

COMPRENSIÓN Y ABORDAJE PSICOANALÍTICO DE LAS PSICOSIS: LA PSICOTERAPIA DEL PACIENTE PARANOIDE DE MEISSNER

RODRIGO GONZÁLEZ-PINTO ARRILLAGA

1. INTRODUCCIÓN:

Las psicosis son trastornos psíquicos graves que cursan con una amenaza de derrumbe del self y con una alteración del sentido de realidad cuya sintomatología gira en torno al delirio, la alucinación, la tristeza profunda...(utilizaré el término self para referirme al psiquismo en general, en el sentido de Kohut y también, en el sentido de Kernberg, para referirme a la representación que tenemos de nosotros mismos, del objeto y de las relaciones con el objeto).

La relación del psicoanálisis con las psicosis siempre ha sido y sigue siendo controvertida, no tanto para la comprensión, aunque también, especialmente de la esquizofrenia, pero sobre todo respecto al tratamiento.

En cuanto al tratamiento llama la atención que, a pesar de toda la tradición psicoanalítica que comenzó con Sullivan, Fromm-Reichmann, Searles y un largo etcétera, la mayoría de los programas llevados a cabo en la institución pública como, por ejemplo, los que se han desarrollado en los países nórdicos y que tratan pacientes con esquizofrenia y otras psicosis con psicoterapia y dosis mínimas de neurolépticos, colocan a las psicoterapias psicoanalíticas en un lugar menor. Y ello, siendo sus promotores psicoanalistas como es el caso de Irjo Alanen y de Johan Cullberg. Aunque la comprensión sea psicoanalítica, las terapias consisten en intervenciones familiares y sociales, terapia narrativa o de dialogo abierto y terapia psicoeducativa. Por ello tuvo para mi un valor mayor encontrarme con el esquema psicoterapéutico de Meissner que luego presentaré.

En cuanto a la comprensión la controversia es menor pero existe incluso desde el propio psicoanálisis y siempre suele citarse en ese sentido al artículo que Martin Willick, psicoanalista didacta del Instituto psicoanalítico de Nueva York y profesor de psiquiatría de la Universidad de Columbia, publicó en el International Journal de la Asociación Americana de Psicoanálisis: Psicoanálisis y Esquizofrenia: Una historia con moraleja. En este artículo, que pretendía ser constructivo, criticaba que muchos psicoanalistas no asumieran los propios avances de la investigación psicoanalítica, los de otras ciencias y que siguieran manteniendo “verdades psicoanalíticas que no lo eran”. Aunque más que a la comprensión se refería a la etiología, aludía a cuestiones como el de “madre esquizofrenógena”, a que las psicosis solo se pudieran generar en el período preverbal, a la poca importancia que se había dado a factores genéticos o epigenéticos, etc.

Casi 20 años después mucho de lo que planteaba Willick ha sido asumido por gran parte de la comunidad psicoanalítica y hoy podríamos definir las psicosis como

trastornos psíquicos graves que derivan de una predisposición que hace inelaborables determinadas pulsiones o afectos.

Esta predisposición puede ser concretada como por la presencia de un SELF PSICÓTICO más o menos manifiesto u oculto detrás de un FALSO SELF más o menos sano, generado el primero por factores psicológicos y o biológicos.

Las características de este SELF PSICÓTICO serán las siguientes:

1. Es un self mal separado del objeto que por tanto tiende a confundirse con él, es decir, tiende a la IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA PATOLÓGICA, es decir, a perder el sentido de realidad, es decir, a simbolizar mal.
2. Es un self que concilia mal las pulsiones y los afectos codificados como buenos y malos, de amor y de odio ante la gratificación o frustración del objeto y por tanto tiende a la ESCISIÓN PATOLÓGICA unida al RECHAZO de la pulsión.

2. COMPRESIÓN PSICOANALÍTICA:

Para la comprensión aludiré al caso Schreber de Freud, al Aimée de Lacan y mencionaré el caso de la madre asesina de Hildegart. Por último, partiendo de Klein, Bion y Winnicott, haré una reflexión sobre la estructura psicótica.

