

MESA REDONDA: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PSICÓTICOS DESDE DISTINTAS ORIENTACIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

IX JORNADAS PROFESIONALES ORGANIZADAS POR EL COP-PV.
ALICANTE 2 DE ABRIL DE 2002.

Concepción Sánchez Beltrán¹

I

¿Cómo enfrentarse a la Psicosis? Esa misteriosa enfermedad que nos confronta a lo extimo: lo más extraño y lo más íntimo del ser humano.

Con este cuestionamiento comenzó su exposición **Lourdes Martínez** diciendo que pensar en la Psicosis implica necesariamente salir del estricto ámbito gestáltico. No tenemos una teoría y las técnicas gestálticas son insuficientes para su tratamiento. No es tanto la técnica empleada sino la actitud del terapeuta en el establecimiento de los vínculos y de los límites.

La terapia Gestalt utiliza la presencia activa del terapeuta como principal herramienta. El terapeuta está presente como persona. No se mantiene en reserva, ni funciona principalmente como un técnico.

Se hace un repaso de las fases progresivas por las que va pasando un tratamiento, entendiendo como propiedades curativas: La empatía, la escucha, la comprensión y el respeto.

Paciente y terapeuta son dos personas embarcadas en una misma tarea siendo foco de atención el paciente. Los dos deben involucrarse, trabajar juntos en lo conocido por uno y por otro y en lo desconocido por ambos.

Concluyó diciendo que en ningún caso es un tratamiento fácil. La buena intención tendrá que desaparecer, como también la misma esperanza de la cura, un trabajo en muchas ocasiones ingrato y frustrante que exige lo mejor de nosotros mismos.

II

En segundo lugar intervino **Emma Pascual** que hizo un desarrollo teórico sobre la psicosis y

dijo que estas componen un grupo de enfermedades psiquiátricas graves con pronóstico variable, cuyo tratamiento de elección es el farmacológico.

Entre ellas, la esquizofrenia, que afecta al 1% de la población con un curso deteriorante, exacerbaciones agudas (ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia del lenguaje) e incremento del deterioro en el funcionamiento social, es la que merece mayor interés. Se trata en realidad de un grupo heterogéneo de enfermedades que muestran afectaciones cerebrales múltiples causadas por desequilibrios neuroquímicos, defectos genéticos, infecciones virales, daño perinatal etc. Sin embargo, las características de la enfermedad, unidas a la de los propios enfermos, hacen su tratamiento muy difícil. Un breve repaso histórico de los distintos tratamientos aplicados, pone de relieve por un lado la importancia de la etiología en relación a la intervención, y por otro, que desde el abordaje sin retorno en instituciones manicomiales, al actual modelo comunitario, la intervención ha variado sensiblemente, quedando establecida la necesidad de la intervención multiprofesional. Así, la rehabilitación psicosocial supone una alternativa útil para recuperar habilidades perdidas, desarrollar nuevas y preparar para la reinserción social. Una revisión de las pautas de intervención recomendadas por el grupo de Expertos del Journal of Clinical Psychiatry en 1999 (nº60, supl.11) muestra que tanto para pacientes del 1er brote, inestables

¹Psicóloga Psicoanalista.

con incapacidad severa, intermitentemente estables, con incapacidad moderada y estables ligeramente incapacitados, la necesidad de rehabilitación y recursos es inversa a la gravedad y duración de la enfermedad.

El hecho de que la rehabilitación se enmarque dentro de un modelo de aprendizaje, justifica la importancia del psicólogo y la intervención cognitivo- conductual en este campo.

Por otro lado, la revisión realizada por Green en 1999 sobre los resultados obtenidos en pacientes esquizofrénicos con diferentes tipos de intervención muestra que mientras la psicoterapia dinámica no aporta datos que avalen su eficacia en este tipo de trastornos y el Entrenamiento de habilidades y la Terapia de apoyo (individual y/o grupo) presentan resultados medios, la Terapia cognitiva se muestra muy prometedora y la Intervención Familiar, la Rehabilitación laboral o el Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) o Rehabilitación intensiva presentan según este autor, los mejores resultados para complementar el tratamiento de esta psicosis.

III

La siguiente intervención corrió a cargo de **Lola van der Hofstadt** que se basó en la experiencia obtenida en su trabajo diario en el Centro Socio-Asistencial Dr. Esquerdo de Alicante (antiguo hospital psiquiátrico), en el que trabaja desde el año 1990. Durante todo este tiempo su trabajo se ha encaminado en la rehabilitación de los residentes.

Manifestó que en un principio, y hasta 1997, el objetivo principal era mejorar la calidad de vida de las personas que viven allí, ya que la desinstitucionalización psiquiátrica, comenzada en los años 80 había agotado los recursos de externación disponibles en ese momento (residencias de tercera edad y familias), para el resto lo que hacía falta era definir y crear otro tipo de recursos.

En 1997 y 1998 las Consellerías de Trabajo y Asuntos Sociales y Sanidad por medio de una orden y un decreto definen respectivamente sus competencias en materia de asistencia a Enfermos Mentales, describiendo los nuevos recursos, los programas de rehabilitación que en ellos se va a trabajar, las características arquitectónicas de las estructuras, los grupos de profesionales.

En los últimos años la Consellería de Asuntos Sociales ha comenzado a poner en funcionamiento este tipo de recursos por lo que la intervención con los residentes de centro Dr. Esquerdo ha cambiado. El objetivo principal ahora está en situar a los residentes de manera que potencien al máximo todas sus capacidades para que con sus recursos personales se pueda continuar con la externación hacia el recurso que les sea más favorable (CEEM de corta media y larga estancia, CRIS, Centros de Día).

