



Debate sobre “El abismo de la locura”
Una discusión¹ en torno al trabajo de G.E. Atwood

**“La psicoterapia como ciencia humana:
Estudios de casos clínicos que exploran el abismo de la locura”²**

GEORGE E. ATWOOD^{3, 4, 5}

Rutgers University

Este trabajo muestra ejemplos de mi trabajo clínico, ejemplos que ilustran un enfoque fenomenológico, humanístico, existencial y psicodinámicamente elaborado de los trastornos psicológicos graves, incluyendo los trastornos supuestamente llamados esquizofrenia y trastorno bipolar. Ejemplifico cómo los “síntomas” que aparecen en este campo pueden ser entendidos no como signos exteriores de una enfermedad interior, sino como reacciones a experiencias continuas de terribles abandonos, de la experiencia de incompreensión y retraumatización. A continuación, paso a imaginar el mundo de la psiquiatría y la psicología como una ciencia humana, una ciencia que hubiera escapado a la hegemonía del modelo médico y que se basara en el estudio de vidas humanas tal y como son vividas y experimentadas. En este mundo, el terapeuta tendría un compromiso radical con el cliente, teniendo en cuenta que la subjetividad del terapeuta está continuamente presente en el proceso psicoterapéutico. Aquí no existe tal cosa como la observación independiente; y si el diálogo psicoterapéutico es exitoso en alguna medida, siempre iluminará y transformará los mundos de las personas involucradas.

Palabras clave: Fenomenología; psicosis; esquizofrenia; trastorno bipolar; psicología humanista; relación terapéutica; teoría psicodinámica; estudios de casos; estudios de casos clínicos.

This paper presents examples of my clinical work that illustrate a phenomenologically, humanistically, existentially, and psychodynamically informed approach to severe psychological disturbances, including both so-called schizophrenia and so-called bipolar disorder. I illustrate how "symptoms" that appear in this realm can be seen not as outward signs of an inward illness, but as reactions to such ongoing experiences as devastating abandonment, felt misunderstanding, and re-traumatization. Following this, I imagine a world of psychiatry and psychology as a human science, one that has escaped the hegemony of the medical model and grounds itself in the study of human lives as they are lived and experienced. In this world, the therapist has a radical engagement with the client, with the therapist's subjectivity being everywhere present in the psychotherapeutic process. Here, there is no such thing as detached observation; and if a psychotherapeutic dialogue is in any measure successful, it always illuminates and transforms the worlds of both of the people involved.

Key Words: Phenomenology; psychosis; schizophrenia; bipolar disorder; humanistic psychology; therapeutic relationship; psychodynamic theory; case studies; clinical case studies

English Title: Psychotherapy as a Human Science: Clinical Case Studies Exploring the Abyss of Madness

Cita bibliográfica / Reference citation:

Atwood, G.E. (2014). La psicoterapia como ciencia humana: Estudios de casos clínicos que exploran el abismo de la locura. *Clinica e Investigación Relacional*, 8 (3): 291-322. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

En mi época de estudiante recién llegado a la universidad, en la explosión del entusiasmo juvenil, solía pensar que la psicoterapia de las enfermedades mentales graves ofrecía la oportunidad de descubrir los secretos de la mente y las profundidades de la naturaleza humana. He tenido la buena suerte de dedicar mi vida a esta tarea, y este ensayo compila algunas de las cosas que han ido surgiéndome en el transcurso de los casi cincuenta años que llevo trabajando en este ámbito.

No puedo decir que mi trayecto haya desenmarañado el misterio de la psique, pero puedo decir que me ha llevado a tener ideas y comprensiones que, al menos para mí, son significantes e interesantes. El material se desarrolla en la forma de una serie de reflexiones que abarcan experiencias clínicas significativas y reflexiones teóricas y filosóficas asociadas a la naturaleza del proceso psicoterapéutico.

El caso Grace

Todo psicoterapeuta tiene un caso al principio de su carrera que moldeará su destino como clínico. El siguiente relato cuenta la historia de una mujer de quien aprendí sobre la psicosis, y sobre lo que se requiere de una experiencia terapéutica con el fin de que se pueda abordar y aliviar la devastación que sufre el paciente. El trabajo tuvo lugar como parte de una beca postdoctoral en psicología clínica en el centro de salud mental Western Missouri de la ciudad de Kansas (Missouri), desde 1969 hasta 1972. Lo que hizo que esta institución me resultara interesante era que su director en formación clínica era Austin Des Lauriers, un renombrado psicoterapeuta y autor de *The Experience of Reality in Childhood Schizophrenia*⁶ (1962). Des Lauriers fue mi supervisor clínico durante el desarrollo de las experiencias que se exponen a continuación.

Antes de nada, algunas palabras sobre mi encuentro inicial con la paciente, una mujer de 28 años a quien llamaré Grace: Una madrugada, pronto – eran las 3 de la mañana – llego a la zona de ingresos del hospital donde yo me estaba formando, gritando y protestando. Su pelo estaba revuelto, sus ojos desorbitados por la agitación, y el sudor empapaba sus ropas. Pidió ver a alguien que fuera importante. Me presenté como esa persona, y me senté a escuchar su historia. Unas horas antes, Grace había experimentado una invasión en su habitación de deslumbrantes fogonazos dorados, y decía que estos relámpagos habían penetrado, de alguna forma, en su cuerpo. Le pregunté qué creía que era este suceso. Me dijo, en tono alto:

¡Tuve un encuentro sexual con Jesucristo!

¡Estoy llena de Su energía y estoy a punto de EXPLOTAR!

Durante muchos años, la paciente había acarreado el siguiente diagnóstico: Esquizofrenia tipo Paranoide – DSM II: 295.3. Cumplía todos los criterios: síntomas claros del trastorno, afecto inapropiado, alucinaciones, delirios de grandeza.

Bajo la guía de Des Lauriers' (1962), organicé sesiones diarias con la paciente. La veía cinco días a la semana. La pusieron en terapia con fenotiazina, y aunque los fármacos sin duda la relajaron, no parecieron tener efecto alguno sobre los delirios religiosos que manifestaba. Su vida delirante estaba muy presente, y en los primeros meses de mi trabajo con ella hice el esfuerzo de llegar a relacionarme con ella en toda su extensión. También recopilé una historia detallada, tanto de ella como de los diferentes miembros de su familia.

Estaba muy comprometida con Dios, la Iglesia Católica, y un destino especial que vislumbraba para ella en nuestro planeta. Se consideraba a sí misma como la encarnación en la tierra del Espíritu Santo, un miembro de la Trinidad, y veía su papel como el de alguien que debía ejercer una fuerza para conseguir la paz en el mundo como el prelude del Segundo Advenimiento de Dios y del Fin del Mundo.

Desde un punto de vista lógico, los delirios de esta paciente eran inconsistentes entre sí en numerosos aspectos, pero si uno los miraba de forma simbólica, podía discernir la presencia de temas que se repetían. Se veía a sí misma como un miembro de la Santa Trinidad, encarnada para efectuar el recibimiento de nuestro Señor y Salvador, preparando el escenario para su ascensión en la Vida Eterna en el Paraíso y la Resurrección y Salvación de toda la humanidad. Creía que Dios Padre y Dios Hijo también habían adoptado formas humanas y se encontraban en dos personas conocidas suyas. Dios Padre, decía Grace, habitaba dentro del Obispo de su diócesis, un hombre para el que ella había trabajado como voluntaria en la iglesia años atrás. Dios Hijo, el propio Jesucristo, estaba presente en otro hombre que había sido consejero suyo durante los últimos años de su adolescencia. Esta persona, también un devoto católico, había intentado ayudar a mi paciente durante varias depresiones muy graves que había tenido siendo más joven. Ella llegó a sentir un profundo cariño por este consejero, pero su relación terminó cuando tenía 19 años y se volvió psicótica de forma repentina. A pesar de que no se habían visto en casi una década, Grace ansiaba tener un reencuentro feliz dentro de la Trinidad en el Fin del Mundo.

Mi paciente parecía albergar fantasías acerca de estar embarazada, gritando con frecuencia por las mañanas:

¡Tengo náuseas y dolor!

Un día, respondí a esta exclamación de forma impulsiva diciéndole que no se preocupara, porque no estaba embarazada. Reaccionó riéndose a carcajadas. Aunque

nunca reivindicaba abiertamente ser la Madre de Jesús, quedaba claro que se identificaba con la Virgen María. También creía que tenía una relación personal con el Santo Padre en Roma, experimentando con frecuencia vívidos vuelos alucinatorios por el cielo del Vaticano, desde donde descendía y se depositaba suavemente en el regazo del Papa. El Colegio de Cardenales, tal y como explicaba, estaba contemplando la posibilidad de canonizarla, y esperaba ansiosa la proclamación de Roma diciendo que había sido declarada santa.

Permítanme ahora pasar a lo que llegué a entender como una tragedia fundamental que tuvo lugar durante su infancia. Sufrió la experiencia que es, probablemente, el suceso aislado más perjudicial que un progenitor puede hacerle a su hijo o hija: el suicidio de su adorado padre. Sucedió cuando Grace tenía 10 años, destrozó a su madre y, en realidad, a toda su familia – tenía dos hermanos más – y no contaba con nadie que le ayudara a afrontar las trágicas secuelas. Una tarde, sin previo aviso, su padre se había cortado las venas y ahorcado de un árbol.

Un suceso como este es tan destructivo que apenas puede describirse. Además de constituir una pérdida traumática, el suicidio invalida de forma retroactiva la relación en la que el niño o niña había creído hasta antes de la muerte. Por el hecho de ser un acto premeditado, algo que el padre ha elegido hacer, se hace una declaración de lo que significa el niño para el padre. Así pues, la verdadera realidad del mundo del niño se ve atacada por el suicidio del padre. Todo lo que era considerado como cierto hasta entonces pasa de repente a no significar nada, la fe en las percepciones y pensamientos propios se ve atacada, y el niño se encuentra con el conocimiento, hasta ese momento nunca pensado siquiera, de que él no es algo por lo que merezca la pena vivir. Un niño o niña que haya pasado por una experiencia así queda necesitado de mucho apoyo para encontrar una manera de sobrevivir a lo que ha pasado sin que esto termine por destruir su vida. Sin embargo, el resto de miembros de la familia normalmente se encuentran igualmente traumatizados por la muerte y no están disponibles para los otros, lo que complica la situación enormemente. Todas estas cosas son las que se pusieron en juego en los primeros años de mi paciente.

