podía ser el verse rellena con cosas extrañas que reemplazarían su propio yo, una forma de muerte.

c) *La integridad de la imagen corporal.* La imagen que Kay tenía de su cuerpo generalmente era derogatoria y con frecuencia fragmentada. En su adolescencia temprana fue obesa y se comparaba desfavorablemente con la esbeltez de su hermana menor. Sentía que su busto era demasiado pequeño, su pelo horrible y su cara un desastre, no hizo ningún intento por parecer más atractiva, no usaba maquillaje, era descuidada en sus vestidos y con frecuencia rehusaba bañarse. Allí “dentro” parecía residir algo maligno, algo que la gente percibía sin atreverse a mencionarlo y que otros se alejaban de él disgustados. Algunas veces sentía como si sus manos y sus pies no estuvieran unidos a su cuerpo y como si estuviera vacía por dentro. En el estado de rigidez la fragmentación del cuerpo podía ser detenida, las partes mantenidas juntas en una frágil unidad y el vacío llenado.

d) *Los contenidos de la conciencia.* Pocos meses antes de que Kay llegara a ser una paciente se dio cuenta de que ya era capaz de concentrarse. En el pasado había sido capaz de despertar de las pesadillas. La distinción entre sueño y vigilia llegó a ser indistinguible. Había muchos sentimientos y pensamientos que le resultaban poco familiares y que no eran parte de ella. Ya no pudo más controlar los contenidos de su conciencia. El aislamiento con sus concomitantes limitaciones o ausencias de pensamientos sirvió para reducir por un tiempo esta “invasión interna” de la conciencia. Tanto los estímulos internos como los externos fueron contrarrestados temporalmente.

e) *Impulsos destructivos.* Kay temía su propia destructividad, especialmente hacia aquellas personas cercanas a ella a las que necesitaba. Le parecía que dentro de ella había un centro maligno pobremente comprendido, pero extrañamente evidente y poderoso; heriría a cualquiera que se relacionara con ella, empujándolo a la locura, a la enfermedad, al suicidio o a abandonarla. Kay intentaba manejar su agresión huyendo del objeto, hirién-

dose ella misma o inmovilizándose como una forma de impedir la acción.

En cierto sentido Kay no ejercía simplemente el control, éste llegó a ser parte de ella —una encarnación del poder o de “ello”—. Se sintió gobernada por el “destino” y se aterrorizaba ante la posibilidad de cometer “errores tontos” u olvidar hechos supuestamente fáciles de recordar. Tales errores eran considerados como los restos del “poder” de “ello” sobre ella, como si le dijera: “Recuerda que tú me perteneces. No te dejaré ir hacia lo que ellos llaman el mundo real. En cualquier momento que comiences a sentirte competente te recordaré cuán atada estás a mí al mostrarte tu incompetencia”.

El control ha sido para mantener la integridad personal. Para lograr este trabajo los estímulos externos e internos nos hubieron de ser reducidos y la acción destructiva restringida o desviada. La auto-organización (organización del yo) y la imagen corporal estuvieron relacionadas con lo anterior. Para la paciente las tareas son muchas y muy grandes, la preparación para ellas es inadecuada, el fracaso es una probabilidad, hay mucho que hacer, la ansiedad aumenta y disminuye la habilidad para elegir qué factor es relevante entre otros que no merecen atención. La acción es requerida, pero existe la incertidumbre de qué acto es el apropiado o el posible. En esta coyuntura, parar por un tiempo puede ser una solución excelente.

## 2. DECISIONES

Al principio de la terapia Kay con frecuencia habló con obvia aprensión de “decisiones en colisión”. Temía afirmarse al hacer una decisión. En estado de aislamiento esta angustia fue eliminada temporalmente. Así no tuvo yo (*self*) o poder que controlara afuera de ella; entonces estuvo libre de la culpa que pudo despertarse no sólo al hacer una decisión equivocada sino al atreverse a tomar cualquier decisión. En su casa con frecuencia parecía no haber forma “correcta”. Si Kay estaba enojada la madre se sentía herida; si estaba callada la madre también se sentía herida. Se supuso que debía lograr la perfección y al no alcanzarla fue siempre sujeto de críticas y castigos. La vida fue más segura para la muchacha si no tenía opiniones, no hacía decisiones y dejaba que otros manejaran su vida. Vivir sin afirmarse —sin expresar voluntad— puede traer un tipo de paz, pero impone también una forma de esclavitud con la necesidad concomitante de negación y supresión, así como la culpa existencial que nace de la sujeción del yo a la invalidez.

