



LA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA DE LA ESQUIZOFRENIA*

Alberto Alvarez Arboleda*

“A partir de estos ejemplos (las parapraxias) pueden darse cuenta de cual es el objetivo de nuestra psicología. Nuestro propósito no es solamente describir y clasificar los fenómenos, sino concebirlos como ocasionados por el juego de fuerzas de la mente, como expresiones de tendencias que pugnan por alcanzar un objetivo, que actúan juntas o unas contra las otras. Estamos procurando conseguir una concepción dinámica de los fenómenos mentales. En esta concepción, las tendencias que meramente inferimos tienen mayor relieve que los fenómenos que percibimos”

S. Freud, 1917

Resumen

La psicoterapia psicodinámica es una herramienta importante en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos. Se ha realizado una revisión parcial de la producción escrita de autores que han trabajado este tema. He hecho énfasis en la importancia de los hallazgos de las neurociencias, la escuela cognitiva conductual tanto como de los tratamientos psicofarmacológicos. Esperamos que en el futuro el trabajo complementario de estos abordajes terapéuticos pueda ser de gran ayuda en el tratamiento y rehabilitación de personas que sufren esta seria enfermedad mental.

* Trabajo presentado en las Jornadas Académicas de la Clínica Monserrat, Junio 2007.

** Médico Psiquiatra, Psicoanalista, Socio del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso
Correo electrónico: alvarbol@hotmail.com

Palabras clave

Psicodinamia, Proceso Primario, Proceso Secundario, Narcisismo, Mecanismos de Defensa.

Summary:

Psychodynamic Psychotherapy is an important therapeutic tool in the treatment of schizophrenic patients. A partial review has been made of authors that have worked in this field and is presented in this article. I have emphasized the importance of the findings in the neurosciences, the cognitive-behavioral school of psychology as well as psychopharmacological treatment. We hope that in the future the complementary work of all these therapeutic approaches will be of greater help in the treatment and rehabilitation of persons who suffer this serious mental illness.

Key Words

Psychodynamics, Primary Process, Secondary Process, Narcissism, Defense Mechanisms.

INTRODUCCIÓN

Haremos un repaso parcial, y resumido, de los conceptos de algunos autores de la escuela psicodinámica sobre el tema de la esquizofrenia. Trataremos de estimular el interés de todas las personas que trabajan en el campo de la Salud Mental, atendiendo a estos pacientes y esperamos que esta información les pueda ser de alguna utilidad en la atención de ellos, ya sea en la fase de hospitalización o en la fase ambulatoria del tratamiento.

La psicoterapia psicodinámica es una modalidad terapéutica de gran utilidad para que los pacientes aprendan a conocerse a sí mismos como personas, a reconocer sus fortalezas y así poder colaborar en su tratamiento. Este tipo de terapia se complementa muy bien con las terapias farmacológicas, con las terapias cognitivo conductuales, así como con otros enfoques terapéuticos psicológicos.

Debido a los avances de las neurociencias sabemos que la esquizofrenia requiere de un tratamiento múltiple y sostenido a lo largo del tiempo, para ayudar a los pacientes que la sufren a evitar el deterioro de sus funciones mentales, a conservar su capacidad laboral y a mantener un buen nivel de adaptación social.

Sin entrar al tema de las psicoterapias en sí, ya que no es nuestra principal tarea, trataré de informar sobre algunos conceptos brevemente.

Qué es Psicoterapia?, diremos con Etchegoyen (1977)²: “ se considera psicoterapia al tratamiento dirigido a la psiquis del enfermo, en un marco de relación interpersonal respaldado por una teoría científica de la personalidad, que explica sus resultados y los hace comunicables.”

La psicoterapia consta de materiales e instrumentos.

Materiales: Es lo que surge del enfermo espontáneamente o por nuestro esfuerzo nos lo comunica con palabras u otros métodos. Son los sueños, ensueños, actos fallidos, creencias, prejuicios, recuerdos etc.

Instrumentos: Son las comunicaciones, de finalidad terapéutica, que parten del médico: apoyo, sugestión, consejo, persuasión, orientación, catarsis, información, esclarecimiento o clarificación, confrontación e interpretación.

Las clases de psicoterapia básica son la de apoyo y la exploratoria. Ambos tipos se emplean en el tratamiento de la esquizofrenia, predominando cada caso según las necesidades del paciente.

