



Empatía y Alteridad: Enfoques humanistas y fenomenológicos en la psicoterapia con el trastorno mental grave¹. Comentario sobre la Psicoterapia como una Ciencia Humana²

Elizabeth Pienkos³ y Louis A. Sass⁴

Escuela de Psicología Aplicada y Profesional de la Universidad Rutgers

En este comentario responderemos al artículo de Atwood (2012), “La Psicoterapia como una Ciencia Humana: Estudio de Casos Clínicos Explorar el Abismo de la Locura”, destacando algunos de los principios teóricos que guían tanto la obra de Atwood como su trabajo terapéutico. En particular, trataremos de examinar cómo tales estudios de casos encajan en el amplio modelo de la Psicología Humanista, y de qué manera esta perspectiva se advierte en el trabajo de Atwood con sus pacientes, proporcionándole el entendimiento y la empatía que facilitan la curación terapéutica que él describe. Consideramos además la idea diferente, pero complementaria, de la “alteridad radical” que proviene de la psiquiatría fenomenológica y que sugiere que esencialmente es imposible empatizar por completo, así como lo terapéutico que esto puede ser especialmente en los tratamientos de esquizofrenia. Por último, analizaremos las aportaciones de la fenomenología a la comprensión de la esquizofrenia y sus implicaciones para el tratamiento.

Palabras clave: Humanismo, Esquizofrenia, Fenomenología, empatía, Alteridad Radical, estudios de casos, estudios de casos clínicos.

In this commentary, we respond to Atwood’s (2012) article, “Psychotherapy as a Human Science: Clinical case Studies Exploring the Abyss of Madness”, by highlighting some of the theoretical ideals that guide Atwood’s writing and his therapy work. In particular, we consider how these case studies fit into the larger paradigm of humanistic psychology, and how this perspective informed Atwood’s work with his clients, providing him with the understanding and empathy that facilitated the therapeutic healing he describes. We also consider the different, but complementary, idea in phenomenological psychiatry of “radical otherness” which suggests the fundamental impossibility of complete empathy, and how this can be therapeutic, particularly when treating cases of schizophrenia, and its implications for treatment.

Key Words: Humanism, Schizophrenia, Phenomenology, empathy, Radical Otherness, case studies, clinical case studies.

English Title: Empathy and Otherness: Humanistic and Phenomenological Approaches to Psychotherapy of Severe Mental Illness.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Pienkos, E. y Sass L. A. (2014). Empatía y Alteridad: Enfoques humanistas y fenomenológicos en la psicoterapia con trastorno mental grave. Comentario sobre la Psicoterapia como una Ciencia Humana: Enfoques de la Psicoterapia para el Trastorno Mental Grave. *Clinica e Investigación Relacional*, 8 (3): 323-338. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

El trabajo de George Atwood “La Psicoterapia como una Ciencia Humana: el estudio de casos clínicos para explorar el abismo de la locura” utiliza varios estudios de casos de pacientes con trastorno mental grave para ilustrar el método terapéutico que él describe como “fenomenológicamente, humanísticamente, existencialmente y psicodinámicamente informado” (p.1). El artículo supone un complemento, renovador a su vez, al corpus de los estudios de casos clínicos. Como estudiante del tercer año de psicología clínica y como profesor cuyos intereses de investigación se han centrado en la esquizofrenia, llegamos ambos a este artículo con diferentes conocimientos adquiridos hasta el momento, en cambio, encontramos mucho en lo que inspirarnos gracias al trabajo de Atwood. La perspectiva humanista, que bien puede ser recogida en la afirmación “Todos somos sólo simplemente humanos”, aparece hoy en día muy a menudo implícita en la formación de los jóvenes psicólogos. En cambio, generalmente no se expresa de manera tan vívida y clara como se puede observar en el abordaje que hace Atwood al tratamiento. Trabajos como este son fundamentales para recordar a los clínicos que no tratamos únicamente con síntomas, sino que participamos y nos involucramos con otros seres humanos. Esto es algo que se puede olvidar con especial facilidad cuando se trata a pacientes con trastorno grave desde el marco de atención de unidades de corta estancia.

A lo largo de las siguientes páginas trataremos de destacar algunas de los principios teóricos que guían tanto la obra de Atwood como su trabajo terapéutico. Analizaremos el modo de trabajar de Atwood y el amplio campo de la psicología humanista, que conforma y está formado por otros enfoques de la psicopatología. Para ello nos centraremos principalmente en la fenomenología, con la cual la psicología humanista coincide y comparte algunos aspectos comunes, y la que también creemos que nos puede ofrecer una forma de “empatía radical” que puede incluso aumentar el enfoque empático de Atwood. Aunque en general estamos de acuerdo con la posición de Atwood, en este artículo también tendremos en consideración algunas posibles zonas de desacuerdo, o al menos en las que diferimos en énfasis.