Como quizás algunos sabéis, Freud no trató a este paciente, sino que se valió de las memorias que Daniel Paul Schreber había escrito sobre sus trastornos psíquicos para explicar las psicosis. Schreber había publicado en 1903 "Memorias de un enfermo nervioso" y Freud publicó en 1911 "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) autobiográficamente descrito".

Resumo el caso:

Daniel Paul Schreber era un juez alemán de finales del siglo XIX que a los 51 años presentó un episodio psicótico grave tras haber sido nombrado presidente del tribunal supremo de Dresde, la instancia judicial más alta de Alemania. Inmerso y removido por un nombramiento que suponía gran carga de trabajo y, sobre todo, un reto porque sus subordinados jueces eran mayores y más experimentados que él, comenzó a dormir mal y a soñar que había recaído en la enfermedad depresiva que había padecido 9 años atrás y que había sido tratada con éxito por un psiquiatra, el Dr. Flechsig, en su primera crisis, (en 1884, cuando tenía 42 años, Schreber, tras perder unas elecciones al parlamento de Baviera, inmerso también en un estado de sobrecarga de trabajo, se sintió mal, presentando un cuadro depresivo con ideas hipocondríacas y autolíticas. Fue tratado primero en Sonnenberg y luego en Leipzig por el Dr. Flechsig, el psiquiatra que luego sería su perseguidor. Estuvo 6 meses ingresado hasta que el cuadro remitió estando muy agradecido a Flechsig a quien tanto él como su mujer le tenían idealizado).

Pues bien, Schreber dormía mal y soñaba que recaía y que tenía que volver a ser tratado por Flechsig y cuando despertaba sentía una gran alegría al comprobar que sólo era un sueño. Pero en una ocasión en un estado de duerme-vela imaginó lo agradable que sería ocupar el papel de la mujer en una relación sexual. E

inmediatamente pensó que él no había podido tener esos pensamientos por su propia voluntad. Más adelante pensaría en Flechsig como inductor y esa fantasía sería la idea central de la que iba a derivar su proceso psicótico delirante.

Se fue instalando en Schreber un cuadro de cansancio, abatimiento e insomnio grave y comenzó a presentar trastornos perceptivos de tipo auditivo, oía un ruido en su habitación y pensaba que era un ratón, ingresando en Leipzig, en la clínica de Flechsig. Allí, después de un período enigmático, ensimismado, de gran angustia hipocondríaca y agitación psicomotriz y tras presentar una noche un número inusitado de poluciones (eyaculaciones) nocturnas que atribuyó a la influencia de su psiquiatra, comenzó a construir su delirio. Este consistió en un delirio de transformación en mujer inducido por Flechsig y por Dios, ambos perseguidores que querían asesinar su alma y posteriormente el megalomaniaco que expresa la idea de que todo su proceso tendría la finalidad de engendrar una nueva humanidad regenerada. Y fue después en el manicomio de Sonnestein, donde había sido trasladado, tratado por su nuevo psiquiatra, el Dr. Weber, que luego le incapacitaría, donde acabó de construir su delirio. A partir de ahí se estabilizó consiguiendo salir del psiquiátrico, recuperando su capacidad civil tras pleitear, 8 años después de su ingreso. Volvió a vivir con su mujer y su hija adoptada manteniéndose con sintomatología psicótica atenuada hasta que unos años, después, tras la muerte de su madre, el ictus que sufrió su mujer y el pleito en el que de manera indirecta por el legado Schreber se vio implicado, desencadenaron una recaída grave ingresando en Dosen donde murió.

