

PSICOTERAPIA POSTRACIONALISTA DE LA DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO: TRES CASOS CLÍNICOS

Giovanna Maxia

PREMISA

Estos últimos años hemos asistido a la proliferación de una serie de técnicas orientadas a “eliminar” o a “reducir” los síntomas de tipo psicótico, como los delirios y las alucinaciones. (Chadwick y otros, 1994; Kingdon y Turkington, 1991; Bentall y otros, 1994). La proliferación de técnicas ha ido acompañada de una falta de modelos teóricos capaces de explicar la complejidad del funcionamiento humano, tanto en la normalidad como en la patología. Este estado de cosas ha hecho que la sintomatología que presentaban los pacientes fuera tratada a menudo prescindiendo del contexto de vida en el que se había manifestado. Es comprensible que, adoptando este enfoque, la sintomatología pareciera “incomprensible” o “intratable psicoterapéuticamente”.

Otros autores, en cambio, subrayan la necesidad de encuadrar los síntomas psicóticos en su contexto de desarrollo (Boyle, 1995; Frith, 1995; Sass, 1992; Thomas, 1997). Este trabajo nace precisamente del intento de reconducir la sintomatología que manifiesta el paciente al contexto de vida en que está inscrita. La estrategia terapéutica que hemos adoptado se basa en el modelo cognitivo post-racionalista desarrollado por Guidano (Guidano, 1988-1992). Describiré brevemente el método general que hemos seguido y más extensamente algunos de los procedimientos terapéuticos específicos adoptados, mediante el ejemplo de algunos casos clínicos. Es importante subrayar que estos procedimientos no son extrapolables del modelo de referencia.

MÉTODO GENERAL

En la primera fase de la terapia, que corresponde a la preparación del contexto clínico e interpersonal¹, el problema presentado por el paciente debe reconducirse a los acontecimientos de vida donde se produce, para reformularse como experiencia emotiva que debe ser comprendida en su desarrollo. Con este objetivo, ya desde los primeros encuentros se introduce una distinción fundamental entre experiencia inmediata y explicación.²

Al establecer la diferencia entre los dos ingredientes, se le hace notar al paciente que en la experiencia inmediata no deben aplicarse los criterios de verdad y falsedad, dado que ésta es subjetiva. Sólo se puede considerar “verdadera o falsa” la explicación, en la medida que consigue dar cuenta de la experiencia inmediata a la que se refiere. Asimismo, la explicación delirante se considera también como un intento del sujeto de hacer comprensible su experiencia inmediata.³

En este enfoque postracionalista, y a diferencia del modo de proceder de la terapia cognitiva racionalista, las explicaciones del paciente nunca se discuten. En efecto, se considera que es el aumento progresivo de la capacidad del paciente de articular e integrar su propia experiencia en el transcurso de la terapia lo que permite el abandono espontáneo de las explicaciones originarias a favor de una nueva lectura explicativa, más rica y exhaustiva.

Cuando las características del paciente lo permiten, se reconstruye la aparición, la evolución y la actualización de la problemática, trabajando siempre en la interfaz entre experiencia inmediata y explicación. Cuando es posible, además, se reconstruye una breve historia de vida del paciente, para comprender a qué acontecimientos atribuye mayor importancia y cómo los conecta entre sí.

En esta fase, el terapeuta recoge informaciones para encuadrar el problema dentro de la dimensión existencial del sujeto. De este modo, reformula implícitamente el problema como un hecho que sólo puede ser comprendido en el contexto de la dimensión de vida del individuo.

Naturalmente, en esta primera fase el paciente tiene dificultades para captar la distinción entre experiencia inmediata y explicación. Además, explica las vicisitudes de su propia historia y los acontecimientos cotidianos, como si fueran independientes del contexto en el que se producen. El terapeuta aprovecha cualquier ocasión para realizar la distinción entre experiencia inmediata y explicación e inscribir los acontecimientos en el contexto en el que han tenido lugar.⁴

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Tanto en la fase de preparación del contexto clínico e interpersonal como en la fase de construcción del contexto terapéutico⁵ se aplican algunos procedimientos terapéuticos específicos.

