

VIVIENDO EN MUNDOS IMAGINARIOS. SINTONÍA, INDAGACIÓN E IMPLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS

LIVING IN IMAGINARY WORLDS. ATTUNEMENT, INQUIRY AND INVOLVEMENT IN THE TREATMENT OF PSYCHOSIS

Dr. José Manuel Martínez Rodríguez

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, España

Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa, Valladolid, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0084-7266>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez, J. M. (2021). Viviendo en mundos imaginarios. Sintonía, indagación e implicación en el tratamiento de las psicosis. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 97-111. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.487>

Resumen

Algunas personas experimentan intensas emociones mientras viven aislados en mundos imaginarios: pueden sentirse perseguidas, observadas, vigiladas, controladas, desposeídas de sus pensamientos, obligadas a experimentar sentimientos, imaginar nuevas y grandiosas identidades, experimentar transformaciones en su cuerpo, etc. Estas experiencias se han venido englobando en el concepto de "psicosis" en general, y más específicamente se describen en los denominados Trastornos Esquizofrénicos, Delirantes y en los Trastornos Bipolares Psicóticos. Tradicionalmente se ha interpretado estas experiencias como resultado de trastornos cerebrales. En cualquier caso, estas personas experimentan la intersubjetividad como una gran amenaza hasta el punto de temer la pérdida de su mismidad. La experiencia clínica muestra cómo un abordaje intersubjetivo con métodos de la Psicoterapia Integrativa es de gran ayuda terapéutica. Una terapia relacional que tenga en cuenta la indagación fenomenológica y que se interese por los estados mentales de la persona, que ofrezca una presencia terapéutica consistente y respetuosa, que sintonice con las fijaciones evolutivas y adapte el ritmo de la terapia a las necesidades de seguridad, de validación, de aceptación y definición del paciente facilita el acceso a un nuevo mundo compartido y a una nueva intersubjetividad.

Palabras clave: intersubjetividad, psicosis, esquizofrenia, trastornos delirantes, indagación, presencia, sintonía, fenomenología

Abstract

Some people experience deep feelings while living alone in their imaginary worlds: they may feel persecuted, watched, controlled, devoid of their thoughts, pressed to experiment feelings; they may imagine new and grandiose identities, experiment their body transformed, etc. Usually, these experiences have been included under the concept of psychoses, and specifically allotted to Schizophrenia Spectrum Disorders, Delusional Disorders or Psychotic Bipolar Disorders. These experiences have been usually understood as a symptom of an underlying brain illness. Anyway, these people experiment intersubjectivity as a big threat to the point to be afraid of losing their core self. Clinical experience shows us that an intersubjective approach with integrative relational methods is a big help. A relational therapy that takes into account phenomenological inquiry and that gets interested in the states of mind, offering the consistent and respectful presence of the therapist, attuned to the developmental fixations and rhythmic attuned to the needs of security, validation, acceptance, and self-definition of the patient, helps him or her to access to a new shared world and a new intersubjectivity.

Keywords: intersubjectivity, psychosis, schizophrenia, delusional disorders, inquiry, presence, attunement, phenomenology

Fecha de recepción: 2 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 24 de octubre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Inst.atpi@gmail.com

Dirección postal: Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa de Valladolid. Calle Morena, 23-2º A. 47009-Valladolid, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Las personas que viven en mundos imaginarios al margen de la realidad consensuada presentan dificultades particulares en el trabajo psicoterapéutico. Una de ellas es la confusión entre las propias fantasías y la realidad que inaugura la experiencia psicótica. Además, se duda sobre la utilidad de la psicoterapia en estos casos. La hipótesis predominante hoy en día sobre el origen y tratamiento de las psicosis es de tipo neurobiológico, lo que hace que se desaliente el emprender un abordaje psicoterapéutico.

Al margen de la vulnerabilidad biológica subyacente y de los factores socio genéticos que rodean la experiencia psicótica, ésta merece ser tomada en serio, atendida y tratada psicoterapéuticamente, no sólo ser considerada como un epifenómeno de un trastorno neurológico de base. Tal y como lo exponen Lysaker y Lysaker (2010) el pasar por alto las dimensiones experienciales de la esquizofrenia en primera persona conlleva el riesgo de objetivizar a los pacientes. Por otro lado, es necesario evaluar la confianza puesta inicialmente en el resultado de los tratamientos neurobiológicos puesto que un buen número de pacientes no consiguen reintegrarse a una vida social activa. Los estudios de casos hacen admisible la suposición de que la psicoterapia ha de ser una parte necesaria del tratamiento.

En este artículo vamos a presentar algunos conceptos que pueden resultar útiles para el tratamiento psicoterapéutico de las psicosis. Nos centraremos en la importancia de la fragmentación de la personalidad en estos trastornos y de los métodos que pueden ayudar a que el paciente desarrolle un Self más cohesivo. Los métodos de los que hablaré son esencialmente integrativos y de tipo relacional y requieren la implicación del/la terapeuta, su presencia y su sintonía como ejes del tratamiento.

El Espejo Fragmentado

Es importante que tengamos en cuenta algunos constructos de base que inspiren una psicoterapia integrativa y relacional de las psicosis. El Self se desarrolla en el contexto de una relación (Erskine y Trautmann, 1996; Erskine et al., 1999). Las partes fijadas del Self como estados del Ego reflejan rupturas relacionales con figuras de apego en el desarrollo. La vivencia de sí viene influida por los diálogos internos entre partes del Self.