Freud interpretó que el nombramiento de presidente del Tribunal Supremo de Dresde desestabilizó a Schreber al confrontarse con su rivalidad edípica. Mal triangularizado edípicamente, se activó su angustia de castración y su pulsión homosexual inmanejable para él, por su rígida educación, que le rompió, rechazándola y proyectándola (En origen, según Freud, destinada hacia su padre y hermano y después desplazada hacia Flechsig y Dios, idealizados). En un primer momento, tras perder el sentido de realidad y derrumbarse regresó a un estadio de narcisismo primario que se manifestó por su desconexión del mundo y su ensimismamiento y cuando construyó el delirio y recuperó su sentido de realidad pasó a un estado de narcisismo secundario que se caracterizó por su megalomanía, estabilizándose. La agresividad, presente desde el principio en el entorno amenazante que vivió Schreber y en el delirio persecutorio concretado en el almicidio o asesinato del alma que realizaban contra él Flechsig y Dios lo interpretó Freud como derivado de la pulsión homosexual por culpa persecutoria y acción de un super-yo sádico y castigador proyectado en estos.

En definitiva, Freud aportó lo siguiente:

1. La posibilidad de comprender las psicosis desde un punto de vista psicógeno, algo inédito en la época.
2. Intuye el rechazo o repudio y la proyección (lo rechazado en el interior aparece en el exterior) de la pulsión que intolerable, provoca la psicosis.
3. Señala la función sostenedora de delirio que resuelve la pérdida de sentido de la realidad, el enigma y el derrumbe psicótico, estabilizándole.
4. Señala la importancia del narcisismo en las psicosis, y en la construcción del delirio, desde un punto de vista de energía libidinal, no incompatible con una visión más actual del narcisismo.

5. Señala la importancia de la agresividad que relaciona con la activación de la pulsión homosexual en Schreber (activa la presencia de un super-yo sádico proyectado en el entorno vivido como asesinato de su alma)

Muchos psicoanalistas e intelectuales han hecho aportaciones y críticas a la interpretación freudiana del caso Schreber (por ejemplo la relación entre pulsión homosexual y paranoia como algo generalizado) pero me voy a referir a la aportación de Lacan porque me parece la más original.

Muy en resumen, Lacan a lo que dio importancia fue a la FORCLUSION de la metáfora del nombre del padre, o rechazo de la función paterna, entendida esta como el tercer elemento de la triangulación edípica que estructura el psiquismo, desplegando las identificaciones y colaborando a la formación de un super-yo maduro, fundando el sujeto simbólico.

Quizás sabéis que Lacan conceptualiza el psiquismo en tres registros, el simbólico, el real y el imaginario organizados por la función paterna que lo estructura. El registro simbólico da sentido a las cosas, a la realidad, el real son las cosas sin sentido, la cosa en si misma, sin representación mental, no simbolizada y el imaginario son las imágenes del pensamiento en cuyo ámbito está la fantasía.

En definitiva, tras caer su capacidad de simbolización tras su nombramiento como presidente, por lo que para Schreber significaba en el sentido de presencia del significativo nombre del Padre, invadido por su mundo de lo real, expresado en su primera alucinación auditiva y en las eyaculaciones nocturnas repetidas, reflejo de las pulsiones descargadas automáticamente y que le dieron su certeza delirante, e inmerso en su registro imaginario, creó su fantasía delirante megalomaniaca de transformación en la mujer y madre de una nueva humanidad. Esta fantasía delirante, presente en el imaginario de Schreber, le estabilizó.

El segundo caso al que aludiré brevemente es el caso AIMÉE de Lacan.

En 1931, en París, Marguerite Pantaine que Lacan llamó Aimée intentó apuñalar a una famosa actriz de teatro, le produjo heridas en las manos y fue detenida e ingresada en la cárcel donde estuvo 2 meses. Posteriormente fue trasladada a Santa Anne donde Lacan trabajaba como interno. Lacan la entrevistó, vio que era una paranoica y le siguió durante un año siendo su caso la base de su tesis doctoral.