¿Cómo pasó Grace de la tragedia de la muerte de su padre a ser parte de la Santa Trinidad? ¿Cómo pasa alguien de un suicidio devastador a un destino mesiánico que acarreará el fin del mundo? Me preguntaba por estas cosas a medida que iba escuchando el triste relato de mi paciente. Sin embargo, eran cosas que no se le podían preguntar a ella, ya que en sus delirios no era capaz de mantener nada parecido a una conversación normal. Siempre que el tema de estas ideas salía en nuestros encuentros, se entusiasmaba rápidamente y se colmaba de sentimientos, como si tuviera un poder divino. Si yo era lo suficientemente torpe como para preguntar, por ejemplo, por qué pensaba ella que su

consejero era la reencarnación de Jesucristo – y en los primeros momentos llegué a hacer preguntas nada recomendables – se pegaba a la silla y gritaba:

*¡Soy la Verdad, soy el Camino, soy la Luz!, o
 ¡El sufrimiento, la pena, el DOLOR!, O
 ¡Es el lado HUMANO de Jesucristo, no el DIVINO!*

Aprendí a evitar preguntas tan directas sobre los detalles de su vida religiosa, y durante breves periodos en nuestros encuentros iniciales, pude tener con ella conversaciones bastante coherentes sobre su infancia y de aspectos muy concretos del programa que seguía en el hospital.

La respuesta a la pregunta de cómo pasó de la muerte de su padre a sus delirios y alucinaciones tiene que ver con el camino que intentó encontrar en los años que siguieron a la tragedia. Fue un camino de espiritualidad, de oraciones secretas, de un intento de acercarse a Dios, de buscar consuelo en los brazos de Jesús. Hizo una especie de pacto con el Salvador: si Él aceptaba rescatarla y llevarla a un estado de unión con Él, ella se transformaría a sí misma y llegaría a ser un ser puramente espiritual. Sin contarle a nadie vivo acerca de sus compromisos secretos, Grace intentó representar su planeada unión con Dios entrando en un convento a los 17 años, con la idea de hacerse monja y misionera y entregando lo que le quedara de su vida en la tierra a los trabajos de autosacrificio por los pobres y enfermos. Intentó con todas sus fuerzas, como una parte de esta lucha hacia la unicidad con su Dios, purgarse de cualquier rastro de interés o necesidad personal que tuviera, incluyendo la total aparición de su sexualidad. A pesar de todo, no logró completar sus estudios en el convento, y después de un año de lucha, se derrumbó y cayó en una oscura depresión. Este fue el momento en el que comenzó a recibir asesoramiento de un hombre que era miembro de su iglesia y que había trabajado con muchos curas y monjas.

No me detendré en los detalles de las sesiones que tuvieron juntos, aunque Grace me los fue contando. Será suficiente con decir que se aferraba a su consejero como su Salvador, y sin llegar a decirle a él que estaba empezando a pensar que por fin había encontrado a Jesús, y que un milagro había ocurrido en su vida, y que su consejero era el propio Dios. Pero la atracción espiritual y la alegría que sentía por haber llegado al fin a Su presencia se vieron perturbados por sentimientos de otro tipo: una confusa y consternadora intensidad sexual comenzó a ocupar un lugar en su vínculo con el consejero, y no era capaz de eliminar los deseos de contacto físico y erótico con él. Comenzó también a sentir que él no la escuchaba, y que, a pesar de su idealizado estado de cuasi-divinidad, que a él no le importaba su sufrimiento. Sin llegar a decir nunca nada que directamente tuviera que ver con esto, un día apareció en su oficina y, sin previo aviso, le gritó estas

palabras:

¡JESUCRISTO ME HA ABANDONADO!

A continuación, Grace se marchó y sus encuentros se interrumpieron. Apenas unos días después fue hospitalizada por primera vez, estando ya profundamente inmersa en las fantasías delirantes que estaban presentes cuando la conocí por primera vez. Su consejero no hizo ningún intento de ponerse en contacto con ella y ella tampoco hizo nada por encontrarle a él. A pesar de esto, quedaba en su cabeza la idea fluctuante de que en él, había encontrado a Dios.

Durante los siguientes 6 años, Grace osciló entre una estabilidad relativa y estados de profunda preocupación religiosa. Hubo al menos 10 hospitalizaciones diferentes durante este periodo, algunas de las cuales llegaron a durar meses. Finalmente, poco después de su 28 cumpleaños, en medio del último episodio de alucinaciones y delirios, Grace y yo nos encontramos.

Pasé mucho tiempo con ella, visitándola casi todos los días durante los primeros 6 ó 7 meses, a veces durante dos horas. En el transcurso de estos encuentros iba viendo que empezaba a estar muy unida a mí - siempre la encontraba esperando ansiosa cuando llegaba al hospital cada mañana, y era la última en decirme adiós cuando me marchaba por las tardes. A pesar de esto, no había ninguna mejora en particular que fuera visible, pues el torrente de sus fantasías religiosas continuaba, a veces llegando a ser tan intenso como para zanjar cualquier conversación, por importante que fuera. Con frecuencia se comportaba de forma imperiosa, lanzando órdenes sobre lo que quería que yo hiciera por ella, y prometiéndome que si lo conseguía, recompensaría mis esfuerzos aumentando mi conocimiento y ayudándome a convertirme en una persona espiritualmente poderosa por derecho propio. Una vez me miró profundamente a los ojos y gritó:

¡Doctor! ¡Voy a elevarle, de aquí [señalándose las rodillas] hasta AQUÍ [subiendo sus manos por encima de la cabeza y gritando]!

Pasó a ser intolerante con cualquier respuesta que hiciera a sus palabras y que no parecieran estar conectadas con aquello que ella estuviera intentando comunicar, y muchas veces gritaba furiosa:

¡Deja de cortarme cuando hablo, me estás cortando, DEJA DE CORTARME!

Tales momentos eran, como poco, tremendamente complicados, especialmente porque las ideas que expresaba eran casi siempre asuntos de revelaciones religiosas apenas comprensibles y frecuentemente incoherentes. Más allá de las palabras, trajo algunos cuadros que había terminado tiempo atrás. Eran principalmente sobre temas religiosos,

como la Crucifixión, la Resurrección, y la Virgen María, pero otros mostraban imágenes de fuego y destrucción, con las palabras “TENGO DOLOR”, “ESTOY FURIOSA” o simplemente “ESTOY”, garabateados en mayúsculas encima del marco.

Un día, cuando ya habían pasado muchos meses desde que trabajábamos juntos, me informó de que existía un proyecto secreto en el que había estado trabajando desde hacía más de dos años y que estaba ahora a punto de terminar. Le pregunté sobre qué iba este proyecto, y me contestó, gritando también esta vez:

¡DE MI PLAN PARA ALCANZAR MI ORO!

Al principio no entendí bien sus palabras, le pregunté: “¿Tu meta?”. Gruñó:

*¡MI DIOS!*⁷

Pareciendo que condensaba las palabras “oro” y “Dios”, este plan conllevaba, tal y como pude entender con gran dificultad, un programa de oraciones y meditaciones clandestinas que había desarrollado y tenían efectos curativos y de expansión del amor a lo largo y ancho del mundo. Estaba canalizando, a través de estas meditaciones, el amor de Dios, que estaba siendo transmitido a toda la humanidad. El propósito de esto era conseguir la paz mundial, y crear también las condiciones para el Segundo Advenimiento de Cristo y el Fin del Mundo. Con el fin de que el Plan pudiera ser ejecutado, imaginaba que era necesario reunirse con su antiguo consejero, el hombre al que ella había identificado como Cristo en la Tierra. Después de que se reunieran, los dos se unirían con el Obispo y subirían al Cielo en una explosión de gloria radiante como si de la Trinidad se tratara. El Fin del Mundo podría comenzar entonces, las almas de toda la humanidad tendrían su Juicio, y la Ascensión final de todo el mundo al Cielo podría entonces acaecer. “Alcanzar mi oro” significaba conseguir la unión con Dios, la deidad que había llegado a ella muchos meses atrás en la forma de milagrosa luz dorada. La paciente dio entonces sus instrucciones:

Quiero que llames al Dr. S., mi antiguo consejero, y me organices un cita con él. ¡LO HARÁS!

Cuando al principio dudé ante tal demanda, expresando mis dudas sobre lo acertado de esto, respondió furiosa:

¡TÚ, ATIENDE! Si quieres conocerme y tener relación conmigo, ¡serás parte de mi plan y harás lo que te digo! ¡AHORA!

Este fue el punto crítico en nuestra relación emergente: Se me había dado la oportunidad de elegir entre participar en su viaje y seguir sus órdenes, o de rechazar la propuesta y retirarme de su vida. Me daba la sensación de que estaba presionando mucho al hacerme esta petición y estaba muy inseguro acerca de cómo responderle. Conseguí no

darle respuesta en ese momento, pero le prometí que le contestaría al día siguiente.

Llegados a este punto, habíamos pasado más de 120 horas juntos, cada vez más inmersos, según me parecía, en sus apasionadas expresiones de religiosidad. Un día, cuando yo estaba jugando al billar con otro paciente, irrumpió en la salas de juegos, apartándonos bruscamente, sosteniendo bien arriba la bola blanca. Gritó:

¡ÉSTE ES EL ESPÍRITU SANTO!

Lanzó entonces la bola blanca con muchísima fuerza, y se mostró muy satisfecha al ver cuántas bolas se cayeron de la mesa de billar.

En otra ocasión, después de haber mantenido una difícil conversación de dos horas conmigo sobre diferentes asuntos religiosos, salió corriendo hacia la estancia donde otros pacientes jugaban al bingo. Quedándose de pie delante de ellos, anunció en voz alta:

¡SEÑOR, ESTOY CURADA! ¡SEÑOR, ESTOY SALVADA! ¡SEÑOR, SOY ALEGRÍA! ¿SABES QUIÉN ME SALVÓ? ¡ESE HOMBRE MARAVILLOSO, EL DOCTOR A., YUJUJU!

Pensé mucho la noche siguiente a las instrucciones que me había dado acerca de la planificada reunión con su antiguo consejero. Mantuve una breve supervisión con mi supervisor, el Dr. Austin Des Lauriers, quien creía que la psicoterapia era lo más importante de todo en el tratamiento de la esquizofrenia. Él sugería que resistiera a sus demandas con implacable firmeza, una firmeza que estableciera mi presencia en su mundo de manera más consistente y como la base de su eventual curación y recuperación. Él pensaba que sus extravagantes órdenes y amenazas eran ruegos a una fuerza exterior a ella en la que pudiera confiar en última instancia, y que dependía de mí ayudarla a encontrar esa fuerza en la conexión que ella y yo habíamos estado construyendo durante muchos meses. Des Lauriers me dijo que había llegado la hora de que me levantara y brillara.