Psicología Humanista

Como es bien sabido, la psicología humanista aparece al final de los años cincuenta en respuesta a las dos corrientes de la psicología que destacaban en aquel momento, el conductismo y el psicoanálisis freudiano. Los fundadores de este movimiento, entre los que se encuentran Gordon Allport, Abraham Maslow y Carl Rogers, consideraron que la psicología contemporánea no ponía hincapié suficiente en los valores, la moralidad y otros aspectos que significan ser una persona (Moss, 2001). Muchas teorías crecieron a partir de

este nuevo paradigma, como es la teoría de las necesidades humanas y la autorrealización de Maslow; la terapia centrada en la persona que propuso Rogers, la cual enfatiza la consideración y aceptación incondicional y positiva de la persona junto con una comprensión empática de ella; y la psicoterapia existencial de Rollo May, centrada en los elementos más trágicos de la existencia humana. Aquello que une estos enfoques con la psicología es el énfasis que ponen en la particular lucha por lo humano, así como en la valía y dignidad innata del ser humano.

La influencia del humanismo se ve claramente reflejada en las viñetas de Atwood y en la descripción de sus intervenciones. Por ejemplo, él indica que trabajando con Anna, la paciente que vivió los fallos de Atwood al entender como “rayos muertos... saliendo de mis ojos”, el éxito del tratamiento pareció estar en la afirmación de Atwood sobre la valía de Anna como persona. A diferencia de su madre, quién trataba a Anna como a una paciente enferma, un objeto de psiquiátrico que necesitaba tratamiento. El trabajo de interpretación y comprensión que llevo a cabo Atwood sobre los sueños y delirios de Anna pudieron transmitirle a ella que su experiencia tenía un significado. Su psicosis no era sólo una aglomeración de síntomas psiquiátricos, sino la expresión de sentimientos dignos y comprensivos. Fue esta comprensión, y la compasión que le acompañó, lo que permitió a Anna sentirse como una persona entre personas, permitiéndole finalmente dejar atrás sus síntomas psicóticos. De igual modo, cuando Atwood atribuye un significado a las alucinaciones auditivas de otro paciente, parece darle así permiso a ella para comprenderse a sí misma, sentir compasión por sí misma como una persona que *no está loca*, sino que está viviendo un grado importante de estrés y confusión debido a la naturaleza de los ataques de su marido hacia su carácter. Todo esto es admirable y se encuentra descrito de una manera muy elocuente en los relatos que hace Atwood de sus casos clínicos.

Los postulados fundamentales del humanismo se aplican incluso en el trabajo de Atwood con Grace, la paciente con delirios de grandeza de contenido religioso. Grace desafió los límites de Atwood como terapeuta en numerosas ocasiones, por ejemplo, cuando interrumpe el juego de billar de Atwood con otro de sus pacientes, haciéndole callar cuando no está de acuerdo con las interpretaciones que él le hace y ordenándole escucharla y obedecer todos sus deseos. Cuando ella demanda a Atwood que éste llame a su anterior terapeuta, con el cual ella no ha tenido contacto durante muchos años, para acordar una cita entre ambos, Atwood tomando el consejo de su supervisor, se opone rotundamente y expresa con firmeza que *su* relación, la de Atwood y Grace, es la única importante en ese momento actual.

Al hacer esta declaración, Atwood está actuando a partir de su confianza en que la subyacente humanidad de la paciente le permitirá tolerar el rechazo que da a su demanda. En lugar de actuar con piedad hacia ella por su estado psicótico y, de ese modo, consentir o

ignorar sus demandas, Atwood se dirige a ella como a una persona con dignidad desde otra, llevándole así a ella a entrar en el mundo intersubjetivo de sentido y significado donde él y muchos otros residen. Probablemente y en gran medida debido a la fuerza de su relación y la confianza que Atwood había cultivado con Grace a lo largo de muchas horas juntos, Grace respondió positivamente a esta declaración que Atwood le hizo y se permitió ser transformada por ella.

Los valores de recalcar la fuerza de la relación, las dificultades reales del paciente y la capacidad innata del paciente de “mejorar” no se limitan únicamente a perspectivas humanistas de la psicoterapia. Se pueden observar también, por ejemplo, en la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), terapia cuya raíz se encuentra en el modelo cognitivo conductual, siendo planteada para el trabajo con pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite. (Por cierto, se podría discutir la idea de que Grace tuviera rasgos límite). De hecho, los aspectos centrales de la TDC de aceptación y toma de conciencia se apoyan de manera significativa en la experiencia espiritual de su fundadora Marsha Linehan (Carey, 2011), y sugieren que esta terapia es compatible con los valores de la terapia humanista por la que aboga Atwood. Reflejando estos valores, Linehan expresa que “la tendencia de muchos terapeutas de decir a los pacientes que lo intenten con más fuerzas, o suponer que de hecho no lo están intentando lo suficiente, puede ser una de las experiencias más anuladoras que puede tener lugar en una psicoterapia” (1993, p. 102); en lugar de esto, insiste en que los terapeutas asumen que sus pacientes ya están intentando esforzarse todo lo que pueden. Sugerimos que la creencia de que el paciente simplemente no tiene capacidad para mejorar puede ser igualmente anuladora en el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos. Atwood evita esto de una manera elegante al hablarle a Grace directamente y de manera respetuosa.