Aimée presentaba un delirio persecutorio, creía que la actriz quería matar a su hijo y un delirio megalomaniaco con dos vertientes: se consideraba una gran artista y creía tener la misión de salvar a todos los niños del mundo. Llevaba 10 años mal, desde los 28, edad en la que quedó embarazada por primera vez. Provenía de una madre paranoica y un padre agresivo, habiendo muerto su hermana mayor en un horno antes de que ella naciera y que se llamaba como Aimée. El primer hijo que tuvo Aimée a los 28 años murió en el parto y ahí se activó su paranoia, ya presente durante el embarazo, tras un periodo enigmático con sentimientos de extrañeza, construyendo un delirio en el que hizo responsable de la muerte de su bebé a una amiga. Su segundo embarazo agravó su paranoia activándose su delirio persecutorio: creía que querían matar a su hijo y su megalomanía que incluía su misión para salvar niños, el considerarse una gran artista y su erotomanía. A pesar de todo abandonó a su hijo y a su familia siendo sustituida por su hermana y se fue a París donde además de trabajar

como funcionaria intentó triunfar como escritora. Después atentó contra la actriz que era su objeto de admiración, su ideal, y de odio por envidia y su perseguidora. Cuando tras su detención comprendió que se estaba agrediendo a sí misma, el delirio se atenuó y Aimée se estabilizó.

Lacan consideró que los embarazos le enfrentaban inconscientemente a su insuficiente triangulación edípica y al fantasma de la hermana muerta, en definitiva, al rechazo agresivo de la maternidad, lo que le llevó a derrumbarse, a reinterpretar el mundo desde su fantasía delirante para sostenerse, fantasía en la que el narcisismo herido y la agresividad eran los ingredientes fundamentales. Tras intentar apuñalar a la actriz, que representaba su ideal, la ley, la ley social, le condenó, le castigó (Un castigo que inconscientemente buscaba). Aimée fue detenida y encarcelada y entonces pudo comprender que al agredir a la actriz se había agredido a sí misma. Así dio sentido o simbolizó el acto. Y al dar sentido al acto el delirio dejó de estar activo y la paciente mejoró. Así, Lacan descubrió la paranoia autopunitiva que esbozaba el pensamiento en el que fundamentaba la psicogénesis de las psicosis y la posibilidad de curación espontánea de algunas psicosis delirantes.

En resumen, lo que señaló Lacan de Aimée y de las psicosis en su tesis doctoral: “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” fue:

1. Lo que psicotizó a Aimée fue la pulsión agresiva hacia su embarazo que no pudo elaborar y rechazó, proyectándola hacia su entorno al que hizo responsable de su pulsión.
2. La elección de las perseguidoras la hizo por identificación con un ideal narcisista, primero con su amiga y después con la actriz a la que atacó, (por admiración y envidia). (Intuía ya el estadio del espejo).
3. La función sostenedora del delirio que da un sentido, aunque fuera patológico, a la realidad de Aimée ante el enigma inicial.
4. Cuando la ley social cayó sobre Aimée tras el apuñalamiento, esta se dio cuenta de que agrediendo a la actriz se había agredido a si misma. Así, la ley social, concepto previo a la ley fálica y a la función paterna en Lacan, estructuró su psiquismo y el delirio se atenuó. (Aquí se intuye el concepto de Forclusión). Y denominó a este cuadro paranoia de autocastigo en la que el super-yo sádico de Aimée proyectado en el entorno se vuelve contra ella siendo curativa su descarga autopunitiva y sus consecuencias.
5. Señaló también la discontinuidad entre personalidad y psicosis señalando la presencia de los Fenómenos Elementales o Automatismo Mental de Clerembault como patognomónicos de la irrupción de las psicosis (luego los explicaría como derivados de la caída de lo simbólico y la presencia de lo real, expresadas en Aimée por los sentimientos de extrañeza y otros que presentó durante el embarazo, en el momento inicial de la psicosis).

En cuanto al último de los casos que traigo para entender desde el punto de vista psicoanalítico las psicosis, el caso de la madre de Hildegart, Aurora Rodríguez Carballeira, solo haré una breve alusión: en 1933 hubo un suceso en Madrid que conmocionó a la opinión pública: Hildegart Rodríguez de 18 años que había sido una niña superdotada y que, pese a su edad, era una prometidora intelectual reconocida incluso internacionalmente, había sido asesinada por su madre a la que siempre había estado muy unida. Eran inseparables y Aurora le había engendrado mediante lo que