REVISION BIBLIOGRAFICA DEL TEMA

Hacia 1924 Freud³, clasificó los trastornos mentales en neurosis de transferencia y neurosis narcisistas. En este último grupo incluyó la paranoia y la esquizofrenia, junto a la manía y a la melancolía. Expresó que en la esquizofrenia la libido permanece unida al yo y por lo tanto no se transfiere al terapeuta ya que el alto grado de narcisismo hace que se levante una especie de muro infranqueable entre ambos. Él mismo señaló en 1938, que en muchos trastornos Psicóticos agudos hay una persona normal oculta en algún rincón de la mente del paciente. Karl Abraham⁴, fue el primero que consideró que los pacientes Psicóticos pudieran desarrollar transferencia, e hizo contribuciones importantes al tratamiento psicodinámico de pacientes paranoicos, maniaco depresivos y esquizofrénicos.

Algunos otros terapeutas comprobaron que los pacientes psicóticos ganaban en insight y cooperaban en la terapia, y se dieron cuenta que partes de la personalidad no estaban tan comprometidas en la psicosis.

Freud dijo que en la esquizofrenia, la regresión llegaba a la etapa oral primaria y que la mayoría de los síntomas se debían al esfuerzo de la libido por retornar a los objetos, es decir, a una tentativa de curación pero que este retorno de la libido se debía a una falla de la represión, lo que ocasionaba ansiedad creciente y oica. O sea que el curso de la enfermedad depende del balance entre las fuerzas que

luchan por retirar la energía libidinosa de los objetos y las que luchan por retornar la energía libidinosa a ellos. Por tanto se dice que el esquizofrénico ha regresado al narcisismo, ha perdido la relación con sus objetos, se ha desprendido de la realidad, su yo se ha fragmentado y hoy podemos decir que su self ha perdido la cohesión. El yo ha recibido toda la energía psíquica retirada de los objetos, lo que explica también el narcisismo patológico, su extrema grandiosidad y egocentrismo. Él también señaló que la diferencia entre la conducta normal y la patológica era más cuantitativa que cualitativa y él nunca dejó de lado los factores constitucionales en la conducta como puede verse cuando describió las llamadas series complementarias, o sea que la separación entre lo normal y lo patológico no es tan tajante como antes se decía y las manifestaciones anormales de la mente, constituyen solo una exageración de las normales pero sin diferir en su esencia. Como lo expresa el dicho popular “de músico poeta y loco todos tenemos un poco”. Para corroborar lo anterior, Laverde- Rubio⁵ habla del núcleo psicótico en personas clínicamente no psicóticas y describe este núcleo como “primitivo, originario, disociado, excluido, de cierre perceptual, que ataca el vínculo y destruye las relaciones, no simbólico y averbal” y que para alcanzarlo es necesario usar otros tipos de relación terapéutica diferente de los hasta ahora empleados. Habría que valerse del núcleo psicótico del terapeuta para comunicarse con el del paciente y poder efectuar los cambios que se buscan.

Frida Fromm Reichmann (1937)⁶ fue una de las primeras analistas en describir una técnica específica para el tratamiento de estos pacientes. Ella decía que el esquizofrénico no era capaz de construir una relación terapéutica consistente porque sus reacciones eran extremadamente intensas y su sensibilidad muy alta, o sea que esta aparente falta de capacidad para establecer una relación transferencial sería un mecanismo defensivo para evitar la repetición de experiencias pasadas de frustración y de abandono afectivo, cuando su yo y su self, estaban en una etapa incipiente de desarrollo y su capacidad para el examen de la realidad y para la tolerancia de las frustraciones eran aún muy pobres. Vivía el infante en un mundo narcisista en el que sus necesidades y deseos parecen estar al cuidado de algo vago e indefinido que no diferencia todavía. Estos, los deseos y necesidades son expresados por gestos, sonidos y movimientos, que como observó Ferenczi, es el lenguaje en ese periodo. Los deseos del infante son cumplidos lo cual es producto de su pensamiento mágico. Las experiencias traumáticas en esa época ocasionan daños con consecuencias más serias a las que ocurren en años posteriores como sucede en los psiconeuróticos. Esto, en la actualidad, correspondería a la diferencia entre trastornos por déficit y trastornos por conflicto. Los traumas precoces son también heridas al egocentrismo y a la omnipotencia infantil y si son muchos, o más intensos, ocasionan la incapacidad de almacenar una razonable provisión de seguridad y autoconfianza para los años posteriores de la vida.