Atwood pone énfasis en el hecho de que cuando un tratamiento fracasa, tanto en casos en los que los pacientes de manera prematura terminan la terapia o cuando no parecen mejorar, puede deberse en muchas ocasiones a un fallo de empatía. En relación a esto, Atwood describe los siguientes dos ejemplos: Thomas, quien tenía delirios acerca de tener el control de la mente de su analista, abandonó la terapia cuando el terapeuta insistió en que tales delirios eran resultado de un proceso primario de sustitución de la realidad por la fantasía; y Mary, quien antes de comenzar la terapia con Atwood, estuvo hospitalizada, medicada y recibió ECT en un intento de suprimir y controlar sus síntomas psicóticos.

El análisis que hace Atwood de estos dos casos sugiere que el problema se encuentra en la diferenciación que la psiquiatría tiene tanto entusiasmo en hacer entre lo que está bien y lo que está mal, lo real y lo imaginario y lo normal y no psicótico. Al parecer los delirios y alucinaciones de Mary – tal y como habitualmente sucede con pacientes con trastorno mental grave- fueron vistas sólo como manifestaciones de que algo iba “mal”,

como la consecuencia de un fenómeno patológico que podía ser controlado con las comunes (así como también extremas) herramientas y procedimientos de la psiquiatría. En el caso de Thomas, su terapeuta fue capaz de reconocer que sus delirios podían tener un significado, en cambio sus interpretaciones se apoyaron en la clásica formulación freudiana de la “verdadera” realidad comparada con la fantasía psicótica. Según su analista, para que Thomas pudiera mejorar tenía que llegar a entender la diferencia entre los dos, para así poder ver que los síntomas eran únicamente la manifestación de un conflicto intrapsíquico y que no tenían una relación objetiva con la realidad. Actuando de este modo, sugiere Atwood, este analista fracasó en la apreciación del significado de estos síntomas y el modo en que reflejaban el reconocimiento legítimo del paciente de la dimensión de realidad en su experiencia.

Varios autores han discutido la tendencia de la Terapia Cognitivo conductual en la Psicosis (TCC) de cometer este mismo error. Una de las técnicas principales de esta terapia es enseñar a los pacientes a cuestionar sus propios delirios evaluándolos frente a hechos objetivos del mundo. La investigación sobre la eficacia de esta terapia nos ofrece resultados diversos. Hay evidencia de una notable disminución de los síntomas en las entrevistas de seguimiento (p.ej. Wykes y col., 2008), aunque por otro lado, un meta-análisis de los estudios con TCC en Psicóticos pone en duda la eficacia de estos tratamientos (Lynch y col., 2010). Pero un planteamiento de este tipo, ya sea formulado desde un lenguaje psicoanalítico o desde un enfoque cognitivo conductual, fracasa en el reconocimiento del significado que tienen en el aquí y ahora las ilusiones y alucinaciones del paciente. Un significado que, tal y como Atwood se esfuerza por mostrar, puede ser tan válido y real para el paciente como cualquier tipo de “realidad objetiva”, y que por lo tanto no se puede rebatir con ninguna simple técnica de prueba de realidad. Las creencias delirantes pueden expresar la verdad sobre aquello que experimenta alguien, pudiendo ser un profundo sentimiento de soledad, la sensación de no ser comprendido y ser cosificado, o el comienzo de sentir que se es importante para otra persona. De algún modo y por alguna razón, las palabras y otras maneras de comunicar pueden no conseguir transmitir. Los intentos de discutir si tales creencias son “falsas” no reconocen la realidad existencial de estas experiencias y pueden llevar a los pacientes a sentirse anulados, algo que también apunta Atwood en el caso de Thomas.

Aun con todo esto, cabe señalar que algunas veces para muchos pacientes oír que sus síntomas no se apoyan en la realidad puede ser terapéutico. Elyn Saks, una especialista en derecho sobre la salud mental y autora de las memorias sobre su experiencia personal con la esquizofrenia, *The Center Cannot Hold*, subraya la importancia que tuvo que su terapeuta le discutiera la realidad de sus delirios. Durante los periodos de psicosis ella describe lo siguiente: “desesperadamente quería escuchar que mis pensamientos aterradores eran

fruto de mi enfermedad, y que no debían ser entendidos y reconocidos” (Saks, 2011, p.63). No obstante, es peligroso generalizar. Otro paciente con esquizofrenia observó que las reclamaciones de realidad que le hacía su terapeuta habitualmente no eran efectivas y parecían reflejar, que de algún modo, no estaba entendiendo la cuestión central: “la Dr. Rosen me intentará convencer por medio del razonamiento socrático de que la cita se llevará a cabo... Pero lo cierto es que, esto no va a ningún lado. Ella puede razonar conmigo de esta manera, pero esto de ningún modo me hace cambiar de parecer. Soy perfectamente consciente de que puedo navegar en el espacio y moverme en el tiempo, y al mismo tiempo, nada de esto parece estar pasando. Simplemente esto no supone ninguna diferencia”. (Aviv, 2010, p. 46).