llamó un colaborador fisiológico con la idea de construir un ser superior. Hildegart había sido construida por su madre para redimir a la Humanidad. Para Aurora, Hildegart era su alimento narcisista, su objeto del self en terminología kohutiana, o su falo según Lacan. Y sin ella, no era nada. Hildegart quiso separarse de ella, independizarse, apartarse ideológicamente de sus ideas y Aurora no lo pudo soportar y por eso le mató y matándole se mató a sí misma. Fue condenada, y en el juicio los peritos de la defensa, Sacristán y Prados sostuvieron paranoia como diagnóstico y los de la acusación, Vallejo Nájera y Piga personalidad paranoide. Ganaron los últimos y fue a la cárcel, pero, aunque todos estaban en lo cierto, tenían más razón los primeros: tenía una personalidad paranoide y una paranoia: y por eso fue después trasladado al manicomio de Ciempozuelos donde desarrolló una psicosis melancólica muriendo en 1956, apareciendo en su certificado de defunción el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Traigo este caso porque es un claro ejemplo de evolución desde narcisismo patológico organizado como trastorno narcisista de la personalidad en el sentido de Kernberg, a personalidad paranoide, a paranoia, a psicosis melancólica y a esquizofrenia paranoide, los tres polos de las psicosis. Es decir, al menos en este caso, está presente la idea de psicosis única, de espectro psicótico, desde el narcisismo patológico a la esquizofrenia paranoide y en donde, como en Aimée, narcisismo y agresividad integran el conflicto central.

Muchos otros psicoanalistas han aportado luz a la comprensión de lo psicótico y de las psicosis, pero voy a aludir a tres que me parecen especialmente importantes: Melanie Klein, Wilfred Bion y Donald Winnicott.

Melanie Klein universalizó las psicosis en el sentido de que, al describir las dos posiciones básicas del ser humano frente al objeto, frente al entorno significativo, la esquizoparanoide y la depresiva, presentes de manera permanente en todos nosotros, expresó la idea de que cualquiera podríamos desarrollar un cuadro psicótico si las circunstancias, cualitativa o cuantitativamente, se dieran para ello. En la posición esquizoparanoide, ante la imposibilidad de conciliar el amor y el odio hacia el entorno significativo, gratificante y frustrante, se instala la escisión unida al rechazo de la pulsión destructiva en un contexto en el que no hay aún una diferenciación clara del bebé con el entorno, con el objeto y por tanto predomina la identificación proyectiva confundiendo el bebé con el objeto-entorno. Es decir, el bebé confunde sus propios sentimientos con los del entorno-objeto, base de la identificación proyectiva. Si hay una mala conciliación del amor y del odio por exceso de éste de manera innata, entonces la escisión unida a la negación psicótica, al rechazo, se hará patológica y si además hay un deficiente proceso de separación self-objeto-entorno, predominará la identificación proyectiva patológica y entonces habrá una mayor predisposición a la psicosis.

Wilfred Bion insistirá en una predisposición universal a las psicosis definiendo la parte psicótica de la personalidad con su funcionamiento específico, pero así como Melanie Klein ponía el énfasis en la agresividad innata, Bion lo hace en el entorno, en lo que llama la capacidad para contener y ayudar a conciliar el amor y la destructividad del bebé. Además aportará algo muy importante para la comprensión del psiquismo en general y de la psicosis en particular: la importancia que da a las emociones como área del psiquismo de la que nacen los pensamientos en el contexto del vínculo emocional con el entorno significativo. Este entorno puede facilitar la transformación

de estas emociones en pensamiento maduro, con sentido, o puede no hacerlo afectándose la capacidad de simbolizar en diferentes grados que predisponen a las psicosis.

De Donald Winnicott solo voy a mencionar el concepto de falso self desarrollado para proteger a un self psicótico muy vulnerable narcisísticamente y que no puede tolerar el contacto humano auténtico y toda su implicación emocional. Estaría constituido por defensas que, dando una identidad que puede incluso parecer sólida, no es más que una forma de distanciarse de las emociones que implican un contacto humano auténtico y que en su forma más extrema constituye la personalidad esquizoide. Y atribuye al entorno significativo que no ha sido suficientemente bueno para transformar las inadecuadas necesidades narcisistas y la rabia del bebé en adecuadas lo que le lleva a tener que proteger desarrollando su falso self que puede desmoronarse por la presión del mundo exterior o por necesidades internas dando paso al self psicótico.