Las personas que padecen trastornos del espectro de la esquizofrenia han experimentado serias rupturas relacionales y traumas agudos o acumulativos que determinan que la experiencia de sí sea muy frágil. La adaptación al entorno mediante una retirada esquizoide o una hipervigilancia paranoide pueden estabilizar durante años un tenue sentimiento de existencia. Investigaciones actuales ponen de relieve que las experiencias traumáticas infantiles representan un factor de riesgo crucial para el desarrollo de esquizofrenia y que los factores ambientales pueden predecir mejor el desarrollo de la misma que los factores de riesgo genéticos (Fisher et al., 2014; Stepniak et al., 2014). Hay datos que muestran que en la infancia de los esquizofrénicos se encuentran diversos tipos de abuso: emocional, por negligencia,

sexual o físico. Read et al. (2005) encontraron que de las personas en tratamiento el 69% de las mujeres y el 59% de los hombres habían sufrido abuso sexual o físico infantil. Ross (citado en Dell y O'Neil, 2009) ha señalado cómo la disociación crónica compleja se encuentra en el 25-40% de los pacientes, proponiendo incluso un nuevo subtipo clínico denominado Esquizofrenia disociativa.

La crisis psicótica puede ser desencadenada en la infancia o en la vida adulta por niveles intolerables de estrés o de conflicto que generan un sentimiento de invasión invalidante de la subjetividad, no bastando la retirada esquizoide para mantener el sentimiento de existencia. También ante una pérdida real o imaginada el sujeto puede verse acuciado por el terror a la aniquilación personal y la pérdida de la identidad. Durante las crisis psicóticas del espectro de la esquizofrenia, el sentimiento del Self nuclear se colapsa, y se ven afectados los sentimientos de cohesión espacial, de continuidad, el sentimiento de agencia y la afectividad, experiencias todas ellas que Stern (1985) identifica como definitorias de lo que denomina el Self nuclear: "Sólo en las psicosis más graves vemos una ausencia significativa de alguna de esas cuatro experiencias" (Stern, 1985, p. 96).

Stern (1985) señala cómo la ausencia de sentimiento de agencia puede manifestarse como catatonía, desrealización o estados paranoides en los que se reemplaza la autoría de la acción. La ausencia de coherencia del Self puede experimentarse como despersonalización, fragmentación y experiencias de coalescencia o fusión. También la ausencia de afectividad puede ser vivida como anhedonia o aplanamiento afectivo. La ausencia de continuidad puede expresarse como sensación de ruptura biográfica, fugas o estados disociativos.

Esto revela la función que el otro de la relación, perdido o invasor, venía desempeñando en la misma, esto es, un papel de regulación de la experiencia, contención, aglutinación, organización de sus diversas partes y mantenimiento de la identidad (Martínez y Fernández, 2013). En su estudio sobre relatos de pacientes en primera persona, Andresen et al. (2003) señalan cómo "una pérdida del sentimiento de identidad" es una de las claves del trastorno. El sujeto siente perderse a sí mismo, sensación de caos interno, pérdida de la unidad, ruptura interna. Así lo expresaba Gene Deegan en la historia de su recuperación personal de la psicosis: "Mi sentido de la identidad se desintegraba. La existencia misma parecía precaria" (Deegan, 2003, p. 369).

En este sentido el espejo relacional se rompe y no devuelve una imagen unificada al sujeto. En el patrón relacional previo a la crisis el otro de la relación parecía compensar las dificultades y le ayudaba a integrar las diversas partes de sí en un todo cohesivo, o a mejorar su comprensión de las mentes de otros. "Mi mundo a veces lo sentía como una casa distorsionada de espejos reflejándose infinitamente entre sí" (Deegan, 2003, p. 369).

Federn (1943/1984) señaló la retracción del sentimiento del Yo en las Psicosis. La crisis conduce a una experiencia del Self todavía más "disminuido" que antes y a perder el sentido "dialógico" (Lysaker y Hermans, 2007). Otros autores como

Nelson et al. (2014) proponen un trastorno del Self “mínimo” o “Ipseidad” en la esquizofrenia, designando con ese término el nivel del Self en el que la persona se siente sujeto de su experiencia. Este trastorno en la “Ipseidad” está ya presente desde la infancia y la temprana adolescencia.

El Self en las personas que luego desarrollarán psicosis parece estar disperso entre distintos sistemas relacionales con figuras parentales contradictorias que al ser introyectadas se traducen en una vivencia intrapsíquica de dispersión y fragmentación. Berne (1961/1985) describió en las psicosis la exclusión de estados del Ego y Mellacqua (2014) presenta un extenso análisis de estas sobre esta base.

El establecimiento de un patrón relacional simbiótico, mediante la pasividad, la negación y el descuento de uno mismo, los demás y las situaciones, permite una estabilización precaria. Este patrón relacional se mantiene mediante mecanismos de grandiosidad y redefinición descritos por Schiff y Day (1970) y por Schiff et al. (1975).

Otras personas realizan una adaptación paranoide ante la exposición sistemática a la frialdad emocional, la crueldad, el maltrato y la humillación, sin una defensa decidida por parte de los adultos que lo presencian, lo que genera un sentimiento de desconfianza e hipervigilancia ante la posible traición de las figuras de afecto.

Las personas que experimentan fases maníaco depresivas puede que se hayan sometido a las presiones y expectativas del entorno. La experiencia sistemática de un vacío empático próximo a la aniquilación viene compensada por el sentimiento de sentirse el centro del mundo cuando el sujeto se identifica con los estándares de conducta inalcanzablemente altos que la familia quiere exhibir ante los demás. El espejo relacional se ha roto y devuelve una imagen distorsionada.