Trabajos realizados recientemente acerca de los delirios (Parnas, 2004; Parnas & Sass, 2011; Sass & Pienkos) sugieren que algunos delirios de la esquizofrenia son bastante diferentes de los pensamientos del día a día y de las valoraciones sobre el mundo intersubjetivo, y por ello, no sería apropiado centrarse en este tipo de llamamientos a la realidad y pruebas de realidad que son empleadas por la terapia cognitiva para desafiar los propios pensamientos. Ni esta investigación ni tampoco las afirmaciones hechas por los pacientes que se han recogido arriba nos ofrecen pautas definitivas para dar respuesta y trabajar con los delirios psicóticos dentro del marco terapéutico. Aún con ello, estos autores no sugieren que la perspectiva que presenta Atwood de la empatía y la humanización, que pone el acento en el respeto a la realidad que experimenta el paciente, puede adquirir gran importancia para futuros estudios con este tipo de pacientes.

El entendimiento y el papel de la Psicoterapia Psicodinámica

Atwood parece apoyarse en algunos principios de la psicoterapia psicodinámica para conseguir descifrar las experiencias anómalas de sus pacientes. Especialmente, explora el pasado para tratar de descubrir conflictos que no han sido resueltos, los cuales emplea para interpretar los delirios e interpretaciones de sus pacientes. En este sentido, por ejemplo, la creencia que tenía Grace de su unión sexual con Jesucristo puede ser entendida como la manifestación de sus desesperados intentos de lidiar con el trauma del suicidio de su padre, la confusión que tenía ante la aparición de su sexualidad, y su necesidad de encontrar un sentido y desahogo. En su libro *Psychotherapy os Schizofrenia* (1977), Karon y Vandebos analizan la importancia de una psicoterapia psicoanalítica al trabajar con pacientes con esquizofrenia. Nos sugieren lo siguiente:

Las distorsiones de los individuos con esquizofrenia suponen intentos de lidiar, de una manera simbólica, con sus problemas. La esencia del símbolo

es que los contenidos del inconsciente son expresados, y además la persona está protegida de ser consciente que aquello que está expresando (p. 145).

Desde este punto de vista, el papel del terapeuta es descifrar los problemas que han sido ocultados bajo los síntomas psicóticos y ayudar a que el paciente gradualmente haga frente y pueda abordar estos problemas.

Atwood compara este modelo basado en la comprensión con el modelo médico del trastorno mental, el cual “clasifica a los clientes en trastornos mentales organizados de manera discreta”, en vez de tratar los “complejas cuestiones de la vida” que Atwood reconoce como la raíz de muchos trastornos psicóticos (p. 13). Describiendo el caso de un paciente, él afirma lo siguiente: “las alucinaciones auditivas y la paranoia asociada no eran “síntomas de una enfermedad”, eran la expresión de los esfuerzos de mi paciente por sobrevivir psicológicamente”, (p. 16); y sugiere que “los fenómenos de la psicosis están relacionados con ciertos contextos específicos”, no siendo únicamente manifestaciones de “un proceso patológico que tiene lugar en algún lugar dentro del paciente” (p. 9). Atwood hace un llamamiento para regresar a la fenomenología, para poner el foco en las experiencias vitales de los pacientes tomándolos como seres humanos, no simplemente como desviaciones de la normalidad. Sin duda nosotros estamos de acuerdo con este último punto de vista, y creemos que puede aportar un contrapunto necesario al modelo dominante, siendo éste muy a menudo un modelo médico demasiado simplista acerca de la enfermedad mental.

La fenomenología y la alteridad

Existen, no obstante, algunos peligros inherentes al proyecto humanístico y la crítica a las tendencias “patologizadoras”. Varias de las personas que han formado parte del reciente reavivamiento de la psiquiatría fenomenológica (prosiguiendo la tradición intelectual de Karl Jaspers, Eugene Minkowski, Wolfgang Blankenburg y otros) han sugerido que, aunque hay pacientes con trastorno mental grave que son “mucho más sencillamente humanos” de lo que antes eran pensados, puede aun así haber una “diferencia” que es fundamentalmente la comprensión de estos trastornos, en especial la esquizofrenia. Es justo recordar que Jaspers, quién fundó el movimiento de la psiquiatría fenomenológica con su texto enciclopédico *General Psychopathology* (1963). Jaspers diferencia la esquizofrenia de otras psicopatologías estableciendo que, mientras los trastornos afectivos y otros trastornos se pueden entender como “una exageración o disminución de un fenómeno conocido”, en la esquizofrenia la transformación de la experiencia es tan

extrema que deja a la persona “incomprensible, “loca” en sentido literal” (p. 577). Según este punto de vista, hay algo profundamente *diferente* en la esquizofrenia que impide que se empaticice de la misma manera que con procesos mentales normales.

