

Estructuras clínicas

A veces una intervención psicoterapéutica puede dar con una psicosis latente y conducirla a un estadio de florecimiento. Por eso, jugar con los métodos psicoterapéuticos de una manera acrítica y diletante es jugar con fuego, lo cual no es en absoluto recomendable¹.

Como comentábamos en el capítulo de la consciencia analítico-integrativa, es fundamental en el diagnóstico ser capaz de evaluar la capacidad de integración, personalización y relación con objetos del yo analizado. Lo que nos indicaría su fuerza y estructuración, así como su rigidez y dependencia.

Este hecho condicionaría de forma clara las herramientas a utilizar en el proceso analítico, previniéndonos de no realizar una movilización que el sujeto fuera incapaz de digerir. Con lo que trataríamos de evitar una desorganización que lleve al brote psicótico.

En mi labor clínica me ha sido muy útil diferenciar de forma “apolínea” entre estas tres estructuras básicas; la psicótica, la neurótica y la limítrofe. Este formato de diagnóstico diferencial ha sido bastante común en la práctica analítica, permitiéndonos a los psicoterapeutas que trabajamos en este marco establecer determinados controles desde el inicio mismo del tratamiento.

En la medida que el presente trabajo no pretende ser un manual de clínica, pero sí un libro que dé cuenta de la complejidad del abordaje terapéutico, voy a limitarme a hacer un pequeño resumen de algunas de las características que definen estas tres estructuras básicas, sabiendo que con ello puedo inducir al lector a una suerte de simplicidad o mecanicismo poco deseable. Espero que esta clasificación sea un incentivo para la profundización, no un esquema acabado.

Psicótica- Ausencia de organización *yoica* estable. Dificultades para diferenciar el adentro y el afuera, al yo y al *Otro*. Desaparición o fuga de consciencia y anegamiento por parte del inconsciente. Los elementos a tener en cuenta en el diagnóstico son los siguientes:

- a) El sujeto estructura una realidad fantaseada, que podemos definir como delirante, sirviendo para dar soporte a su desorganización vital. Lo que no quiere decir que en su

¹ C.G. Jung, “Consideraciones de principio acerca de la psicoterapia práctica”. En *La práctica de la psicoterapia, Obra completa vol. 16*, Madrid, Trotta, 2006, pág. 19, & 18.

anegamiento por parte del inconsciente no aparezcan esquemas arquetípicos.

- b) Niveles de tolerancia mínima, en estos sujetos, ante cualquier vivencia emocional intensa (desorganización *yoica*). Aunque esta vivencia sea del orden placentero, como puede ser el deseo o la alegría.
- c) Hay una incapacidad brutal de digerir cualquier tipo de conflicto.
- d) En el elemento relacional predomina la relación con el otro (minúsculas), con lo que los demás sujetos siempre son vistos en relación con ellos mismos. Esto hace que pretendidamente todo gire a su alrededor y sean incapaces de concebir que cualquier cosa se hace al margen de ellos (paranoia). Esto ha determinado que desde algunas corrientes analíticas se hable de que el psicótico no ha salido de la posición del narcisismo primario.
- e) En el trabajo terapéutico hay una tendencia a vivir de forma intensa su tendencia a la relación polar. El terapeuta o acompañante sólo puede ser bueno o malo, pudiendo producirse un cambio en estos valores con una cierta facilidad; Con ello podemos definir que sus relaciones *objetales* son parciales. No existe el matiz, “me da cosas buenas o me envenena”. No se da la posibilidad de integración en un mismo sujeto de aspectos positivos y negativos.
- f) En la historia familiar de sujetos aquejados de problemas psicóticos es frecuente que hayan vivido relaciones presididas por el doble vínculo, como señalan los planteamientos sistémicos. Este hecho habría puesto a estos sujetos en una posición en la que hicieran lo que hicieran acabaría estando mal hecho. No ha habido posibilidad de respuesta adecuada.
- g) También nos podemos encontrar, en la génesis de esta problemática, la historia de madres totalmente ausentes que han contribuido a que el bebé viviera en unos primeros momentos de su vida, momentos en los que aún no hay un yo estructurado, vivencias muy traumáticas. Otro tipo de relación materno filial que puede contribuir de forma muy importante a la irrupción psicótica es la que impide que el niño salga de su posición narcisista, accediendo a una suerte de castración simbólica. Este tipo de madres son denominadas por el psicoanálisis como fálicas y la antipsiquiatría las ha denominado sobreprotectoras, pues

el niño es vivido casi como una parte de su propio cuerpo materno .

