

Esquizofrenias y Psicosis: Un punto de vista para su psicoterapia desde la Gestalt

Juan José Albert Gutiérrez¹

RESUMEN Se propone la necesidad, para iniciar un proceso psicoterapéutico, de establecer claramente el diagnóstico diferencial entre psicosis orgánicas, sobre todo con la esquizofrenias, y psicosis psicógenas, pues siendo de etiología, evolución y diagnóstico distinto, requieren distintos enfoques y encuadres psicoterapéuticos. La angustia psicótica es de origen distinto en las distintas psicosis. Se da más importancia al establecimiento del vínculo que a cualquier técnica específica, y el autor opina que la actitud gestáltica es la más adecuada para establecer vínculos sanadores con pacientes psicóticos.

PALABRAS CLAVE Psicoterapia en psicosis. Psicosis psicógena. Psicosis esquizofrénica. Diagnóstico diferencial. Actitud gestáltica. Vínculos psicóticos.

ABSTRACT To start a psychotherapeutic process, we propose the needing to distinctly establish the differential diagnostic between organic psychosis, mostly referred to schizophrenia, and psychogenic psychosis, since their etiology, gradual development and different prognostic request to be reviewed from a different locuses and from a different psychotherapeutic frames. The psychotic distress comes from a different sources according to the different kinds of psychosis, It has been seen to be of more importance the settlement of a link rather than a specific skill, and the opinion of the autor is that a Gestalt attitude is the most appropriate to fix those healing links.

KEY WORDS Psychotherapy in psychosis. Psychogenic psychosis. Schizophrenic psychosis. Differential diagnostic. Gestalt attitude. Psychotic links.

En el tratamiento psicoterapéutico es conveniente, porque facilita el trabajo, establecer el diagnóstico de la estructura y dinámica de la personalidad y del carácter. En psicoterapia clínica, además, es importante conocer el diagnóstico etiológico y los significados inconscientes de los síntomas, incluyendo en ellos los rasgos del carácter, y plantearlo como hipótesis inicial de trabajo, que luego podrá ser modificado a lo largo del proceso y de la supervisión, si ello se hace necesario. Es decir, establecer un diagnóstico etiológico, fenomenológico y nosológico abierto, que lejos de encasillar al paciente, nos sirva de guía en el trabajo.

Esto que en general es conveniente, se hace imprescindible en el tratamiento de los cuadros psicóticos, donde la dificultad es mayor por el propio proceso en sí, y por la tendencia al diagnóstico exclusivamente fenomenológico y cerrado en el devenir histórico de la psiquiatría, con exclusión prácticamente total del diagnóstico etiológico.

Los síndromes psicóticos que, aún siendo etiológicamente diferentes, se han agrupado en el genérico cajón de sastre de “la esquizofrenia”, ha hecho que éstas y el resto de las psicosis, psicosis psicógenas incluidas, se consideren mayoritariamente en psiquiatría, y también en un importante ámbito de la psicología, como una única entidad clínica con ligeras variaciones sintomáticas, de origen orgánico y con una evolución crónica e incurable, por

lo que han quedado muy marginadas de los tratamientos psicoterapéuticos, recibiendo solo tratamientos farmacológicos semejantes.

Participo del criterio de que en la etiología de las psicosis esquizofrénicas es determinante su origen orgánico, probablemente una alteración neuroquímica y/o inmunológica de algunas áreas cerebrales, pero no en las psicosis psicógenas, en las que es posible rastrear y comprender la lógica del proceso en el devenir histórico, consciente e inconsciente, del paciente siguiendo el hilo conductor de su angustia y el significado simbólico de sus síntomas.

Efectivamente, en ambos procesos existe angustia, angustia psicótica, sin embargo su origen y significado es distinto. En las psicosis orgánicas, esquizofrenias incluidas, la angustia aparece ante

la incapacidad de contener y comprender las sensaciones, vivencias y experiencias nuevas y desconocidas, por ello inabarcables y amenazadoras, desencadenadas por una disfunción cerebral a causa del proceso orgánico que sea, y que truncan la vida de la persona, que hasta ese momento se venía desarrollando con la normalidad neurótica correspondiente a su historia biográfica.

Ante el abrumador bombardeo sensorial, y para contener la angustia de pánico derivada de todas estas sensaciones tan nuevas y amenazadoras, la persona recurre a la elaboración de los diver-

Los síndromes psicóticos que, aún siendo etiológicamente diferentes, se han agrupado en el genérico cajón de sastre de «la esquizofrenia».

¹ Psicoterapeuta. Instituto de Psicoterapia Emocional y Técnicas de Grupo de Alicante.
Av. General Marvá, 5 - Entres. ■ 03005 - Alicante ■ Tfno.: 96 522 81 52

Los síntomas que le van a dar una contención y explicación tolerable, y compatible con alguna forma de vida más o menos adaptada. Elabora así el cuadro nosológico correspondiente, con síntomas derivados de su experiencia fenomenológica: vivencias, intuiciones e interpretaciones delirantes, cuyos contenidos estarán relacionados con su estructura neurótica anterior al brote. Además aparecerán, en mayor o menor medida, los síntomas negativos propios del deterioro de las áreas funcionales lesionadas.