Los “discos” grabados de la primera sesión parecían representar un intento de simplificar la experiencia a través de este-



reotipias. Fue necesario para Kay desarrollar un disco confiable —aunque repetitivo— para cada persona en su vida, ajustando su expresiones a los requerimientos reales o imaginarios de sus acompañantes y aumentando su propia esclavitud. Kay no fue capaz de afrontar las demandas del crecimiento ni de las nuevas experiencias.

Es difícil para mí, entender totalmente el concepto de voluntad si intento mirarlo como una especie de entidad. Nos hallamos a nosotros mismos en circunstancias en las que no podemos hacer todo lo que parece fuera deseable, entonces debemos hacer elecciones. Ayuda si vemos con claridad las consecuencias de las elecciones que han de ser hechas y las opciones para la acción que se abren a nosotros. En la situación de Kay, como yo la entiendo, las opciones fueron con frecuencia borrosas y las consecuencias de seleccionar una de otra, inciertas y terribles.

La creciente ansiedad complicaba grandemente el asunto, su presencia reducía la exactitud de la percepción y el ejercicio del juicio. Pienso que la mayor amenaza para Kay fue que estaba en el camino de perder el contacto significativo con los seres humanos importantes para ella y que la pérdida de dicho contacto significaba finalmente la pérdida del yo, en pánico. En este sentido el yo es visto como una construcción interpersonal mantenida a través de las relaciones humanas y las fantasías asociadas. Kay intentó mantenerse unida en sí misma y tomó la acción que tuvo disponible —esto es, aislarse o ser catatónica—. En este sentido, tomó una decisión y actuó conforme a ella.

En la familia de Kay se puso gran énfasis en la fuerza de voluntad. Este recurso fue de gran ayuda en el control ejercido sobre la niña quien usó el poder de control en sí misma. A través de la influencia de las enseñanzas parentales —convertidas en voluntad— el niño adopta una conducta aceptable para la familia y la sociedad y en gran parte para sí mismo, esta conformidad puede ser eficiente y confortable. Al niño se le ha dicho con frecuencia que ponga en acción su fuerza de voluntad para controlar actividades que puedan demandar expresión —tales como sentimientos sexuales, “malos” pensamientos, agresividad, etc—. El camino que lleva a un brote esquizofrénico está marcado por una pérdida de la organización de la personalidad, con la terrible perspectiva de una interrupción de aquellos contactos humanos —reales y fantaseados— necesarios para sostener un concepto viable del yo. Todos los medios disponibles se usan para evitar tal catástrofe; entre éstos están varias operaciones psicológicas defensivas. Se hacen intentos para forzar el orden a través de la exhibición de fuerza de voluntad. El fracaso de este recurso es sentido como la evidencia de la defi-

ciencia personal. Kay se castigaba por no ser “suficientemente fuerte” para tener todo junto. La voluntad que había sido usada por ella, ahora la usaba a ella llegando a ser “una parte” de ella y en ocasiones parecía ser “toda” ella. Una forma de ver este fenómeno es la siguiente: un aspecto de la llamada voluntad se deriva de los ejemplos y enseñanzas de los padres y de otras personas y es incluido en la personalidad. La voluntad entonces asume una identidad separada de las enseñanzas que le dieron origen, es una fuerza que tiene que ser movilizada y usada por el yo racional y consciente. Con el aumento de la ansiedad y la disminución de la racionalidad y la organización, esta fuerza de voluntad parece ser eterna a la personalidad y es una evidencia de regresión. La conexión posible entre este ahora poder externo y las experiencias familiares tempranas no se hace en esta época, aunque el reconocimiento de las relaciones es una de las metas de la psicoterapia. En el esfuerzo por mantener una apariencia de orden, la fuerza es en ocasiones “internalizada” otra vez, en esta ocasión no como parte del yo sino como el yo total, esto es, “toma control” como un desesperado esfuerzo para obtener estabilidad y la cualidad voluntaria de la operación implicada en el término “voluntad” desaparece.

### 3. INTENTO PARA DISMINUIR LOS SENTIMIENTOS DE AISLAMIENTO

A medida que Kay se sintió poco aceptada por los demás se volvió hacia el mundo de la fantasía, un mundo predecible y sujeto a su control. En la isla, por ejemplo, encontró alivio a su aislamiento y a su soledad. Intentaba contener todas las experiencias en sí misma. Fue la niña buena y los padres amorosos, la niña mala y el adulto castigador. Ella podía, cuando se aislaba, manipular los hechos aun al extremo de reducir o cortar su percepción de ellos. Afortunadamente para Kay, la liga con los seres humanos era muy fuerte para permitirle encontrar satisfacción completa y constante con la fantasía de tales imágenes. El sentimiento de aislamiento no desapareció y el conflicto —en el que las esperanzas terapéuticas dependían grandemente— continuó.

