

Abordaje de trastornos psicóticos desde el enfoque centrado en la persona. Possibilidades e limitaciones

Dr. Ricardo Gustavo Valdettaro

outubro 1993

PRIMERA PARTE

El presente trabajo pretende poner de manifiesto los alcances y limitaciones del Enfoque Centrado en la Persona en una problemática que se ha mostrado refractaria a los distintos tipos de abordajes ensayados: la **PSICOSIS**.

El fracaso de las múltiples escuelas ha sido siempre directamente proporcional al grado de ortodoxia con que se ha pretendido instrumentar la terapia. Inversamente, cuando algún abordaje resulta exitoso, suele ser difícil encasillar plenamente dicho abordaje en alguna línea psicoterapéutica definida.

Se nos muestra así como el campo nosográfico donde “mueren las palabras y agonizan las teorías”.

Dicho de otra manera, los profesionales que han de desempeñarse dentro de este terreno de la Psicopatología, es menester que lo hagan despojándose al máximo de posturas “ultras” y preconcepciones rígidas, sabiendo de antemano que a su bagaje de conocimientos teóricos, deberán complementarlo con una importante dosis de pragmatismo y creatividad.

En su libro Psicoterapia y Relaciones Humanas, Kinget dice, refiriéndose al Terapeuta: “El entrenamiento más completo no podría equipar al Terapeuta de las técnicas necesarias para actuar de un modo fecundo y aséptico. Lo más importante en el equipo terapéutico no es su ciencia ni su modo de aplicarla; es su integridad personal”.

Creo de utilidad aclarar que en el texto del presente trabajo, algunas apreciaciones están expresadas en primera persona del singular, por corresponder a ideas o hipótesis personales. Las que están expresadas en primera persona del plural, se relacionan con conclusiones extraídas de la experiencia del Equipo Terapéutico al cual pertencí.

Me he propuesto analizar este tema a partir del planteamiento de cuatro cuestiones básicas:

I-DIAGNÓSTICO

¿Instrumento útil al servicio del afectado o lápida cuasi institucional limitante y deteriorante?

II-REVERSIÓN DEL CUADRO PSICÓTICO

¿Es necesaria?, ¿es indispensable?, ¿es terapéutica?, ¿es “contra-natura”?

III-TIEMPO Y MODO DE REVERSIÓN

De ser ésta necesaria, ¿se considerará útil acortar el tiempo de crisis psicótica?. ¿Hasta qué

punto y a través de qué medios?. ¿Con qué postura terapéutica?.

IV-POSTURA TERAPÉUTICA ANTE EL CESE DE LA CRISIS PSICÓTICA

¿Será modificada?. Si lo es, ¿cualitativa o cuantitativamente?

I-DIAGNÓSTICO

Podemos plantear el tema desde tres posturas, siendo las dos primeras, excluyentes entre sí.

1- Excesivo énfasis en la clasificación diagnóstica.

El profesional de la salud se basa rígidamente en un diagnóstico preciso para elaborar su terapéutica y pronóstico, quedando inhibido su funcionamiento, de no contar con la misma.

Esta posición es sustentada por Thorne, según el cual “No puede llevarse a cabo un tratamiento racional antes de haber establecido un diagnóstico preciso”.

2- Descalificación del Diagnóstico.

En esta postura, el diagnóstico es considerado como un atributo de poder, detentado culturalmente por los profesionales, en especial en el modelo médico tradicional, constituyendo una arbitrariedad subjetiva que reduce a la persona a la signosintomatología observable, cosificándola, encuadrándola, rotulándola y, probablemente, condicionando el pronóstico.

El diagnóstico, en resumen, sería totalmente innecesario. A esto adhieren los profesionales que han recibido influencia directa del pensamiento de Rank. En este punto encontramos a Rogers para quien, *“el diagnóstico psicológico, tal como se entiende corrientemente, es decir, como operación diferente y previa, no es necesario para el tratamiento y puede, incluso, dificultar los progresos y los resultados del proceso”*.(Psicoterapia y Relaciones Humanas, Rogers y Kinget).

Cabe acotar que Rogers, al expresarse de ese modo, lo hizo refiriéndose específicamente a personas normales o con conflictos de corte neurótico.