La Solución Delirante

Los/as pacientes psicóticos son muy vulnerables a momentos de presión externa dado el mundo interno asfixiante en el que viven. Muchos han aprendido a distanciarse internamente de sus introyectos persecutorios mediante una “migración interna” a un “lugar seguro”, una fortaleza desde la que pueden contemplar su mundo interno (Erskine et al., 1999; Erskine 2015; Martínez, 2007). Cuando la invasión por parte de los introyectos parentales o autogenerados amenaza con quebrar las murallas defensivas de esta fortaleza, la angustia de aniquilación lleva a decatectizar y proyectar los introyectos parentales (Klein, 1946/1989; Martínez, 2001).

Al hacerse egodistónicas las figuras internalizadas a las que la identidad está ligada (“Soy alguien malo”, “Soy un demonio”) puede que el sujeto experimente nueva angustia de aniquilación. Es entonces necesario recrear con urgencia la identidad mediante un mecanismo autorreferencial: “La gente me mira”. El mundo pasa a constituirse como un conjunto de puntos de referencia funcionales a los que anclar la “identidad”. Por otra parte, algunas personas del entorno pasan a ser portadoras de las proyecciones persecutorias y el/la paciente construye un delirio paranoide. El delirio permite poner en relación fragmentos de significado mediante

la construcción de una narrativa que ofrece coherencia y estructura. Su análisis en la terapia nos ayuda a entender el mundo interno persecutorio y hostil en el que viven.

De un Mundo Imaginario a Otro de Significados Compartidos

La experiencia clínica muestra que un abordaje intersubjetivo con métodos de Psicoterapia Integrativa es de gran ayuda terapéutica. Los métodos relacionales e intrapsíquicos de la Psicoterapia Integrativa han sido expuestos extensamente por Erskine y Moursund (1988), Erskine (1991, 1993), Erskine y Trautmann (1996), Erskine (1998), Erskine et al. (1999), Moursund y Erskine (2003) y Erskine (2013, 2015). Una terapia relacional que tenga en cuenta la indagación fenomenológica y que se interese por los estados mentales de la persona, que ofrezca una presencia terapéutica consistente y respetuosa, que sintonice con las fijaciones evolutivas y adapte el ritmo de la terapia a las necesidades de seguridad, de validación, de aceptación y definición del/la paciente facilita el acceso a un nuevo mundo compartido y a una nueva intersubjetividad.

En el caso de las psicosis el/la terapeuta inicialmente ha de mantener contacto con la parte adulta del/la paciente, una parte no psicótica, capaz de reflexionar sobre sí mismo/a. Durante el tratamiento el/la paciente precisa de una firme implicación por parte del/la terapeuta y sintonía con el momento evolutivo al que aquél regresa. El/la terapeuta ha de prestar atención a los aspectos intersubjetivos y a tres niveles de relacionamiento (Martínez, 2016, 2017a, 2017b): la comunicación verbal consciente, la comunicación no verbal y el nivel de relacionamiento que corresponde a la experiencia no simbolizada. Buena parte del trabajo hay que hacerlo a este último nivel. Esto es consistente con la propuesta de la existencia de un trastorno básico del Self corporal en las psicosis (Fuchs y Schlimme, 2009) y la pérdida de un conocimiento implícito del propio cuerpo (Ferri et al., 2012). Trabajar a nivel relacional e intersubjetivo está al servicio de la reconstrucción del Self, además, y más allá, del análisis y resolución de los conflictos. Esto es así siempre que seamos conscientes de que la propia relación terapéutica puede suministrar una respuesta a las necesidades de estimulación, reconocimiento y estructura del sujeto (Martínez, 2017b).

La indagación de la experiencia fenomenológica del sujeto mientras vive en su mundo imaginario es especialmente relevante. Vehicula la idea al/la paciente de que tiene una mente propia con experiencias únicas (Martínez, 2017a), y abre la posibilidad a entender sus vivencias, validarlas y normalizarlas. El/la terapeuta por otra parte ha de prestar atención a su propia subjetividad durante todo el proceso y resonar con las vivencias del/la paciente así como con los estados emergentes de su sí mismo. Entrar con él/ella en su mundo imaginario y ayudarle a entrever la posibilidad de crear un mundo de significados compartidos en una nueva dimensión intersubjetiva.

Desde una perspectiva relacional es importante poder entender la función que cumplen los síntomas psicóticos para compensar la falta de satisfacción de

necesidades relacionales y mantener un sentimiento de continuidad y coherencia del Self, de afectividad y de agencia. Desde una perspectiva relacional los síntomas de las psicosis pueden entenderse como un esfuerzo dramático por reconstruir un sentimiento de seguridad y de sentido.

Los síntomas tratan de reforzar un sentimiento de existir que se desvanece, un sentimiento de aniquilación de la subjetividad. Así los delirios pueden entenderse como un intento de reconstruir un mundo personal hecho añicos, destrozado (Atwood, 2012). La fantasía de perseguidores implica un esfuerzo extraordinario por situar el sentimiento interno de “maldad” fuera de sí y de reconstruir una nueva relación con un mundo en el que el sujeto es injustamente asediado. El sentimiento de “bondad” se mantiene ahora dentro de la persona, que puede reclutar fuerzas y energía para defenderse de los ataques externos. Las alucinaciones pueden servir al propósito de externalizar las críticas de introyectos hostiles recuperando así los propios límites y la integridad de la propia experiencia. Un medio para dejar de experimentar la influencia interna de introyectos persecutorios y hostiles que acosan no importa lo que se haga. La recuperación de un espacio interno propio y una identidad libre de confusión.