### 4. EN BUSCA DE PROTECCIÓN

La condición de retraimiento puede ser descrita como una búsqueda de protección, tanto como un esfuerzo para escapar del aislamiento. Estas dos funciones están íntimamente relacionadas y quizá no deberían tratarse por separado.

Cuando pequeña, Kay se sentaba en un closet oscuro abra-



zando una muñeca, escuchando los sonidos apagados de la vida familiar y experimentando las paredes de aquel pequeño cuarto como si tuvieran vida. Luego imaginaba estar herida o enferma como medio para atraer y merecer el cuidado de una persona maternal; en ese tiempo su madre ya no era identificada como el objeto deseado. Era "como si" ella pudiera ser tomada en los brazos de una madre y estar otra vez en el vientre (una extensión no alcanzada con Kay, aunque la idea es siempre tentadora). Parecía que Kay hubo experimentado a su madre como sigue: a) una persona confortante que brindaba paz, tranquilidad y calor. b) Una persona que desaprueba, que puede abandonar, reconstruida en la personalidad de la niña como una sensación de maldad interna que debe ser ocultada, y c) como una prohibición contra el desarrollo, contra la independencia de la niña, como si esto pusiera en peligro la propia dependencia de la madre hacia su hija. Cuando Kay tenía dolor de oídos en su niñez, su madre la confortó; cuando estos dolores cesaron Kay se lastimaba los oídos para obtener el cuidado deseado. Entonces el dolor llegó a tener una cualidad de placer, siendo equiparado con la posibilidad de ser mimada, de recobrar el objeto de contacto si se quiere.

Como se dijo al principio, esto no es una explicación satisfactoria del aislamiento o la llamada conducta catatónica. En los términos de los informes de Kay estos estados fueron relacionados con problemas en el control de los estímulos externos, los contenidos de vigilia, la estabilidad de la imagen corporal y su destructividad (muy exagerada). Estos estados también fueron relacionados con la ansiedad derivada de hacer decisiones, con el concepto de fuerza de voluntad, el aislamiento y la búsqueda de una madre. De importancia fundamental fueron los lazos duraderos, aunque problemáticos e inciertos, que Kay tuvo con otros seres humanos. En la fuerza de estos vínculos nosotros pusimos nuestras esperanzas para un buen resultado del tratamiento. La conducta catatónica pareció tener como función primaria la permanencia de las ligas de relación y la anulación de la separación y pérdida. El miedo asociado a la unión y a la separación al mismo tiempo condujo a una conducta bizarra y compleja la que de ninguna manera fue propositiva.

#### *Comentarios de la terapia.*

El fenómeno descrito parece ser el resultado de años de experiencia interpersonal y social. Kay estuvo buscando, con frecuencia en caminos oscuros y desviados, mantener su necesidad de relaciones humanas y evitar la angustia asociada a éstas. La conducta catatónica fue la expresión condensada de la

culminación de un gran esfuerzo para resolver este problema de manera satisfactoria. Si la conducta es vista simplemente como patológica y tan pronto como es posible eliminada con agentes como TEC o ataráxicos, entonces el paciente y el terapeuta pierden una valiosa oportunidad de aprender y madurar. No pienso que este punto de vista sea popular. Además de las opiniones teóricas y clínicas, existen presiones de tiempo, costos, escasez de personal y las necesidades públicas que influyen en la elección de nuestro enfoque terapéutico.

Yo estoy a favor del uso de las relaciones humanas como terapéutica, que no sólo son curativas sino educacionales y que permiten investigar los valores. En el terapeuta, una actitud tranquila, paciente y tolerante —combinada con un poco de paciencia, humor y confianza— puede ser de gran ayuda. El terapeuta no necesita saberlo "todo" ni comprender todo lo que pasa; haría bien en estar interesado en observar y aprender con compasión y sin sentimentalismo, aunque él pondrá los límites y no será ahuyentado por la hostilidad de su paciente, o su aparente desinterés; no intentará forzar el cambio ni controlar las acciones que no comprenda, ni demostrar que está inconforme con él. La mayor tarea es despertar y desarrollar los residuos de relaciones pasadas que fueran marcadas de alguna manera por la confianza y la fe.

El comentario de Erving Goffman sobre las relaciones humanas resulta apropiado: "...Aquí parece no haber agente más efectivo que otra persona para traer un mundo vivo para uno mismo; con una mirada, con un gesto, una opinión compensando la realidad en que uno habita." (Goffman, 1961.)