Al día siguiente, la vi a última hora de la tarde, y en esta ocasión nuestro encuentro fue una experiencia muy diferente, para los dos. Cuando nos sentamos y ella estaba a punto de lanzarse a por su Plan y las instrucciones que llevaba asociadas, la frené pidiéndole que guardara silencio y que escuchara algunas cosas que tenía que decirle. Cuando me gritó que la “estaba cortando”, le contesté que no era así; de hecho, era ella quien ahora me estaba cortando a mí, y tenía que pararse y escucharme ella a mí. Finalmente pudo guardar silencio. Dije lo siguiente, intentando utilizar una voz tranquila pero firme.

Hemos estado pasando un tiempo juntos, días, semanas y meses, y he escuchado todo lo que tenías que contarme con mucha atención. Ahora soy yo quien tiene algo que decirte, y debes escucharlo hasta el final. Se ha hablado mucho sobre tu plan. Quiero que sepas que desde ahora yo tengo un plan nuevo, un plan para ti, y en mi

plan tú te vas a poner bien, y podrás dejar el hospital y estar con la gente que te quiere. En lo que se refiere a posibles reuniones que pudieran organizarse, no habrá ninguna reunión con nadie excepto las reuniones que tú y yo tengamos juntos, porque es en nuestro trabajo juntos donde el plan del que te hablo llegará a conseguirse. Sólo hay una persona en este mundo de la cual tienes que preocuparte de ver. Yo soy esa persona.

Al principio, cuando empezaba a dar este pequeño discurso, intentó interrumpirme, pero cada vez que lo hacía, la detenía y volvía a insistir en que escuchara lo que tenía que decirle. Y entonces repetía la presentación variando alguna palabra. Esto pasó quizás unas tres veces. Finalmente dejó de mostrar resistencia y, después de un corto espacio en silencio, empezó a llorar. Nunca hasta ese momento la había visto llorar. Lloró y lloró, y siguió llorando. Pasó media hora, hasta que finalmente dijo:

Gracias. Me marcho ya.

Al día siguiente llegué al hospital, con mucha curiosidad, pero también preocupado, sobre lo que habría pasado a raíz de nuestro encuentro. Mi paciente no estaba allí; de alguna manera había conseguido convencer al personal del hospital para que le dieran un pase para pasar el día en casa con su madre. Llamé a su casa para ver que estaba pasando, y la madre, a quien conocía de haber visto en numerosas ocasiones, me dijo:

Doctor, ¿qué ha hecho? ¡Mi hija vuelve a ser ella misma! Llegó a casa esta mañana, se sentó conmigo, tomamos té en el porche, y nos pusimos al día sobre las últimas noticias y cotilleos del vecindario. ¿Qué ha pasado? ¡Es ella misma! ¡Es la chica que yo conocía y que desapareció hace un tiempo! ¡Es un milagro!

Vi a la paciente poco después de estos cambios, y estaba perplejo al encontrarme con alguien completamente sano, muy interesada en las cosas cotidianas y sin rastro de las preocupaciones religiosas que habían dominado su mundo y su pensamiento durante muchos años. Hablaba de su interés en marcharse del hospital, de encontrar un trabajo, de ayudar a su madre a ocuparse de la casa donde vivía. Resultó impactante ser testigo de este cambio. De la noche a la mañana, como el aparente resultado de 30 minutos de conversación, una virulenta esquizofrenia paranoide, un volcán de florida sintomatología, había desaparecido y había en su lugar una persona perfectamente normal. Nunca he podido volver a ver el fenómeno de la psicosis de forma parecida. Me llevó también a entender que aquellos que dicen que lo que llamamos esquizofrenia no puede verse ayudada por la psicoterapia, simplemente no saben de lo que hablan. Uno necesita tener experiencias como esta para poder aprender lo que es posible y lo que no.

Grace recayó en alguna ocasión, a veces de forma violenta, viéndose arrastrada de

nuevo por imágenes religiosas y esperanzas de unión con Dios en el Cielo. En cada ocasión, sin embargo, yo le repetía mi discurso, y volvía a tener efectos positivos sobre ella. Pudo abandonar el hospital algunas semanas después, y en los años posteriores se manejó bien. Necesitó de mi apoyo durante mucho tiempo, y, durante el primer año después de nuestra separación, con frecuencia se dirigía a mí como si yo tuviera alguna especie de poder milagroso y una enorme importancia. No hice comentarios sobre estas atribuciones, porque pensaba que eran reflejo de su dependencia en nuestra conexión mientras que su mundo personal hecho añicos estaba en proceso de restauración. Pero en realidad ella pedía muy poco. Resultó un poco extraño el que, una vez hube establecido el omnipotente plan que tenía para ella, no tuve que hacer mucho más que estar emocionalmente disponible. Vi, durante los años siguientes, como iba siendo ella misma a medida que su dependencia extrema inicial de nuestros encuentros iba poco a poco disminuyendo. También la vi luchar con el terrible legado de la decisión de su padre de acabar con su vida. Habló mucho conmigo y con su familia sobre su tristeza y su furiosa cólera con él por elegir suicidarse. Se manejó bien durante los siguientes treinta años, pero falleció repentinamente de un infarto de miocardio a los 58 años.

El final de esta historia es especialmente triste porque Grace fue una de las mejores personas que he podido conocer. Mantuve el contacto con ella, esporádicamente, durante los años siguientes, y puedo decir que era una gran alegría para su familia y amigos. Le encantaban los animales y logró rescatar muchos perros y gatos. Siguió siendo profundamente religiosa y católica, yendo a misa casi a diario. Este mundo sería un lugar mejor si hubiera más gente como ella.

Reflexiones sobre el caso Grace

Dicho de la forma más sencilla, el impacto de esta experiencia clínica supuso que entendiera el fenómeno de la “psicosis” como algo relativo a un contexto situacional determinado, más que algo que surge únicamente de un proceso patológico que tiene lugar dentro del paciente. Tal y como yo lo entendí, mi paciente había estado buscando una respuesta en su mundo que la ayudara a afrontar la devastación ocurrida, en primer lugar, por el suicidio de su padre. Aunque no había contado esta parte de la historia antes, cuando era joven había intentado buscar ayuda en su madre, en sus hermanos, en sus profesores y en su cura. Los miembros de su familia se habían cerrado en banda como consecuencia de sus propios traumas, y nadie fuera de su familia entendía sus gritos de ayuda. El espacio de abandono en el que había caído su vida creó el encuadre desde el cual

llegó a convertirse en la Hija de Dios. Habiendo sido abandonada por su padre, su familia, y, desde su punto de vista, por todos los demás, buscó lo que necesitaba fuera y más allá de este mundo, en su Padre en el Cielo. Sin embargo, una vez más, su viaje de despliegue durante su adolescencia se vio interrumpido por shocks de abandono reiterativos, pues todos sus esfuerzos de acercar a Dios al corazón de su ser no tuvieron éxito y en vez de eso, la recompensa era más soledad y desesperación. Estas fueron las condiciones dentro de las que la espiral hacia la reconstrucción delirante de su destrozado mundo personal tuvo lugar.

Llega entonces la parte de la historia en la que yo me vi involucrado. Cuando finalmente pude reconocer la importancia de plantarle cara a su imperiosa grandiosidad, y encontré una forma de hacerlo que le ayudara a ver que estaba delante de alguien del que podía depender, el curso destructivo de los sucesos de su vida empezaron a dar un giro. Habiendo descubierto lo que necesitaba a medida que se desarrollaba nuestra conexión, los delirios y alucinaciones “retrocedieron”. Muy poco a poco, en el crisol de su dependencia extrema, el proceso de curación que había sido abortado años atrás en su vida tenía ahora la oportunidad de suceder.

Los “síntomas” de Grace, por lo tanto, no eran sólo signos exteriores de una enfermedad interior; eran reacciones a una experiencia continua de abandono y devastación en un mundo que no la comprendía. Eran gritos desesperados de ayuda. Se me ocurrió que quizás todos los síntomas que vemos en los rangos más graves de las así llamadas “enfermedades mentales” están conectadas de forma análoga a contextos de no respuesta, incomprensión, y retraumatización interminable. Tal idea nos lleva a un punto de vista más optimista de estas enfermedades, así como a la posibilidad de alguna forma de recuperación de las mismas. Quizás, pensé entonces, una mayor comprensión de esto podría inspirarnos a repensar el problema de la psicoterapia para la mayoría de nuestros casos más extremos.

La “llamada” esquizofrenia: El caso de Anna

Cuandoquiera que utilice la palabra “esquizofrenia”, me encuentro a mí mismo prologándola con las palabras “supuesta/llamada”. La experiencia con Grace y otras muchas análogas con otros pacientes tiempo después me han llevado a esta forma de hablar. El término “esquizofrenia”, que significa “mente fraccionada”, fue acuñado hace cien años por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1911), quien esperaba reinterpretar el terreno de los fenómenos psicopatológicos anteriormente agrupados por la etiqueta

“demetia praecox”. Este nuevo término diagnóstico para la esquizofrenia fue, en parte, un avance respecto al lenguaje anterior: destacaba la experiencia de la escisión del sentido propio de la identidad personal, una catástrofe subjetiva con suficiente frecuencia en aquellos pacientes a quienes se les aplica este diagnóstico. Una de mis pacientes me proporcionó la original traducción de “el alma desgarrada”, lo que reflejaba sus propios sentimientos de fragmentación interna. Así que, con el término “esquizofrenia”, el sistema diagnóstico se acercaba más a la fenomenología de los pacientes, lo que hay que entender como un avance. Pero la palabra “esquizofrenia” es un término que suena raro, y a menos que uno sepa griego, sus raíces son oscuras. Lo que sucedió es que se cosificó, pasó a ser imaginado como el nombre de una enfermedad mental interna de los pacientes, y la forma de pensar de los psiquiatras quedó prisionera de su más reciente creación. Hoy en día, cuando le decimos a alguien la palabra “esquizofrenia”, esa alma desafortunada es vista como defectuosa, deficiente, y como perteneciente a un ser trastornado, sufriendo por una terrible enfermedad que surge desde dentro. Me resisto a tales atribuciones, y por eso hablo de la “llamada” esquizofrenia. En mi propia práctica clínica, nunca uso el término.