3- Postura Intermedia

Considerando necesario un diagnóstico “amplio y provisional” (Kinget :Psicoterapia y Relaciones Humanas, Tomo II, Capítulo IV), trataremos de instrumentarlo ubicándolo en el punto de mayor utilidad y menor nocividad. Es decir, al servicio de la Persona, nunca al servicio del profesional ni de las instituciones.

Por lo tanto, sería conveniente hablar de **funcionamiento psicótico** y no de **estructura psicótica**. El primero daría cuenta fenomenológicamente de un acontecer actual que impregna la vida de una persona, transportándola a una dimensión existencial alienada, sin hacer necesariamente juicio sobre su devenir.

Por el contrario, si nos atuviéramos al concepto de estructura, podríamos caer fácilmente en pronosticar lo impronosticable, dar por definitivos acontecimientos circunstanciales y, por lo tanto, condicionar nuestra mirada y nuestro oído para ver y oír lo que creemos menester ver y oír, más que lo que es, ya que el concepto de estructura psicótica nos estaría hablando **de un modo de ser inmodificable y con una perspectiva determinista.**

Transcribimos las siguientes opiniones: "...la existencia de un estado psicótico es innegable, pero la expresión un psicótico, es altamente cuestionable." (John Shlien).

"...No es que condenemos la clasificación como tal; reconocemos en ella una útil herramienta científica, pero es peligrosa cuando conduce a una reificación absoluta de los términos" (Karl Menninger).

La utilidad de esta última postura la encontramos en la posibilidad de situarnos frente a esta persona en este momento y de acuerdo a ello, actuar. Es decir, adoptamos las condiciones básicas del Enfoque Centrado en la Persona, teniendo en cuenta que estamos ante un proceso de derrumbe y desorganización psíquica

En este punto es menester considerar que dichas condiciones básicas **no son suficientes** para el abordaje de la persona en estado psicótico.

El mismo Rogers echa luz sobre la cuestión. En su libro *De Persona a Persona* dice: "*La ausencia de motivaciones concientes constituye un problema realmente grave en psicoterapia*".

"...*Es más difícil trabajar con la falta de motivación conciente en el individuo que con el problema de la Psicosis*".

Estas apreciaciones coinciden en todo con nuestra experiencia clínica. No obstante, una de las actitudes básicas, la CONGRUENCIA del Terapeuta, no puede estar ausente, sino que, por el contrario, es imprescindible para lograr el acercamiento eficaz y, por lo tanto, terapéutico, con esta Persona.

En la misma publicación que hemos mencionado, Rogers expresa. "...*el elemento más importante de la relación es la autenticidad del terapeuta*".

"...*El terapeuta eficaz es aquel que durante la entrevista es capaz de ser él mismo...Quizás lo demás no importe*"

La conclusión al cuestionamiento inicial es que creemos en la necesidad de recurrir al diagnóstico de funcionamiento, para, a partir de ahí, comenzar a acompañar a la persona perturbada en su intento de reestructuración o compensación.

II- REVERSIÓN DEL CUADRO PSICÓTICO

Este punto es crucial y es en el cual el Enfoque Centrado en la Persona tiene algo vital para

decir: Sólo estando ahí, al lado del psicótico y no delante de él es que podemos acercarnos a su mundo, contactarnos con el mismo y, eventualmente, si su Tendencia Actualizante aún se lo permite, facilitarle el camino de regreso del modo más respetuoso y comprensivo posible, sin forzar rupturas bruscas con ese mundo alienado, aceptando incondicionalmente sus reales posibilidades y sus tiempos.

Considero necesario advertir un riesgo en esta cuestión y es el de confundir la científica ingenuidad con la irrealidad irresponsable y demagógica, ya que nuevamente podríamos plantear dos posturas diferentes:

1—Es necesario, de ser posible, que el funcionamiento psicótico cese, para dar paso a otro que pudiera denominarse neurótico, medianamente neurótico o normal, de acuerdo a la lectura que se elija.

2---No es necesario, ya que al ser una elección existencial profunda, nadie debería poner obstáculo a la misma y, por lo tanto habría de respetarse ese “modus vivendi” a ultranza.

Obviamente, el que adhiera a esta segunda postura nunca se habrá permitido tocar, palpar, oler, ver, oír, sentir el, a veces, desgarrador sufrimiento de la persona en crisis psicótica, en especial cuando existen posibilidades de regreso (Tendencia Actualizante aún vigente).