Existen, en cambio, formas de comprensión fenomenológica que le dan menos importancia al hecho de la sintonización empática. En uno de sus clásicos trabajos, Henri Ellenberger (1958) describe el modo en que la psiquiatría fenomenológica permite explicar de tres maneras los estados subjetivos de la mente: 1, *Fenomenología descriptiva*, basada en las propias descripciones que los pacientes dan de sus experiencias subjetivas; 2, *Fenomenología genética-estructural*, la cual trata de encontrar un núcleo común o un “factor genético” en la psicopatología que facilite la comprensión de los diferentes síntomas; y 3, *Análisis categórico*, que busca reconstruir la experiencia del paciente tomando en consideración la distorsión de los aspectos clave: tiempo, espacio, causalidad y materialidad. Dentro de la tradición fenomenológica, tanto el escritor clásico como el contemporáneo han utilizado estos métodos para tratar de comprender la esquizofrenia, en cierto modo, desde dentro de la experiencia. El empleo de estos métodos puede conducir a clases de comprensión empática que, de algún modo, son diferentes a la estrategia que propone Atwood. Esta pone énfasis en la comprensión empática de la esquizofrenia como una manifestación, que aunque exagerada, se refiere a experiencias fundamentalmente normales de conflictos y problemas del ser humano. Ratcliffe (en preparación) propone explícitamente que una comprensión empática hacia los demás puede implicar una “participación con las experiencias de los otros, algo que suspende la suposición de que ambas partes comparten el mismo espacio modal” (p. 13), reconociendo que la otra persona puede experimentarse a sí misma, o al mundo, de un modo que supera ampliamente nuestros propios supuestos de experiencia. Él nombra al reconocimiento de la profunda diferencia entre uno mismo y el otro como “empatía radical”, sugiriendo (algo en lo que estamos de acuerdo) que las técnicas que ofrece la fenomenología tienen una posición única para explorar estas diferencias.

Asuntos relacionados con esto son propuestos por el filósofo fenomenológico Levinas (1969), quién ha puesto especial interés en lo que podría entenderse como la absoluta alteridad del Otro. Levinas afirma que en cada encuentro con otro ser humano, siempre habrá un elemento de ese Otro que escape de la comprensión. Desde su punto de vista, supondría un problema asumir demasiado rápido la posibilidad de una completa o casi-completa comprensión empática de la otra persona, por ello es el responsable de distinguir y objetivar la soberanía de la otra persona como alguien independiente. El terapeuta completamente empático reconocerá siempre que, sin importar cómo de sensible es su conceptualización de un paciente, habrá siempre - de hecho debe haber siempre - una parte del terapeuta que se resista la comprensión. El último aspecto aporta una fuerte

controversia, y no tenemos duda de que Atwood estaría de acuerdo con ello.

En cambio, nosotros proponemos que este punto tiene especialmente importancia para recordar cuando tenemos en consideración las significativas distorsiones que se pueden dar en la esquizofrenia (las cuales describiremos más abajo), y el aspecto acerca de la perspectiva “humanística” De Atwood, que podría no siempre prestar la suficiente atención a esta diferencia. Especialmente, no estamos de acuerdo con que en la mayoría de los casos de psicopatología severa el éxito del tratamiento dependa de proporcionar una “comprensión algo más humana” (p. 18). Aunque Atwood es claro acerca del hecho de que las dificultades y vulnerabilidades de sus pacientes continúan” (p.19) tiempo después de las intervenciones que describe en su trabajo, consideramos que es importante analizar otros aspectos del trastorno mental grave para poder tener una comprensión más completa sobre qué implica un tratamiento con estos trastornos y qué se puede esperar conseguir.

Ciertamente Jaspers podría haber exagerado la incompresibilidad de la esquizofrenia (algo que en nuestro propio trabajo sobre la esquizofrenia discutimos acerca de la visión de Jaspers). Aun así, lo que ha recibido el nombre de la “doctrina del Abismo” de Jaspers proviene de algunas intuiciones válidas sobre la extrañeza de la esquizofrenia como un modo de ser. La esquizofrenia conlleva experiencias que están radicalmente fuera de la norma, y fracasar en el reconocimiento de esto puede llevar probablemente a no tener en cuenta algo importante sobre la experiencia esquizofrénica. Desde nuestro punto de vista, un error de este tipo supondría una extrema versión sobre el aspecto que más llama nuestra atención en el trabajo de Levinas: concretamente, el hecho de que siempre hay algo que va más allá de nuestro entendimiento del otro y un fallo en la valoración de esta incompresibilidad o misterio supone no tener en cuenta algo de la humanidad de esa otra persona.

Las teorías fenomenológicas acerca de la esquizofrenia

Los fenomenológicos recientemente han formulado la hipótesis de que la característica fundamental en la esquizofrenia se debe considerar mejor como la perturbación de una mínima experiencia personal, o *ipseidad*. (Aunque, ciertamente, los fenomenológicos han investigado la experiencia de la depresión, y en menor medida, el trastorno bipolar, en los párrafos siguientes nosotros vamos a poner el foco en el trastorno de la esquizofrenia como un ejemplo sobre cómo la fenomenología podría contribuir a los métodos humanísticos). Con *Ipseidad* se entiende un aspecto fundamental de lo que se conoce por *ser* un ser humano, concretamente, el sentimiento concreto de que esta experiencia es *mi* experiencia, es decir, me está ocurriendo a *mí*. Este nivel básico del Self supone la base para aspectos más explícitos de la consciencia, como por ejemplo, pensar en qué es lo que

yo quiero, actuando en relación a *mis* principios o desarrollando un sentido de identidad social. El modelo de la ipseidad trastornada está formado por dos aspectos interrelacionados, incluye un afecto hacia sí mismo disminuido, que describe “el sentido implícito de existir como un sujeto indispensable y que se posee a sí mismo, y la hiperreflexibilidad, que se describe como “formas exageradas de ser consciente de uno mismo en las que aspectos de uno mismo son experimentados como parecidos a objetos externos” (Sass & Parnas, 2003, p. 427).