Tuve una experiencia con una mujer muy trastornada, Anna, que contribuyó a mi forma de pensar este tema. Era una chica de 19 años que ya había estado hospitalizada durante muchos años, y mi trabajo con ella se alargó durante varias décadas. Había un delirio central en esta ocasión que tenía que ver con una persecución viciosa por la que había llegado a estar dominada. Ella creía que malvados “rayos mortales” salían de los ojos de sus enemigos, y que estos rayos atravesaban el espacio e impactaban contra su cara. Entonces se volvía máquinas pequeñas que perforaban sin parar y taladraban a través de su piel y su cráneo, alcanzando finalmente la materia blanda neural del interior. Los rayos y máquinas que la perseguían producían en el centro de su cerebro un endurecimiento, casi como una calcificación, y los tejidos solidificados le impedían tener pensamientos o sentimientos y le hacían sentir como si se estuviera muriendo. La acción mortal de estos rayos era, a pesar de todo, contraatacada por un programa especial de meditaciones que Anna había establecido: el *focusing* mental intenso “disolvía” las solidificaciones, liberaba su pensamiento y la apoyaba en su sentimiento de sentirse viva. Además, según explicaba, una vez que las partículas sólidas de su sistema nervioso se disipaban, pasaba por una transformación asombrosa que describía como “volver a nacer”. El mundo humano estaba, tal y como ella lo entendía, dividido entre los nacidos y los no nacidos, y ella pretendía, con mi ayuda, llegar a ser una de las “nacidas”. Según ella, yo mismo era – desde luego – uno de los nacidos, y había sido la persona elegida por el destino para ser su mayor “guarda del nacimiento”.

Necesité varias semanas para llegar a familiarizarme con el delirio persecutorio y sus

detalles; Anna permanecía casi siempre callada en esta época de nuestro trabajo juntos, echando mano de sus meditaciones silenciosamente y sin explicar nada a nadie. Una vez que la horrible experiencia con la que estaba luchando finalmente emergió, la dificultad se mantuvo e incluso empeoró. No era capaz de entender lo que quería decir con todas las referencias al nacimiento, a los rayos, las máquinas y las solidificaciones. En respuesta a esta falta de comprensión por mi parte, Anna empezó a experimentar que los rayos mortales salían también de mis ojos. Tuvimos muchas sesiones en las que gritaba:

¡Por favor, que paren [los rayos]! ¡Me están matando! ¡Me estoy muriendo! ¡Por Dios, George, me está Usted matando! Se va, se va, se va..... ¡se fué!

En estos momentos la comunicación cesaba, ya que ella se daba la vuelta y se negaba a hablar más conmigo. En la sesión siguiente, sin embargo, volvía a darme otra oportunidad.

Ya que no comprendía inicialmente el simbolismo de su delirio, estoy seguro de que mis ojos delataban mi falta de comprensión, por mucho que ella intentara desesperadamente explicar la continua crisis en su vida. La situación comenzó a atacarla, y me suplicaba una y otra vez que detuviera los rayos. Me había visto arrastrado dentro de su delirio, como muchas veces ocurre con este tipo de pacientes; pero esto no significa necesariamente que la posibilidad de un buen resultado terapéutico esté perdida. El terapeuta que se ha convertido en un destructor de almas, puede resultar que tenga el poder de su resurrección.

Lo que nos ayudó a pasar el impasse fue un sueño que Anna contó, uno que tuvo lugar después de una visita a casa de su madre. Soñó que estaba de pie delante un espejo muy alto, mirando a través de un largo pasillo, como si de un túnel se tratara. Al otro lado del túnel, su madre apareció, con un revolver cargado. Las dos se quedaron ahí de pie, mirándose a los ojos, y lentamente la madre levantó el arma y le apuntó con ella. Sonó un disparo, el espejo detrás de Anna quedó hecho añicos, y ella desapareció. Una voz incorpórea dijo entonces estas palabras: *solamente una sombra en la pared, solamente una sombra en la pared*, a medida que una tenue silueta de algo que no podía distinguirse apareció fugazmente.

El sueño y el delirio se parecen entre sí si lo pensamos detenidamente. En ambos existe una acción que penetra desde fuera, y cuyo resultado es exterminar a mi paciente, asesinar su alma. El contexto específico fue una breve visita que hizo a casa en un permiso del hospital, para que pasara tiempo con su madre. Gran parte de ese día había estado cargado de tensión ya que la madre iba todo el tiempo detrás de su hija por la casa, diciendo cosas como:

¿Te has tomado ya la medicación de hoy? ¡Los médicos te han dado la medicación

para ayudarte! Sabes que eres una chica enferma, ¡así que no te olvides de la medicación!

Esta forma de respuesta, que replicaba el tratamiento orientado a la medicación que Anna también había estado recibiendo en el hospital como parte del encuadre, era vivido por ella como algo que la anulaba y desacreditaba. Ella no creía que estuviera mentalmente enferma, y cuando alguien se lo decía, se sentía atacada. Era una persona con una enorme vulnerabilidad y muy sensible, que necesitaba un tipo específico de valoración con el fin de sentir que estaba presente y existía. Ser vista y tenida en cuenta en base a un diagnóstico psiquiátrico – esquizofrenia, en este caso – la hacía sentir destrozada y anulada. El delirio simbolizaba este efecto mortal en una visión de rayos penetrantes que salían de los ojos de la gente y que causaban la petrificación de su cerebro y la aniquilación de su subjetividad. El sueño expresaba la aniquilación del alma de la paciente en la imagen de un disparo y en cómo su cuerpo se desvanecía según iba pasando por una reducción a nada más que una sombra fugaz.

Reaccioné al sueño de Anna diciéndole lo que creía que significaba, en palabras concretas y sencillas:

Qué sueño más horrible, y qué visita más horrible fue para ti. Toda la conmoción con tu madre te dejó hecha polvo.

Le gustaron estas palabras, y dejó de lado el tema del sueño. Cualquiera de las veces en las que le hablaba de forma que conectara con lo que ella sentía, ella sonreía débilmente, y entonces pasaba a otra cosa.

Cuando Anna me contó el sueño del disparo, y vi el contexto de su violencia simbólica en su experiencia de insultos y desvalorizaciones de su madre, pude entender el delirio también. Tuve la sensación entonces de que me había traído el sueño como un regalo que me ayudaría a entenderla. Me di cuenta de que cuando me miraba a los ojos y veía mi confusión, se sentía invadida y rota. Viendo mis miradas de incompreensión, ella se volvía en un objeto psiquiátrico incompreensible y perdía todo sentido de ser una persona. Entendí también entonces que estaba simbolizando esta violencia que sentía en las imágenes de los rayos y las solidificaciones mortales. Ella necesitaba que yo reconociera la violencia que estaba experimentando de forma directa; de lo contrario, sólo podría continuar. Aquí está lo que dije:

Querida, tengo algo importante que decirte y quiero que escuches detenidamente. Sé que te he estado haciendo daño, y que ha estado muy, muy mal. Lo veo claramente, y antes no lo veía. Por favor, entiende que nunca pretendí hacerte daño; tan sólo era que no podía entender. Ahora sí que puedo. Espero y ruego que tú y yo

encontremos una forma de deshacer el daño que ha existido.

Los rayos de mis ojos dejaron entonces de fluir. De hecho, el delirio entero comenzó a “retroceder” en ese momento, porque ahora ya podía mirarme y saber que me había puesto al día con lo que le había estado sucediendo. Eso era todo lo que hacía falta. Es verdaderamente increíble hasta qué punto puede ser importante un “poco” de entendimiento humano.

Hasta el punto en que puede decirse que la “esquizofrenia” de Anna estaba formada por su pensamiento delirante, su así llamada enfermedad mental desapareció como parte de un cambio en el terreno intersubjetivo que formaba nuestra relación. Como en el caso de Grace, la psicosis es vista como algo relacionado a un contexto situacional, en este caso de una invalidación intrusiva y aniquiladora.

Otro pensamiento sobre la crisis de Anna surgió entonces, estimulado por la interesante sugerencia de mi amigo Michael Gara. Dijo que el patrón del delirio de Anna, en lo que tenía que ver con los rayos invasivos y las petrificaciones neurales replicaban la estructura de la atribución que se hace cuando una persona diagnostica a otra con esquizofrenia, especialmente cuando se asume que esta enfermedad mental incluye un trastorno neurobiológico subyacente. En el delirio, los rayos emergen de los ojos de los perseguidores y entran en el interior y derriten el núcleo del cerebro de Anna, dejándolo inerte, sin vida y desprovisto de subjetividad. En la atribución diagnóstica, las expresiones de las experiencias del paciente son adscritas a un defecto físico, localizado como una afección interna profunda en el sistema nervioso central. ¿Podría el delirio de Anna, me preguntaba, haber surgido originalmente de su experiencia de encontrarse a sí misma vista inexorablemente como una esquizofrénica crónica? ¿Era la visión de su persecución un símbolo que concretizaba su experiencia de ser vista como una loca? Su asombrosa respuesta positiva a mi validación de mi propia destructividad con ella parecería ser consistente con tal interpretación. ¿Era su situación intersubjetiva prototípica de la así llamada esquizofrenia de nuestro tiempo?

No quiero que dé la impresión de que las luchas de Anna se superaron como resultado de una pequeña intervención. Sus dificultades y vulnerabilidades continuaron durante muchos años más. El delirio de los rayos y las solidificaciones, sin embargo, se evaporó y nunca volvió. Fue finalmente capaz de dejar el hospital donde había pasado tanto tiempo e irse a vivir con su madre y con su padre.

La psicoterapia como una ciencia humana

Un modelo de psicoterapia popular hoy en día lo encontramos en el paradigma de los “tratamientos empíricamente validados” (TEV), en el cual se entiende que la mejor práctica está asociada con tratamientos específicos “manualizados” que han mostrado ser “efectivos en ensayos clínicos aleatorios” comparándolos con “el tratamiento habitual” u otras condiciones de “condiciones de control” para algunos trastornos en particular. Una lista de tales tratamientos puede encontrarse en la página web de la División 12 de la *American Psychological Association*, “Tratamientos Psicológicos Basados en la Investigación” (<http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html>).

Generalmente, en la lista de la División 12, predominan los conocidos como tratamientos cognitivo-conductuales, lo que llevó al director del departamento de Psicología de mi universidad a decir hace algunos años: “El mundo entero del psicoanálisis y sus derivados están siendo cuestionados”.