Un primer procedimiento intenta favorecer “la secuenciación”, es decir, la reordenación por parte del paciente de los acontecimientos narrados y las escenas que los componen, en secuencias cronológicas, causales y temáticas. Este procedimiento tiene dos efectos principales: en primer lugar favorece la integración de aquellas experiencias de la vida del paciente que, en tanto que insuficientemente integradas, están en la base de los síntomas psicóticos. En segundo lugar, aumenta de manera estable la capacidad del paciente de integrar las experiencias futuras.

En el ámbito de la secuenciación podemos distinguir diversos niveles. Un primer nivel es el cronológico, que se refiere a la utilización de criterios cronológicos

en el relato tanto de la propia historia como de los acontecimientos cotidianos.⁶ La secuenciación causal consiste, en cambio, en conectar entre sí diferentes acontecimientos en términos de causa y efecto, explicitando a la vez los nexos causales entre acontecimientos internos y externos. Finalmente, la secuenciación temática consiste en identificar y conectar los acontecimientos sobre la base de un tema existencial recurrente. Estas diferenciaciones resultarán más claras con los casos clínicos.

Estableciendo la secuencia de los acontecimientos internos y externos que han precedido y acompañado la aparición y la evolución del problema, podemos observar, durante el proceso de evaluación, cómo los ha conectado el paciente.

En cuanto se ve factible, se le pide al paciente que escriba una especie de diario donde debe anotar la sucesión de los acontecimientos que caracterizan su vida cotidiana. De este modo, se establece una primera secuenciación, basada en criterios cronológicos, que proporciona una especie de andamiaje donde colocar los acontecimientos de interés terapéutico.

Una vez reformulado el problema, se trabaja con los acontecimientos en los que se produce la experiencia inmediatamente perturbadora. Cada entrevista empieza con el resumen de los acontecimientos que han producido un efecto perturbador en el paciente.⁷

Estos acontecimientos se descomponen en sus correspondientes escenas. La secuencia de las escenas se reordena distinguiendo percepciones, imágenes y recuerdos. La experiencia inmediata que el paciente no ha podido integrar dentro de su propia historia se secuencia y conecta con los acontecimientos del pasado y del presente, con tal de favorecer su ordenación.

Se focaliza la experiencia imaginativa sobre todo en los casos en que se presentan alucinaciones. Después de realizar cuidadosamente la secuenciación del episodio en el que el paciente ha tenido alucinaciones, se le pide que imagine lo que sintió como una voz, indicándole que el ejercicio consiste en repetir mentalmente, lo más fielmente posible, el contenido de las voces, intentando reproducir el mismo timbre, tonalidad e intensidad que las caracterizaba. Por lo tanto, en una sucesión rápida, el paciente debe confrontar el producto de su imaginación con el recuerdo de las voces. Confrontando las dos series de datos de observación, el paciente se ve obligado a focalizar el componente sonoro que contribuye a constituir el componente imaginativo.

Para favorecer el mantenimiento de un punto de vista interno, durante la fase del trabajo que consiste en imaginar las voces, se le pide al paciente que preste atención a sus sensaciones físicas, como por ejemplo las de frío o calor.

Sin esta toma de conciencia el paciente, en el momento en que imagina las voces durante la entrevista, podría volverlas a experimentar como procedentes del exterior. Además de las alucinaciones auditivas, este mismo procedimiento puede utilizarse con alucinaciones relativas a otras modalidades sensoriales.

Este procedimiento se inserta en el ámbito de una estrategia terapéutica post-

racionalista, en la cual “las voces” no constituyen simplemente un síntoma que debe ser eliminado, sino ingredientes de la propia experiencia subjetiva que pueden reconocerse como tales en el momento en que es posible aumentar la amplitud de decodificabilidad de la experiencia.

CASOS CLÍNICOS

A continuación describiré el procedimiento adoptado con el ejemplo de algunos casos clínicos. El primer caso es bastante adecuado para observar tanto la falta inicial de integración como las características de exterioridad con las que el paciente experimentaba su actividad imaginativa.

Caso Gino

Gino es un hombre de cuarenta años, licenciado en filosofía. A la edad de 25 años se le diagnosticó esquizofrenia, un diagnóstico confirmado posteriormente por los diversos psiquiatras que le siguieron en el curso de los años. La terapia neuroléptica a la que Gino fue sometido no incidió de modo significativo ni en las alucinaciones ni en el delirio.