No pasa lo mismo con el psicótico que se ha retirado definitivamente hacia lo profundo de su deterioro autista.

Y para muestra clara de lo que quiero expresar basta con escuchar testimonios de personas hoy compensadas, que han estado sumergidas en el acontecer psicótico. Nada nos dicen acerca de que mejor hubiera sido dejarlas “allá lejos”. Inclusive viven con temor la posibilidad de una recaída en ese estado. Es algo posible, pero, absolutamente indeseable. Al respecto me he preguntado si la crisis psicótica se trata de una “elección”, de “un modo de estar en el mundo” o la única forma que encuentra un individuo de expresar sus conflictos internos ante el fracaso de otras vías. Dicho de otra manera, el delirio, ¿es una expresión auténtica del sí mismo?

De tal forma convendría recordar que la palabra DELIRIO, del bajo latín DELIRIUM, deriva de DELIRARE (SALIR DEL SURCO), compuesto de LIRA (surco) y DE (preposición que indica alejamiento).

Por otra parte, en su trabajo *Locura y Neurosis*, el Dr. Jorge Saurí cita a Platón, quien mencionaba una forma de enajenación, de estar en lo ajeno y extraño a sí mismo, confiriéndole el carácter de locura. En ese mismo trabajo agrega, refiriéndose siempre a la enajenación:

“...entonces, prisionera de **lo otro**, procede a buscar el modo de instalarse en **una realidad otra**, desarrollando modalidades específicas de existir, nunca firmes o fijas, porque es de la esencia de la enajenación la continua movilidad engendrada por la extrañeza. Ella arroja a lo extraño, a lo inseguro y al abismo sin fondo que imposibilita enraizarse en nada. Y esto es la locura que vive la persona: busca organizarse de algún modo para explicarse ese **ser extraño** a sí mismo y vivir tal fenómeno”.

Si bien ambas posibilidades (elección o fracaso), no son necesariamente excluyentes entre sí y pueden coexistir en la génesis de la psicosis, nuestra actividad variará notablemente si ponemos el énfasis en la primera o en la segunda.

Ante la **elección**, sólo cabría respetarla, pero si consideramos que una persona eligió “**salir del surco**” porque no podía seguir en el mismo de un modo adecuado, nos centraremos en ayudarla a **regresar a su surco inicial (al sí mismo)**, facilitando su apertura a nuevos y mejores modos de expresión de sus conflictos. Le facilitaremos, en fin, el descubrimiento de sus propios recursos para poder decir lo que quiere decir, sin necesidad de recurrir a la locura para tal efecto.

Quizás resulte obvio expresar mi absoluta adhesión al último punto de vista expuesto.

III—TIEMPO Y MODO DE REVERSIÓN

Es un hecho demostrado, que la prolongación en el tiempo, de una crisis psicótica aumenta el riesgo de deterioro. En las Salas de pacientes agudas suele observarse la forma más grave de psicosis, la Catatonía, la cual, en algunos casos, puede desembocar en la muerte (catatonía letal). En estas situaciones, no cabe discusión alguna en cuanto a la necesidad perentoria de intervenir con todos los medios disponibles para “sacar” al paciente de ese estado.

No obstante, existen opiniones que plantean si verdaderamente nos asiste el derecho de impedir que una persona “concrete su proyecto de muerte” a través de esta vía.

He tenido, afortunadamente, numerosas ocasiones de escuchar a esas mismas personas, luego de salir de ese estado, y sólo se advierten señales de agradecimiento por habernos “opuesto directivamente” a la espontánea evolución del cuadro.

Queda por plantear **el modo** que emplearemos para la reversión del cuadro.

En primer lugar, reitero lo ya enunciado en el sentido de la insuficiencia de las actitudes básicas del Enfoque Centrado en la Persona en la problemática psicótica tal como se las entiende e instrumenta.

Esta entidad nos enfrenta crudamente con la inviabilidad de la No Directividad, ya que en esta instancia, son los profesionales y las instituciones las que deben hacerse cargo, al menos temporariamente, y en forma inconsulta de la persona alienada, quien, en la mayoría de los casos, no participa activamente de las decisiones sobre sí misma.