Por otro lado, se ha ido desarrollando una amplia literatura que critica el modelo de los TEVs, ya que ignora (a) el contexto (Datillio, Edwards, & Fishman, 2010; Elkins, 2009; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004), y (b) el papel importante de factores comunes tales como un entorno que facilite la curación, la relación terapéutica, y los estilos personales de terapeuta y paciente (Wampold, 2001; Scheinder & Krug, 2010), todas ellas variables que se enfatizan en el tipo de terapia existencialista, humanista, y ampliamente en la psicodinámica. He intentado describirlo e ilustrarlo anteriormente. Además, las TEV ignoran el hecho de que “la gran mayoría de los clientes utilizan la psicoterapia como apoyo, guía y crecimiento personal en vez de como tratamiento para la enfermedad mental” (Elkins, 2009), esto es, para asuntos complejos de la vida más que para trastornos mentales discretos, tal y como asumen las ideas del tipo “modelo médico” del modelo de las TEV. Esto trae consigo la cuestión aún más importante sobre el estrecho vínculo entre el paradigma de las TEV y el modelo médico que encasilla a los pacientes en categorías de trastornos mentales discretos (Elkins, 2009, p. 66). Además, un artículo reciente de Shedler (2010) recopila un buen número de interesante evidencia empírica que documenta la efectividad de la terapia psicodinámica, concluyendo que “La percepción de que a los enfoques empíricos les falta una base empírica no concuerda con la evidencia científica disponible y quizás refleje una diseminación selectiva de los hallazgos en la investigación” (p. 98).

Dentro del contexto de este intenso debate que está teniendo lugar acerca del futuro de la psicoterapia, me gustaría ahondar más, a la luz de lo debatido anteriormente sobre

los casos de Grace y Anna, sobre lo que entiendo son los grandes temas que desafían el terreno de la psicoterapia hoy en día. Quizás podríamos imaginarnos un futuro en el que alumnos y clínicos echen la vista atrás hacia la situación que estamos viviendo. ¿Cuáles dirán que son las cuestiones y problemas más importantes de nuestra época actual?

Me imagino a los estudiosos echando la vista atrás y habiendo establecido las bases de una nueva edad dorada de la práctica de la psicoterapia, una que verdaderamente lleve a cabo el potencial latente de nuestro campo. Soy consciente de que esta idea está basada en lo que muchos dirían que es una esperanza ciega. Hay en esto diferentes temas. Un tema emergente en nuestra área tiene que ver con la creciente atención a la fenomenología, y la disminución de los estándares extrínsecos por los que se miden las vidas humanas. Un segundo aspecto pertenece a la extensión de la práctica clínica que se ocupa de los rangos más graves de los trastornos psicológicos. Un tercer aspecto tiene que ver con lo que aquellos analistas de orientación filosófica se refieren cuando hablan de la “subjetividad” e “intersubjetividad” de nuestra comprensión y práctica (Atwood & Stolorow, 1993; Stolorow, Atwood, & Orange, 2002).

Empecemos por la fenomenología. Imaginemos un mundo donde la psiquiatría y la psicología hayan escapado a la hegemonía del modelo médico, uno que se base en el estudio de las vidas humanas que son vividas y experimentadas. Los sistemas diagnósticos que conocemos hoy están basados en la evaluación de los llamados “síntomas”, que están definidos según su estatus como desviaciones de los estándares preestablecidos de normalidad o salud mental. Imaginemos un marco para el diagnóstico donde en vez de tener en cuenta al grupo, se tuvieran en cuenta los mundos individuales de experiencia, teniendo en cuenta el contenido y los temas que muestran.

Entendida etimológicamente, la palabra “diagnóstico” significa, por un lado, algo que separa, y por otro, conocimiento. Estoy hablando de mundos individuales de experiencia que pueden llegar a conocerse y ser estudiados. Se ven ciertos parecidos, pero también algunas diferencias. Colocar una palabra descriptiva para indicar parecidos no hace nada más que destacar la presencia de los mismos. Así que uno puede darse cuenta, por ejemplo, de que algunas palabras quedan marcadas por un tema de aniquilación personal, manifiesto en la repetición de experiencias de verse eliminado, reducido a lo no existente. Otros mundos muestran un historial de estabilidad y sostenibilidad, pero dentro de ellos hay un pensamiento sin objeto, un sentimiento de verse amenazado pero sin un foco claro de qué puede ser esa amenaza. Un tercer grupo de mundos, diferente de los dos anteriores, pueden ser aquellos donde el sentido personal de autenticidad se ha rendido a un patrón de esclavitud y obediencia con el fin de asegurar los vínculos con los otros emocionalmente relevantes, y que de no ser así, dichos vínculos se verían amenazados.

Tomando conciencia de los temas tan diversos y del vocabulario descriptivo que se refiere a ellos, no se mete a nadie en ninguna caja y no se pierde a nadie dentro de un sistema de enfermedades mentales cosificadas. Imaginen un futuro en el que tuviéramos un rico y elaborado vocabulario fenomenológico, una amplia y profunda base de conocimiento clínico acerca de los contextos de vida en los que los diferentes tipos de experiencia que nos encontráramos tomaran cuerpo y fueran magnificados. Imaginen también el terreno de acompañamiento en la práctica de la psicoterapia en el que nuestras formas de acercarnos a la gente se adaptaran únicamente al contenido del mundo individual de la persona que acude a nosotros buscando ayuda.

En los años y décadas venideros, veo a nuestros descendientes echando la vista atrás, centrándose en lo mejor de lo que ya existe. Esto nos lleva al segundo punto de mi esperanzadora visión: la extensión de la práctica psicoterapéutica a aquellos trastornos psicológicos más graves, a aquellas situaciones humanas normalmente agrupadas en lo que llamamos psicosis.

Nuestros futuros homólogos de dentro de cincuenta y cien años desde ahora, tal y como yo los veo, se servirían de los esfuerzos que se están haciendo para planificar estrategias psicoterapéuticas para aquellos pacientes actualmente etiquetados como “psicóticos”. Siempre ha habido gente en nuestra profesión que se ha ocupado de los casos clínicos más difíciles – uno piensa en Jung (1907), Federn (1953), Sechehaye (1951), Sullivan (1953), Fromm-Reichmann (1954), Winnicott (1958), Laing (1959), Des Lauriers (1962), Binswanger (1963), Searles (1965), Semrad (1980), Karon (1994; 2008), entre otros. Pero en nuestro mundo actual tales esfuerzos siguen siendo una excepción, y el consenso es que las intervenciones psicoterapéuticas en psicosis – en especial en las llamadas esquizofrenia y trastorno bipolar – son empresas destinadas al fracaso. En la época más iluminada que está por venir, si mi esperanza llegara a completarse, tales perspectivas serían vistas como carentes de fundamento alguno.

Seremos vistos como seres que han vivido en su mayoría en una época oscura, pero una época salpicada con algunos puntos de luz. El método de conceptualizar los trastornos psicológicos se distanciará de las ideas de enfermedad y trastorno, e irá más encaminado a las experiencias humanas específicas que aparecen. Hablaremos de crisis, de catástrofes, y de dilemas crónicos, y no de disfunción y enfermedad.

Aquellas cosas entendidas como síntomas de una psicopatología serán reinterpretadas como símbolos de un desastre emocional y como intentos de reacciones restaurativas para afrontar el trauma extremo. En otras palabras, el énfasis pasará a estar de lo que falta – en relación a una idea imaginada de normalidad –, a estar en la inmersión de lo que está

presente como experiencia vivida.

Recordemos la historia de la joven mujer con la que empezó este ensayo, Grace. Su admisión en el hospital donde la conocí estuvo propiciada por un conjunto de visiones: luz dorada que había aparecido en su habitación y penetrado su cuerpo. Ella interpretó esta infusión como una experiencia de unión sexual con Jesucristo. Dentro del pensamiento más antiguo, los rayos de luz de los que informaba la paciente serían vistos como alucinaciones visuales, síntomas de una psicosis. Nuestros sucesores, en cambio, verían tales experiencias como esfuerzos restaurativos, si bien disfuncionales desde un punto externo de ventaja, conectadas con las trágicas circunstancias de su vida.

La sexualidad en sí misma era un símbolo de unión, de fusión en la que la paciente se volvía una con el deseo de su corazón. Miraba al Cielo buscando la fuerza que subyace toda la creación, y a medida que la luz dorada entraba en su cuerpo y en su alma, ella misma empezó a radiar su ilimitado poder. Es algo trivial en la fenomenología del duelo que uno se identifique con la persona que anhela pero que ha perdido. Se crea el espejismo de la presencia de esa persona al incorporar parte de sus rasgos en uno mismo. Entiendo el momento en que la energía divina de Dios se infundió en mi paciente como lo simbólico de esa identificación. Era un proceso en el cual ella llegó a ser el Dios que tanto anhelaba, deshaciendo sus trágicas pérdidas y reparando su mundo hecho añicos. Mirándolo de esta manera, nuestro foco no está en la desviación de sus experiencias de nuestras definiciones consensuadas de lo que es legítimo; en vez de eso, nos orientamos a los patrones internos de la vida de Grace cuando ella estaba intentando reconstruirla.

Para ilustrar este cambio en el foco, diré algo acerca de las persistentes alucinaciones auditivas de otra de mis pacientes, y contaré también un sueño que me narró y que me ayudó a entender el significado de sus voces. Se trata de una mujer en la agonía de un amargo divorcio de un marido emocionalmente abusador. Había problemas de custodia de los niños, amargas disputas sobre el acuerdo económico, y acusaciones despiadadas mutuas cargadas de odio. A medida que fue avanzando el proceso de divorcio, y los ciclos de ataques y contraataques se intensificaban, mi paciente comenzó a oír voces que la insultaban:

¡Es una zorra del infierno! ¡Es una basura y una zorra! ¡Es un coño mentiroso!

Una fantasía paranoide comenzó a emerger, fantasía en la que las conspiraciones iban en contra de ella e intentaban destruir su cordura mediante la emisión de estos mensajes por radio.

Entonces, tuvo un sueño, que fue importante para comprender lo que estas voces críticas realmente representaban. En el sueño, ella estaba sola en casa, y había docenas de

pájaros que, de alguna forma, habían entrado por el tejado, pasando entre las paredes y el espacio que quedaba encima del techo. Estaban revoloteando y formando un ruido tremendo. Enseguida me pareció que estaba claro lo que representaban esos terroríficos pájaros: la hostilidad y las feas acusaciones de su batalla en el divorcio estaban ahora ya sí llegándole de lleno, atacando su autoestima y usurpando la integridad de su sentido personal sobre quién era ella. Cada pájaro era una de las despectivas acusaciones de su marido, y la presión que sentía por su odio que cada vez iba a más estaba empujando a mi paciente hacia un estado de aniquilación. El ataque, simbolizado en la súbita invasión de los pájaros en la misma estructura de su casa, se afronta con las alucinaciones auditivas con una especie de re-externalización de las opiniones anuladoras y usurpadoras. Echar a los invasores de vuelta al mundo exterior expresa una necesidad de recuperar sus propios límites y restablecer la integridad de su propia experiencia. Las alucinaciones auditivas y la paranoia asociada no eran, por lo tanto, “síntomas de una enfermedad”; eran expresiones de los esfuerzos de mi paciente para sobrevivir psicológicamente. Este es el tipo de pensamiento que me imagino como una parte aceptada en nuestro campo a medida que siga desarrollándose. La gente que ya trabaja con estas ideas son los puntos de luz que nuestros colegas futuros llegarán a ver en la enorme oscuridad de nuestro tiempo.