El paciente esquizofrénico puede utilizar su capacidad y destreza para retirarse a un mundo de alucinaciones, de dinamismos regresivos y actitudes de rechazo para evitar los intentos del psicoterapeuta de encarar terapéuticamente sus ansiedades.

Un paciente mutista puede salir de su silencio usando en su lenguaje alusiones, imágenes, simbolismos para referirse a asuntos personales o concernientes al terapeuta pero difíciles de entender y éste tendrá que depender de su sensibilidad empática para discernir el significado de las comunicaciones del paciente e intervenir de un modo adecuado para impedir que se cierre nuevamente este intento de comunicación con el mundo externo. Ésta es una de las respuestas conductuales del paciente al excesivo dolor emocional, ansiedad y desconfianza en los demás; el irse a un mundo interno privado que él maneja a su arbitrio.

El paciente puede tener una vaga noción de la irrealidad y soledad de su mundo ilusorio, ansía y teme el contacto humano, el cual evita por el riesgo de nuevas frustraciones; de ahí que puedan pasar semanas y aún meses para aceptar al terapeuta. Una vez aceptado, la dependencia puede ser mayor que en un psiconeurótico a causa de la inseguridad tan fuerte la cual deja ver que la actitud narcisística es una defensa contra el dolor mental, de ahí que cualquier falla del terapeuta, lo cual es inevitable, así como lo es en la más perfecta de las madres, es vivida como un fuerte desengaño que, automáticamente, reactivará todos los traumas primarios anteriores. Para la parte primitiva de la mente que no diferencia entre sí mismo y el objeto materno, ello equivale a la retirada también de las fuerzas de sostén de la infancia con la consecuencia negativa de una gran ansiedad y, en algunos casos, el paciente puede retirarse de la comunicación y refugiarse en el estupor catatónico.

Yamín L.⁷ elabora conceptos básicos de Freud, como que la expresión de los sentimientos y respuestas motoras no están impedidas por convencionalismos y el control de los mismos es inexistente, resulta así de su pensar, sentir y actuar; y sus expresiones verbales cuando empiezan a manifestarse obedecen a las reglas del inconsciente más arcaico. Así, pues, que paciente y terapeuta viven y funcionan en mundos mentales diferentes gobernados por leyes distintas; y, al respecto, él explica algo que es esencial en el mundo de la psicodinámica: la mente del paciente funciona básicamente de acuerdo a las leyes del llamado proceso primario, el pensamiento mágico y el principio del placer como corresponde a una mente en la cual el desarrollo del self y del yo están en una fase muy incipiente. A su turno la mente del terapeuta funciona básicamente de acuerdo a las leyes del proceso secundario, del pensamiento lógico y el principio de realidad como corresponde a una mente en la cual el self y el yo han llegado a su punto máximo de desarrollo. Una vez establecido cierto grado

de comunicación, el paciente puede reaccionar con rabia ante situaciones vividas por él como de rechazo o de abandono y podría actuar expresando su malestar de una manera no aparentemente relacionada con la situación, pues él teme ser rechazado y odiado por su odio. Lo importante es que el terapeuta pueda descifrar sus respuestas a través de sus manifestaciones, la mayoría de las veces irrelevantes en apariencia. Él puede presentar cambios bruscos de aceptación y/o de rechazo en cuestión de segundos, tal como lo puede hacer un bebé de pocos meses ante su madre, ya que en el manejo del transcurso del tiempo unos pocos segundos pueden parecer horas y unas cuantas horas pueden parecer años, todo ello como consecuencia de su capacidad cognitiva incipiente y del estado afectivo en el que se encuentra. Por ejemplo es como cuando un bebé es alzado por una madre sonriente que le expresa aceptación y cariño, ahí el idioma no cuenta para nada en la comprensión y respuesta de éste, ya que en esa fase del desarrollo el lenguaje predominante es el afectivo. De esta manera el paciente puede ir renunciando a su aislamiento narcisista defensivo que le brinda seguridad y puede ir atreviéndose a través del contacto con el terapeuta a entrar paulatinamente en comunicación con la realidad externa. Así, un silencio prolongado del paciente puede tener un significado positivo de sentirse acompañado y protegido, y en estos casos los intentos del terapeuta por romper el silencio, pueden ser vividos como demostraciones de rechazo, de lo cual se infiere que la sensibilidad empática del terapeuta es determinante en el adecuado manejo de estas situaciones.