Podríamos decir al respecto, que en ese momento partiríamos desde el punto más alejado del Enfoque Centrado en la Persona: asistimos terapéuticamente a quien no lo desea, de una manera que rechaza, sin “respetar” su criterio, medicándolo contra su voluntad, y, en situaciones límites, conteniéndolo mecánicamente cuando los fármacos se muestran ineficaces.

Resulta harto difícil integrar esa imagen, de resonancias tan agresivas, con lo que se espera de un **Terapeuta Centrado en la Persona**. No obstante, considero que las diferencias con lo

esperable para tal terapeuta serían más de forma que de fondo, ya que la **CONGRUENCIA** surge con toda su vital importancia, no pudiendo estar ausente, sino por el contrario, es imprescindible su presencia para lograr el acercamiento eficaz y, por lo tanto, terapéutico con la persona enferma.

La **Congruencia** se pone de manifiesto en el terapeuta al actuar frente a la persona desorganizada psicóticamente, de acuerdo a lo que su saber y entender (formación, experiencia y Empatía) le dictan para intentar revertir esa situación. Si creemos firmemente que es menester revertir un cuadro psicótico, debemos actuar, en consecuencia, con todos los medios a nuestro alcance, poniendo el acento en **nuestro deseo** de curación por encima del **aparente no deseo del paciente**.

Recalco lo de **aparente**, ya que el deseo de curación suele estar muy profundamente oculto y sólo sale a la luz al cesar la crisis.

Con respecto a las diferencias de forma, encuentro que la Aceptación Positiva Incondicional y la Comprensión Empática también están presentes, aunque, de momento, son expresadas por el terapeuta, sin la participación activa de la persona enferma y muchas veces sin resonancia evidente en ella, por lo que, en esa etapa inicial, no suelen tener gran relevancia. Quedan por así decirlo, a la espera de “mejores momentos”.

IV—POSTURA TERAPÉUTICA ANTE EL CESE DE LA CRISIS

En lo hasta ahora expuesto, el énfasis estuvo puesto más en las limitaciones del Enfoque Centrado en la Persona que en sus alcances. Pero cuando una crisis psicótica evoluciona favorablemente, lo que implica que se produce una compensación con escaso o ningún deterioro, es notorio como los Terapeutas Centrados en la Persona podemos, gradualmente y casi sin advertirlo, adoptar más claramente las actitudes básicas del Enfoque. Esto se va produciendo en cuanto aparecen las primeras señales de mejoría.

Nuestras intervenciones verbales y no verbales se van modificando lentamente y, en forma progresiva, la relación terapeuta-paciente comienza a adquirir características más cercanas al de persona a persona. Esto se ve favorecido por el mayor compromiso del paciente con su dolencia y tratamiento.

Es de hacer notar que en este punto evolutivo de la crisis, la persona enferma comienza a evidenciar un funcionamiento cada vez más neurótico, con incremento de eficacia en sus mecanismos de defensa, lo cual favorece la modificación de la postura terapéutica antes aludida, consolidándose en el momento del alta institucional. Esta constituye un punto crucial y fundamental, disminuyendo considerablemente y, en algunos casos, cesando la Directividad por parte del terapeuta.

Cuando se produce el alta institucional, la persona externada queda en uso de su libre albedrío para continuar su tratamiento, lo cual puede significar el comienzo de un verdadero proceso psicoterapéutico.

Tan difícil es esta instancia, que muchas pacientes suelen presentar resistencias conscientes o

inconscientes a la externación. Es de suponer que una gran dosis de dependencia puede provenir de rasgos propios de la personalidad de este tipo de pacientes, pero también puede haber sido favorecida por la actitud terapéutica instrumentada durante la internación y esto, como ya quedó explicado, no puede imputarse a error técnico del terapeuta, sino a la necesidad de adopción de tal actitud.

Volvemos a recurrir a Kinget quien analiza las “ACTITUDES TUTELARES”: “...Los medios empleados ordinariamente para crear un sentimiento de seguridad es dar confianza, reconfortar o animar al sujeto de modo directo, explícito. El recurso a estos procedimientos fáciles, rudimentarios, es quizás factible cuando se trata de niños pequeños o de adultos con capacidad muy escasa de “Self Help”. Fuera de estos casos, el uso de tales procedimientos representa una forma de paternalismo que obstaculiza el crecimiento y la maduración del sujeto. Es decir, que su empleo se opone directamente a los fines de la terapia, como aquí la concebimos”.