¿Cuál fue mi respuesta al enterarme de las voces de mi paciente? Le dije lo que creía que significaban, que la batalla de divorcio se le estaba metiendo por debajo de la piel. También le dije que sólo había una voz a la que realmente debería estar escuchando, y que esta voz sumamente importante no era otra que la suya propia. Vi que esto ayudó con las alucinaciones y la paranoia, que empezaron a disminuir. El poder de mis palabras estaba, desde luego, basado en la profundidad emocional de mi conexión con la paciente, con quien había trabajado intensamente durante varios años.

¿Por qué la presión del odio del marido de esta mujer comenzó a usurparle su identidad y a aniquilarla? Los crueles ataques del marido replicaban de igual manera los crueles abusos emocionales que la paciente había experimentado de pequeña por parte de su madre. Era una superviviente de abuso infantil extremo, y la violencia emocional y desvalorizaciones de sus años tempranos se reactivaron al desintegrarse su matrimonio. Cuando vemos tales reacciones, casi siempre hay una situación común que está teniendo efectos y que repite y resucita una anterior.

En resumen, desde mi punto de vista la psicoterapia es una ciencia humana, y como psicoterapeutas aprendemos de las narraciones que se nos dan en los viajes en los que nos embarcamos con nuestros pacientes. Los principios de interpretación e intervención son inherentes a esos términos, y si estos principios pueden ser comunicados de forma exitosa a otros que trabajan en nuestro ámbito, entonces el conocimiento está siendo esparcido y

confirmado. Llevamos a cabo nuestro trabajo clínico, y después nos contamos los unos a los otros las historias sobre ello. Un componente importante de la evidencia de que algo positivo ha ocurrido se encuentra en el interior de las historias que nos traen. A veces el reporte nos lo trae el propio paciente. Lean dos magníficos libros que se encuentran entre los clásicos: *I Never Promised You a Rose Garden* (Greenberg, 1962) y *Autobiography of a Schizophrenic Girl* (Sechehaye, 1954)⁸. Estas obras describen dos trayectos en psicoterapia que resultaron incontestablemente efectivos al ayudar a los pacientes a encontrar nuevas formas de vivir en este mundo.

El “llamado” Trastorno Bipolar

Entre los fenómenos que convencionalmente entendemos como “síntomas” en los trastornos psicológicos graves estarían los estados de ánimo cíclicos y cambiantes. ¿Podrían ser también estos entendidos como restauradores, como en el caso de las alucinaciones y delirios?

El llamado trastorno bipolar es, sin duda, el ejemplo típico de tales cambios y ciclos. Este fenómeno esencialmente psicológico, tal y como yo lo entiendo, se ha visto en nuestro tiempo erróneamente cedido a los psiquiatras biológicos, reduccionistas que son verdaderos creyentes de los orígenes genéticos y bioquímicos. En mi opinión, nuestros amigos del futuro sacudirían la cabeza desalentados ante la desconexión virtualmente completa entre las certezas médicas que se mantienen sobre este tema y la pobreza de la evidencia científica al respecto. A pesar de esto, ha habido puntos de luz en la historia de nuestra profesión en lo referente a las bases fenomenológicas de esta enfermedad.

Hubo cierto destello en las primeras observaciones e interpretaciones de Melanie Klein, quien ya escribió sobre esto (1934). Los conflictos que incumbían a lo que ella llamaba la posición depresiva fueron centrales en su conceptualización, dentro de la cual el niño sufre en una experiencia de su agresión al ser peligroso para la supervivencia de la figura parental. Desafortunadamente, se vio limitada por una teoría que no dejaba espacio para nada más que para impulsos innatos que obscurecieron su *insight* fenomenológico acerca del enredo que los niños sentían sobre su propia agresividad e impulsos auto-assertivos.

Pienso también en Frieda Fromm-Reichmann, quien estudió los pacientes bipolares de forma intensiva (1954). Concluyó que, como niños, nunca fueron tratados como personas diferentes, sino que más bien fueron vistos como extensiones de sus cuidadores. Tenemos

también a Donald Winnicott, quien elaboró la idea de la defensa maníaca (1962) – en particular hizo una interesante sugerencia acerca de que la manía era una protección no sólo contra la depresión, si no contra un estado subyacente de muerte psíquica.

Finalmente llegamos a mi querido amigo Bernard Brandchaft (1993), quien tuvo la brillante idea de que los patrones maniaco-depresivos están relacionados con una lucha contra la experiencia de aniquilación personal. Dicho de forma más sencilla, el significado de la manía, según él, es algo que conlleva una liberación transitoria de un encarcelamiento, de un vínculo aniquilador a unos otros emocionalmente importantes, mientras que la depresión en la que los pacientes maníacos caen representa la restitución de ese vínculo. Posiblemente habrá otros caminos hacia la bipolaridad, pero he encontrado las ideas de Brandchaft ampliamente ilustradas en muchos de los pacientes que he observado.

Considero que la psicoterapia de los llamados pacientes bipolares es posiblemente la frontera individual contemporánea más importante de la investigación clínica psicoanalítica, pero no puedo decir que nuestro conocimiento en éste área haya llegado muy lejos. Facilitaré algunos pensamientos que he ido teniendo a lo largo de los años en los que estado pensando acerca de este asunto.

El caso de “Thomas”

Una primera idea surgió en una supervisión con un colega hace ya algunos años. Mi compañero, psiquiatra, me pidió orientación acerca de lo que consideraba como un repentino empeoramiento de un paciente bipolar que había estado tratando durante mucho tiempo. Este paciente, un hombre de 45 años al que llamaré “Thomas”, mostraba el patrón clásicamente maniaco-depresivo, oscilando violentamente entre extremos de euforia incontrolada y depresión con ideas suicidas. Había estado hospitalizado numerosas veces, había habido serios intentos de suicidio, y había malgastado todo el dinero de su familia en fiestas y en inversiones descabelladas. Mi colega había estado con este hombre a lo largo de un buen número de estas crisis, intentando ayudarlo básicamente sólo estando disponible emocionalmente y manteniendo siempre su hora de sesión psicoanalítica, tres veces por semana.

Ahora, sin embargo, en las consecuencias del último y disruptivo ataque de cambio de humor de Thomas, había aparecido otra cosa. El hombre informó al analista de que él, el paciente, había descubierto de repente que tenía el control absoluto de los pensamientos

de su analista. Escuchando sobre esta omnipotencia mental, mi colega concluyó que su paciente se estaba sumiendo en un estado delirante.

Esto le resultaba muy deprimente, debido a todo el tiempo y energía que había invertido en este hombre durante años. Le pedí que me contara más sobre el paciente, sobre cómo había sido trabajar con él durante este tiempo. Entonces apareció algo interesante.

Me dijo que la vida emocional de su paciente siempre había sido extrañamente opaca, casi como si no existiera. La primera vez que le preguntó cómo se sentía, en algún momento de las primeras sesiones, el paciente se había quedado perplejo. Le dijo que nunca nadie le había preguntado algo así, y que no tenía ni idea de cuáles eran sus “sentimientos”. Dijo que ni siquiera sabía lo que significaba la palabra “sentimientos”. Estaba familiarizado con los abrumadores ataques de sus estados maníacos, y sabía lo que era quererse morir. Pero era un hombre que decía que no había otro tipo de vida emocional que pudiera describir. No podía hacer uso de la introspección o la reflexión, no tenía el vocabulario para expresar lo que vivía, y si se le presionaba sobre el tema, se ponía muy triste.

Me pregunté en voz alta si esta ausencia de vida interior sería propio de un historial de desarrollo que fuera como un vacío empático, desprovisto de entendimiento humano y que no le ofreció nada para ayudarlo a desarrollar un lenguaje para articular sus emociones. Esto no se le había ocurrido a mi colega, quien había visto la opacidad de mi paciente – su alexitimia – como una especie de peculiaridad congénita que no necesitaba mayor explicación. Me confirmó, no obstante, la idea de que nunca se había hablado de emociones en la familia del paciente, porque los padres se habían relacionado con su hijo únicamente como si de un ser exterior se tratara, casi como si fueran una especie extraña de conductistas. Se centraban en sus acciones, su aprobación dependía únicamente de si él alcanzaba con sus elevados estándares de conducta. Había indicios, según el psiquiatra, que la evitación de los padres respecto a la vida interior del hijo tenía que ver con el terror a la psicosis por parte de ellos.

Se me empezaron a ocurrir más preguntas, especialmente relacionadas con el llamado delirio que tenía que ver con tener control absoluto sobre los pensamientos de su analista. ¿Y si, me preguntaba, este aparente delirio expresara la llegada de un milagro al mundo del paciente: una experiencia de estar al mando de la atención de otro ser humano? ¿Y si la ausencia de vida emocional estuviera derivada de la falta de empatía, de la profunda ausencia de sintonía emocional en su familia de origen? Quizás nunca nadie se tomó el tiempo de sentarse y escucharle. Un niño al que nadie escucha está subyugado hasta la

aniquilación.

¿Y si, seguí preguntando, este hombre creció rodeado de gente que le veía como el niño normal y convencional que necesitaban que fuese, en vez de verle como quien realmente era? ¿Qué fue entonces de la persona que habría podido ser? Mi respuesta es: puede que esa persona desapareciera sin dejar apenas rastro, a medida que se desplegaba una vida a modo de estructura de obediencia y sumisión que conllevaba una identidad cogida prestada de las expectativas de sus cuidadores.

A veces tal situación termina en un patrón de anorexia, dentro de la cual la experiencia de privación de atención emocional queda simbolizada en repetidos actos de auto-inanición. El sentido de agencia que se deja de lado al sucumbir a las presiones parentales y el ser el niño o niña que los otros quieren y esperan, en la anorexia, reaparece en forma de negativa a la ingesta de alimento. De ahí que el ejercicio de control absoluto sobre lo que las sustancias físicas pasan al cuerpo está en contraste con la sumisión pasiva en la que el niño o niña se rinde a ser dirigido por el entorno humano externo. De nuevo, vemos aquí algo que convencionalmente se entiende como un síntoma de una enfermedad que es explicado mejor como una expresión de un deseo de existir y sobrevivir. Obviamente hay también una paradoja, ya que la agresión implícita en el pasar hambre de la anorexia también conlleva la muerte biológica.

