



## ¿ ES POSIBLE EL DIALOGO TERAPEUTICO CON PSICOTICOS ?

Dr. Sergio Altamirano M.

Dentro del marco de la cultura occidental, a partir de la aparición de la monografía de Kraepelin: Dementia Praecox y Paraphrenia, la locura entra de lleno a formar parte, de los objetos de estudio de la ciencia. Arrancada del campo de la magia y la religión, se inserta en el contexto de fenómenos que valen la pena ser estudiados por el científico.

Su tarjeta de presentación es una mera descripción de hechos, síntomas agrupados, bajo el rubro de una entidad nosológica. Muy poco tiempo tardará en cambiar de nombre, rebautizada por Bleuler, como esquizofrenia. Es causa de múltiples controversias; psicodinamistas y organicistas se disputan la validez de sus teorías en relación a su génesis, estructura, dinamismo y tratamiento. Cientos de hipótesis planteadas en miles de artículos han intentado inútilmente, al correr del tiempo, desentrañar el misterio de este trastorno mental. Si bien es cierto que con gran dificultad algunos avances se han obtenido, todavía esta pendiente de explicación un amplio margen del problema. A la fecha ninguna teoría es totalmente satisfactoria, ninguna explicación es absolutamente válida. La locura; desafiante, hierática como la esfinge; ambivalente como las dos caras de Jano, irracionalmente racional y racionalmente absurda, permanece como un reto para algunos, pero en la mayoría de los hombres, al igual que en los oscuros tiempos míticos, continúa generando pavor en sus corazones.

Son hechos de aceptación general:

- La elevada incidencia del padecimiento (1% de la población general).

- El gran número de camas-hospital que ocupan las personas aquejadas de este mal.
- Los prolongados tiempos de hospitalización.
- Lo invaliante que el padecimiento puede llegar a ser en lo económico y lo social.
- El que sin un adecuado enfoque terapéutico, el proceso en forma inevitable, tarde o temprano, lleva al deterioro de todas o casi todas las llamadas funciones mentales.
- El rechazo latente o manifiesto que provoca en el resto de la población y en especial en su propia familia, los convierte en el orden de ideas de Foucault, en los leprosos del siglo XX.

Se añade a esto, la consiguiente dificultad, que dichas personas tienen, - una vez remitida la sintomatología manifiesta, para ser nuevamente aceptados e incorporados en el seno de la sociedad; lo cual hace de ellos, un grupo más de seres desvalidos y marginados.

Forman grupos desvalidos también: los viejos, los niños, los pobres, - los delincuentes; pero por todos ellos, se levantan voces en su defensa. Pero - los locos, locos están. Su conducta irracional y extravagante solo alcanza a despertar: hilaridad, conmiseración, lástima, temor; o bien son simplemente ignorados y marginados. En lugar de destruirlos, la estructura social se limita a saturarlos con psicofármacos incisivos, condenándolos de por vida a una existencia vegetativa, enclaustrados en la cárcel ambulatoria, sin rejas manifiestas, - de su propio cuerpo.

Podría parecer pueril, el suponer de primera intención, que el esquizofrénico en todos los ámbitos de la sociedad, sea sometido a constante, franca y



abierta discriminación y rechazo; sin embargo, quienes ejercemos nuestra profesión en instituciones hospitalarias, estamos acostumbrados a reconocer, que aún el personal médico y paramédico manifiesta claramente este prejuicio. Son contados los médicos de otras especialidades que se atreven a trasponer los umbrales de un pabellón psiquiátrico.