Siguiendo nuestro repaso somero de autores señalaremos algunos conceptos de Melanie Klein comentados por Segal H.⁸. Ella describió las denominadas posiciones esquizoparanoide y depresiva, con lo cual planteó una situación muy interesante por su utilidad clínica, pero compleja y discutible; aceptada por algunos y refutada por otros. Ambas posiciones se relacionan con las etapas primarias del desarrollo de la mente y por consiguiente tienen una relación directa con el origen de las psicosis. Persistía la duda de la organización cognitiva del infante y de su desarrollo neuronal en los primeros meses y se decía que éstos podrían ser extrapolaciones adultas a realidades psicológicas muy caóticas y poco diferenciadas. Ella incluía en esta exposición mecanismos de defensa específicos como la introyección, proyección, negación, disociación, idealización y la identificación proyectiva. Creo que de éstos, todos bien conocidos, la identificación proyectiva que es un mecanismo de defensa muy utilizado por los pacientes psicóticos y los de trastornos de personalidad, merece una breve explicación basada en lo que dice León Grinberg⁹: “La identificación proyectiva interviene en toda relación humana formando la base de la comunicación . Determina la relación de empatía con el objeto, no solo porque permite situarse en el lugar del otro y comprender sus sentimientos, sino también por lo que evoca en él. En condiciones patológicas la identificación proyectiva consiste

en la fantasía omnipotente de que partes no deseables de la personalidad y los objetos internos, junto con las emociones correspondientes, pueden ser disociadas, proyectadas y controladas en el objeto receptor de la proyección; este objeto es vivido en consecuencia como aquello que se proyectó en él”.

Este mecanismo actúa intensamente en las primeras épocas de la vida. El también describió lo que podía sentir y suceder en la persona receptora de la identificación proyectiva y a lo que llamó contra identificación proyectiva. Dice así : “ Esta reacción no es percibida, ni registrada concientemente por el receptor quien en consecuencia, se ve “llevado” a desempeñar pasivamente los roles o experiencias o a experimentar las distintas emociones (rabia, depresión, angustia, aburrimiento, sopor, etc.) que de manera activa, aunque inconciente, el paciente forzó dentro de él”. Creo que es básico alertar a los terapeutas de estos mecanismos, que a veces pueden sonar a cuentos fantásticos, pero que constituyen una realidad clínica cotidiana y el riesgo es que el terapeuta actúe aquellos contenidos que fueron proyectados en él por el paciente.

Wilfred Bion, citado por Grinberg, enfatiza la importancia de los impulsos destructivos y la envidia para explicar el origen de la psicosis. Él dice que existe una parte psicótica en la personalidad de todo sujeto. Señala como rasgos de ésta: “ La marcada intolerancia a la frustración junto con el predominio de los impulsos destructivos que se manifiestan como un odio violento tanto hacia la realidad interna como hacia la externa, odio que se hace extensivo a los sentidos, a las partes de la personalidad que sirven para el contacto con dicha realidad, al uso de la identificación proyectiva masiva, a la precocidad, tenacidad y ambivalencia de las relaciones de objeto, a la fuerza de la envidia como motor de la conducta, a los procesos de disociación del yo y al temor a un aniquilamiento inminente”.

Dice Bion que ésto no equivale a un diagnóstico psiquiátrico, ya que estos núcleos coexisten con una personalidad neurótica y que corresponden mas bien a una modalidad del funcionamiento mental cuyas manifestaciones podrían manifestarse en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que producen en el observador en determinadas circunstancias. Bion también habla de los objetos bizarros, el cual es un concepto clínico muy importante para entender a estos pacientes. Observó que ellos se mueven en el mundo rodeados por objetos bastantes peculiares, por ejemplo, seres fantásticos y entes del mundo físico que observan, hablan, espían, oyen etc. Un objeto bizarro puede ser una lámpara que ríe, un sofá que ahoga al enfermo o la presencia de algo siniestro. Bion decía que el psicótico realiza identificaciones proyectivas de partes de su aparato mental y de emociones internas dentro del mundo físico que lo rodea.