Esta alteración del Self se ha planteado que da lugar a varios síntomas interrelacionados, estos han sido sistematizados en una entrevista de formato semi-estructurada que se ha llamado *Examination of Anomalous Self- Experience* (EASE; Parnas y col., 2005). El tipo de experiencias que se recogen dentro de esta entrevista incluyen cambios en la experiencia del procesamiento cognitivo, en el sentido de uno mismo, en las experiencias del cuerpo, en la sensación de diferenciación entre uno mismo y el otro, y en los principios y creencias acerca del mundo. Otras alteraciones fenomenológicas asociadas a la esquizofrenia puede pertenecer en mayor medida a la experiencia que uno mismo tiene del mundo externo, por ejemplo, los objetos, el espacio o las demás personas, algunos de estos se recogen en la *Escala de Bonn para la Valoración de Síntomas Básicos* (Gross y col., 2008). Esta escala será el material que dará forma a una entrevista que actualmente se encuentra en proceso de realización (la EAW: *Examination os Anomalous World Experience*).

Considerando de qué manera se relaciona este modelo con las conceptualizaciones humanísticas y psicodinámicas acerca de la psicosis que aporta Atwood, proponemos que un episodio psicótico puede ciertamente desencadenarse por niveles de estrés o conflicto intolerables, y puede resultar en síntomas que contenga aspectos de la historia personal del paciente. No obstante, la psicosis y el tipo de síntomas que aparecen parecen relacionarse con una alteración más básica de la persona sí misma, algo que posiblemente no se explique fundamentándolo en un conflicto inter o intrapsíquico, sino que signifique la perturbación de muchos de los modos más esenciales que tenemos de experimentarnos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea.

En las entrevistas que se han llevado a cabo con la EASE (Parnas y col. 2005), encontramos evidencia de que las investigaciones fenomenológicas pueden verdaderamente transmitir empatía y comprensión, precisamente reconociendo que es aquello *diferente* en las personas con psicosis. Muchas de las personas que han llevado a cabo u observado estas entrevistas (incluidos nosotros) han podido ver como los pacientes se emocionaban cuando se les preguntaba sobre estas experiencias. Incluso muchos de ellos afirmaron que nunca antes nadie les había preguntado ese tipo de cuestiones, y que suponía un alivio saber que esas experiencias no les ocurrían únicamente a ellos, sino que

en realidad habían sido reconocidas y descritas por otros antes de ellos. Uno de los pacientes pudo reconocerse con bastante claridad en el modelo de la ipseidad trastornada, afirmando lo siguiente: “Esto describe qué es lo que me ocurre... nunca antes le había puesto nombre a esto... Es increíble cuanta relación tiene esto (El modelo de las alteraciones subjetivas) con lo que me ocurre” (Nelson & Sass, 2009, p. 496). Su terapeuta pudo advertir que el paciente se encontraba “más animado que nunca” cuando relacionó este modelo con su propia experiencia; en este caso, el hecho de que el terapeuta pareciera estar familiarizado con algunos aspectos importantes de la experiencia del paciente, a pesar de que no los hubiera vivido, fortaleció la relación terapéutica y permitió al paciente entender la naturaleza de su vulnerabilidad psicótica. Algunos autores han llegado a sugerir que existe un sentido en el que una *sensación precoz* (la sensación de encontrarse con algo extraño para nosotros al interactuar con una persona con esquizofrenia) puede considerarse como una forma de empatía, al menos en el sentido que implica que se ha reconocido la profunda naturaleza del cambio que le ha ocurrido a ese paciente (Ratcliffe, en preparación; Lysaker y col., 2005; Sass, 1992).

En un artículo de 2009 de Nelson y Sass, los autores describen el tratamiento de un paciente con esquizofrenia en el que se participó con el modelo fenomenológico de la ipseidad trastornada. Estos autores describen esta aproximación a la terapia empleando:

(a) Estrategias que facilitan un espacio intersubjetivo donde los pacientes pueden desarrollar una mayor consciencia pre-reflexiva de sí mismos (Perspectiva de una persona), una perspectiva de una segunda persona, y sentir la posibilidad de relaciones de confianza con los otros; (b) una sintonización empática proporcionada por la perspectiva de sensibilización a la experiencia psicótica que provee la fenomenología; y (c) estrategias que favorecen la inmersión y concentración en la actividad actual, incluyendo conciencia y flujo creativo”. (p.492)

Más adelante Nelson y Sass analizan como los terapeutas que hacen hincapié en la autorreflexión y se centran especialmente en el conocimiento (como variantes de la Terapia Cognitivo Conductual), pueden en algunos momentos ser dañinos para los pacientes, pues corren el peligro de intensificar demasiado el elemento de autorreflexión en la ipseidad trastornada. Algunas de estas recomendaciones son ciertamente congruentes con la descripción que nos ofrece Atwood de la psicoterapia humanista (p.ej., el énfasis en establecer relaciones de confianza y en la sincronización). Aun así, la sensibilidad de la fenomenología hacia lo extraño o la alteridad de la experiencia esquizofrénica nos puede aportar información al tratamiento, ya que puede apuntar hacia las necesidades particulares y las vulnerabilidades que son únicas en la esquizofrenia (p. ej., la necesidad de

desarrollar una perspectiva de la propia persona y sobre sí misma, énfasis en la concentración dentro de una tarea, y la cautela hacia técnicas que implican demasiada autorreflexión).