Mucho me temo, que si me atreviera a declarar la incapacidad de muchos psiquiatras, para comprender a los esquizofrénicos, sería tachado de inmediato, cuando menos, de carecer de juicio de realidad. Solo me limitaré a transcribir el fragmento de un poema, de un hombre diagnosticado y tratado como peligroso esquizofrénico paranoide:

"silencio prolongado  
es tiempo de hablar con la verdad  
es hora ya de que el péndulo regrese,  
no ojo por ojo  
no con aquellas armas utilizadas en nuestra contra  
sino con el llamado de conciencia,  
para revelar las atrocidades por nosotros conocidas  
para exigir cuentas a los falsos curadores  
que esconden sus camisas pardas, bajo chaquetas blancas,  
aquellos condicionados por la brutal violencia  
aquellos de corazones petrificados  
aquellos maldecidos mil veces por nosotros.  
Primero,  
llamaremos las cosas  
por su justo nombre:



el tratamiento impuesto por la fuerza es tortura,  
no es tratamiento de fármacos, es farmacotortura  
no es tratamiento de shock, es tortura de shock  
no es psicocirugía, es psicotortura  
el barbarismo a nombre de la benevolencia  
es aun barbarismo,  
el camino al infierno esta hecho de buenas intenciones  
dice el viejo refrán,  
en la nueva psiquiatría  
como en la antigua,  
el camino al infierno se hace  
de las buenas intenciones  
de aquellos que ahí nos llevan". (1)

Mayor sería mi insensatez, me imagino, si cuestionara el porqué los psicoanalistas se muestran tan renuentes a tratar a este tipo de pacientes.

En un seminario que desde hace algún tiempo llevamos a cabo un grupo - de colegas, finalmente surgió la interrogante: ¿Porqué dentro de los grupos desvalidos y marginados, el de los esquizofrénicos parecería ser el más discriminado? Alguien se atrevió a contestar lo siguiente: ¿No será que confrontar a la locura despierta el miedo y el riesgo de confrontarnos con nuestra propia locura. ?

La Respuesta (asi con mayúscula), tal vez está en lo más íntimo de cada uno de nosotros. Lo cierto es que ninguna otra condición de la patología humana ha desconcertado tanto y ha sido causa de tantas controversias y de tantos vergonzosos silencios, como la esquizofrenia. Y muy pocos grupos marginados sufren la detracción de sus propios supuestos defensores, como el de los esquizo-



frénicos.

Desde mi muy personal punto de vista, y de acuerdo a mi experiencia, pienso que el enfoque dinámico ha obtenido hasta ahora resultados más significativos, que cualquier otro método de investigación y de tratamientos en el campo de este padecimiento.

Si bien es cierto, como lo señala Frieda Fromm-Reichmann: "La mayoría de los autores psicoanalíticos sostienen que no se puede tratar psicoanalíticamente a los pacientes esquizofrénicos, pues son demasiado narcisistas como para entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal, que sea lo suficientemente confiable y consecuente para la tarea psicoanalítica" (2). El mismo Freud en su monografía del caso Schreber, señalaba que los médicos que no ejercían su profesión en establecimientos de carácter público, tropezaban con grandes dificultades para la investigación analítica de estos casos y que el no podía admitir en la consulta a tales enfermos ni retenerlos por mucho tiempo "pues no aplicamos nuestro tratamiento sino cuando esperamos obtener con el algún efecto terapéutico" (3). Pero también el mismo Freud señala que bien puede llamarse psicoanálisis a todo procedimiento que acepte sus doctrinas sobre el inconsciente, la resistencia y la transferencia. Federn, Sullivan, Menninger y Fromm-Reichmann de una y otra forma con diversas modificaciones del enfoque analítico, abordaron exitosamente este tipo de pacientes. Así pues, es legítimo suponer que el psicoanálisis como teoría, como método de investigación y como procedimiento terapéutico, bien puede ser utilizado con algunas modificaciones en su técnica, para intentar el tratamiento de estos pacientes.

De acuerdo con Frieda Fromm-Reichmann, son dos situaciones básicas que hay que enfrentar, para poder implementar un tratamiento psicoanalíticamente

te orientado con pacientes esquizofrénicos:

- 1). - El establecimiento de la relación entre médico y paciente y,
- 2). - Los modos de encarar los contenidos de la comunicación del enfermo.

En cuanto a la posibilidad del establecimiento de la relación, se han planteado tradicionalmente dos opciones: los problemas de la transferencia y de la contratransferencia. La suposición de Freud de que las neurosis de carácter narcisista impedirían el desarrollo del fenómeno de transferencia, quedó superada en base a los trabajos de Federn, Sullivan y en especial de Frieda Fromm-Reichmann en su monografía sobre : Problemas de Transferencia en los Esquizofrénico.