Este proceso, de origen orgánico, conlleva una desestructuración de las funciones del yo, sobre todo en su capacidad de identidad y de manejo de límites, pues son las propias vivencias psicóticas las que borran los límites al estar, por su propia naturaleza, fuera de las percepciones sensoriales habituales. Paralelamente, a lo largo del proceso, se produce una regresión hasta estados, más o menos, simbióticos con la madre, o con funciones sustitutivas y simbólicas de esta, como lugar de máxima seguridad y refugio, y se establece con ella una relación ambivalente ante la necesidad de protección y dependencia y la negación de ésta, y sobre la que se proyectan las propias deficiencias intolerables.

Ahora bien, todo este desarrollo, en cuanto a sus síntomas tanto positivos como negativos, y en cuanto a su proceso de regresión, es sintomático de una alteración orgánica previa y no existía antes de ésta, conozcamos su fisiopatología o no. Y esto se pone de evidencia simplemente haciendo una historia clínica y biográfica de nuestro paciente.

No es éste el caso de las psicosis psicógenas, en cuyos detalles diagnósticos no entraré en esta ocasión. En este grupo de psicosis no se puede detectar ese brusco quebrar en la trayectoria vital de la persona, ni una estructura neurótica de su personalidad, sino más bien rastrear el desarrollo de su psicosis desde edades muy tempranas. Este desarrollo es consecuencia de no haberse podido establecer una adecuada separación del estado fusional original con la madre.

Por las razones que fueren, y en las cuales, como he dicho anteriormente, no es ésta ocasión de entrar, el individuo permanece atrapado dentro del estado de omnipotencia infantil, compartiéndolo con la madre, donde los límites no existen o no son operativos, con la consecuencia de un desarrollo deficitario porque el yo no puede establecer unos mecanismos de defensa, al no encontrar los límites necesarios, que le den una estructura suficiente para relacionarse consigo mismo y con el medio. Este

estado de insuficiencia del yo, necesariamente lleva a estados de angustia extrema, puesto que el individuo tiene vivencia y conciencia de su propia imposibilidad relacional, y porque la ausencia de límites, o su insuficiencia, es origen de angustia universalmente y en relación directa.

La consecuencia es, pues, la estructuración de un yo débil, incapaz de establecer una identidad e individualidad suficientemente operativas frente al mundo, quedando así fijada la que llamamos estructura psicótica de la personalidad, la cual no está presente en las esquizofrenias, ni en ninguna psicosis orgánica.

En el caso de las psicosis psicógenas, los síntomas que aparecen no son, en ningún caso, consecuencia de procesos orgánicos, sino que viene a sustituir, a cumplir la función de los límites que no pudieron establecerse en su momento, como en tantos otros casos, con la función de contener la angustia original y a dar cierta consistencia al yo psicótico, actuando a modo de mecanismos de defensa. Por ello los síntomas

psicóticos se estructuran alrededor de interpretaciones delirantes, fundamentalmente en forma de proyecciones paranoides, sin que parezcan síntomas deficitarios, mas como consecuencia de un largo proceso no tratado.

Esta sucinta exposición de la diferencia etiológica entre las psicosis orgánicas y psicógenas viene al caso de su tratamiento psicoterapéutico, ya que estructuras etiológicamente diferentes requieren abordajes también diferentes, siempre posibles, y necesarios si se quiere controlar o sanar el proceso psicótico, más allá de que sea también necesario o no, el tratamiento farmacológico.

En los procesos orgánicos crónicos, como en las esquizofrenias, el tratamiento psicoterapéutico posibilita la reducción del inevitable tratamiento farmacológico en casi todos los casos, y en muchos su supresión durante periodos más o menos prolongados de tiempo (ventanas terapéuticas). Al ayudar a familiarizarse al paciente con su enfermedad y perderle el miedo, puede desidentificarse del síntoma, considerándolo como algo que le ocurre a él pero que no es él, por tanto, ir adquiriendo conciencia de enfermedad y aceptando el tratamiento pactado. Pactado ha de ser, puesto que el tratamiento con neurolepticos le va a producir efectos colaterales indeseables, y peor tolerados cuanto más desconocidos e indeterminados en el tiempo. Y, al tiempo, se hacen accesibles a la posibilidad de que vayamos tratando la estructura neurótica de su personalidad que, salvo en los casos de esquizofrenias gravemente deteriorantes desde su inicio, determina el contenido de sus ideas delirantes y su actitud frente

Al ayudar a familiarizarse al paciente con su enfermedad y perderle el miedo, puede desidentificarse del síntoma, considerándolo como algo que le ocurre a él pero que no lo es.

a la enfermedad. Es decir, no olvidemos que el esquizofrénico, antes que esquizofrénico ha sido, y ahora además es, un neurótico al uso. Esto no es así en las psicosis psicógenas, en las que el individuo “siempre” ha sido un psicótico, pero no siempre ha de serlo.

