

Importancia de la intervención psicológica en la reinserción de pacientes esquizofrénicos

José Luis Serra Hurtado¹

Mi intervención tiene un solo objetivo y es transmitir, en la medida de lo posible, algo que dijo Bleuler, el creador del término de esquizofrenia, y también hacerles llegar un consejo de Marañón cuya lectura siempre enseña algo al psicólogo. El primero, Emil Bleuler, que inició un cambio importante en el tratamiento de la locura al proponer la modernización de los hospitales y señalar la importancia del trabajo con las familias, lo que decía es que no hay paranoia, lo que hay son paranoicos. Gregorio Marañón, cuya aguda mirada psicológica se ha dejado ver en muchos de sus escritos, animaba a buscar con ahínco al hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre.

Una visión dinámica, psicoanalítica de las psicosis siempre ha estado, desde Freud, más atenta a indagar el origen y causa del trastorno y con ello acercarse a lo que es clínico, o sea, descifrar y entender el sentido de los síntomas, que a cambiar, a modificar comportamientos que se alejan de la norma.

Del saber que se ha ido infiriendo de esa práctica teórica del psicoanálisis y que hoy parece más o menos admitido a nivel general, es que la constitución psíquica de los hijos está determinada y es afectada por la dinámica emocional y sexual de la pareja parental. La familia, los padres en particular, tienen una función y una responsabilidad en la trasmisión de la cultura, en la socialización de los hijos y en como éstos adquieren sus identificaciones sexuales.

Si observamos cómo se produce la evolución biopsico-social de un miembro de nuestra especie, podemos ver claramente que, esa evolución, se desarrolla en un proceso dinámico que va de la alienación a la separación. Dos momentos constituyentes y ordenadores de la subjetividad humana, en los que el psicoanálisis se apoya para establecer un diagnóstico dife-

rencial entre estructuras psicopatológicas. Según este esquema, existiría un primer tiempo de alienación necesaria del sapiens-sapiens al lenguaje y al otro que lo representa, generalmente la madre. Un tiempo donde los cuidados de ese otro nos protegen del desamparo y a través de su mirada y sus dichos nos constituyen en el soporte de su deseo. Y un segundo tiempo que alivia de esa fusión inicial, pero, al unísono, es amenazante porque toda separación, por necesaria que sea, abre una herida y además reclama un duelo por la falta de objeto que deja.

La clínica analítica sostiene que las vías de aparición del deseo en el niño están posibilitadas por la articulación que se produce entre la pareja conyugal y las funciones parentales que esta pareja sostiene.

O sea:

¿Cuaáles son las condiciones para que se dé este proceso que va de la alienación a la separación? Al menos dos parecen claves para que este proceso se cumpla. La primera condición es que la madre transmita al niño/a que el padre es un hombre para ella, es decir que su deseo, el de la madre, muestre al hijo que va más allá de él; también es importante, no está de más, que el padre haga saber al niño que la madre es mujer también. Esa primera condición fundamental, que posibilita el proceso de separación, requerirá de una segunda y no menos necesaria, a saber: que el hijo/a esté en disposición de aceptar aquello que se le trasmite como límite.

Por tanto, desde una visión dinámica y estructural el hombre y la mujer se constituyen como sujetos de deseo en el entramado de relaciones que se establecen y funciones que se cumplen o no en lo que es la estructura familiar.

¹ Psicólogo - Psicoanalista. jojerrah@cop.es

Si, por diversas causas, ese tiempo de separación no se produce, como lo es en el caso de la esquizofrenia, el sujeto quedará en una relación simbiótica, endogámica, encerrado en su interior y con las mayores dificultades para establecer lazo social. En los trastornos psicóticos la función simbólica que instaura la falta para que haya deseo, simplemente no se ha producido. Y por consiguiente habrá una carencia básica, estructural, que imposibilita ese paso necesario a través del cual el sujeto se hace agente activo del lenguaje; y por ello, enfrentarse a situaciones donde se juega la responsabilidad, la confrontación con el otro, el deseo en tanto sexual, situaciones que suelen venir evocadas desde aprobar un examen, tener novia/o, hijos, un trabajo, etc. El psicótico, y el esquizofrénico en particular, tendrá serias dificultades para resolverlas en soledad, lo podrá hacer según y cómo; sostenido por una red o simplemente no lo podrá hacer, porque no encontrará los recursos propios y necesarios.