Entrar en la discusión de los problemas que implica la contratransferencia, exigiría un estudio aparte. Sólo mencionaré brevemente, que debido a las características inherentes a la naturaleza de todo esquizofrénico, de ser hipersensible en lo emocional, suspicaz e hipercrítico; el interés genuino del terapeuta, su sinceridad, su grado de flexibilidad, su paciencia y tolerancia, su agresividad y sobre todo su narcisismo serán continuamente puestos a prueba. Su grado de convencionalidad será constantemente cuestionado, pues como decía Fromm-Reichmann: "Estoy convencida de que muchos esquizofrénicos que siguen enfermos podrían recobrase si se estimara la meta del tratamiento a la luz de las necesidades de una personalidad esquizoide, no segun las necesidades del psiquiatra no esquizofrénico, adaptado y buen ciudadano". (4)

Pero más allá de la inflexibilidad, de la omnipotencia, de la impaciencia o de la convencionalidad, la contratransferencia puede llegar a alcanzar su máxima significancia en la experiencia de acompañar al otro en su locura, lo



que puede llegar a convertirse en desgarradora vivencia de nuestra propia y personal locura; de esa que en nuestros sueños, angustiados alcanzamos a intuir en medio del ropaje disfrazante de los símbolos, pero que al cruzar los umbrales oníricos, para imponernos su aplastante realidad en el aquí y el ahora; colocada en el otro nos fascina, pero sentida en nuestra propia entraña, nos aterra.

En cuanto a la segunda situación, acerca del como encarar los contenidos de la comunicación, esto plantea a mi modo de ver, la posibilidad de establecer un diálogo; una forma de comunicación que haga factible mi comprensión del otro y me brinde la posibilidad de interpretación, entendida esta no en sentido tradicional de traducir al lenguaje de la conciencia las manifestaciones de lo que está desterrado de ella, cito nuevamente a Fromm-Reichmann: "Esto es lo que el psicoanalista tiene que hacer por el neurótico, para ayudarlo a tomar conciencia de los pensamientos y sentimientos reprimidos, y comprenderlos".

El problema del esquizofrénico, no es tanto que los pensamientos y sentimientos sean excluidos de la conciencia, como que se encuentra inundado, desde el punto de vista del observador, por material inconsciente que pasa por encima de las barreras de la disociación. "El neurótico y la persona sana han logrado mantener a este material disociado. La mayor parte del tiempo, se encuentra presente en la conciencia del esquizofrénico. Este conoce el sentido de sus producciones psicóticas, en lo que atañe a sus contenidos". (5) Así pues, interpretar en un sentido terapéuticamente válido, en este caso vendría a ser un intento de transmisión de todo aquello que yo realmente entiendo, siento y puedo alcanzar a percibir del otro y cuya finalidad en un primer paso, sería el intentar romper el autoimpuesto aislamiento del paciente en su mundo privado:

Dicha interpretación comunicada en forma verbal o por medio de actitu-



des preverbales deberá de tener la virtud de tener un sentido para el otro y convertirse en un especie de puente a través del cual pueda restablecer su contacto con el mundo de la realidad.

Un paciente en pleno cuadro agudo, alucinado y delirante, ante un pizarrón escribe los tres primeras líneas de un cuarteto, al observarlo, sin ser yo - su medico tratante, unicamente me limito a escribir también en el pizarron la - cuarta línea. Dos años despues, por decisión propia, este joven me busca para - que sea yo su terapeuta, aduciendo que desde aquel incidente, el tuvo la conciencia de que yo le podria comprender.