El conglomerado de los tres aspectos: función mental, impulso emocional, y objeto físico, constituyen el objeto bizarro. Por ejemplo: si es la vista, el paciente podrá sentir que está ciego o que una silla lo ve sentarse y lo controla.

También Bion en 1959, estudió el llamado ataque al vínculo terapéutico o también en otra versión, ataques al pensamiento. Hasta el punto que el paciente termina pareciendo estar desmentalizado u oligofrénico. (La esquizofrenia fue llamada idiocia mental adquirida en clasificaciones psiquiátricas antiguas). El origen de esta situación, Bion la remonta hasta las primeras relaciones y vínculos afectivos entre él bebe y el pecho materno, y entre sectores de su pensamiento. Este mecanismo se desencadena por el predominio de los herederos del instinto de muerte, de los objetos persecutorios, de la envidia, y de la agresión. Este mismo autor describió los conceptos de continente y contenido y recomienda poner al servicio del paciente la función continente o contenedora recogiendo los objetos fragmentados y expulsados por éste, agruparlos y tratar de darles un sentido devolviéndolos luego al paciente ya organizados, elaborados, metabolizados, libres de sus componentes persecutorios y destructivos. Lo que él llama en su lenguaje: cambiar los elementos beta en elementos alfa. Cuando la capacidad materna de ensoñación es deficiente no puede transformar los elementos beta en elementos alfa. Es igualmente lo que sucede entre el terapeuta y el paciente, experimentando este último un estado de máxima angustia y de desorganización mental por falta de esta comprensión de su mensaje, a lo que Bion ha denominado “terror sin nombre”.

Herbert Rosenfeld¹⁰, fue uno de los primeros psicodinamistas en trabajar con pacientes psicóticos desde la década de los años cuarenta, habló mucho de la transferencia psicótica o sea que los pacientes reproducen sus relaciones de objeto de la infancia con el analista, con alteración del juicio de realidad. Puede ser una transferencia delirante en la que el paciente le da, desde su mundo psicótico, un carácter muy distorsionado a su relación con el terapeuta. El paciente puede proyectar en su terapeuta impulsos sádicos y luego sentirse perseguido por él. También al desprenderse de sus aspectos internos que proyecta en otros se puede sentir vacío, extraño, no sabiendo quien es él. También teme que el terapeuta se meta dentro de él, y que robe sus pensamientos e incluso su identidad y que lo pueda hacer hablar con una voz distinta y extraña. De ahí que se defienda no estableciendo ningún vínculo con él o también puede desear meterse dentro del terapeuta para dominarlo y controlarlo. Todo esto entra en la transferencia psicótica. Esto se remonta a las primeras relaciones interpersonales en que se introducía con partes positivas y negativas de su personalidad en sus objetos y en consecuencia se sentía tratado de la misma manera por ellos. Todo ello conlleva a una confusión del yo y los objetos y a la interferencia de ciertas funciones del yo como el pensamiento abstracto y el empleo y significado de las palabras, de

manera que el paciente puede perder la capacidad de comprender lo que se está hablando.

La transferencia psicótica, según Etchegoyen, puede superarse transitoriamente pero puede seguir repitiéndose a lo largo del tiempo. Pero es muy importante para el tratamiento lograr que se pueda ir estableciendo la transferencia no psicótica como signo del fortalecimiento yoico y coherencia del Self. Se discute si es mejor dar una explicación al paciente que busca una relación afectiva con el terapeuta como si éste fuese la madre o si se debe demostrar con hechos que se es esa madre ideal o si lo segundo es una manera de actuar terapéuticamente que debe preceder a lo primero.

Se habla de un periodo previo de relación simbiótica en la transferencia con los pacientes psicóticos, fase predominantemente no verbal que se denomina “la fase silenciosa de la simbiosis terapéutica” Rosenfeld dice que intervenir verbalmente en este periodo es una resistencia inconsciente del terapeuta al desarrollo de tal fase. Dice él que el terapeuta debe ser capaz no solo de tolerar, sino de disfrutar de una variedad de situaciones transferenciales no verbales que se remontan al periodo de las relaciones de objeto parcial y no total. También dice que el tratamiento de pacientes psicóticos agudos se asemeja más a la terapia con niños que a la de adultos, ya que éstos pacientes dependen mucho del cuidado de otros.