En la primera entrevista, el paciente habla de manera no secuencial sobre hechos y explicaciones que se refieren al pasado y al presente. Con un lenguaje afectado, habla de una “lógica del consenso” que “le castra y le impide ser un hombre”, de injusticias sociales. De vez en cuando se calla, fija la mirada en el vacío y entonces retoma el discurso sin hacer referencia a lo que decía antes. Habla como si respondiera a acusaciones, se justifica diciendo que es inocente, que no ha podido avisar a la policía. En referencia a los episodios de los que hablaba, empecé a elaborar un contexto cronológico para reordenar los acontecimientos.

Mientras el paciente hablaba de modo fragmentario y sin conexiones, intenté contextualizar lo que decía dentro de un marco espacial y temporal, es decir, pregunté cuándo y dónde había sucedido aquello de lo que hablaba e hice que el paciente pusiera en secuencia los acontecimientos. De los primeros relatos fragmentarios, faltos de nexos espaciales y temporales, emergió cuanto sigue:

A la edad de 20 años, Gino, estudiante de filosofía por aquel entonces, había participado en la asamblea de un grupo extremista de izquierda, durante la cual se habían repartido folletos en favor de la lucha armada. Este hecho no le preocupó en aquel momento. Cinco años más tarde, mientras preparaba el trabajo final de carrera, empezó a oír voces que le acusaban de no haber avisado a la policía el día en que se había realizado la distribución de folletos: percibía las voces como procedentes del interior y que se dirigían a él en segunda persona. El paciente pensó que padecía una enfermedad mental y dejó la universidad. Se sometió a tratamientos psiquiátricos y, a pesar de que los fenómenos alucinatorios estuvieron siempre presentes, al cabo de cinco años consiguió licenciarse. Poco tiempo después le propusieron una plaza en la enseñanza que el paciente pensaba aceptar. Pero cuando

empezó a oír las voces, esta vez procedentes del exterior, empezó a pensar que era perseguido por el sistema que, por medio de instrumentos sofisticados, le impedía realizarse profesionalmente. Rechazó la plaza y decidió seguir con sus estudios.

En la época del inicio de la terapia, el paciente había tenido que rechazar de nuevo una oferta en la enseñanza a causa de las voces que interferían en el desarrollo de cualquier actividad social. El paciente sostenía que había una organización que le impedía la socialización en todos los niveles, tanto laboral como afectiva.

Desde las primeras entrevistas establecí un contexto clínico de tipo exploratorio, no discutí para nada las explicaciones que el paciente elaboraba (su ser objeto de persecución por parte del sistema), sino que centré la atención en el “cuándo” advertía que era objeto de persecución.

Gradualmente empecé a conectar los hechos con los acontecimientos internos que los acompañaban, a fin de favorecer una secuenciación causal de la narración, sometiendo a observación la experiencia inmediata que acompañaba los acontecimientos de interés terapéutico.

Empecé, ante todo, haciéndole notar que tanto la aparición como la evolución del problema habían sido concomitantes con situaciones de confrontación (el estar a punto de licenciarse, haber ganado la cátedra de enseñanza y la asignación de una suplencia).

Le pregunté qué emociones acompañaban estos acontecimientos de su vida. El paciente se mostraba perplejo y era capaz de relatar solamente emociones de alegría por haber logrado aquellos objetivos. Atribuía el hecho de evitar la confrontación únicamente a la organización que le mandaba mensajes. Todos los ingredientes emotivos que componían el miedo de afrontar la confrontación estaban excluidos de sus posibilidades de decodificación.

Desplazando el foco de observación a lo cotidiano, empezamos a secuenciar los acontecimientos en los que Gino decía sentir emociones perturbadoras, conectadas con el miedo de no ser capaz de hacer frente a las situaciones de confrontación y de poder ser juzgado como un fracasado.

Gino me contó que había ido al bar para encontrarse con algún amigo con quien charlar un poco, pero que tuvo que marcharse en cuanto oyó las voces que le acusaban de ser un miembro de las brigadas rojas.

Mediante la técnica de la secuenciación, el acontecimiento fue reordenado, reconstruyendo la secuencia de imágenes que componían la escena. Pedí al paciente que describiera las imágenes en secuencia cronológica.