Cuando logra sortearse este primer momento de zozobra y de angustia por parte de la persona externada (lo que ocurre en la gran mayoría de los casos), podemos decir que ya están dadas las condiciones propicias para el Enfoque Centrado en la Persona, en forma clara y plena.

No obstante, el terapeuta deberá estar, a partir de esa instancia, preparado y dispuesto para detectar en qué circunstancias las actitudes básicas pudieran mostrarse insuficientes y, en tal sentido, saber complementarlas con las que fuera menester.

En la empatía, ductilidad y experiencia del profesional recaerá la difícil tarea de “estar avisado” de tales contingencias, sin condicionar su aparición.

SEGUNDA PARTE

En el punto IV de la primera parte me he explayado acerca del modo en que un Terapeuta Centrado en la Persona puede ir variando su actitud hasta poder utilizar al máximo los recursos propios del Enfoque.

Para no dejar en un mero postulado teórico tales aseveraciones, describiré una actividad terapéutica grupal que ejemplificará las mismas.

GRUPO DE ALTA HOPITALARIO.

Experiencia realizada en la Sala Ayerza (Terapia a Corto Plazo) del Hospital Neuropsiquiátrico José A. Esteves.

- 1- Características, origen y objetivos del grupo.
- 2- Tipo de pacientes.
- 3- Consignas y modo de funcionamiento.

1-CARACTERÍSTICAS, ORIGEN Y OBJETIVOS DEL GRUPO.

La Sala Ayerza funciona recibiendo y asistiendo a pacientes agudas con escaso o ningún deterioro y externables en muy corto plazo, con una estadía promedio de 60 días. Se externan, con una recuperación aceptable, el 80% de las personas internadas.

Hacia 1974, los Consultorios Externos no podían absorber, para atención ambulatoria, a las pacientes que egresaban, por lo que se buscó una forma de paliar ese déficit. Fue así que se creó en la misma Sala Ayerza, un grupo que cumpliera el objetivo de dar algún grado de contención y, a la par, continuidad al tratamiento iniciado durante la internación. Por lo tanto, siempre estuvo coordinado por un profesional de la Sala, haciéndome cargo de dicha coordinación desde Febrero de 1977 hasta Junio de 1994.

2- TIPO DE PACIENTES

La variedad de patologías y evolución de las pacientes asistentes al grupo era muy diversa, incluyendo fundamentalmente, psicosis compensadas, neurosis graves y estados intermedios (neurosis que en algún momento devinieron en cuadros psicóticos agudos pero breves).

Como característica bastante común, se advierte una tendencia a la dependencia y autodescalificación, agravados por la “mancha en el legajo Sociofamiliar” que significa en nuestra sociedad una internación psiquiátrica.

Con respecto al sexo, en un comienzo, el grupo era mixto (en ese entonces se internaban hombres y mujeres en la Sala Ayerza). Desde 1976 se prohibió la internación de hombres en el Hospital Esteves, volviendo, de esa manera, y hasta el presente, a ser un establecimiento exclusivo para mujeres, en el área de internación. Obviamente, la tarea de la Sala y del grupo se vieron empobrecidas por esta circunstancia.

4- CONSIGNAS Y MODO DE FUNCIONAMIENTO

a-Consignas

-El grupo sesionaba, al principio, en forma quincenal, para pasar, luego de unos años a una frecuencia mensual. La duración de la sesión era de una hora.

-El horario de comienzo se cumplía en forma estricta, teniendo un margen de tolerancia de quince minutos para poder ingresar al salón. Este límite fue discutido y reglamentado por las integrantes del grupo.

-Durante las sesiones no se hablaba de medicamentos. Esto quedaba reservado para tratarlo en forma individual, luego de las sesiones.