Salomón Resnik¹¹ es otro profesional con gran experiencia en trabajo con pacientes psicóticos. Él dice que la relación narcisista de objeto en su sentido altamente onnipotente caracterizaría la concepción delirante. La estructura egocéntrica delirante no solo incorpora sino que transforma la naturaleza de todo aquello que incluye en su expansión. El delirio es una manera de concebir y formular el mundo a modo propio al margen de la configuración y significado convencional de las cosas (la visión del mundo del self grandioso, no del yo aún....). Segal, se refiere al delirio de enormidad para expresar el sentimiento de posesión espacial del mundo y el de inmortalidad para referirse a una expansión infinita del yo en el tiempo; también el delirio de grandeza y el místico. Todos estos forman parte de una falsa apertura o expansión hacia el mundo externo no para relacionarse con él sino para invadirlo y hacerlo propio. Lo opuesto a este momento de apertura narcisística que tiende a crear un mundo propio, sería la introversión patológica. Según Bleuler (autor del término esquizofrenia) citado por Resnik éste es un repleglamiento autístico del yo frente a una situación de peligro lo cual debe respetarse ya que exigirle u obligar a un paciente autista a abrirse a la comunicación significa para él exponerlo a graves riesgos ya que su conducta es una manera de protegerse mediante esta coraza. Resnik da el ejemplo de un paciente autista a quien se

le dice “hable, lo escucho” él paciente después de un largo rato se levanta y abre una ventana con la intención de arrojar al vacío. Acá el hablar, indiferenciado del actuar (pensamiento concreto, evocación simbólica) es sinónimo de lanzarse al mundo. Emitir sonidos, pronunciar palabras, es salir, asumir el peligro de caer, perderse en el espacio abierto, simbólicamente. La posición existencial de cierre así como el repliegue y retracción del yo frente al mundo exterior, constituiría una defensa ineludible en cierto momento de nuestra evolución personal. El concepto de vacío interior proyectado al exterior se traduce como un mundo desprovisto de sentido o concepción nihilista del mundo. La oposición negativista sería una forma patológica, compleja, elaborada, de agregar a la posición autista una demostración en negación (negativismo catatónico) a no expresarse a través del cuerpo, ya que en la esquizofrenia el lenguaje del cuerpo, de las posiciones del mismo, de los gestos, se convierte en un modo de lenguaje plástico. Por ejemplo Nijinsky, el famoso bailarín de ballet clásico era un esquizofrénico y mostró como él evacuaba y sublimaba sus conflictos a través de sus movimientos.

Uno de los recursos defensivos habituales del esquizofrénico es imponer su sentido inconexo de las cosas en el otro. El tratamiento psicodinámico de la psicosis implica una confrontación profunda y directa con el lenguaje del inconsciente, con aspectos primordiales y esenciales del ser. La actitud narcisista original se fundaría en una erotización del ser- cuerpo y como objeto mismo del deseo no dejaría espacio ni tiempo para una verdadera relación con el otro. En el narcisismo primario, el objeto de amor es el propio cuerpo, no hay otro; es anobjetal o preobjetal. El estar con el otro es condición necesaria para que la transferencia emocional y cognitiva pueda darse, ya que la relación narcisista no tolera la alteridad. El yo primitivo teme el espacio exterior, salirse de sus límites corporales, aunque ve la posibilidad necesaria de vivir en el cuerpo del otro por medio de la identificación proyectiva y tomar posesión de un nuevo hábitat, y esta imbuído de reminiscencias de un espacio que lo contiene, o mejor que lo contuvo, y le aseguraba no ser arrojado al mundo, lo cual estaría relacionado con las regresiones a la etapa fetal.

Para Winnicott ¹², “el desarrollo saludable supone una adaptación activa de parte del ambiente (incluida la madre principalmente) a las necesidades del bebé ya sea permitiendo que éste permanezca por momentos en un aislamiento no alterado o que su descubrimiento del medio no le haga perder el sentido de su ser.”

“El amor de la madre y su identificación íntima con el bebé, le permiten satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades de éste, lo cual se repite una y otra vez para que el bebé desarrolle la actitud de utilizar la ilusión que

le permite el contacto con el medio y más tarde darle lugar por sustitución a los objetos transicionales. Puede haber una adaptación defectuosa del niño al medio por una capacidad biológica restringida de éste, para satisfacer una necesidad, dando como resultado la pérdida de sentido de su ser, una regresión al aislamiento y el derrumbe de los procesos intelectuales”.