El paciente entró en el bar y miró a su alrededor buscando a algún amigo; el local estaba lleno; Gino encontró a dos conocidos que hablaban entre ellos; se unió a ellos; uno le decía al otro que quería abrir un local frecuentado por clientela seleccionada; en aquel momento Gino oyó las voces que le acusaban de ser un miembro de las brigadas rojas.

La escena de los dos que hablaban y del paciente que escuchaba fue recons-

truida varias veces. Tras haber establecido la secuencia de la sucesión de acontecimientos externos, se amplió el zoom de la secuencia de las imágenes internas que se le había desencadenado en el momento de máxima incomodidad:

Mientras su amigo hablaba, Gino se había visto con los ojos del amigo y se había sentido inadecuado, y marginado respecto a los criterios con los que se habría seleccionado la clientela. Acudió inmediatamente a su mente el recuerdo de la distribución de los folletos, se sintió un fracasado y empezó a oír las voces.

De la reconstrucción de las secuencias de los acontecimientos de interés terapéutico salió a la luz que cada vez que surgían temas de anticipación de un posible fracaso o de inadecuación, Gino padecía fenómenos alucinatorios. Además, lo que percibía como voz era siempre coherente con la experiencia emotiva del momento. Otra situación que ejemplifica el trabajo de secuenciación es la siguiente: Gino llegó a la entrevista trastornado, diciendo que quería poner una denuncia contra unos desconocidos porque había sido públicamente difamado. Contextualizar el contexto al que se refería el paciente no fue simple, dado que Gino en la entrevista continuaba respondiendo a acusaciones que advertía bajo la forma de voces y removía acontecimientos políticos del pasado. Estableciendo el contexto de secuenciación y reconduciéndolo a la situación actual, le hice reordenar los acontecimientos anteriores a su llegada a la entrevista.

Gino se encontraba en el autobús que le llevaba al Instituto. Miraba las personas que entraban y se comparaba con los demás. Entró un inválido acompañado de un niño. Gino pensó que se trataba del hijo del inválido, se comparó con él y se sintió impotente en tanto que, a diferencia del hombre, no tenía hijos. A continuación oyó voces que, hablando de él en tercera persona, decían que era impotente y que ni siquiera conseguía masturbarse. Ampliando el zoom sobre las secuencias de imágenes que se le habían presentado tumultuosamente, Gino explicó que inmediatamente después de haberse sentido impotente, en comparación con el inválido, le había vuelto a la mente la imagen de la noche anterior, cuando había intentado inútilmente masturbarse. Entonces empezó a oír las voces que comentaban el episodio de la noche anterior, le acusaban de ser impotente y de no haber sido un hombre en relación con el hecho de la distribución de folletos. De hecho, así lo creía el paciente, si él lo hubiera sido, hubiera avisado a la policía.

La secuencia del episodio se estableció de la siguiente manera. Los pensamientos, las sensaciones, las emociones y los recuerdos fueron conectados con el fluir de los acontecimientos. La escena más perturbadora para el paciente había sido aquella en la que se había sentido impotente: en ese momento le vino el recuerdo, percibido con extrañamiento, de la masturbación del día anterior (como voz que comentaba el intento fracasado de la noche anterior). Al haberse sentido impotente, recordó inmediatamente el otro episodio de fracaso de la distribución de folletos (también éste percibido como una voz).

Otro ejemplo ayuda a esclarecer cómo se estableció la secuencia de la

experiencia inmediata recurrente. Gino me explicó que mientras estaba en su habitación había oído las voces que decían que él era un miembro de las brigadas rojas. Ampliando el contexto y poniendo en secuencia las escenas, surgió la siguiente reconstrucción:

Gino, en casa con su madre y su hermano, había puesto mucha leña en el hogar para hacer un buen fuego; pero las llamas se salieron de la chimenea y quemaron la pared, de modo que el hermano y la madre tuvieron que apagar el incendio que se estaba desatando. Gino se sintió una “inutilidad”, alguien que ni siquiera sabía encender un fuego y, una vez en su habitación, oyó las voces que le acusaban de ser un inútil total y de haberlo sido siempre desde la época de la distribución de folletos.