Durante los episodios maníacos el sujeto tiene la sensación de poder vivir en un mundo distinto, libre de las situaciones opresivas de la vida y de la sumisión relacional con un otro dominante que exige perfección. Los estados maníacos proporcionan al sujeto la experiencia de inmersión entusiasta en una realidad alternativa, de reinención fantaseada de uno mismo, una intensa sensación de poder y omnipotencia. El sujeto se encuentra ahora en relación con un mundo de abundancia, magnánimo, generoso, donde desaparece el miedo al abandono y a la precariedad y donde lo bueno nunca se acaba. Las defensas maníacas han sido vistas como una defensa contra la depresión. El sujeto recurre a las defensas maníacas para no experimentar el sentirse muerto por dentro, un sentimiento de vacío interno y la falta de un sentimiento de realidad de sí mismo/a. Adicionalmente Winnicott (1958) las entiende también como una expresión de un deseo de vivir y de existir. Leader (2012/2015) señala cómo durante el episodio maníaco el/la paciente experimenta la vinculación con otras personas y el mundo, la conexión entre las cosas. La persona expresa durante ese estado una necesidad insaciable de contacto aunque la verborrea dificulte una respuesta real del interlocutor. En ocasiones los proyectos maníacos tienen una vertiente de altruismo, de reparación de injusticias o de protección hacia los demás, incluso de expiación de un sentimiento de deuda para compensar al otro de las propias acciones agresivas.

En otros momentos el/la terapeuta necesita prestar atención a un nivel de relacionamiento al nivel del Self emergente (Martínez, 2017b). A este nivel los síntomas se pueden entender como un modo de expresar nuevas formas de experimentar la relación terapéutica (Atwood, 2012). Por otra parte, es crucial prestar atención y elaborar la transferencia psicótica, lo que permite responder a necesidades relacionales y sentimientos rechazados por el/la paciente (Martínez y Fernández, 1991;

Martínez, 2013). A continuación, expondré el tratamiento de una paciente a la que asignaré un nombre ficticio con la finalidad de proteger su anonimato.

Rosario

Cuando vino a verme tenía 34 años. Venía derivada por otro terapeuta habiendo recibido un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide a los 21 años y una discapacidad del 35%. Había estado hospitalizada múltiples veces en distintas ciudades por reagudizaciones periódicas de un síndrome delirante alucinatorio con bloqueos del pensamiento y vivencias de influencia y control. En sus fantasías delirantes sus padres no eran sus verdaderos progenitores. Su padre era Satanás, le enviaba mensajes telepáticos, era capaz de saber lo que ella pensaba y controlar sus emociones a distancia. Sentía que su abuelo se había reencarnado en una de sus hermanas. Pensaba que su verdadera familia era la familia real de otro país y que tenía una hermana gemela. Realizaba fugas de su domicilio acosada por alucinaciones auditivas, voces que conversaban entre sí, que le daban órdenes, le informaban que era hija de un personaje famoso o le decían que su padre la había violado. Experimentaba delirios persecutorios en los que la policía quería “eliminarla” por “dar problemas” y en otras ocasiones fantasías megalománicas: se despidió de un trabajo anterior porque ella era “el Anticristo”. Frecuentemente experimentaba delirios de referencia por la calle: la policía y la gente la conocía y la miraban. Desde hacía 15 años venía tomando elevadas dosis diarias de antipsicóticos sin que se hubieran reducido las crisis ni las hospitalizaciones.

De la Simbiosis a la Experiencia de un Self Nuclear Cohesivo

Rosario era la pequeña de 10 hermanos que compartían una enfermedad de transmisión genética. Cuando la conocí me impresionó su esfuerzo continuado por ser coherente, navegar en medio de su confusión, aclarar su identidad, entender sus síntomas, y explorar sus emociones y sus relaciones. A lo largo de todo el tratamiento me impactó asimismo su confianza en el trabajo que estábamos haciendo.

Rosario sentía una inclinación espontánea por escribir largas narraciones de sus experiencias que me enviaba por carta entre sesión y sesión. En esos escritos describía sus vivencias fuera de la consulta, sus lecturas, reflexiones y los conflictos con su familia. También me explicaba con gran detalle sus patrones alimentarios, sus afecciones físicas y la evolución de las mismas, sus actividades cotidianas y sus anhelos. Prácticamente me informaba de todas sus actividades diarias. Buena parte de sus escritos plasmaban sus esfuerzos por manejar sentimientos contradictorios que la agitaban internamente y los medios que utilizaba para reequilibrarse. Estos escritos “fuera de sesión” me parecían una salida creativa por parte de Rosario para mantener conmigo un contacto permanente sobre temas domésticos que me sugería una gran necesidad de acompañamiento, validación, protección y presencia. Manifestaba sentimientos de confusión, sentirse acosada por “ideas extrañas” y un gran temor a que su equilibrio interior se rompiera. Describía sus esfuerzos

por mantener su salud mental y me informaba de sus procesos internos y de los resultados. Me parecía que tenía una gran necesidad de un otro regulador de sus estados físicos y emocionales para estabilizar una experiencia cohesiva de su Self nuclear. Su utilización de la escritura nos permitía mantener un nivel de relacionamiento verbal pero también intersubjetivo. Muchas de sus descripciones implicaban largos períodos de soledad. Ante la comunicación de sus vivencias, muchas veces yo sentía compasión por su vida aislada y solitaria pero rica interiormente. Parecía necesitar un interlocutor que se interesara genuinamente por su vida y compartir sus experiencias.

A cada sesión me traía un dibujo describiendo su estado emocional durante el día. Buena parte de la sesión consistía en ayudarla a describir las emociones subyacentes al dibujo. En muchas ocasiones tenía la impresión de estar ayudando a una niña de escuela primaria a entender el mundo en el que vivía. Le mostraba mi agrado por su iniciativa para dibujar y compartir sus experiencias y ella reaccionaba con alegría infantil.