-La frecuencia de asistencia quedaba librada al criterio de cada integrante, con la única sugerencia de concurrir más asiduamente en los primeros tiempos, posteriores al alta de internación.

b-Modo de funcionamiento

En los primeros momentos predominaba un clima de familiaridad entre las integrantes del grupo, intercambiándose preguntas y comentarios cargados de afectividad, referidos a circunstancias cotidianas de pacientes y terapeutas (enfermedades, cumpleaños, nacimientos, etc.). Luego sobrevinían breves momentos de silencio que se interrumpían cuando alguien comenzaba con el relato de situaciones personales. Solía ocurrir que las pacientes más nuevas, en especial las que mostraban una marcada tendencia a la dependencia, irrumpían en preguntas dirigidas a los terapeutas, que no eran contestadas por estos, en la seguridad, como así ocurría, de que las integrantes más antiguas les aclararían que deberían dirigirse al grupo, ya que, de lo contrario se estaría descalificando al mismo. Este era uno de los puntos en los que se hacía más notable la apropiación del grupo por parte de las pacientes, al ir dejando de esperar indicaciones de los terapeutas. Esta puesta de límites se realizaba con respeto, serenidad y naturalidad.

Los terapeutas habíamos incorporado, como norma tácita y en forma espontánea, el no intervenir verbalmente en los primeros quince o veinte minutos, o hacerlo en forma limitada. Esto nos daba un mayor margen de certeza en cuanto a que el grupo iba por donde deseaba ir, tratándose de no condicionar ni sugerir caminos a seguir. De tal modo, cuando participábamos verbalmente, lo hacíamos dentro del rumbo elegido grupalmente.

Esa actitud producía, en los comienzos, desconcierto e incertidumbre, al frustrar la expectativa inicial de “escuchar los consejos del Doctor”. Esto fue lentamente dando lugar a la confianza en el propio grupo y a un sentimiento de responsabilidad y compromiso.

Es aquí donde podía visualizar el funcionamiento de la Aceptación Positiva Incondicional, en este caso, puesta en el Grupo, permitiendo el incremento de autoestima y valoración. Al respecto, se puede mencionar que las pacientes que se ausentaban del Grupo por períodos prolongados, cuando retornaban lo hacían sin temor a ser reprochadas por su inasistencia.

Evidentemente, para muchas de estas personas, esto era un hecho inédito en sus vidas, puesto que habían sufrido siempre rechazo, descalificación, o, en el mejor de los casos, aceptación condicional.

Con respecto a la Empatía, se iba estableciendo con el Grupo y con cada integrante del mismo, por lo que las intervenciones de los terapeutas apuntaban alternativamente a ambos planos.

En algunas sesiones trabajábamos predominantemente con el material grupal, realizando en esos casos, reflejos referidos al clima de la sesión y a los sentimientos percibidos dentro de ese clima.

En otras ocasiones trabajábamos con el material individual de uno o más integrantes, para trasladar luego la tarea al grupo. Esto era así, en parte porque las características de algunas pacientes (especialmente aquellas con rasgos esquizoides marcados) nos llevaban a intentar acercamientos desde nosotros, sin esperar que siempre se produjeran desde ellas. Esta cuestión hacía necesario disminuir el grado de No Directividad, ya que a menudo nos encontrábamos proponiendo vías de acceso hacia tal o cual paciente que percibíamos en estado de aislamiento o de bloqueo. En esos momentos establecíamos una invitación

implícita al Grupo a transitar esa vía. Quedaba a criterio del mismo hacerlo o no.

Era de suponer que si la concurrencia de todas las pacientes fuera más frecuente, podría incrementarse la No Directividad. Habíamos comprobado que eso ocurría cuando, circunstancialmente, se daban esas condiciones. No obstante, esto habría aparejado un inconveniente de difícil resolución: en el caso de que hubieran asistido a cada sesión el 50% de las pacientes que pertenecían a este Grupo, el mismo se habría hecho multitudinario, con lo que habría perdido capacidad de continencia y operatividad. Esto me ha hecho pensar a menudo si no se trataría de una forma de homeostasis inconsciente por parte del Grupo, a fin de preservar sus condiciones terapéuticas. La asistencia promedio era de 13 integrantes por sesión.

Considero interesante remarcar ciertos elementos que, creo, permitirán vislumbrar el funcionamiento de la Tendencia Actualizante en estas pacientes.