La teoría fenomenológica puede también ayudar al terapeuta a formarse hipótesis acerca de la *forma* de algunos síntomas, esto puede complementar la comprensión psicodinámica del contenido de éstos. En el caso que hemos descrito de Nelson y Sass, por ejemplo, el paciente se queja, entre otras cosas, de experiencias “fuera de su cuerpo que incluyen verse a sí mismo desde otra parte de la habitación” (p. 492) o de “tener la sensación de que hay un “obstáculo” entre él y el resto del mundo, como si él no pudiera participar o comunicarse directamente con el mundo exterior y los otros” (p. 493). El modelo de la ipseidad trastornada entiende estos síntomas como la evidencia de una persona trastornada, la sensación de alienación sobre la propia experiencia. Estos síntomas eran manifestaciones de la vulnerabilidad psicótica del paciente, su ipseidad trastornada latente que se podía disparar en momentos de estrés.

Para este paciente en particular, uno de sus principales estresores era la relación que tenía con una novia que era especialmente controladora e intrusiva. La hipótesis que planteó el terapeuta era que la persistente monitorización del comportamiento del paciente por parte de su novia disparaba “una vigilancia interna y una monitorización ansiosa del self *por parte del self*” (p. 494), así como una reacción defensiva en la que él se apartaba psíquicamente de aquellas situaciones personales que él percibía como amenazantes. Esto había provocado una sensación en el paciente de que él existía de alguna manera fuera de sí mismo y que era incapaz de participar de una manera natural en el mundo que le rodeaba. El trabajo terapéutico conllevó el cambio de la relación del paciente con su novia, siendo menos controladora, así como también se llevó a cabo una desensibilización del paciente hacia las relaciones cercanas, permitiendo así que el viera que no parecían tan amenazantes.

El modelo de la ipseidad trastornada esclarece la fuerza que tiene la *demasiada* empatía, algo que el paciente esquizofrénico puede percibir como intrusivo y amenazante, Lysaker y col. (2005) han observado que “las relaciones interpersonales pueden ser tan amenazadoras que algunas personas con esquizofrenia tratarán activamente de impedir relaciones estrechas, buscando así mantener al menos un mínimo sentido de sí mismos” (p. 337). En nuestra opinión, transmitir la sensación de “empatizar demasiado” puede ser peligroso en cualquier tipo de terapia, con todo tipo de pacientes. Siendo, además, especialmente peligroso trabajando con esquizofrénicos – tanto para aquellos pacientes que pueden mostrarse escépticos ante un terapeuta que afirma entenderles demasiado (los pacientes esquizofrénicos en muchas ocasiones son perfectamente conscientes de la diferencia de su experiencia subjetiva en comparación con los demás que le rodean), como

también para los pacientes que pueden sentirse en riesgo de perder su independencia o identidad si son demasiado bien entendidos.

R. D. Laing (1960) recoge este último tipo de experiencias con el nombre de “atascamiento”. Describe como una persona con un sentido de identidad frágil “teme relacionarse, con quien sea o lo que sea... ya que su incertidumbre acerca de la estabilidad de su autonomía le expone al temor de que en alguna relación pueda perder su autonomía o identidad” (p. 44). Un paciente esquizofrénico describió esto de la siguiente manera: “Me estoy volviendo más humano. ¿Va esto a destruir mi cerebro? Toda esta humanidad está perturbando mi estructura particular. Me está contaminando” (Stanghellini & Ballerini, 2007, p. 138). Especialmente en relación con la situación terapéutica, Lysaker y col. (2005) señalan que muchos pacientes con esquizofrenia parecen experimentar “un terrible sentimiento de dejar de ser los propietarios de sus propia historia de vida si ésta es entendida por el terapeuta (p. 337). Nos parece que estos peligros son bastante posibles en el tipo de psicoterapia humanística y psicodinámica que se describe en el artículo de Atwood, él enfatiza en el lado humano y comprensible de sus pacientes. Aún con todo esto, debemos reconocer el hecho de que los defensores de las terapias fenomenológicamente informadas pueden conllevar un riesgo parecido, ya que tratando de conocer cada detalle de aquello que diferencia y caracteriza la esquizofrenia, tratan también de comprender mucho, descuidando así el reconocimiento y respeto de la “alteridad” del Otro.

Conclusiones: igualdad y alteridad

Para concluir nos gustaría reconocer que también situando el foco excesivamente en la “alteridad” del trastorno puede dificultar la propia habilidad de uno mismo para el trabajo terapéutico con estas personas. Si yo percibo a alguien como completamente diferente, como alguien que habita un espacio de posibilidades que en ningún momento se cruza con las mías puede ser difícil, si no imposible, imaginar una comunicación significativa entre ambos. Mi atención puede centrarse únicamente en la “alteridad” de la persona, perdiendo la vista de aquellos aspectos en los que él es “mucho más simplemente humano”. Elyn Saks (2011) apunta que en psicoterapia hay casi siempre una parte no psicótica del paciente a la que se puede, y se debe, recurrir: “Podemos hablarle a esta parte. Podemos ayudar a la persona a advertir el significado de aquello que están pensando y sintiendo, y esto puede ayudar a detener los síntomas” (p. 63). Los ejemplos clínicos que expone Atwood ciertamente nos muestran los agudos efectos que pueden resultar de recurrir a la parte no psicótica del paciente desde la vía del respeto profundo y la humanización.