La Presencia de un Otro Regulador en la Relación

En muchas ocasiones mostraba vehementemente su indignación y su rabia cuando recordaba discusiones con sus hermanas. Generalmente se trataba de situaciones en las que se había sentido humillada por parte de sus hermanos o sus padres explotando ante ellos con rabia o *acting outs*, por ejemplo, yéndose repentinamente de casa o amenazando a sus interlocutores con un cuchillo. Buena parte de estos conflictos se iniciaban por su intolerancia ante discrepancias, conflictos de criterios o intereses. A veces porque creía comprender las necesidades de sus familiares mejor que ellos. También cuando interpretaba como ataques los comentarios de sus vecinos o compañeros de trabajo.

Durante el relato de estos conflictos se agitaba como si estuvieran teniendo lugar en mi despacho, lo que la llevaba a entrar en un estado disfórico y desorganizado. Su furia requería intervenciones de contención con una función reguladora que ayudaran a mantener su emocionalidad dentro de un rango tolerable. Parecía necesitar a alguien con quien compartir su rabia, y que a través de la indagación pudiera ayudarla a encontrar las emociones subyacentes a la furia violenta, bien tristeza, vergüenza o miedo, y las validara. Con el tiempo comprobé cómo cuanto más escuchaba su indignación con interés más disminuían los *acting outs* agresivos con la familia o los vecinos.

Se mostraba intolerante en sus creencias políticas y religiosas, criticando vehementemente otras opiniones. Creía identificar una multitud de amenazas apocalípticas provenientes de grupos políticos, terroristas, inmigrantes, etc. Su vida religiosa era muy importante para ella. Diariamente practicaba sus oraciones y semanalmente acudía a oficios religiosos. Participaba en las actividades de una asociación religiosa y realizaba viajes con un grupo religioso a lugares famosos por apariciones o hechos milagrosos. Estas actividades parecían tener un efecto

equilibrador para ella. Parecía sentirse protegida en presencia de la Divinidad. Fugazmente experimentaba alucinaciones visuales y cenestésicas durante los momentos álgidos de sus experiencias religiosas. Años antes había tenido la vivencia de casarse con Jesucristo.

En otros momentos mostraba una ingenuidad infantil, mostrándose seductora y expresándose de forma bobalicona.

La Reivindicación de la Existencia. El Mundo Intersubjetivo

Su sentimiento de soledad empezó a ser traído a las sesiones. No sentía lazos de pertenencia a su familia ni a ningún colectivo y era consciente de la fragilidad de sus vínculos afectivos. Su falta de verdaderas amistades, su aislamiento en el trabajo y un sentimiento de vaciedad y de futilidad en la vida le producían desesperanza, y “hastío”, si bien poco a poco la motivaron a buscar relaciones significativas. Empezó a conectar con la necesidad de compartir sus emociones y que estas fueran tenidas en cuenta en su vida interpersonal.

Durante las sesiones comenzó a narrar aspectos de su vida infantil y a conectar con recuerdos de la infancia. Su embarazo fue no deseado. Se produjo tras haber sido su madre diagnosticada de un fibroma uterino y establecido un control para evitar nuevos embarazos. En la narrativa familiar sobre Rosario destacaba la queja explícita de su madre por este embarazo no deseado y las molestias que sintió debido a un mioma uterino. La descripción que le llegaba de su primero año de vida era que “nació con hambre y que no paraba de llorar”. A los tres meses tuvieron que ingresar a su madre para operarla del mioma y llevaron a la niña con sus abuelos paternos. A la vuelta del hospital ya no aceptaba el amamantamiento y le destetaron. Describió como su madre culpaba a los embarazos de una enfermedad progresiva que comenzó a padecer. Pensaba que si ella o sus hijos/as sufrían una enfermedad era por castigo divino.

Rosario reveló poco a poco sus constantes creencias delirantes ocultas bajo una fachada de adaptación a su trabajo: una revelación constante a través de intuiciones, visualizaciones y sueños le hacía saber que tenía otros padres y también su nombre real. A veces notaba que la gente la “reconocía” en su “identidad real”.

Describió también el patrón relacional con su padre a lo largo de la infancia. Describía a este como un hombre dominante, fanático con explosiones agresivas cuando lo contrariaban o frustraban. Durante la segunda Guerra Mundial cometió un error por el que los soldados a su mando fueron masacrados, algo que lo torturó desde entonces. Rosario comentó que su padre pensaba que Dios le había castigado teniendo una descendencia con una enfermedad congénita. Para conseguir su salvación debería conseguir que sus hijos/as fueran santos imponiéndoles una disciplina fanática.

En este período del tratamiento narró con poca afectación emocional las palizas físicas que le propinaba desde la primera comunión, simplemente por cometer errores, por ejemplo, no saberse el Padre Nuestro o dejar caer las gafas al suelo.

También relató los abusos que a los 10 años sufrió por su parte. Su padre acudía cada noche a su habitación y la tocaba por encima de la ropa de cama para comprobar si se había orinado. Cuando era así la obligaba a desvestirse en su presencia y ducharse mientras la insultaba, ante la pasividad de su madre. Consciente del fanatismo de su padre fue capaz de percibir las dificultades mentales de éste. Se hizo consciente de ellas y a la vez de sus temores a que ella se independizara. Esto la puso en relación con su primer brote psicótico, que tuvo lugar cuando un chico se interesó seriamente por ella.