Un gran número de ellas no tenían un ritmo parejo de concurrencia, o lo hacían en forma esporádica, pero cuando percibían ciertas señales que preanunciaban una posible descompensación, volvían a asistir con regularidad y comunicaban dichas señales al Grupo. Cuando lograban “rearmarse” retomaban su ritmo anterior. Esta era una actitud espontánea por parte de las pacientes; los terapeutas ni indicábamos ni sugeríamos esa conducta, la cual era patrimonio de las mismas. Inclusive, hemos comprobado que aquellas con quienes se había logrado establecer un vínculo terapéutico sólido durante la internación, a veces llegaban al Grupo en condiciones críticas y el solo hecho de tomar contacto con éste, conseguía resultados sorprendentes, toda vez que, racionalmente, no cabían esperarse grandes cambios en forma tan rápida. La hipótesis sería que en estos casos, se actualizaría el vínculo terapéutico, ahora trasladado al Grupo, siendo este vínculo vivido como sanante, y pondría a su vez, en funcionamiento a la Tendencia Actualizante de la persona perturbada. Esto podría echar alguna luz acerca de la razón por la cual una paciente que luego de una ausencia más o menos prolongada, volvía al Grupo en un estado de gran disturbio emocional y, en una sesión o en unas pocas, lograba una compensación poco esperable desde otra óptica.

Esstos hechos aislados, pero no excepcionales en cuanto a su frecuencia, más los progresos que individualmente iban presentando muchas integrantes del Grupo en sus vidas personales, los cuales excedían lo que cabría esperar en un grupo de las características señaladas, abonan la hipótesis antes esbozada, referida a la Tendencia Actualizante, la cual operaría a través de la siguiente secuencia:

1-Vínculo terapéutico sólido establecido durante la internación, donde haya prevalecido el sentimiento de confianza por parte de la paciente, lógicamente consecutivo a la aceptación por parte del terapeuta

2- Un cierto grado de conciencia de poder ser ayudada, por parte de la paciente y a su vez, de poder ayudar a otras compañeras a través de actividades terapéuticas grupales (asambleas, grupos de terapia ocupacional, etc.), que le permitieran salir de su único rol de enferma (pasivo) y poder asumir el de agente terapéutico (activo), para sí y para las demás. Este sería el punto donde considero que comienza a evidenciarse el funcionamiento de la Tendencia Actualizante.

3-Traslado de los sentimientos propios del vínculo terapéutico (con el terapeuta durante la internación) al Grupo de Alta, al egresar de la Sala. Podríamos entender este pasaje como la socialización del vínculo terapéutico. El Grupo de Alta pasará a ser, de ahí en más, la usina de realimentación de su Tendencia Actualizante, siendo el Grupo, a su vez, realimentado permanentemente por la Tendencia Actualizante de cada paciente.

Para dar más validez a esta hipótesis, podemos ver que ocurría con las pacientes en las que no se había dado la secuencia señalada en un modo correcto, ya fuera porque no se había consolidado el vínculo terapéutico durante la internación, o porque el grado de desacuerdo interno era demasiado importante (por ejemplo, pacientes excesivamente dependientes, que no podían acceder a otras posturas existenciales, o que habían quedado con un deterioro esquizofrénico importante).

Tales pacientes concurrían al Grupo en forma demandante, dirigiéndose con mucha frecuencia a los terapeutas, no pudiendo incorporar a sus compañeras de l Grupo al proceso terapéutico. No se observaban progresos en sus modos de relacionarse con el mundo; sólo se podía esperar que la patología “se estancara”, fundamentalmente a través de medicamentos neurolépticos y cuando se producía una descompensación, no se lograba revertirla en el Grupo, terminando, esos casos, en reinternaciones, generalmente en salas de terapia a largo plazo.

Es de suponer que en esas personas, la Tendencia Actualizante había quedado bloqueada desde tiempo atrás, de modo inamovible, marcando esto la diferencia evolutiva y en el pronóstico.

Quisiera hacer algunas consideraciones relacionadas con la Congruencia. Muchas de las pacientes que asistían al Grupo de Alta, en algún momento estuvieron profundamente perturbadas, mostrando el rostro trágico y dramático de la psicosis. En esas ocasiones, pude asistir a un penoso proceso de retorno desde las profundidades psicóticas a la superficie de lo que podemos llamar compensación. Podría traducir mis sentimientos frente a esas personas en las siguientes reflexiones internas:

-¿Podré hacer algo de utilidad por esta mujer?

-¿No será un esfuerzo condenado de antemano al fracaso?

-¿Hasta dónde podré equilibrar momentáneamente la balanza con mi aceptación, mi comprensión y mi deseo de ayudarla, respecto a los múltiples rechazos y a los enormes baches afectivos con que cuentan en su haber?