Los programas de rehabilitación, (basados en la teoría del aprendizaje) parten de una evaluación objetiva, diseñan unos programas de intervención y posteriormente evalúan los resultados. La línea de trabajo seguida en el centro a partir de una evaluación inicial de los residentes, de la cual se extraen los siguientes resultados, en su mayoría son personas con más de 10 años de ingreso en el centro, con una discapacidad funcional que conlleva una minusvalía social grave y un estilo de vida en el que la toma de decisiones es nula. A partir de aquí se diseñan, en una primera etapa, programas grupales, cuyo objetivo principal está en dinamizar la vida diaria potenciando la participación de los residentes en su proceso rehabilitador, a la vez, poniendo en su conocimiento la enfermedad y sus consecuencias. Se han realizado contactos familiares informando del cambio en la línea de trabajo así como de la necesidad de retomar sus relaciones con el centro con el fin de realizar posteriormente, programas de psicoeducación a familias.

La evaluación de los programas grupales de rehabilitación nos ha dado paso a diseñar Programas de Rehabilitación Individual (P.I.R.) que ya están en marcha, con unos objetivos finales de externación de un grupo de residentes. Todo esto se está consiguiendo gracias a la puesta en marcha de los recursos intermedios, citados anteriormente, que tan necesarios son para facilitar la rehabilitación psicosocial de estas personas.

IV

Para finalizar intervino **Jose Luis Serra** diciendo que desde el psicoanálisis el tema de las psicosis se puede entender partiendo de lo que en Lacan está conceptualizado como Real, Simbólico e Imaginario, registros de la realidad humana cuyo anudamiento se

produce en momentos lógicos en los que se estructura el sujeto. La red que forman estas tres instancias RSI, es isomorfa (de composición distinta pero forma equivalente) a la dialéctica Edípica. Quiere esto decir que los momentos estructurantes de los que dan cuenta estos registros tienen una correspondencia con los tiempos del complejo de Edipo.

Se puede decir por tanto que, a nivel general, para todo ser humano existen tres tiempos lógicos que estructuran su realidad. El primero, necesario, se sitúa alrededor de la angustia que supone la prematuración biológica con la que se llega a este mundo pero que además supone el encuentro con una estructura simbólica que nos precede y determina. Nos referimos a todas las inscripciones que se manifiestan desde el nacimiento, todas las ceremonias, "ritos" que señalan la entrada en la cultura de un nuevo miembro y por el que se encuentra apresado en una red establecida, heredero de todo un pasado. Tiempo de alienación. El segundo tiempo, contingente, es ese del amor y la rivalidad con el padre -el hombre que desea la madre- y con quien se establece el escenario de un "fantasma de asesinato" que unirá para siempre en el sujeto deseo y culpa; el tercer tiempo, contingente también, es aquel de reconocimiento por parte de los padres, del padre, de que el hijo/a es portador a través de su nombre de una potencia simbólica que no pertenece exclusivamente al padre o a la madre sino que es transmisible a través de las generaciones. Es el hecho del don del reconocimiento, de reconocer al hijo como sujeto de deseo. Hace falta también un acto en el hijo que le haga portador del nombre, que él tome el nombre que lo singulariza.

Esta operación en tres tiempos y que va, de forma muy esquemática, de ser falo real o imaginario a tenerlo de forma simbólica y a través al nombre, forma lo que en psicoanálisis es la estructura del sujeto, un anudamiento de los registros mencionados RSI que se

visualiza y ejemplifica bien con lo que, en topología, se llama nudo Borromeo.

¿Qué es lo que ocurre en la psicosis? Ya Freud en la cura del "Hombre de los Lobos" 1918, aisló un mecanismo, el rechazo, distinto de la represión, al constatar que lo que no había sido simbolizado por el sujeto retornaba desde el exterior como en el caso de la alucinación. Mecanismo que Lacan precisará con el nombre de forclusión y que hace referencia a la falta de inscripción de un significante primordial necesario para la operación de metáfora que libera al sujeto de la alienación fundamental como objeto del Otro.

O sea, en la psicosis se produce una imposibilidad en el tránsito entre el segundo y tercer tiempo de la estructuración que hemos señalado. Una detención ante la dificultad de poner en juego el asesinato, fantasmático (imaginario) del padre, que permitiría el acceso al registro del deseo.

La forclusión, que señala ese impedimento, neutraliza y compromete gravemente el acceso del niño a lo simbólico y por tanto éste corre el riesgo de estancarse en una organización arcaica al quedar prisionero de la relación dual imaginaria con la madre.

En las psicosis lo que se nombraría como la ausencia del padre en el registro simbólico, índice de la forclusión, produce en el momento de la eclosión una rotura de ese nudo entre instancias RSI que tiene incidencias directa en el campo del sentido con respecto a la realidad y al otro, siendo el delirio el intento de volver a establecer un anudamiento que detenga el derrumbamiento que anuncia el inicio de la crisis.

La intervención del psicoanalista en la cura de psicóticos, cuando esto es posible, extrae sus estrategias técnicas de los supuestos básicos de estos planteamientos como mostré, con el caso presentado, en la mesa redonda a la que este resumen hace referencia.

*Una detención ante
la dificultad de
poner en juego el
asesinato,
fantasmático
(imaginario) del
padre, que
permitiría el acceso
al registro del deseo.*