Desde la teoría de Heinz Kohut, según Gonzalez¹³, la historia de los pacientes psicóticos revela que han sido víctimas de inadecuadas relaciones del si-mismo con el objeto del si-mismo, durante etapas prolongadas de la vida con resultado de una falla crónica en la interiorización de las funciones del objeto si-mismo (admiración - confirmación - espejamiento) provocando un estado de continua exposición a la fragmentación y extrema vulnerabilidad. Para Kohut en la esquizofrenia hay una falta de cohesión y una severa distorsión del si-mismo el cual intenta secundariamente reorganizarse a través de formaciones delirantes o, primariamente, durante las regresiones. En este sentido la esquizofrenia es un proceso de restitución del si-mismo. Durante la terapia se establece una psicosis de transferencia en la que el paciente insiste en que el terapeuta siente esto o aquello, que quiere hacerle daño y que tiene intenciones destructivas o intensamente seductoras. La presencia de factores etiológicos orgánicos hace imposible que la terapia pueda crear en estos pacientes un si-mismo nuclear lo cual no quiere decir que el terapeuta no pueda ayudar al paciente durante los períodos de caos psicológico y durante los períodos de compensación, sirviéndole como objeto del si-mismo sustentador para construir nuevas estructuras defensivas y para afirmar las ya existentes. Al mismo tema se refirió Lizarazu A.¹⁴.

Harold Searles¹⁵, habla de los pacientes esquizofrénicos que en sus alteraciones de la identidad y del reconocimiento de los demás, pueden tener múltiples identidades y otros tener numerosos dobles como consecuencia de la escisión del yo. Una paciente suya decía: “Cuando usted pronuncia la palabra madre tengo la imagen de una procesión de mujeres cada una de las cuales representa un punto de vista diferente y ante cada una de las cuales sentiría y actuaría de modos diversos.” La misma paciente decía: “Estaba dedicada a dos tareas, nacer o sea dejar de ser un ente inmaterial como la luz, el aire u otro elemento y tener un cuerpo donde habitar”. Su ambivalencia era que no poseía un cuerpo, no era una persona como los demás, pero nacer era renunciar al estado de inmortalidad y omnipresencia ilimitada. Un día finalmente pudo decir: “antes era Dios, ahora soy una mujer.”

Boyer, L. Bryce¹⁶, recomienda apelar al aspecto comunicativo de la expresión verbal, apelar al yo del paciente más que al ello, lo que él cree aminora más rápidamente el endeble contacto con el paciente. No recomienda abordar

material sexual, ni edípico desde el comienzo y por el contrario mostrar conductas al parecer sexuales como sexualizaciones secundarias de necesidades afectivas primarias frustradas. Concepto que es de gran importancia en la terapia. Dice que el paciente está ansioso por utilizar al terapeuta como modelo del yo y del super-yo o sea con funciones de objeto del si-mismo. Él recomienda mostrar primero lo más cercano a la conciencia y no lo más profundo, como recomiendan otras técnicas.

Roselli H.¹⁷ Trae importantes comentarios sobre la relación de los componentes psicológicos y biológicos en la esquizofrenia. “Ejemplos son estos de cómo la actividad integrada entre datos de diferentes grupos de las ciencias de la conducta, puede ser beneficiosa para entender un síndrome o una entidad que aún desafía en su comprensión definitiva las fronteras de la medicina actual.

Conclusión:

Ya para terminar quisiera señalar la importancia de los hallazgos de la Neurociencia en el campo de la biología cerebral y en sus expresiones a través de la conducta, así como en sus consecuencias en el enfoque y tratamiento de los trastornos mentales. Todo esto, como es de suponer, también se reflejará en la teoría y en la técnica de la escuela psicodinámica a la cual nos hemos referido. Se espera que se llegará a una complementariedad entre los enfoques terapéuticos de la Neurociencia, de la Psicología-cognitiva-conductista, la Psicodinamia y otros enfoques psicológicos.

Al respecto transcribiré un par de citas de dos distinguidos representantes, uno del campo de las Neurociencias y el otro del campo de la Psicodinamia, que continúan siendo de gran vigencia en la actualidad, citados por Cooper A.¹⁸.