Cada vez que poníamos en secuencia los acontecimientos, observaba que el contenido de las voces correspondía con lo que él consideraba el juicio que los demás hacían de él y, al mismo tiempo, le hacía notar que la emergencia de los recuerdos de la distribución de folletos acompañaba todas las situaciones en las que estaba presente un tema de confrontación y de posible fracaso. Gino empezó a observar la recurrencia del recuerdo en aquellos momentos.

Con el progreso de la autoobservación, salió a la luz otro aspecto de la experiencia inmediata: las alucinaciones iban siempre precedidas de bruscos cambios del sentido de sí mismo, en los que Gino pasaba de sentirse una persona “competente” a sentirse un fracasado en todos los aspectos. En el episodio del bar, mientras Gino hablaba con los amigos se sentía “el filósofo del grupo”; inmediatamente después se sintió un fracasado. En el episodio del autobús, el paciente antes de sentirse impotente, se había comparado con estudiantes, respecto a quienes se había sentido “superior”. En el episodio del incendio, mientras ponía la leña para hacer fuego, Gino se sentía el “hijo modelo”, y apenas se propagó el fuego se había convertido en “un inútil que no sirve para nada”.

En el momento en que el paciente empezaba a situar los acontecimientos en una secuencia temporal, se impuso el trabajo de focalización sobre la experiencia imaginativa. El procedimiento es el siguiente:

Una vez establecida la secuencia del episodio en el que el paciente había oído las voces, le pido que imagine las palabras que había oído (intentando reproducir fielmente la tonalidad, la intensidad y el timbre que caracterizaba las voces). Al mismo tiempo, intento que se fije en las sensaciones de calor y de frío procedentes de su cuerpo.

Este procedimiento, aplicado diariamente, por unos pocos minutos, en el interior del trabajo de secuenciación, permite al paciente enfocar la diferente cualidad de la experiencia sonora en las dos situaciones y distinguir lo que caracteriza la imaginación auditiva de la percepción auditiva.

Pedirle que se fije en las sensaciones de calor y de frío tiene el objetivo de mantener al paciente anclado en un punto de vista de observación interior, mientras enfoca la experiencia sonora. Un ejemplo aclarará la importancia del procedimiento

y el tipo de dificultad que podemos encontrar al realizarlo.

Bajo mis instrucciones, Gino reproducía en su imaginación el contenido de las voces mientras le pedía que estuviera atento a las variaciones de calor y de frío que advertía con el contacto entre los dedos que tenía cruzados (la sensación de mayor calor habría debido proceder de los puntos de contacto entre los dedos).

Al principio, Gino me dijo que había imaginado el contenido de las voces y que las había advertido como procedentes del ambiente circundante. En el momento en que le pregunté qué es lo que sentía en el contacto entre los dedos (queriendo decir qué sensaciones sensoriales procedían de los puntos de contacto entre los dedos), me respondió que era como si estuviera rezando. Le hice notar cómo centraba su atención en el verse y no en el sentirse.

Con entrenamientos sucesivos, Gino consiguió centrar la atención en el propio cuerpo y al mismo tiempo imaginar las experiencias auditivas. Entonces la imaginación auditiva fue identificada como un producto de la propia mente.

Gino comentó el hecho con una reflexión suya, diciendo que él confundía lo que procedía del interior con lo que procedía del exterior.

Sin embargo, todavía por algunos meses, el paciente siguió percibiendo su imaginación en términos de extrañeza. En esas circunstancias, por su propia cuenta, centraba la atención en su propio cuerpo y repetía mentalmente el contenido de las voces, que de este modo se transformaban en pensamientos. Después de diez meses de terapia el paciente dejó de tener alucinaciones auditivas y elaboró el tema del fracaso de manera más articulada y flexible.

En el caso de este paciente, la intervención sobre la descompensación psicótica propiamente dicha requirió un trabajo intensivo de varios meses, a diferencia de cuanto sucede con pacientes más jóvenes, en quienes a causa de una aparición más reciente del cuadro es suficiente una intervención más breve.

Caso Efisia

Efisia era una joven de 20 años cuando tuvo el primer exordio. Huérfana de madre desde los cinco años, vivía con el padre viudo de quien había guardado una imagen idealizada. A causa del segundo matrimonio del padre, se fue a vivir a un piso por su cuenta. En estas circunstancias se produjo el exordio sintomatológico, caracterizado por alucinaciones auditivas que le producían un continuo estado de angustia, por lo que requería la presencia constante del padre. Se le hizo un diagnóstico de esquizofrenia y se le suministró una terapia neuroléptica que no incidió en la sintomatología. Después de tres meses, durante los cuales la paciente se sentía desbordada por las alucinaciones, requiriendo la presencia continua del padre, éste decidió solicitar una intervención psicoterapéutica.