Un paciente yace en estupor catatonico por más de tres semanas; se deci de su cambio de terapeuta y me es asignado. La primera entrevista transcurre - en un silencio contemplativo, alcanzo a observar sus sandalias colocadas en forma de cruz. En la segunda entrevista nada sucede; respeto su silencio, solo al - despedirme, como muestra de amistosa comprensión, con la señal de la cruz le - persino la frente. Al llegar a la tercera entrevista, le encuentro sentado ya, las enfermeras informan que por fin ha aceptado tomar alimentos, con algunos mo- nosilabos se entabla la relación terapeutica verbal.

Más tarde en un segundo estadio, cuando los sintomas manifiestos han re mitido, la función de la interpretación tendera a provocar la comprensión y la - toma de conciencia de la génesis y la dinamica de su perturbación.

Con el primer paciente de los dos antes señalados, una vez remitido el - cuadro agudo, se intenta llevarlo a la comprensión de como sus delirios misti- - cos son un intento infantil de conservar un mundo mágico y rehuir asi su respon- sabilidad ante la vida.

Desde un punto de vista formal utilizar el principio de regresion teleolo -





gica señalado por Arieti (6) el uso de analogías paralogicas y el particularizar - las comunicaciones de cada paciente como un lenguaje personal e intransferible, puede ayudar a insertarnos en el contexto de su mundo privado.

El sentido terapeutico de esta relación solo podra validarse en la medida en que sea capaz de provocar insight en el paciente.

Un joven esquizofrénico con rasgos catatónicos lleva varias semanas internado en el hospital despues de haber sido objeto de un frustrado intento filici- da. Su conducta francamente delirante manifiesta un profundo grado de desvali- dez. Una actitud negativista lo hace rechazar sistematicamente todo intento de - acercamiento terapeutico. Un día se corta el pelo a rape. Durante la entrevista siguiente a este suceso, se muestra angustiado, hosco y evasivo. Su aspecto todo me despierta una profunda ternura y simpatia con mezcla de dolor y deseo de ayudarle; lo asocio con un pajarillo recién nacido. Le pregunto porque se ha cor- tado el pelo asi, responde que porque sí. Verbalizo mi fantasía, le comunico - que me parece un pajarillo recién nacido y que como ellos debe permanecer un - tiempo en el nido (la sala) que bien pueden servirle de protección en tanto que - crecen y se fortalecen sus alas (autoestima), cuando esto suceda podra volar y - valerse por si mismo. No responde, pero por primera vez sonrie abiertamente y al despedirse me estrecha la mano.

A partir de ese momento empieza a ser más cooperativo y se establece - una comunicación más fluida. A esto me atreveria a llamar insight.

Establecido el diálogo, para obtener resultados habra que continuarlo - por un largo trayecto sembrado de mil viscosidades: períodos de ominosos, silen- cios, tormentosas agresiones, conductas desconcertantes y bizarras, falta de - reciprocidad; pero siempre tratando ante todo afecto, neologismo o silencio de -

captar no lo patológico, sino ese algo que el paciente desesperadamente intenta transmitir. Recordemos a Laing: "Ver señales de 'enfermedad' no es ver con neutralidad. Tampoco es ver con neutralidad interpretar una sonrisa como contracciones de los circunmiliares". (7) Si el diálogo se rompe, el único puente que da la posibilidad de salida al paciente hacia el mundo de la realidad, quedara destruido. La no interrupción del diálogo es responsabilidad del terapeuta, en la medida en que sin renunciar a su cordura sepa aceptar su propia locura y pueda ver la locura del otro no como una enfermedad, sino como una experiencia terriblemente desgarradora.

Cito nuevamente a Laing (8). "Nuestra concepción del otro depende de que estemos dispuestos a poner a contribución todas las facultades de cada aspecto de nosotros mismos en el acto de comprensión... Es posible saber de hecho, - prácticamente todo lo que puede saberse de la psicopatología de la esquizofrenia, o de la esquizofrenia como enfermedad sin ser capaz de comprender a un solo esquizofrenico. Tales datos son maneras de no comprenderlo . . . . . Como el interprete, el terapeuta debe poseer la plasticidad necesaria para transponerse a si mismo a otra extraña, y aun ajena, concepción del mundo. En este acto, - echa mano de sus propias posibilidades psicoticas, sin renunciar a su cordura. - Solo de esta manera puede llegar a comprender la posición existencial del paciente".