El Proceso Esquizoide

Rosario relató cómo durante la escuela primaria se mostraba retraída y aislada en casa y en la escuela. Los profesores pensaron que era una niña autista. Describió la instauración progresiva de un proceso esquizoide: “a los 12 años aparecieron los primeros síntomas. Me metí en el “huevo”. Iba de un lado para otro sola, me aislé... me encerraba en mi habitación...”. Sin embargo, su proceso esquizoide no era suficiente para mantener un lugar de seguridad, experimentando severas intrusiones en su intimidad. Su hermano mayor, de 20 años, la instruyó en la masturbación y otro trató de tener relaciones sexuales con ella. Rosario elaboró con claridad la función de sus defensas esquizoides: “El huevo es para soportar el sufrimiento que tenía en la familia... proyectaban en mí la causa de sus problemas”. En su soledad inventó dos personajes imaginarios que la consolaban. Uno de ellos era un muñeco de gomaespuma al que contaba su historia. Sentía que hacerlo le daba esperanza. También construyó otra figura cuya función intrapsíquica descubrió durante las sesiones. Esta figura le imponía normas, le explicaba los cambios relacionados con la menarquia, le prohibía bañarse, etc. Esta figura parental autogenerada aún mantenía su función reguladora. Se hizo consciente de que esa parte de sí encontraba “faltas” en los demás y en sí misma.

Elaboración de la Transferencia Psicótica. Funciones del Delirio

A lo largo del tratamiento se fueron reduciendo sus reacciones paranoides. Comenzó a ser consciente de su rabia interna. Observó un cambio en sí misma: sus dificultades de comunicación la enfadaban consigo misma, mientras que en el pasado la ponían “paranoica”.

Durante las interrupciones del tratamiento por vacaciones se producían brotes psicóticos breves que se fueron aliviando con el tiempo. Su elaboración de estos episodios fue cada vez más realista, siendo capaz de pedir ayuda cuando anticipaba nuestra separación temporal. Empezó poco a poco a vivir las intervenciones externas durante las crisis como una ayuda más que como una imposición.

A la vuelta de un viaje por vacaciones tuve que aplazar la primera sesión por tener que dar una conferencia. El día de nuestro reencuentro llegó furiosa y delirante. Pensaba que alguien había entrado en su casa a robar, dejando signos en un muñeco y metiendo un virus en el ordenador. Suponía que había sido su padre para “hacerla

caer en la esquizofrenia”. Indagué su sentimiento de rabia y las circunstancias de su vida que lo generaban, entre ellas nuestra separación por mis vacaciones y por la conferencia. Durante la sesión conectó con el miedo que había pasado durante mi ausencia por sentirse sola, temiendo que sus ideas le arrebataran su cordura. También el enfado que sentía conmigo por el paréntesis vacacional y el miedo a expresarlo. Lo relacionó con su experiencia de amistades que le pedían que no volviera a llamarles por sus reacciones vehementes.

Otras veces su transferencia se manifestaba en los sueños que traía a las sesiones. En uno de ellos soñó con una madre que estaba dando de mamar a un bebé. Alternativamente sentía que ella era la madre y luego el bebé. Durante el sueño se dirigió a la madre y le informó que ya le habían salido dientes y que eran “perfectos”. Durante el sueño dudaba si era niño o niña. Posteriormente el sueño se convirtió en un sueño sexual y el hijo y la madre se fundían en una sola persona en el útero.

A raíz de la elaboración transferencial el trabajo terapéutico se centró en comprender la función de sus ideas delirantes. Se dio cuenta de que estas le ayudaban a dar sentido a experiencias que no podía entender, experiencias que la dispersaban y la descentraban. También a evadirse de sentimientos que no podía soportar. Además, le ayudaban a estar preparada en su familia para un ataque porque de allí no podía escapar. Sentía que su desprotección era tan grande que hubiera necesitado un “ángel de la guarda” para sentirse tranquila. Expresó que sus brotes psicóticos habían sido una forma de pedir ayuda, pero la gente no había sabido cómo responder. “Los brotes psicóticos son una forma de escaparme del dolor de ser hija de mis padres. Mi mentira emocional es mi historia inventada: que sólo puedo ser amada si soy alguien importante”. Sentía que la historia que se contó le sirvió para defenderse tras un muro. Ahora encontraba que las “ideas paranoicas” era más una dificultad para hacer su vida que una ayuda.

Elaboración de la Depresión y del Núcleo Paranoide

En la última parte del tratamiento se hicieron frecuentes lo que ella denominaba “bajones del estado de ánimo” durante los que pasaba largas horas encamada. Ahora era consciente de ser hija de sus padres y los “bajones” se producían por el sentimiento de culpa que le producía el haber imaginado que no eran los verdaderos. Esto le hacía pensar en el suicidio.

Por otra parte, las depresiones venían generadas por un sentimiento de culpa debido a sus explosiones agresivas en la familia. De esta manera los ataques de rabia comenzaron a alternarse con intensos sentimientos de culpa e ideas de suicidio. La intensidad de su depresión me preocupó. Sentía no merecer nada bueno en este mundo. Además, la deprimía sentir que sus padres no querían que naciera. En las sesiones expresaba su conflicto: por una parte, sus pensamientos agresivos no la dejaban tranquila. Se negaba a “perdonar” a su padre porque sentía que él la usaba para obtener su salvación. Por otro lado, se sentía culpable de ser la causa de la agresividad de su padre. Durante el trabajo terapéutico la indagación fen-

menológica la ayudaba a entender su propia experiencia. Poco a poco comenzó a mostrar preocupación por la salud de su madre y de su padre. También por la mía.