- h) La biología y la medicina han demostrado que determinados traumatismos físicos muy tempranos -como pueden darse durante la gestación- y la transmisión genética pueden ser importantes factores que predispongan al trastorno psicótico.
- i) A nivel de diagnóstico psicocorporal, en la mayor parte de las estructuras psicóticas, nos encontramos con hipotonicidad a nivel muscular. Lo que da pie a sentir el cuerpo del psicótico como desvitalizado

Limítrofe. Extrema debilidad *yoica*, aunque está enmascarada por un aparente carácter estable e incluso a veces fuerte. En ciertos momentos de tensión, en este tipo de estructuras, puede darse una cierta desorganización *yoica* y contacto con una importante base depresiva que les lleva a sentirse totalmente incapacitados. Los elementos a tener en cuenta en el diagnóstico son:

- a) Los sujetos ubicados en esta categoría son terriblemente unidireccionales en sus formas de cognición y de actuación. Pueden ser muy reactivos si se sienten cuestionados. Falta de plasticidad y ausencia de contacto.
- b) Importante ambivalencia en el campo de sus relaciones, tanto familiares como profesionales. El amor y el odio se plasman en un mismo objeto, haciendo que la expresión y actuación de estos sujetos parezca muy incoherente.
- c) Pueden darse importantes muestras de angustia y desesperación ante los cambios imprevistos. Sobre todo si son sujetos con rasgos obsesivos.
- d) Cierta dosis de intolerancia ante la frustración. Es habitual, como ya hemos señalado, que respondan de forma bastante reactiva.
- e) Encontramos en estos sujetos importantes relaciones de dependencia muy pronunciada. Aunque de forma habitual no se tiene consciencia de ello.
- f) En la relación terapéutica se puede plasmar la ambivalencia de forma intensa.
- g) Tendencia a caer en un complejo materno (proyectado o identificado) que mutila la capacidad de iniciativa. También pueden ser poseídos por otros complejos, como el de poder o inferioridad.

- h) En la historia de estos sujetos nos encontramos con faltas o excesos en la transmisión de afecto y soporte familiar, siendo muy frecuente en la historia de su crianza abundantes incoherencias. Sus vivencias traumáticas serían posteriores a las de la estructura psicótica. El psicoanálisis las ubicaría en etapa tardía de la fase oral.
- i) La superficie de su personalidad es compensada por diferentes rasgos caracteriales, configurados según su historia familiar, que evitan el contacto con su debilidad de base.
- j) A nivel psicocorporal nos podemos encontrar con sujetos muy hipertónicos, que pueden padecer diferentes problemas psicosomáticos.

Neurótica. Importante estructuración y organización *yoica*. Excesiva rigidez en su carácter que le lleva a escindir partes importantes de su psique.

- a) Hay una buena estructuración en el yo de estos sujetos, pero una cierta unidireccionalidad de su consciencia, que les impide estar más en contacto con la realidad de su inconsciente.
- b) Ciertas dificultades ante la necesaria plasticidad y capacidad de adaptación que requiere la vida. Pueden darse momentos de estancamiento.
- c) Nos encontramos con diferencias caracteriales en este tipo de estructuras según la historia personal de cada sujeto, sin que existan depresiones graves de base.
- d) Pueden activarse múltiples complejos (poder, inferioridad, castración...). Pero los sujetos no llegan a estar plenamente poseídos por ellos. Si se acercan a este estado siempre es mucho más fácil que en las otras estructuras, poder objetivar estos componentes psíquicos e interaccionar con ellos, saliendo de la posibilidad de ser absorbido por ellos.
- e) Intolerancia relativa al cambio y a la frustración de estos sujetos, pero sin que la angustia que se da por ello conlleve una desorganización importante de su yo.
- f) Predominio de la represión como elemento fundamental en el desarrollo de esta estructura. En una primera vertiente, común a cualquier sujeto que logre una cierta autonomía e individualidad, permitiéndole salir de ese "incesto imaginal" que configura la unidad con la madre, como plantea el psicoanálisis en la resolución edípica. Y en un segundo

plano, como excedente, planteamiento más neocultural, producto de la rigidez familiar en la inhibición del mundo pulsional, siendo esta última faceta determinante del origen del sufrimiento neurótico.

- g) Pueden darse crisis de “sentido” en varios momentos de la vida de estos sujetos, como puede ser “los trances de madurez”. Lo que podría equivaler a conflictos existenciales que se pueden expresar en el orden profesional, familiar o espiritual, sin que ello les lleve a una incapacitación para seguir viviendo.
- h) A nivel psicocorporal predominan las somatizaciones², aunque se pueden conjugar con diferentes síntomas de orden más psicosomático.

Una vez que hemos desarrollado de forma esquemática un conjunto de variables que nos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial hemos de realizar un pequeño rodeo. Este nos lleva a empezar a explicitar determinados elementos técnicos y herramientas que nos sirven para llevar adelante el proceso terapéutico. Una vez concluido este breve acercamiento, hacia los diferentes instrumentos, podemos volver la vista hacia las tres estructuras descritas, observando qué herramientas se adecuan para trabajar en su análisis y tratamiento.

² La somatización es un concepto que designa que el sujeto ha utilizado su cuerpo como campo de significación de su inconsciente. El síntoma producto de la somatización carece de patología coherente como puede ocurrir en problemas funcionales de tipo psicosomático.