II

Hoy parece básicamente claro que, según la concepción del ser humano que tengamos y de lo que consideremos salud y/o enfermedad, la forma de intervención se ajustará a esos esquemas conceptuales, teorías, modelos explicativos, etc. Según se le dé más importancia, en términos generales, al aspecto biológico, comportamental o subjetivo, la intervención sobre la enfermedad será bioquímica, rehabilitadora o simbólica, entendiendo esta última como aquella que no trata el síntoma de forma directa, modelo médico aunque lo aplique la psicología, sino a partir de sus determinantes simbólicos; por ejemplo, en el campo de las psicosis, la intervención sobre el delirio no será como si tratásemos un virus que hay que anular, o un tumor que hay que extirpar, porque entonces estaremos socavando vivencias que buscan un sitio, aunque sea de forma atropellada, en la realidad del sujeto. Tampoco se le intentará mostrar al paciente, con la autoridad que nos concede nuestra posición de saber, que la manera de percibir la realidad que tiene es improbable y errónea o que sus palabras no dicen nada y están vacías. Y no lo haremos así simplemente porque el sujeto, en esos momentos, no tiene otra forma válida para reducir el dolor que inventar un delirio y así anular la fuente de la perplejidad en la que está inmerso en esos momentos.

Lo que haremos, desde un planteamiento dinámico, es tomar en serio a Freud cuando dijo que el delirio es una construcción y un intento de curación, y así podremos constatar cómo el delirio, las ideas delirantes son un resultado, un texto propio singular que quiere encontrar respuesta a la rotura que se ha producido en el campo de la realidad; y, por tanto, lo que se pretenderá es, más que erradicarlo o corregirlo, darle un estatuto de dicho para que se pueda integrar en la subjetividad histórica del paciente.

Como así ocurrió en el caso de Esteban, analizante psicótico, que me cuenta en sesión cómo se había producido esa semana el comienzo de, lo que él llama, “la paranoia”. El día del suceso, unos pocos antes de nuestro encuentro, comenzó mal. Presiones familiares, según me cuenta, le empujaron a asistir a un entierro que le hizo pasar una mañana de luto, dejándole turbias ideas en la cabeza y malas sensaciones en el cuerpo.

Al llegar al trabajo, un negocio familiar que lleva con su hermana, ésta le había gritado a una empleada, que es un poco dura de oído, un “estás sorda”. Esa violencia en público y sobre todo hacia una empleada idealizada por él le pareció intolerable. Después de pensárselo un rato, se dirigió hacia su hermana e intentando que no se ofendiera, porque sabe que una reacción suya, de la hermana, lo puede desestabilizar, le dijo que a gritos y faltando al respeto no era forma de tratar a nadie. Fue un pequeño comentario que no buscaba confrontación aunque sí reconocimiento. Su hermana no dijo nada; simplemente, según él, lo miró con desprecio.

La ironía de la vida hizo que esa tarde entrara en la tienda alguien sordo-mudo de verdad; Esteban, al darse cuenta del hecho, me dice que, automáticamente, tuvo la sensación de “un olor a puro” y tras esa percepción sus pensamientos comenzaron a acelerarse de forma maquina. Esa aceleración él ya la conoce, es la llamada a filas del pensamiento cuando un signo que parte de él, pero que viene del exterior (una voz que le insulta, esta vez, el olor de un puro) levanta el telón de un escenario de guerra. En este caso, la trama estaba clara: “mi hermana me ha enviado a esa persona sorda, para dejarme en ridículo delante de la empleada y mostrar a todos que en realidad soy un pelele y que no tengo ni voz ni voto”; y sin duda detrás de su herma-

na, dirigiéndolo todo, desde la distancia y al acecho, su padre, fumador habitual de puros y personaje principal de la operación de descrédito y desautorización.