En otros casos, como es el caso de Thomas, el paciente sobre el que me estaban consultando, un ciclo maniaco-depresivo sale a la luz, uno en el que las posiciones de rendición a través de la sumisión y de rebelión y protesta se van alternando. Con todo esto en mente, la idea de que el paciente dijera que tenía control absoluto sobre los pensamientos del analista podría ser considerado como una ruptura asombrosa, una primera forma de experiencia de sintonía anunciando la posibilidad de la emergencia de una vida emocional que pertenece al paciente y que podría tener como resultado una libertad de los fatales ciclos de bipolaridad.

Le sugerí a mi colega que buscara formas de validar, de devolver y de celebrar verdaderamente la experiencia que Thomas estaba teniendo ahora de estar al mando de sus pensamientos y sentimientos. Le dije que esta sensación, tan absolutamente nueva, posiblemente sería también una cosa algo tenue e inestable, y que quizás necesitara aferrarse a esta sensación emergente que estaba consiguiendo que concretara y elaborara un aparente delirio.

Desafortunadamente, mi colega no fue capaz de seguir mis indicaciones, centrándose más bien en la disparidad de las nuevas demandas de omnipotencia de su paciente y el contenido de la realidad objetiva, tal y como él lo definió. Estalló una lucha entre los dos, y

se perdió la oportunidad de apoyar el aparente desarrollo del paciente. Se me dijo que mis indicaciones no tenían sentido, porque no es bueno para la práctica clínica dar rienda al pensamiento delirante. Mi colega eligió, en cambio, interpretar el control imaginado por el paciente como un deseo de realización, contrarrestando los efectos de sus separaciones entre sesión y sesión de psicoterapia. Thomas rechazó esta idea, y dejó de hablar de controlar la mente de su terapeuta.

Tuve oportunidad de hacer seguimiento del caso algunos años después, cuando tuve ocasión de contactar con mi colega de nuevo. Le pregunté qué había pasado durante el periodo subsecuente al episodio por el que me había consultado. Me dijo que en los meses siguientes a las singulares demandas de control mental, su paciente le había acusado reiteradamente de intentar que se conformara con el modelo estándar de salud mental, al igual que sus padres habían intentado moldearlo para ser el niño ideal. Un sueño que el paciente llevó a sesión en esa época parecía simbolizar esa lucha. En ese sueño, era perseguido por un grupo de terroríficos zombis, que le perseguían hasta llegar a las escaleras de la oficina de su terapeuta y que intentaban secuestrarle. Después de un año, Thomas abandonó abruptamente el tratamiento con su terapeuta.

Al interpretar el aparente delirio del paciente, mi colega continuaba en la línea de Freud (1924) para entender los estados psicóticos como algo que conllevaban el dar la espalda a una realidad externa frustrante y la sustituían por un mundo imaginario en el que puedan cumplirse todos los deseos. Ofrecer esta idea invalida los modos emergentes de experiencia que, a causa de ser nuevos y poco estables, se moldean de acuerdo a un lenguaje de símbolos concretos. Tan a menudo como el potencial de avanzar más allá del lugar donde a uno le han hecho daño y del que ha sido presa queda subvertido por las deslumbrantes certezas de aquellos a los que uno ha ido a pedir ayuda.

No obstante, creo que merece la pena buscar lo que se nos presenta en un caso como este. Quizás otros pacientes, acompañados de forma intensiva durante el tiempo suficiente, podrían desarrollarse de forma parecida, y uno podría descubrir si un proceso de desarrollo que fue abortado puede ser restablecido dentro del medio de la experiencia del paciente sobre la empatía del terapeuta. Esto requeriría gran dedicación y tiempo. Habría que estar preparado para vivir las crisis, hacer lo que uno pudiera para evitar la completa autodestrucción del paciente, y esperar entonces que la necesaria conexión de empatía subyacente y validación pudiera cristalizarse. La gente en nuestro sector quiere hoy resultados rápidos, así que echan mano de la terapia electroconvulsiva, carbonato de litio y otras parecidas para abordar las experiencias maniaco-depresivas. En la edad dorada de la psicoterapia que predigo está por llegar, será bien sabido que es poco probable que la

curación genuina tarde poco en conseguirse.

El caso de “Mary”

Algunos pensamientos relacionados surgieron de esfuerzos más recientes que he hecho para ayudar a una joven, a la que llamaré “Mary”, y que traía este diagnóstico. Había experimentado, en los últimos años de su adolescencia y una vez cumplidos los veinte, varios episodios maníacos que requirieron hospitalizaciones y que conllevaron un alto número de tratamientos electroconvulsivos. Llegó a mí cuando ella y su familia empezaron a ver que estos tratamientos estaban teniendo un impacto devastador en su memoria y funcionamiento cognitivo.

Me interesé por su descripción de la experiencia del episodio maniaco más reciente de Mary. Me explicó que el caos de su vida adulta nunca le había preocupado demasiado, porque había contado con los tesoros de su propia mente, con las fascinantes complejidades de su rica imaginación. Había conseguido siempre escapar de las situaciones opresoras de su vida – por ejemplo, de ser estudiante universitaria y no poder completar sus estudios, o de ser una mujer joven que estaba en poco tiempo convirtiéndose en una terrible decepción para sus padres – echando mano de emocionantes imágenes fantasiosas de ella misma y de su vida en mundo diferente al nuestro. El problema era que cuando se dejaba llevar por esta realidad alternativa, perdía también el control de sus propios pensamientos y sentimientos. Gloriosos planes y sueños de una grandiosidad incomparable se materializaban, y cuando se veía conducida a llevarlos a cabo, el desastre ocurría, con la consecuente hospitalización poco después. A medida que íbamos hablando, entendí que, de más joven, había intentado enormemente complacer a sus padres y a otras autoridades, esforzándose siempre para conseguir la perfección y el éxito. De hecho, se había convertido en esclava de la meta de ser la niña perfecta.

Sin embargo, a medida que sufría presa de esto en los últimos años de su adolescencia, en el contexto de una serie de cambios y pérdidas que la desubicaron, un maravilloso universo de libertad se abrió de repente ante sus ojos, uno al que se conectaba loca de alegría. Esto era un bálsamo de liberación que nunca antes había conocido, y su poder embriagador se hizo irresistible.

Pero fue entonces cuando los planes y sueños que empezaban a tomar forma la llevaron a la catástrofe, y tuvo que ser hospitalizada, con medicación antipsicótica y terapia de electroshock. La niña que había existido anteriormente y que buscaba complacer a su

familia reapareció. Durante los siguientes años, osciló entre picos de manía y bajones depresivos, y ni los tratamientos electroconvulsivos y ni el litio podían detener estas oscilaciones, o lo hacían sólo a expensas del funcionamiento de su mente. Fue entonces cuando ella y su familia llegaron a mí.

Le pregunté a Mary qué quería. Me dijo que quería vivir por sí misma. Ese se convirtió en el tema de nuestra conexión. Se quejaba de que había “voces”, susurros inquietantes y presencias que la criticaban y devaluaban en todas las situaciones en las que se encontraba. Le dije, como suelo hacer en tales casos, que sólo había una voz a la que debería prestar atención: que era, por supuesto, la suya propia. Se quedó pensando en esa declaración durante unos segundos, y entonces me dijo:

Eres un profesional de la “terapia del yo”, ¿verdad? Parece que para ti el “yo” lo es todo.

Le respondí que sin duda yo era uno de los que creían en el “yo”, y que entendía que el “yo” era sagrado y por lo tanto había que protegerlo y honorarlo de todas las formas posibles. La joven pareció entonces empezar a relajarse en mi presencia, y me contó mucho más acerca de las voces que oía y de las voces de sirena que encarnaban la libertad y la gloria.

Un entendimiento compartido empezó a aparecer en nuestras largas charlas sobre las aventuras de sus años anteriores, un entendimiento en el que sus fluctuaciones de humor eran vistas como alternancias entre el intentar ser perfecta y complacer a los otros, por un lado, y buscar una profunda emancipación, por el otro. El atractivo de los estados depresivos era muy fuerte, ya que prometía siempre traer maravillosos regalos, pero que en todos los casos conducía al desastre. Las depresiones que seguían a sus subidones eran muy graves, cargadas de voces críticas, y a menudo llevando a una desesperación suicida. Ella y yo nos decíamos el uno al otro que la clave de su recuperación estaba en encontrar la consecución de un nuevo balance, un equilibrio que no fuera de perfección y que tampoco requiriera una libertad infinita. Ella dijo, y yo estuve de acuerdo, que sólo ella podría establecer y mantener este balance. También sugirió una imagen metafórica para mi papel como psicoterapeuta suyo en este empeño en la búsqueda de un nuevo centro personal: Yo iba a ser su faro, su punto de referencia en la noche y en cualquier tormenta que se desatara, un faro al que pudiera mirar según avanzara en su camino hacia la estabilidad.

Tan sólo he conocido a Mary desde hace unos años. Ha tenido sus subidas y bajadas en este periodo, pero hemos conseguido evitar nuevos tratamientos electroconvulsivos. Mientras tanto, sigue entendiendo su terapia como un faro, uno que ayuda a su “yo” en su camino, y tenemos esperanza de que finalmente consiga la vida estable que tanto desea.

Creo que nos va a llevar, por lo menos, una década el conseguirlo, ya veremos.

Mary ha ido asimilando progresivamente mi presencia en su vida como un aliado y fuente de apoyo hacia su sentido de la “yo-idad”, y creo que ésta sería una precondition indispensable para el tratamiento exitoso de los llamados pacientes bipolares. Sin una conexión que sea sentida como algo que da sostén y apoyo de esta manera, el psicoterapeuta sólo podría ser visto como un agente de una sociedad, una de las fuerzas que empujan para que el paciente vaya en la dirección de la normalidad y la sumisión. Esa es la receta para la muerte psicológica en las vidas de tales personas, que estarían condenadas a ciclos maniacodepresivos sin fin.

Algo ha sucedido en las vidas de los pacientes bipolares que ha cortado la conexión entre las tendencias cómodas e individualizadoras de sus personalidades. En la manía, vemos bengalas de las que salen fuegos de libertad y autenticidad. En las depresiones que las siguen, somos testigos de cómo se extinguen las llamas de libertad, a medida que la oscuridad y desesperanza ante la rendición de lo que esperan de ellos sus familias y la sociedad. Algo debe ocurrir para enmendar la grieta que se ha abierto en el núcleo de la individualidad del paciente, algo que una las dos alternativas completas y establezca una estabilidad libre de cambios bipolares. Este algo es el trabajo de la terapia en sí mismo, y sólo puede ocurrir como resultante de la voluntad del propio paciente. El esfuerzo de este trabajo, en cambio, sólo puede sostenerse en la presencia facilitadora de otro que pueda ser un faro en el camino. Este sería un ejemplo del principio de que el “yo” sólo puede tomar cuerpo en relación con un “tú” que responda y oriente (Buber, 1923).