“La emergencia de una neuropsicología empírica de la cognición basada en la neurobiología celular puede producir un renacimiento del psicoanálisis (psicodinamia) científico. Esta forma de psicoanálisis puede estar basada en hipótesis teóricas que sean más modestas que aquellas aplicadas previamente, pero serán más comprobables porque ellas estarán más cerca de la búsqueda experimental”.

Eric Kandel, 1983

“Los avances neurobiológicos continuarán un proceso de centurias confinando el área de lo psíquico, pero no hay peligro de que la mente desaparecerá”.

Arnold Cooper, 1985

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Erdely M. H.. Psicoanálisis. La Psicología cognitiva de Freud, Editorial Labor, Barcelona, 1987, Pags 21-60,210.
- 2- Etchegoyen R.H. , Psicoterapia, Enciclopedia de Psiquiatría, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1977, Pags 553-554.
Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica, Amorrurto Editores, Buenos Aires, 2005, Pags 195-203.
- 3- Freud S., Obras Completas, T. 3, Neurosis y Psicosis, Págs 2742-2744.
La Perdida de la realidad en la Neurosis y en la Psicosis, 1924, Pags 2745 - 2747.
- 4- Abraham K., Psicoanálisis Clínico , Edit. Paidos, Bs. As., 1959, Pags 19-20, 365-381.
- 5- Laverde-Rubio E., El Núcleo Psicótico: Como Comprenderlo?, Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, Vol.31, #2-3, 2006, Pags 215-217.
- 6- Fromm - Reichmann F, La Psicoterapia y el Psicoanálisis, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1961, Pags 93-122.
Problemas de Transferencia en los Esquizofrénicos, Revista de Psicoanálisis, Editorial Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos aires, 1947, Pags 468-479.
- 7- Yamin L., El Psicoanálisis Aplicado, Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, Vol 3, # 2/3, 2006, Pags 244-248.
- 8- Segal H. , Introducción a la Obra de M. Klein, Ediciones Paidos, Buenos Aires 1982, Pags, 29-42, 71-84.
- 9- Grinberg L., Afectos Dolorosos en los Pacientes Fronterizos, su Abordaje Técnico, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1977, en Grinberg Compilación Practicas Psicoanalíticas Comparadas en las Psicosis Cap 4. Pags 109-121.
Sor D., Tebak de Bianchedi E., Introducción a las Ideas de Bion, Ediciones Nueva Visión, Bs. As., 1976, Pags 39-53.
- 10- Rosenfeld H., Notas acerca de la Psicopatología y del Tratamiento Psicoanalítico de la Esquizofrenia, American Psychiatric Association (Psychiatric Research Report #17, 1963) En Grinberg Compilación, Buenos Aires, 1977, Cap. 8,Pags 203-213.

- 11- Resnik S., Teoría y Técnica Psicoanalítica de la Psicosis, Conferencia presentada en el Instituto Psicoanalítico de Milán, 1967. En Grinberg. Compilación, Buenos Aires, 1977. Cap. 7, Pags 167-180.
- 12- Winnicott D., El Papel de la Madre Real , Ilusión , Sostén, Objeto Transicional
- 13- Gonzalez M., La Cohesión del Self, Editorial Guadalupe, Santafe de Bogotá, 1993, Pags 93-94.
- 14- Lizarazu A., Importancia de los Estudios Sobre Narcisismo, Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, Vol. V #2 Febrero 1990, Pag129.
- 15- Searles H.F., Función de las Percepciones que el Paciente Tiene de la Realidad del Analista en la Transferencia Delirante, Brit. J. Med. Psicol. , Vol. 45, 1972. En Grinberg, Compilación, Buenos Aires. 1977, Cap. 9, Pags 220-231.
- 16- Boyer, L.B. , La Técnica Psicoanalítica en el Tratamiento de Algunos Trastornos Caracterológicos y Esquizofrénicos. Publicado en Int. J. Psycho. Anal. 52, 1971.
En Grinberg. Compilación, Buenos Aires, 1977, Cap.1, Pags 43-47.
- 17- Rosselli H., Actualizaciones en la Psicodinámica de la Esquizofrenia, Presentado en la Clínica Monserrat, Bogotá, 1980, Pags 1-4.
- 18- Cooper A., Will Neurobiology Influence Psychoanalysis? , American Journal of Psychiatry 142:12, December 1985, Pags 1395/1402.