Pero esta vez, aunque el Ejército de defensa ya estaba formado, un pensamiento vigía, apostado convenientemente, le gritó: “en la tienda no hay nadie fumando un puro”. Al principio no quiso hacer caso de su propia prueba de realidad, pero poco a poco, esa asociación le hizo tomar las riendas y comenzar a serrenarse.

Darle un estatuto de fecundidad, de productividad al delirio, de enunciado que quiere decir algo, permite que algunos pacientes aprendan en qué punto de su subjetividad puede aparecer una alucinación o la apertura hacia una interpretación delirante de los hechos, y con ello dar un paso muy importante para detener la deriva del sentido y así amortiguar la intensidad de la crisis y la angustia asociada. Ya que la imposibilidad de simbolización que se produce en las psicosis se manifiesta sobre elementos concretos de la historia personal del paciente y el delirio como interpretación alusiva muestra lo que no se simbolizó. Por ello la escucha del delirio producirá una ordenación y la posibilidad de una rehistorización de los sufrimientos y los traumas vividos

El recorrido en este sentido que había hecho Esteban en su tratamiento hizo que pudiera detener la aceleración de su pensamiento y el desanudamiento de la realidad, y así evitar las funestas consecuencias que diversas tramas persecutorias, al inicio de la enfermedad, le habían acarreado desde el internamiento hasta un intento de suicidio.

III

Reconocer la importancia de los padres en el desarrollo subjetivo de los hijos llevó a acuñar, en la década de los cincuenta, el término poco afortunado de madre esquizofrenógena. Frida Fromm-Reichmann, la mujer de Eric Fromm y una de las principales difusoras del psicoanálisis, en el saber psiquiátrico norteamericano, introdujo ese término por primera vez y se extendió la creencia de que la autora situaba la causa de la esquizofrenia en la madre. En realidad Reichmann lo que escribió fue: “El esquizofrénico está resentido debido al rechazo temprano que ha recibido de personas importantes de su infancia, por lo general, casi

siempre de una madre esquizofrenógena”. Sea como fuere, la extensión de esta creencia unida a la desinstitucionalización que comenzó de forma sistemática en los años sesenta, produjo la opinión como si desde el psicoanálisis se le dijera a las familias: “Vosotros que sois los culpables atended a vuestros hijos en las casas”. Esta creencia errónea ha traído consecuencias funestas, sobre todo para los pacientes y familiares.

De hecho la desinstitucionalización, que fue un movimiento progresista que llevó la reforma psiquiátrica a entender el tratamiento de la locura de una manera distinta, aquí en España comenzó con 20 años de retraso y lo que ha supuesto para las familias, en su gran mayoría, es la psiquiatrización en el hogar. Sin embargo, la reinserción en la comunidad del enfermo mental se da por hecho, por más que la escasez de recursos y muchas veces de miras la haya dejado reducida a una normativización sistemática del paciente, donde se intenta hacer creer que la información cura, que en la esquizofrenia nadie es responsable, que su base es orgánica y pronto, casi ya, su causalidad genética y que, para que todo vaya bien, lo más importante es el cumplimiento terapéutico, sobre todo farmacológico.

Se ha pasado de un extremo a otro: o la madre es responsable y por tanto culpable de la esquizofrenia de su hijo o nadie es responsable; se trata de neurotransmisores, por tanto nadie tiene la culpa.

Como psicólogo quiero hacer un comentario sobre esto, ya que en nuestra tradición académica no han faltado las referencias a otras disciplinas de las que nos podemos nutrir y Max Weber nos enseñó a diferenciar entre responsabilidad y culpa. Entre una ética de la convicción y una ética de la responsabilidad.

Seguramente, en una sociedad básicamente religiosa como la nuestra, la línea divisoria entre responsabilidad y culpa en algunos momentos es difícil de diferenciar, pero me parece que una acción profesional debe saber hacer entender esta distinción, en algunos momentos a pacientes y familiares, para que el tratamiento no se deslice de la ciencia a la religión, o de la clínica a la superstición.