El diálogo debe evitar en todo momento convertirse en monólogo, quizá el ejemplo más lamentable pudiera ser el intento de interpretación de Freud al caso Schreber, al que según el mismo confiesa jamás conocio, y baso toda su interpretación unicamente en unas memorias previamente mutiladas por la censura. Curiosamente, tuvo a la mano, de seguro, artículos publicados por el padre y no obstante, en ningún momento los integró a su interpretación. Este paciente en sus

delirios se creía muerto y putrefacto, se lamentaba de que su cuerpo fuese sometido a repugnantes manipulaciones y sufría según manifestaba, espantosos tormentos. Intento ahogarse repetidamente en el baño y pedía de continuo el ácido prusico que le estaba destinado. A su médico lo calificaba de "asesino de almas". Dios mismo era su perseguidor "instigador del asesinato de su alma". Este era un dios habituado al trato con los muertos que no comprendía a los vivos. "Dios no conoce a los hombres vivos y no necesita realmente conocerlos ya que, conforme a tales normas, solo con los cadáveres debe tratar". Tales manifestaciones delirantes fueron interpretadas por Freud, como bien lo sabemos, como expresiones de impulsos homosexuales orientados primitivamente hacia el padre, a quien califica como "médico muy competente y estimado", su labor en pro del desarrollo armónico de la juventud, de la colaboración familiar con la escolar y de la importancia de los cuidados corporales y el ejercicio físico para la conservación de la salud, ejerció gran influencia sobre sus contemporáneos". No son sino estudios posteriores (9) los que dan la justa dimensión de los rasgos de carácter del padre; individuo sádico, autoritario irracional, represivo y fascista, quien en sus textos daba consejos tales como el que los padres deberían usar la máxima presión y coersión durante los años más tempranos de la vida del niño. Aconsejaba, "sujetar a la criatura a un entrenamiento físico vigoroso, combinado con el metódico ejercicio muscular y las medidas necesarias para alcanzar el freno emocional y físico que exige la salud del cuerpo y de la mente" (10). Y por supuesto, con quienes primero puso en práctica sus teorías fue con sus propios hijos.

Frente a tales hechos: es lícito seguir admitiendo que el contenido de los delirios de Schreber están relacionados a impulsos homosexuales? O, son



el grito desgarrador de protesta de un sujeto que durante su niñez, en forma sádica fue transformado en un cadaver.

Para terminar:

No estoy seguro si lo anteriormente expresado pueda tener o no algun sentido. No sé, incluso, si es legitimo hablar de una psicoterapia con personas psicoticas. Solo puedo afirmar a traves de mi experiencia, que así como mis sueños pueden llegar a ser un diálogo con mi yo medular, todo intento de diálogo con estos seres, lo menos que puede ofrecer es, sensibilizarnos a su desesperado y rara vez escuchado grito de ayuda.

#### BIBLIOGRAFIA

1. - Frank, L.R. "An End to Silence"; Madness Network News, Sept. 24 1974 p.1. Tr. González Arredondo.
2. - Fromm Reichmann F. "Problemas de la Transferencia en los Esquizofrénicos" en "Psicoterapia Intensiva en la Esquizofrenia y en los Maniacos depresivos" Ed. Hormé 1978 p. 7.
3. - Freud Sigmund. Obras Completas. Tomo II Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1948. p.p.661 y sigs.
4. - Fromm Reichmann F. : "Notes on the Development of Treatment of - - Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy" en "Psychiatry", XI, - 3 1948 p. 272.
5. - Ibid. p. 263.
6. - Arieti Silvano. : "Interpretación de la Esquizofrenia". Ed. Labor 1965. p. 152.
7. - Laing, R.D.: "El Yo Dividido" Ed. F.C.E. México 1964, p. 28.
8. - Ibid. p. 36.
9. - Niederland, W.G.: "The Schreber Case"; Quadrangle. New York, - - Times Book Co. 1974.
10. - Ibid. p.p. 50 y sigs.