En las psicosis psicógenas cabe esperar la sanación completa, puesto que no hay lesión orgánica ninguna. Es decir, la reestructuración de su yo y la reintegración completa de las vivencias emocionales, intelectuales y corporales, y de la vida familiar, social y laboral, con un nivel de salud, con mucha frecuencia, mas alto que el normal normativo.

En ningún caso es un tratamiento fácil, pero el mantener y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitar su deterioro y marginación, es importante, y merece la pena el esfuerzo y tiempo empleados en ello, tanto mas cuanto que su pérdida es mucho mas transcendente que en otro tipo de enfermedades.

En este sentido, muchas veces he oído afirmar que las técnicas gestálticas son insuficientes para el tratamiento de las psicosis, y es cierto. Pero añado que cualquier técnica psicoterapéutica es insuficiente para estos tratamientos. Me explico, lo que ayuda al paciente psicótico a mejorar o sanar en ningún caso es la “técnica” empleada, sino la actitud del terapeuta en el establecimiento de los vínculos y de los límites, lo cual está en la experiencia común de los terapeutas que tratamos a pacientes psicóticos.

Y desde este punto de vista, ya no me cabe la menor duda de que la actitud gestáltica es idónea para este fin, más allá de sus técnicas y aunque tenga que apoyarse en cualesquiera otras, puesto que, como he afirmado en otras ocasiones, la Gestalt no es algo que se “haga”, sino que uno está en ella o no. Facilitar el establecimiento de vínculos a través de los límites en el Aquí y Ahora, desde una actitud de honesta presencia, de igual a igual, facilita mucho la transferencia necesaria para ayudar al paciente a que vaya reestructurando su propia intimidad.

Un psicótico no necesita tanto las interpretaciones ni las normas, como el testimonio de que se puede ser como uno es, con tal de que se conozca, se acepte, se tolere y se adecúe. Y desde ahí se pueden utilizar las técnicas que sean convenientes en cada caso y en cada momento, y que sin duda serán necesarias y deberán estar presentes en el bagaje formativo del terapeuta que a estos menesteres quiera dedicarse, como, por ejemplo, las técnicas corporales que marcan los límites del ser físico de una manera clara e incuestionable, así como el contacto con las propias

sensaciones, tan necesarios para que el psicótico tenga mas clara experiencia sí mismo.

Aquí podríamos decir que todo lo que es eficaz vale, pero para que valga es necesario que el punto de apoyo sea la actitud de honesta presencia en el presente, sin miedo al contacto de tú a tu, por parte del terapeuta, actitud ésta que me parece la esencia de la Gestalt, más la responsabilidad respecto a sus propias capacidades.

Referencias Bibliográficas

Albert, Juan José; Almira, Asunción. (1991). *Attitudine di fronte ad una crisi psicótica acuta. Interazioni in un gruppo terapeutico. Psicoterapia della Gestalt.* Actas del IV Congreso Internacional Siena.

Albert, Juan José. (2000). *Una vaga sensación.* Boletín de la AETG marzo.

Arieti, Silvano. *Interpretación de la esquizofrenia* (1965). Labor.

Conrad, Klaus. (1997). *La esquizofrenia incipiente.* Archivos de neurobiología.

Cordech, Juan. (1975). *Psiquiatría dinámica.* Herder.

El concepto de esquizofrenia: aproximación a la evolución histórica del termino y de su contenido. Archivos de neurobiología, vol. 60 (sep. 1997).

Ferenczi, Sandor. (1998). *Diario clínico.* Conjetural. B.A.

Fernández, Alonso. (1997). *Fundamentos de psiquiatría actual.* Paz Montalvo.

From-Reichmann, Frieda. (1962). *Psicoterapia en la psicosis.* Paidós.

Hales, Robert E. (1996) *Tratado de psiquiatría.* American Psychiatric Press.

Jaspers, Karls. (1996). *Psicopatología general.* Beta.

Jiménez Abello. (1998). *Para leer a Ferenczi.* Biblioteca nueva.

Naranjo, Claudio. (1990). *La vieja y novísima gestalt.* Cuatro vientos.

Peñarrubia, Francisco. (1999). *Terapia Gestalt.* La vía del vacío fértil. Alianza Editorial.

Ronder, Valker. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia.* Ariel Psiquiatría.

Taragano, F. (1974). *Psicoanálisis gestáltico.* Paidós. ©

En ningún caso es un tratamiento fácil, pero el mantener y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitar su deterioro y marginación, es importante.