La noción de causa estructural, que introduce el psicoanálisis actual, termina de una vez por todas con la

consideración de que la madre es culpable o causante de la psicosis. Y esto es así porque ser madre es una identificación. Quiere decir que la madre antes ha sido mujer, sujeto, y lleva ese papel de madre en relación a sus propios padres. Los padres, ellos mismos, como sujetos en sus funciones parentales están en dependencia de cómo vivieron y resolvieron sus conflictos, como hijo/hija, con sus propios padres. Este planteamiento elimina la culpabilidad porque no se basa en una moral de lo que debieron o no hacer, a lo que remite es a la determinación simbólica que nos preexiste y, en todo caso, al inconsciente subjetivo, y ahí no hay buenos y malos.

Ahora bien, en los años sesenta un grupo de investigadores realizó un trabajo de campo donde constató que los pacientes que regresaban a sus casas después de una hospitalización volvían a ser ingresados a los nueve meses en un 50% más que aquellos que establecían su lugar de residencia fuera del hogar familiar. Los investigadores midieron en las personas que cuidaban a los enfermos: la actitud crítica, la hostilidad, la sobreimplicación emocional y los afectos que les despertaban sus hijos psicóticos. Al resultado de esa medición lo llamaron Expresividad Emocional. Diversos estudios han mostrado, desde entonces, que la expresividad emocional alta es un factor de riesgo general en algunos trastornos psiquiátricos, además de un predictor de la recaída en la esquizofrenia.

O sea, la actitud crítica, la hostilidad, la sobreimplicación emocional y los afectos del cuidador se manifiestan a través de actos. Se traducen en actos de los familiares o los cuidadores, son acciones críticas con ciertos comportamientos hostiles ante determinadas peticiones y demandas, etc. Y de eso, de esas acciones, de esos comportamientos, no pretéritos sino actuales, sí que hay una responsabilidad y una responsabilidad causal. Y si se es crítico, hostil, avasallador, es decir, si la Expresividad Emocional es alta, es por algo y difícilmente ese comportamiento se va a dejar de hacer por mucha información sobre la enfermedad que tenga. La psicoeducación difícilmente reduce la colusión familiar, la sobreimplicación afectiva o los niveles de sobreprotección y dependencia que muchas veces se generan en el ámbito familiar; y no lo hace porque esos comportamientos ocultan conflictos latentes, que si no se trabajan desde esa dimensión la-

tente, inconsciente, se convierten en un factor de cronificación de la enfermedad.

IV

¿En qué sentido se puede hablar de reintegración del esquizofrénico? ¿Es que antes de que se declarara la enfermedad podíamos hablar de integración social de ese sujeto? ¿La integración quiere decir que el esquizofrénico va a poder gozar y relacionarse, trabajar con los niveles de competitividad y exigencia como lo haría uno que no lo es? ¿Es que el esquizofrénico, el psicótico en general, comparte las aspiraciones, las ambiciones de esta sociedad que difícilmente lo acepta, para nada lo entiende, y considera su cura como el ajuste a lo que el sanitario considera normal?

La psicoterapia de orientación dinámica en la esquizofrenia no programa la cura en función de ideales normativos, los cuales, en muchas ocasiones, por querer un bien que el paciente no comparte, conducen fácilmente a lo peor. Sus objetivos serán, más bien, la creación de una temporalidad subjetiva, generalmente perdida con el desencadenamiento de la enfermedad, la construcción de una realidad que permita subjetivar la historia en vez de ser objeto de ella, o el trabajo sobre el delirio que reducirá su intensidad y distanciará las crisis.

Sólo así podremos ir hacia una suplencia de aquello que no quedó inscrito, suplencia que sería la estrategia que permite estabilizar la psicosis y hacer frente a las situaciones de mayor riesgo.