Hay muchos otros autores cuyas aportaciones son importantes de cara a comprender lo psicótico pero en conjunto se podría decir que en el momento actual hay un cierto consenso a la hora de reconocer la diversidad de los psicóticos: desde lo más psicótico, es decir, aquellos pacientes en los que subyace un self psicótico predominante, una estructura psicótica con escisión, rechazo de la realidad e identificación proyectiva como defensas predominantes frente al mundo externo e interno, hasta lo menos psicótico: aquellos pacientes en los que aún pudiendo instalarse estas defensas en momentos puntuales, funcionan con otras menos primitivas. Dentro de este grupo nos encontramos con las organizaciones borderline en las que predomina la renegación en lugar del rechazo de la realidad, aunque puntualmente pueda instalarse el rechazo de esa realidad en la descompensación psicótica. E incluso en neuróticos podemos ver descompensaciones psicóticas: por ejemplo en los obsesivos el delirio sensitivo de referencia como ya describió Kretschmer, por proyección en relación con la culpa persecutoria y en la histeria por disociación.

En fin, diversidad en los psicóticos desde lo más psicótico en los que subyace una estructura psicótica hasta lo menos psicótico en los que subyace otro tipo de estructura. Esta afirmación, o esta idea, merece una reflexión porque acabo de mencionar "estructura" y no lo había hecho de manera explícita hasta ahora.

Freud concibió el psiquismo como estructurado en dos formas, neurótica o psicótica, dependiendo, en términos de la segunda tópica freudiana, de cómo se situara el yo frente a la ley. Una tercera forma de situarse sería la organización límite que no tendría el rango de estructura. Lacan hablaría de psicótica, neurótica y perversa, todas las estructuras cerradas por definición. Esta idea se basa en la teoría estructural que desarrolló Levi-Strauss, vigente aún, pero puesta en entredicho, en el campo del psicoanálisis, por algunos psicoanalistas importantes como Jean Laplanche, Los Bleichmar, especialmente Hugo, Judith Butler, Julia Kristeva o el mismo Lacan en su última época con su clínica borromea. En resumen, se dice que la teoría estructuralista del psiquismo es demasiado reduccionista, que no tiene en cuenta la influencia de la historia en la subjetividad, que habla del SER HUMANO con mayúsculas frente a seres humanos y que se olvida de las emociones y su regulación psicobiológica.

En definitiva, desde mi punto de vista, estando vigente la idea de estructura psíquica, y admitiendo que hay una forma de pensamiento psicótico acorde con dicha estructura, yo me apunto a la idea kleiniana de universalización en mayor o menor medida de lo psicótico poniendo una interrogación en la idea de estructuras completamente cerradas, salvo excepciones.

Y comienzo con la segunda parte que se refiere al abordaje terapéutico de las psicosis, en concreto, a la psicoterapia de proceso paranoide.

3. ABORDAJE PSICOANALÍTICO DE LAS PSICOSIS

Voy a exponer un modelo de abordaje psicoanalítico de las psicosis mediante la presentación de dos casos clínicos. Este es un modelo que tengo presente y que desarrolló y publicó en 1986 William Meissner, psicoanalista didacta del Instituto Psicoanalítico de Boston y profesor de psiquiatría en Harvard, premio Oskar Pfister entre otros y que dedicó parte de su vida al abordaje psicoanalítico de pacientes psicóticos. Por si a alguien le interesa el libro se ha traducido y publicado en 2014 por la "Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis y se titula: "La psicoterapia y el proceso paranoide".

Desde luego no es un modelo estructurado ni lineal, aunque si no se construye una fase del proceso terapéutico no se puede pasar a la siguiente, aunque las que se construyen siempre van a estar presentes y van a seguir trabajándose. A mí me ha resultado útil.