El sendero del camino con frecuencia incluirá, de alguna forma, trabajos creativos. El acto de la creación, en todas las áreas del arte, la literatura y la filosofía, ofrece en nuestra naturaleza abundantes oportunidades para integrar corrientes convergentes, para tender puentes entre las grietas que se han abierto en la guerra de la bipolaridad. Mi paciente Mary, por ejemplo, dio grandes pasos para recomponerse en el desarrollo de su carrera en baile moderno. Otros que he conocido o estudiado encontraron en la poesía sus caminos hacia la unificación, o en el componer música, o en la elaboración de interesantes e integradoras doctrinas filosóficas. Esta es un área en la que se necesita seguir estudiando sobre las formas que la gente encuentra para sanar sus almas rotas (Atwood, 2011, Capítulo 9). Con el tiempo, un conocimiento más amplio de tales asuntos preparará a los clínicos para sus roles sagrados como faros en los tormentosos viajes de los pacientes que acuden a ellos buscando ayuda. Seguimos estando al principio del largo proceso que conlleva desarrollar este conocimiento.

El lugar del terapeuta

El tercer aspecto que espero ver en el desarrollo contemporáneo de nuestro ámbito tiene que ver con el compromiso radical de la persona del terapeuta en cualquier proceso de psicoterapia que tenga lugar. ¿Qué significa el término “compromiso radical” en este contexto? Significa que el terapeuta, como individuo, está implicado en todo lo que tiene lugar dentro de la diada psicoterapéutica. Significa que no existe tal cosa como la observación independiente. Significa que las transformaciones que ocurren, si es que ocurren, incluyen a ambos participantes.

Mi uso del término “implicado” parece indicar que se ha cometido algún tipo de crimen. Las cosas que suceden en lo que llamamos psicoterapia o psicoanálisis muchas veces son crímenes, crímenes emocionales cometidos contra aquellos que son los encargados de ayudar. Pero esa no es la connotación que quiero destacar. Es más bien la idea de que la impronta de la subjetividad del terapeuta, de su personalidad, está presente por todos lados en el proceso psicoterapéutico. La psicoterapia, lejos de ser una especie de procedimientos que se administra desde un lugar independiente, es un diálogo entre dos universos personales, un diálogo que transforma a ambos.

En más de una ocasión, en congresos psicoanalíticos, me han preguntado cómo vamos a poder, entonces, saber cuál de las dos personas involucradas es el paciente. Me pongo nervioso con estas preguntas, y una vez contesté que se puede saber quién es quién en función de quién esté llorando. Claro que eso no funciona cuando el paciente hace algo tan doloroso que el terapeuta se pone a llorar.

Un diálogo psicoterapéutico, si es en alguna forma exitoso, siempre ilumina y transforma los mundos de las dos personas involucradas, en lo que a mí respecta, esto es realmente evidente en mí mismo.

Consideremos de nuevo mi temprana experiencia clínica con Grace, mi paciente religiosa quien se veía a sí misma como parte de la Santa Trinidad. Su viaje hacia la curación transformó repentinamente mi comprensión de toda la esfera de trastornos psicológicos graves y del potencial de la psicoterapia para abordarlos. Recordemos su promesa de que me elevaría y me ayudaría a pasar de ser alguien pequeño y débil a ser alguien en una posición de fuerza y poder. Desde luego, consiguió hacerlo. También podría hablar del efecto que tuvo presenciar su lucha con el suicidio de su padre a medida que se iba desplegando su proceso de duelo. No podía acompañarla en estos avances sin la correspondiente apertura de mis propias experiencias tempranas de trauma y pérdida.

Presenciar cómo alguien alcanza la verdad sobre su vida conlleva, inevitablemente, ser llevado a estar más cerca de la verdad de la vida propia. En la edad dorada de la práctica psicoterapéutica que está por llegar, esa idea será evidente.

Todos los fenómenos de la psicoterapia serán entendidos como algo que tiene lugar dentro de un ámbito intersubjetivo, uno que crea el contexto constitutivo para las experiencias y acciones de analista y paciente.

REFERENCIAS

- Atwood, G.E. (2011). *The abyss of madness*. New York, N.Y.: Routledge.
- Atwood, G.E. & Stolorow, R.D. (1993). *Faces in a cloud: Intersubjectivity in personality theory*. Jason Aronson: Northvale, NJ.
- Atwood, G.E., Stolorow, R.D., & Orange, D.M. (2002). Shattered worlds/psychotic states: A post-Cartesian view of the experience of personal annihilation. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 281-306.
- Binswanger, L. (1963). *Being in the world*. New York: Basic Books.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the group of schizophrenias*. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1950.
- Brandchaft, B. (1993). To free the spirit from its cell. In R.D. Stolorow, G.E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective*, pp. 57-76. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the group of schizophrenias*. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1950.
- Buber, M. (1923). *I and Thou*. (W.A. Kaufmann, Trans.) New York: Scribner, 1970.
- Dattillio, F.M., Edwards, D.J.A., & Fishman, D.B. (2010). Case studies within a mixed method paradigm: toward a resolution of the alienation between researchers and practitioners in psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 47, 427-441.
- Des Lauriers, A.M. (1962). *The experience of reality in childhood schizophrenia*. New York: International Universities Press.
- Elkins, D.M. (2007). Empirically supported treatment: The deconstruction of a myth. *Journal of Humanistic Psychology*, 47, 474-500.
- Federn, P. (1955). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1924). The loss of reality in neurosis and psychosis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol 19, pp. 183-187. London: Hogarth Press.
- Fromm-Reichman, F. (1959). An intensive study of 12 cases of manic-depressive psychosis. In D. Bullard (Ed.), *Psychoanalysis and psychotherapy: Selected papers of Frieda Fromm-Reichman*, pp. 227-274. Chicago: University of Chicago Press.

- Greenberg, J. (1964). *I never promised you a rose garden*. Orlando, Fla.: Holt, Rinehart, & Winston.
- Jung C.G. (1907). The psychology of dementia praecox. In G. Adler, H. Read, & R.F.C. Hull (Eds. and Trans.), *The collected works of C.G. Jung: Vol. 3, The psychogenesis of mental disease*, pp. 1-152. New York: Bollingen Foundation.
- Karon, B. & VandenBos, G. (1994). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Karon, B. (2008). An "incurable" schizophrenic: The case of Mr. X. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* [Online], Vol. 4(1), Article 1, 1-24. Disponible en: http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal
- Klein, M. (1934). A contribution to the psychogenesis of manic depressive states. In *Contributions to psychoanalysis*, pp. 282-310. London: Hogarth Press.
- Laing, R.D. (1959). *The Divided Self*. London: Tavistock.
- Schneider, K.J., & Krug, O.T. (2010). *Existential–humanistic therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Searles, H. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. London: Hogarth Press.
- Sechehaye, M. (1951). *Autobiography of a schizophrenic girl*. New York: Signet.
- Rako, S., & Mazer, H. (1980). *Semrad: The heart of a therapist*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic therapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Stolorow, R.D., Atwood, G.E., & Orange, D.M. (2002). *Worlds of experience: The interweaving of philosophy and psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton & Co.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New York: Routledge
- Williams, P. (2011). *A multiple-case study exploring personal paradigm shifts throughout the psychotic process from onset to full recovery*. Unpublished, open access doctoral dissertation, Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Available: <http://gradworks.umi.com/34/54/3454336.html>.
- Winnicott, D.W. (1958). The manic defense. In *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis*, pp. 129-144. New York: Basic Books.

NOTAS

¹ Esta discusión está integrada, además de este trabajo de George E. Atwood que se incluye a continuación, por el de RUTHELLEN JOSSELSON y HEIDI MATTILA (The Humanity of the Psychotic Patient and the Human

Approach 36 by the Therapist: A Relational and Intersubjective Meeting *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, Volume 8, Module 1, Article 3, pp. 36-48, 02-18-12); el de ELIZABETH PIENKOS y LOUIS A. SASS (Empathy and Otherness: Humanistic and Phenomenological 25 Approaches to Psychotherapy of Severe Mental Illness *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, Volume 8, Module 1, Article 2, pp. 25-35, 02-18-12) y por las respuestas de Atwood a dichos trabajos (The Abyss of Madness and Human Understanding 49 *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, Volume 8, Module 1, Article 4, pp. 49-59, 02-18-12). Todo ello en <http://pscp/libraries.rutgers.edu>. Este trabajo fue el texto base sometido a discusión en la videoconferencia celebrada con George Atwood en ÁGORA RELACIONAL en Madrid el día 5 de Abril de 2014. En la discusión participaron Alejandro Ávila, Ramón Riera, Carlos Rodríguez Sutil y otros miembros de IPR e IARPP-España.

² Publicado originalmente como: Psychotherapy as a Human Science: Clinical Case Studies Exploring the Abyss of Madness 1 *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, <http://pscp/libraries.rutgers.edu> Volume 8, Module 1, Article 1, pp. 1 - 24, 02-18-12 [copyright by author]. Traducción castellana de Sandra Toribio Caballero. Traducido y publicado con autorización del autor. Este trabajo ha sido incluido también en el libro de G. Atwood "The Abyss of Madness" como capítulo 1 (New York: Routledge, 2012).

³ Departamento de Psicología, Rutgers University.

⁴ La correspondencia en relación a este artículo debe dirigirse a George E. Atwood, Tillett Hall 509, Livingston Campus, 53 Avenue E, Piscataway, NJ, 08854. Email de contacto: ufoatw01@earthlink.net.

⁵ Me gustaría expresar mi profunda gratitud a Dan Fishman, quien ayudó sustancialmente durante el proceso de ampliar y completar este artículo.

⁶ N. de la T.: Podría traducirse como "La experiencia de realidad en la esquizofrenia infantil".

⁷ N. de la T.: Juego de palabras. En el original: Grace dice la primera vez "my gold" ("mi oro"), aunque quería decir "my God" ("mi Dios"). El terapeuta escucha "my goal" ("mi meta"). Finalmente Grace insiste, condensando y fusionando ambas palabras: "MY GOALLLLL.....D!" ("Mi meta... mi Dios"). N. de la T.

⁸ N. de la T. Las obras podrían traducirse al castellano como "Nunca te prometí un jardín de rosas" y "Diario de una chica esquizofrénica". Hay ediciones en castellano de la primera de estas obras (Barcelona: Barral), y de la segunda (Mexico: FCE), pero ambas están descatalogadas hace años.