Si pudiésemos comprender que un esquizofrénico nunca será un neurótico, por decirlo de alguna forma, no llenaríamos a las familias de ilusiones vanas, de expectativas que automáticamente serán frustradas y motivo de regresión o crisis cuando se empuja al psicótico a la realización, fundamentalmente, de nuestros ideales. Porque hay que tener en cuenta que la psicosis no tiene la flexibilidad que se le pide y por tanto la consecución, la realización de ciertos deseos conllevará el desencadenamiento de la crisis.

V

Hoy, y cuando es del dominio del que lo quiera saber, que los intereses económicos de la industria farmacéutica influyen en la investigación biomédica al punto de determinar interesadamente líneas de inves-

tigación, la categorización de las enfermedades e incluso los modelos sociosanitarios, no estaría de más, al menos esa es mi propuesta, que en una mesa de intervención psicológica sobre la esquizofrenia nos preguntáramos también qué es lo que ocurre con el incumplimiento terapéutico, o por qué hay tan poca adherencia a los tratamientos en salud pública y si eso no tendrá que ver con la forma en que tratamos la enfermedad y en cómo el paciente se siente tratado. La renuencia, la negativa a tomar la medicación por parte del paciente es lógica porque la “medicación perpetua”, aquella que convierte en normal pero robotiza, se impone con un fin más económico y de distanciamiento del paciente de los servicios, que por su eficacia en la cura.

Si, quizá, pudiésemos concordar que la psicosis es una estructura y que su sintomatología no es un error sino la única forma de respuesta posible ante la falta de recursos, es posible que en vez de querer normalizar, convertir en normal lo que no lo va a ser, pudiésemos acoplar los servicios a las personas y no las personas a los servicios. Quizá si dejáramos abiertos un poco más los objetivos adónde queremos llegar, posibilitaríamos que el esquizofrénico, el psicótico en general, encontrara las vías de una estabilización y su puerta a la integración.

El hundimiento de la realidad del esquizofrénico requiere, seguro, una rehabilitación psicosocial necesaria para su restablecimiento, pero si se quiere entrenar en habilidades sociales, sin tener en cuenta que uno de los problemas en la psicosis, por estar estancado en el proceso de alienación, es que la relación al semejante no tiene ningún beneficio narcisista y que despierta, generalmente, una tensión agresiva por la dificultad en el establecimiento de límites; es muy posible que entrenar por entrenar no consiga nada porque en cuanto ceda el refuerzo, cesará el avance. Si no se tiene en cuenta que el psicótico rehúsa la relación porque no puede investir el objeto de libido y eso le impide simbolizar la pulsión de muerte, es muy probable que choquemos una y otra vez con muros que levantamos nosotros mismos.

Quiero decir con esto que, quizá, si estuviéramos dispuestos a acompañar al esquizofrénico más que a querer cambiarlo o abandonarlo, si no responde a nuestros objetivos, entonces estaríamos en disposición de

hacer una clínica que, combinando los distintos saberes, se ajustara a que la cura de un psicótico, cuando menos, le devolviera la dignidad a la que tiene derecho todo sujeto, aunque su percepción de la realidad no se someta a lo que nosotros consideramos normal.

Referencias

Freud S. 1972. Observaciones Psicoanalíticas Sobre un Caso de Paranoia. O.C. Tomo IV. Ed. Biblioteca Nueva.

Lacan, Jacques. 1977. La Familia. Ed. Homo Sapiens.

Colina F. 2001. El saber delirante. Editorial Síntesis.

Brown, G.W.; Monck, E. M.; et al. 2001. *Influence of family life on the course of schizophrenic illness*. 1962. En Cabrero Ávila. L., Familia y tratamiento integral en la esquizofrenia. Conferencia dictada en el Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca.

De la Mata, Iván; Ortiz, A. “Sesgos y dificultades en la investigación de los nuevos antipsicóticos” nº 79 de la Revista de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

Pommier. G. 1997. La Transferencia en la Psicosis. Ediciones Kline.

Pommier. G. Louis de la Nada. 1999. La melancolía de Althusser. Ed. Amorrortu.

García, A; 2001. Psicoanálisis y Psicosis. Editorial Síntesis.