-De todos modos, estoy seguro de que no podré lastimarla más de lo que está; al menos, estoy dispuesto a aceptarla tal como es, sin exigirle más de lo que realmente pueda dar de sí.

-Tal vez, sólo pueda ayudarla a que sus síntomas no la anulen totalmente, que pueda permanecer fuera del ámbito hospitalario, aún con la compañía de dichos síntomas.

Tal vez, por todos estos sentimientos algo confusos, en los que se mezclan el deseo de ayudar, la desesperanza, el escepticismo previo y la sensación de ser viejos conocidos por haber compartido un largo viaje (la ruta que unió su desestructuración con la actual

compensación), o por alguna otra razón desconocida por mí hasta el presente, tengo la clara percepción de lo que podría denominar mi mayor estado de congruencia, tomando en comparación todas las situaciones en las que me he desempeñado como psicoterapeuta. Este Grupo fue el ámbito en el cual me “observé y controlé” menos y en el que me permití la mayor libertad para expresar mis sentimientos. Podría resumir mi actitud en algo así como “aquí soy enteramente yo y no hay absolutamente nada de qué cuidarme”. Esto me permite establecer una comunicación con sus integrantes, no sólo verbal, que abunda en sobreentendidos, gestos y miradas cómplices, donde , muchas veces, las palabras están de más

.Esos mensajes gestuales me dan elementos ricos para reflejar estados de ánimo personales o grupales, pero, al mismo tiempo, me encuentro siendo “reflejado” por alguna integrante del Grupo con cierta frecuencia, generalmente en tono de broma, pero de una manera atinada (Ej.: “El Dr. Se está aburriendo”).

Esto demostraría varios aspectos: el primero estaría vinculado a lo que ya expuse respecto a mi estado de congruencia en el grupo, captado por las pacientes; otro aspecto que considero importantísimo, es que podían asumirme como un integrante del Grupo sin deshumanizarme y por lo tanto, hacer referencias a mi persona sin ningún tipo de temor (y no nos olvidemos que los elementos paranoides han abundado en muchas de estas pacientes). Un tercer elemento podemos detectarlo en que esa actitud estaría demostrando por parte de las pacientes una importante falta de temor a la evaluación, que estaría íntimamente vinculada a la Aceptación Positiva Incondicional, ya que los reflejos y comentarios referidos a mi persona, no siempre son caricias, sino que suelen abundar los reproches.

Consignaré algunos datos estadísticos para, entre otras cosas, fundamentar la eficacia que le atribuyo a este Grupo de Alta. Estos datos corresponden al año 1993 que fue cuando escribí este trabajo.

Total de pacientes que concurrían al Grupo en esa fecha: 38

Promedio de asistencia: 13 pacientes por sesión.

Antigüedad promedio de pertenencia al Grupo: 6 años. De las 38 pacientes, 15 (40%) llevaban 7 años o más concurriendo, existiendo 3 casos de 17 años.

Cantidad total de reinternaciones de las pacientes que integran el Grupo: 20.

Pacientes que necesitaron reinternaciones: 14.

Esta cifra es por demás elocuente, por tratarse de una población de alto riesgo de descompensación psicótica. Por otra parte, a la baja incidencia de reinternaciones, en tiempos promedio tan prolongados, cabe agregar que dichas reinternaciones desembocaron todas en el alta y la inmediata reincorporación al Grupo,

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

LAING, R. D. “El Yo dividido”

MENNINGER; Karl. “El balance vital”

PRICE; Richard. “Conducta anormal”

ROGERS; Carl. De Persona a Persona”

ROGERS; Carl. El proceso de convertirse en Persona”

ROGERS; Carl. “Grupos de Encuentro”

ROGERS; C: y Kinget, M. Psicoterapia y relaciones humanas”

SAURÍ; Jorge. “Locura y Neurosis”

SHLIEN; John. “Psicoterapia de las Psicosis”

THORNE;F: C: “Simposio: Evaluación crítica del Counseling y la Psicoterapia No Directiva”

el trabajo lo presenté en el Encuentro latino de Aguas Calientes (México) en el año 1996.
Posteriormente y por invitación de Cristina Rocha, lo presenté, creo que en 1999, en la
Universidad de Sao Paulo