En la primera entrevista la paciente, presa de angustia, me pide que la libere de las voces que oye. En mi primer comentario hice una reformulación, diciendo que más que quitar algo que no sabíamos qué era, interesaba saber qué es lo que eran las

voces que oía, centrando la atención en el cómo y el cuándo se daba el fenómeno. La paciente me explicó el contenido de las voces que oía. Yo se las hice imaginar varias veces en la entrevista, de modo que al cabo de pocos meses de entrenamiento, Efisia fue capaz de reconocer que las voces que oía eran comentarios críticos que ella imaginaba que el padre le dirigía. El trabajo sucesivo se orientó a favorecer una diferenciación en la relación con el padre.

Citaré un último caso ejemplificador del trabajo de focalización en la experiencia imaginativa, en una paciente que vivía en un perenne estado alucinatorio.

Caso Rita

Rita es una mujer de 31 años. Su madre fue asesinada por el marido, su padre, cuando la paciente tenía un año y medio, por lo que vivió en un internado desde entonces hasta la edad de 13 años.

La paciente pidió una intervención psicoterapéutica para afrontar el problema de las alucinaciones auditivas que, por lo que recuerda, le parece haber tenido siempre. Pero desde que empezó a trabajar, las voces se convirtieron en comentarios críticos sobre sus prestaciones y ahora obstaculizan su actividad laboral. Rita sabe, por las anteriores intervenciones terapéuticas, que las voces que oye son en realidad sus pensamientos, pero esto no le impide oír igualmente como fenómenos extraños, procedentes del ambiente circundante.

La primera vez que la paciente recuerda haber tenido conciencia de su confusión entre imaginación y realidad se remonta a la edad de 13 años. Hacía poco que la paciente había dejado el internado y vivía con una tía anciana. Mientras Rita estaba en su habitación, oyó explicar a la tía en la habitación contigua el episodio del homicidio de la madre. Mientras la paciente oía las palabras de la tía no sabía si estaba fantaseando o si realmente la tía estaba contando el episodio. En aquella época Rita no estaba al corriente del episodio.

Por cuanto concierne a la actualidad, la paciente decía que fantaseaba durante el trabajo, que se sumergía en historias y participaba en conversaciones que imaginaba. Cuando se recuperaba no conseguía distinguir lo que había imaginado que hacía de lo que había hecho realmente.

La estrategia terapéutica se orientó a reformular la indiferenciación entre realidad e imaginación como una modalidad suya estable, que en el pasado le había permitido mantener una continuidad de vida, pero que actualmente no le permitía afrontar el trabajo.

El procedimiento adoptado para favorecer la internalización de la imaginación fue el siguiente: Se le pedía a la paciente que activara una secuencia de acciones como por ejemplo levantarse de la silla, andar, coger un libro, etc. Mientras tanto debía centrar la atención en la percepción sensorial que advertía durante el desarrollo de las acciones. Hecho esto, se le pedía que imaginara la misma secuencia y que se fijara en la diferencia entre moverse e imaginar que se movía.

Al cabo de pocas entrevistas, la paciente empezó a notar todo el aspecto sensorial (táctil, cinestésico y de orientación en el espacio) que acompañaba los actos y que faltaba en la imaginación. Aunque adquirió rápidamente la distinción, el adiestramiento se llevó a cabo durante meses, con tal de establecer las conexiones entre experiencia motora, percepción y canales sensoriales.

Después del primer mes de terapia, la paciente dejó de tener experiencias alucinatorias. Mantuvo su actividad imaginativa rica y vivaz pero distinta del fluir de los acontecimientos.

Una vez lograda la diferenciación, en la actualidad, la paciente ha expresado la exigencia de poner orden en su vida. Rita, respecto a su pasado, no distinguía entre lo que había sucedido y lo que se había imaginado. Esto le producía un desagradable estado de disgregación.