Fue elaborando una narrativa de las reacciones de sus padres que habían sido incomprensibles para ella siendo niña. En su narrativa personal sentía que su destino estaba destinado a mantener la salud mental de su padre. Asumió que debía pagar por las faltas que él había cometido y esto hasta el día de su muerte. La indagación histórica trajo a las sesiones recuerdos de acciones autolesivas ocurridas entre los seis a los doce años por sentir que era la causa de los problemas de ambos progenitores. Narró la génesis arcaica de sus fantasías delirantes: inventó una historia, no ser hija de sus padres, llamarse de otra manera y haber nacido en una fecha distinta. Esto le daba la esperanza de que existieran progenitores que la habían engendrado con cariño. En su historia había sido secuestrada por sus padres actuales para hacer estudios gemelares. Siempre había sentido que tenía una hermana gemela. Rosario explicaba con claridad la función de sus fantasías delirantes para mantener la dignidad, un sentimiento de existencia y esperanza: “No me siento hija de ellos porque soy muy diferente. Con mis padres no me sentía nadie, pero siendo hija de otros sí podía sentirme alguien”. Ahora se daba cuenta de que la historia era falsa y que no la necesitaba. Sentía que su familia estaba falsamente unida por el miedo. Poco a poco abandonó también los comportamientos infantiles en los que actuaba como una “niña ingenua que busca la dependencia”.

Durante el sexto año de tratamiento no se produjo ninguna crisis psicótica ni siquiera durante mis vacaciones. En un trabajo intrapsíquico de terapia con la figura introyectada del padre se puso de manifiesto que para Rosario éste sufrió una gran decepción en su infancia con su madre y la figura sustituta de ella. Reaccionó con despecho y concluyó que el amor “no existía”, desconfiando de las muestras de afecto como si fueran sólo apariencias. También se puso de manifiesto que la figura paterna introyectada establecía con Rosario un doble vínculo. Le exigía amor a la vez que le enviaba el mensaje de que el amor no existe. La educaba para que no expresara sus sentimientos mientras, simultáneamente, perdía el control y reaccionaba violentamente cuando ella le daba señales de afecto.

Rosario empezó a conectar en la vida cotidiana con sus necesidades, a aceptarlas y a buscar formas de satisfacerlas: “necesito que mi familia me acepte como soy... soy distinta a ellos incluso en lo físico... como si fuera adoptada”. Comenzó a aceptar “el dolor de no haber podido ser yo misma”. A lo largo del tratamiento validó su deseo profundo de ser amada incondicionalmente: “me inventé un padre famoso que me quería. Conocí a Dios y proyecté en él un padre que realmente me amaba”. Sólo en su fantasía de ser hija de alguien importante se sentía valiosa. Rosario aceptó e integró su propia rabia por sentir amenazada su identidad. Integró sus fantasías de matar a sus padres como si eso fuera eliminar el abandono, el rechazo de su nacimiento y de su identidad.

La experiencia de su Self nuclear mejoró poco a poco y se hizo más coherente y sólida: “Antes era una sombra y ahora soy más real. En comparación con el año

pasado me encuentro más viva y en contacto con mis emociones”. Este contacto interno mejorado le permitió mejorar sus relaciones y abrirse paso en el mundo de manera más segura y satisfactoria: “ahora entiendo mis emociones, ya no me dan miedo y les pongo freno, las expreso sólo a quien las entiende”. Tras ocho años de tratamiento nos despedimos. Han transcurrido doce años desde entonces, y Rosario vive de manera autónoma. No se han vuelto a producir crisis ni hospitalizaciones psiquiátricas.

Conclusiones

La experiencia psicótica puede y necesita ser comprendida para que la persona alcance un nivel de relacionamiento intersubjetivo. Las personas que desarrollan psicosis tienden a experimentar la intersubjetividad como una gran amenaza hasta el punto de temer la pérdida de su mismidad. La experiencia clínica muestra cómo un abordaje intersubjetivo con métodos de Psicoterapia Integrativa es de gran ayuda terapéutica. La integración de las diversas partes del sujeto y la toma de conciencia de las necesidades insatisfechas permiten el desarrollo de un Self cohesivo. Una terapia relacional que tenga en cuenta la indagación fenomenológica y que se interese por los estados mentales de la persona, que ofrezca una presencia del/la terapeuta consistente y respetuosa, que sintonice con las fijaciones evolutivas y adapte el ritmo de la terapia a las necesidades de seguridad, de validación, de aceptación y definición del paciente facilita el acceso a un nuevo mundo de significados compartido y a una nueva intersubjetividad.

Referencias

- Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated state model [La experiencia de recuperación en esquizofrenia: hacia un modelo de estado empíricamente validado]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Atwood, G. E. (2012). Psychotherapy as a human science: clinical case studies exploring the abyss of madness [Psicoterapia como una ciencia humana. Estudios de casos clínicos que exploran el abismo de la locura]. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 8(1), 1-24. <http://dx.doi.org/10.14713/pcsp.v8i1.1118>
- Berne, E. (1985). *Análisis Transaccional en psicoterapia* (Vacarezza, Trad.). Editorial Psique. (Trabajo original publicado en 1961)
- Deegan, G. (2003). Discovering recovery [Descubriendo la recuperación]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376. <https://doi.org/10.2975/26.2003.368.376>
- Dell, P. F. y O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders, DSM-V and Beyond [Disociación y el trastorno disociativo, DSM-V y más allá]*. Routledge.
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: critique from an intrapsychic and integrative perspective [Transferencia y transacciones: crítica desde una perspectiva integrativa e intrapsíquica]. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76. <https://doi.org/10.1177/036215379102100202>
- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation [Indagación, sintonía e implicación en la psicoterapia de la disociación]. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-190. <https://doi.org/10.1177/036215379302300402>
- Erskine, R. G. (1998). The therapeutic relationship: integrating motivation and personality theories [La relación terapéutica: integrando teorías de motivación y personalidad]. *Transactional Analysis Journal*, 28(2), 132-141. <https://doi.org/10.1177/036215379802800206>