Dos cuestiones antes de exponer el esquema o plan psicoterapéutico:

1. Meissner concibe lo que denomina "proceso paranoide como el proceso básico del desarrollo del psiquismo. Cuando nacemos introyectamos el entorno y por proyección de lo introyectado construimos nuestro self. Una de estas construcciones destinada a reafirmar este mundo proyectivo es lo que Meissner llama la construcción paranoide que se manifiesta en todas las personas por la tendencia interpretativa, la desconfianza, la envidia y lo intolerantes y prejuiciosos que podemos ser.

La introyección, la proyección y la construcción paranoide, está presente en todos nosotros y nos puede predisponer, a unos más que a otros, a lo que Meissner llama las configuraciones paranoides, la patología psicótica en sus diferentes grados de gravedad, desde lo más psicótico a lo menos psicótico, aunque Meissner diferencia proceso paranoide y proceso esquizofrénico.

En el caso concreto del delirio, éste tendría la función defensiva de dar cohesión al self. Esto es importante de cara al tratamiento porque su debilitamiento amenaza al self y si hay debilitamiento debe haber otro sostén para el self.

Esta forma de ver el psiquismo y en concreto la patología psicótica se parece mucho a la que Fernando Colina expone en Melancolía y Paranoia. El proceso paranoide, en concreto la construcción paranoide, equivale a lo que Colina llama el eje paranoide que recorre nuestro psiquismo y el eje depresivo está también presente en la conceptualización del psiquismo de Meissner que parte de la psicología del yo, de la teoría de las relaciones objetales y de la psicología del self.

2. FILOSOFIA DEL TRATAMIENTO:

1. Considera importante tener un plan psicoterapéutico específico frente al paciente psicótico.

2. Es realista frente a este tipo de pacientes siendo el objetivo de la psicoterapia que el paciente maneje mejor sus psicosis promoviendo la compensación clínica de ésta.

3. Tiene en cuenta que el DELIRIO es una construcción que sostiene el self y al debilitarlo se produce una amenaza de derrumbe de éste por lo que el proceso terapéutico, el terapeuta, deberá sostener este self con la sobrecarga contratransferencial y real que ello supone.

4. En su forma completa solo es aplicable a aquellos pacientes psicóticos menos graves, es decir, a los que conservan áreas sanas de su personalidad. En el resto, la psicoterapia será de apoyo, basado en las dos primeras fases del esquema: ALIANZA TERAPÉUTICA, ESCUCHA y acompañamiento.

5. En cuanto a la técnica las características son:

1. No hay asociación libre sino que se promueve la autorreflexión.

2. No hay confrontación ni interpretación en el sentido clásico. Solo clarificación.

3. LAS FASES son las siguientes:

— Construcción de la alianza terapéutica. Se basa en la empatía y en el trabajo sobre las emociones. (Construida, facilita el acceso a la siguiente fase y nunca se deja de trabajar).

— Exploración del sistema proyectivo y del delirio. (Escucha detallada con intervenciones clarificadoras).

— Verificación de la realidad pretende que el paciente complete en su discurso aquello que ha suprimido o rechazado éste para confirmar su sistema delirante (pretende cierto debilitamiento de éste sin confrontación. Si se consigue este debilitamiento aparecen los primeros elementos del sistema introyectado patógeno).

— Clarificación del sistema introyectivo patógeno. (Meissner divide en tres que yo agrupo) - Primeros elementos introyectados patógenos

- Relaciones objetales introyectadas patógenas

- Clarificación de la formación del self a partir de las introyecciones patógenas: las identificaciones, los ideales y los códigos familiares introyectados patógenos.

— Trabajo centrado en el duelo por la pérdida o el debilitamiento de las relaciones de apego infantiles patógenas que, aunque sean responsables de la patología, han sostenido al self y se reflejan en la transferencia.

— Dependencia trasferencial: El debilitamiento de las relaciones infantiles patógenas y el debilitamiento de la patología delirante, debilita al self que tiende a apoyarse en la relación terapéutica produciéndose un estado de dependencia trasferencial con la consiguiente sobrecarga contratransferencial, estando incrustado el conflicto subyacente en la transferencia.