Recorriendo las diversas etapas y distinguiendo el recuerdo de lo que había sucedido en el pasado y lo que se había imaginado, la paciente halló por su propia cuenta un criterio de distinción: mientras que los recuerdos de los hechos eran inmodificables, se basaban en imágenes estables y continuas en el tiempo, los recuerdos de los hechos imaginados podían ser modificados a su gusto y no estaban conectados con imágenes estables.

CONCLUSIONES

Los casos que he presentado son indicativos de la intervención sobre la descompensación psicótica de tipo esquizofrénico.

Los resultados son muy prometedores. Sin embargo, una vez que el paciente deja de tener síntomas psicóticos, queda por hacer un trabajo igualmente largo y duro que no difiere del que es necesario para afrontar los problemas neuróticos.

En la actualidad, después de un año de seguimiento desde la conclusión de la psicoterapia, los pacientes no han tenido más síntomas de tipo psicótico.

Ahora Gino “elabora” su tema de juicio sin tener que recurrir más a temas como “la organización” y “las voces”, pero no habiendo tenido experiencias en el ámbito afectivo, social y profesional hasta la edad de 40 años, todavía no posee procedimientos rápidos para hacerse una idea del posible punto de vista de los demás. Actualmente ha concluido el tercer año consecutivo como maestro; también Rita lleva adelante la actividad laboral sin necesidad de vivir una dimensión de indiferenciación entre imaginación y realidad. Ninguno de ellos ha sido capaz de establecer relaciones afectivas. Efsia no ha sufrido ningún otro episodio de tipo psicótico. Apenas se desligó del padre emprendió una relación afectiva.

Como conclusión, me gustaría subrayar la aplicabilidad del método descrito a cualquier estructura en la que sea posible establecer un contexto de psicoterapia.

Traducción: Laia Villegas i Torras

Referencias bibliográficas

- BENTALL, R. P. et al. (1994). Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations. *Behaviour Therapy*, 25: 51-66
- BOYLE, M. (1994). *Schizofrenia: Un delirio scientifico?* Roma: Astrolabio
- BRUNER, J. & LUCARIELLO, J. (1989). Monologue as narrative recreation of the world. In Nelson, K. *Narrative from the crib*. Cambridge MA: Harvard University Press
- CHADWICK P et al. (1994). The omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164: 190-201
- FRITH C D (1995). *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Milano: Cortina.
- GUIDANO, V. F. (1988). *La complessità del sé*. Torino: Boringhieri
- GUIDANO, V..F.. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Boringhieri
- KINGDON, D. G. & TURKINGTON, D. (1991) A role for cognitive-behavioural strategies in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 26: 101-3
- SASS, L. A. (1992). *Madness and Modernism*. Harvard University Press
- THOMAS, P. (1997). *The dialectics of schizophrenia*. Bristol: Arrowsmith Ltd.

Notas al texto

- 1) Para aclaraciones sobre la preparación del contexto clínico e interpersonal, véase Guidano, V. F. (1992).
- 2) La distinción puede realizarse de la manera más simple, distinguiendo entre “cómo te has sentido” y “porqué te has sentido así”.
- 3) Sass, L. A. (1992) explica con innumerables ejemplos clínicos cómo el delirio puede considerarse un modo de expresar una experiencia subjetiva invasora y difícilmente identificable.
- 4) Haciendo la distinción entre experiencia inmediata y explicación, el terapeuta pone mayor énfasis en la focalización de la experiencia inmediata, la cual puede ser compartida por los otros seres humanos. Se intenta hacer articular las explicaciones de manera que se ponga de manifiesto cómo éstas constituyen un intento de hacer coherente la experiencia inmediata con la imagen de sí mismo que uno tiene en cada momento.
- 5) Véase Guidano, V. F. (1992).
- 6) Bruner y Lucariello (1989) sostienen que el ejercicio de incluir los acontecimientos en el interior de su marco temporal, constituye una especie de entrenamiento para la codificación de la experiencia y permite la articulación posterior de la experiencia en una trama narrativa, de manera que la propia experiencia pueda confrontarse con la de los demás.
- 7) El terapeuta parte de la pregunta por los acontecimientos. En general, el paciente no explica los acontecimientos sino los comentarios y las explicaciones acerca de los hechos que han producido un efecto perturbador. Es tarea del terapeuta ampliar los contextos de manera que puedan incluirse los acontecimientos.