- Erskine, R. G. (2013). Relational group process. Developments in a Transactional Analysis model of group psychotherapy [Proceso de grupo relacional. Desarrollos en un modelo de análisis transaccional de psicoterapia de grupo]. *Transactional Analysis Journal*, 43(4), 262-275. <https://doi.org/10.1177/0362153713515179>
- Erskine, R. G. (2015). *Relational patterns, therapeutic presence* [Patrones relacionales y presencia terapéutica]. Karnac. <http://dx.doi.org/10.4324/9780429479519>
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988). *Integrative Psychotherapy in action* [Psicoterapia Integrativa en acción]. Sage Publications.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship* [Más allá de la empatía: Una terapia de contacto en relación]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203778036>
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996). Methods of an Integrative Psychotherapy [Métodos de una psicoterapia integrativa]. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 316-328. <https://doi.org/10.1177/036215379602600410>
- Federn, P. (1984). *La psicología del yo y las psicosis* (Wolfson, Trad.). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1943)
- Ferri, F., Frassinetti, F., Mastrangelo, F., Salone, A., Ferro, F. M. y Gallese, V. (2012). Bodily Self and schizophrenia: the loss of implicit self-body knowledge [El yo corporal y la esquizofrenia: la pérdida del conocimiento implícito del yo corporal]. *Consciousness and Cognition*, 21(3), 1365-1374. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2012.05.001>
- Fisher, H. L., McGuffin, P., Boydell, J., Fearon, P., Craig, T. K., Dazzan, P., Morgan, K., Doody, G. A., Jones, P. B., Leff, J., Murray, R. M. y Morgan, C. (2014). Interplay between childhood physical abuse and familial risk in the onset of psychotic disorders [Interacción entre el abuso físico infantil y el riesgo familiar en la aparición de trastornos psicológicos]. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 1443-1451. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbt201>
- Fusch, T. y Schlimme, J. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective [Encarnación y psicopatología: una perspectiva fenomenológica]. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 570-575. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c>
- Klein, M. (1989). *Obras Completas* (Vol. III) (Friedenthal, Trad.). Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1946)
- Leader, D. (2015). *Estrictamente bipolar* (Tabuyo y López Tobajas, Trad.). Sexto Piso España. (Trabajo original publicado en 2012)
- Lysaker, P. H. y Hermans, H. J. M. (2007). The dialogical self in psychotherapy for persons with schizophrenia: a case study [El yo dialógico en psicoterapia para personas con esquizofrenia: un estudio de caso]. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 63(2), 129-39. <https://doi.org/10.1002/jclp.20336>
- Lysaker, P. H. y Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and alterations in self experience: a comparison of 6 perspectives [Esquizofrenia y alteraciones en la experiencia del yo: una comparación de seis perspectivas]. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 331-340. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn077>
- Martínez, J. M. (2001). El miedo, las proyecciones paranoides y la violencia en los grupos de pacientes en crisis. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 19, 89-102.
- Martínez, J. M. (2007). El proceso esquizoide. *Revista de Análisis Transaccional*, 0, 14-31.
- Martínez, J. M. (2013). Transferencia y contratransferencia en los Trastornos de la Personalidad. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 43-60.
- Martínez, J. M. (2016). Proceso relacional de grupo e intersubjetividad: la presencia y la sintonía como factores terapéuticos en psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 85-94. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i105.146>
- Martínez, J. M. (2017a). Relational methods and theories of intersubjectivity [Métodos relacionales y teorías de la intersubjetividad]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 8, 1-15. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/138>
- Martínez, J. M. (2017b). Three Relational and Intersubjective Levels in Integrative Psychotherapy [Tres niveles relacionales e intersubjetivos en psicoterapia integrativa]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 8, 16-25. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/139>
- Martínez, J. M. y Fernández, B. (1991). Análisis estructural y transferencia en los Trastornos Límite. *Revista Española de Análisis Transaccional*, 27, 1082-1099.
- Martínez, J. M. y Fernández, B. (2013). Tres psicodinámicas en los intentos de suicidio. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 61-76.
- Mellacqua, Z. (2014). Beyond symbiosis: the role of primal exclusions in schizophrenic psychosis [Más allá de la simbiosis: el papel de las exclusiones primarias en psicosis esquizofrénica]. *Transactional Analysis Journal*, 44(1), 8-30. <https://doi.org/10.1177/0362153714529410>

- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship* [Psicoterapia integrativa: El arte y la ciencia de la relación]. Brooks/Cole - Thomson/Wadsworth.
- Nelson, B., Parnas, J. y Sass, L. A. (2014). Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: clarification and current status [Alteración del yo mínimo (ipseidad) en la esquizofrenia: aclaración y estado actual]. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479-482. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu034>
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P. y Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications [Trauma infantil, psicosis y esquizofrenia: una revisión de literatura con implicaciones teórica y clínicas]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Schiff, A.W. (1975). *Cathexis Reader* [Lector de catexis]. Harper and Row Publishers, Inc.
- Schiff, J. L. y Day, B. (1970). *All my children* [Todos mis niños]. M. Evans.
- Stepniak, B., Papiol, S., Hammer, C., Ramin, A., Everts, S., Hennig, L., Begemann, M. y Ehrenreich, H. (2014). Accumulated environmental risk determining age at schizophrenia onset: a deep phenotyping-based study [Riesgo Ambiental acumulado que determina la edad al inicio de la esquizofrenia: un estudio profundo basado en fenotipo]. *Lancet Psychiatry*, 1, 444-453. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70379-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70379-7)
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology* [El mundo interpersonal del infante: una visión desde el psicoanálisis y la psicología del desarrollo]. Basic Books.
- Winnicott, D.W. (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis* [Artículos Recopilados: de la pediatría al psicoanálisis]. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.