— Resolución de la transferencia y finalización del tratamiento: El trabajo terapéutico centrado en la transferencia, donde está incrustado el conflicto, y en áreas significativas de la vida del paciente, conduce al trabajo centrado en el duelo de la relación terapéutica con el objetivo de promover su autoconfianza y su autonomía. Si este trabajo tiene éxito y se produce una introyección de la relación terapéutica, supuestamente más sana, sustitutiva de las debilitadas introyecciones infantiles patógenas, es posible la finalización del tratamiento.

Se presentan dos casos clínicos de pacientes tratados con ese esquema terapéutico como referencia. (En ambos casos se trata de pacientes con un delirio oculto de más de 20 años de evolución que han conservado áreas sanas de su personalidad y que han vivido una vida aparentemente sana). El primero de los casos es una PARANOIA DE AUTOCASTIGO, y el segundo una PARANOIA consistente en un delirio de perjuicio. Los dos se han “disfrazado” para que no fueran identificables, pero se mantiene la esencia de los mismos.

RESUMEN DE LOS CASOS CLÍNICOS

PRIMER CASO. PARANOIA DE AUTOCASTIGO

Paciente con autolesiones repetidas atribuidas a un perseguidor. El delirio comenzó en su adolescencia en un momento crítico tras un encuentro con un “visionario”, potencial alimento narcisista. La frustración de esta relación por intervención familiar disparó su agresividad que rechazó, escindió y luego introyectó y proyectó en la figura del visionario, que no era más que una parte de sí misma y que se convirtió en su perseguidor (porque era mejor ser una víctima que no ser nada). Las autolesiones le calmaban por un cierto tiempo hasta que reaparecían ante circunstancias significativas para ella. El trabajo terapéutico sobre su autoimagen, extremadamente denigrada y su ideal megalomaniaco inalcanzable en diferentes áreas de su vida y en la transferencia condujeron a una mejoría clínica con desaparición de las autolesiones, conciencia de autocastigo y distanciamiento de su delirio aunque persistiendo la certeza delirante de lo vivido.

SEGUNDO CASO. DELIRIO DE PERJUICIO

En este paciente lo que estaba en juego fue una pulsión homosexual que no fue rechazada como en Schreber sino renegada. Tras aparecer dicha pulsión 20 años atrás generó un sentimiento de culpa persecutoria que proyectó en su entorno construyendo después, tras escindirse en dos identidades y “actuar” su sexualidad de manera compulsiva a lo largo de los años, un delirio de perjuicio con un perseguidor

principal y varios secundarios. El trabajo terapéutico sobre su imagen denigrada derivada de un sentimiento de abandono, de identificaciones con familiares denigrados y de códigos familiares muy rígidos en torno a la sexualidad, en la transferencia y en diversas áreas significativas de su vida, condujeron a una notable mejoría clínica alejado del delirio, aunque persistiendo su certeza delirante de lo vivido. Sin embargo, un año después se activó de nuevo, por diversas circunstancias, su patología delirante.

TEXTOS CONSULTADOS

- Psicoanálisis y Esquizofrenia: Una historia con moraleja. Autor: Willick, Martin (Traducción de Raul Gautier Roques). En Aperturas Psicoanalíticas, num. 009, 2009. Internet).

- Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides), autobiográficamente descrito, Freud, S. Obras Completas, tomo 2, Biblioteca Nueva, 1975.

- Las psicosis. El Seminario 3, Lacan, J., Paidós, 1984.

- De las psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad, Lacan, J., Siglo XXI Editores, 1975.

- Melancolía y paranoia, Colina, F., Síntesis, 2011.

- La Invención de las Enfermedades Mentales, Álvarez, J.M., Gredos, 2008.

- Psicosis, una Perspectiva integradora, Cullberg, J. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2006.

- Estudio psicoanalítico de la paranoia. El caso de la madre asesina de Hildegart, Fernández Soriano, J.J., Biblioteca Nueva, 2012.

- La Psicoterapia y el Proceso Paranoide, Meissner, W., Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2014.