Independientemente de la orientación clínica que cada uno posea, parece importante ayudar al paciente psicótico a comprender aquellas propias experiencias que le puedan

llevar a confusión y puedan ser aterradoras. A veces esto puede suponer transmitir la disposición que tenemos a escuchar y aceptar las extrañezas de esas experiencias. También puede conllevar la comprensión de los síntomas de la esquizofrenia en relación con el núcleo del trastorno de la persona con el fin de aplicar terapias dirigidas a recuperarse o lidiar con las recuelas de este trastorno. En otros momentos, la terapia puede centrarse en la exploración de cómo algunos de los síntomas pueden ser expresiones cargadas de significado debido a conflictos que han sido enterrados, a la vez que se transmite la experiencia que se tiene del paciente como un ser humano válido y comprensible.

Saber cuándo enfatizar la “alteridad” y cuando centrarnos en lo “comúnmente humano” de un paciente depende, en gran medida, del juicio clínico del terapeuta y el entendimiento que tenga de la experiencia del paciente en cada momento. No obstante, consideramos que tener en cuenta ambos elementos, especialmente en el tratamiento de pacientes con trastorno grave, es fundamental para la completa experiencia y expresión de la empatía. Además de esto, creemos que la fenomenología y el humanismo son enfoques complementarios para alcanzar este objetivo. Pero por desgracia, ambos enfoques y sus implicaciones para el tratamiento, reciben muy poca atención en los programas de formación para aquellos que trabajaran dentro de la salud mental. Esto es una razón por la cual es importante que personas expertas como George Atwood nos recuerden la importancia que continúan teniendo hoy en día. El brillante artículo de Atwood nos ofrece una elocuente argumentación del valor que tiene entender la vida subjetiva de nuestros pacientes, incluso – o especialmente – en aquellos casos que suponen un reto para nuestra tendencia natural a empatizar.

REFERENCIAS

- Atwood, G.E. (2012). Psychotherapy as a human science: Clinical case studies exploring the abyss of madness. *Pragmatic case Studies in Psychotherapy* (Online), Vol. 8(1), Artículo 1, 1-24. Disponible en el siguiente enlace: http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal
- Aviv, R. (Dec. 2010). Which may madness lies: Can psychosis be prevent? *Harper's Magazine*, 35-46.
- Carey, B. (2011, June 23). Expert on mental illness reveals her own fight. *The New York Times*, p. A1.
- Ellenberger, H.F. (1958). A Clinical introduction to psychiatric phenomenology and existential analysis. In R.May, E. Angel & H.H. Ellenberger (Eds.). *Existence: A new dimensión on psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J. y col. (2008). *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms, 1st Complete English Edition*. Bonn, Germany: Shaker Verlag.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Trans. J. Hoenig and M. Hamilton. Chicago: University

of Chicago Press.

Karon, B.P. & Vandembos, G.R. (1977). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. New York: Jason Aronson.

Laing, R.D. (1969). *The divided self*. New York: Penguin Books.

Levinas, E. (1969). *Totality and infinity: An essay on exteriority*. (A. Lingis, Trans.). Pittsburgh: Duquesne University Press.

Lynch, D., Laws, K.R., & McKenna, P.J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychotic disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40, 9-24.

Lysaker, P.H., Johannesen, J.K. & Lysaker, J.T. (2005). Schizophrenia and the experience of intersubjectivity as threat. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 335-352.

Moss, D. (2001). The roots and genealogy of humanistic psychology. In K.J. Schneider, J.F.T. Bugental, & J.F. Pierson (Eds.) *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice*, pp. 5-20. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Nelson, B. & Sass, L.A. (2009). Medusa's stare: A case study of working with self-disturbance in the early phase of schizophrenia. *Clinical Case Studies*, 8(6), 489-504.

Parnas, J. (2004). Belief and pathology of self-awareness: A Phenomenological contribution to the classification of delusions. *Journal of Consciousness Studies*, 11, 148-161.

Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., y col. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38, 236-258.

Parnas, J. & Sass, L. (2001). Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philosophy, psychiatry, psychology*, 8, 101-120.

Ratcliffe, M. (en preparación). Phenomenology as a form of empathy.

Saks, E.R. (2011). Psychoanalysis and the psychoses: Commentary on Kafka. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(1), 59-70.

Sass, L.A. (1992). *Madness and Modernism*. New York: Basic Books.

Sass, L.A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia bulletin*, 29(3), 427-444.

Sass, L.A. & Pienkos, E. (en prensa). Delusion: The phenomenological approach. *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Sass, L.A. & Pienkos, E. (en preparación). Alienation and engulfment: A comparative phenomenology melancholia, mania and schizophrenia.

Stanghellini, G., & Ballerini, M. (2007). Values in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 131-141.

Wykes, t. y col. (2008). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: Effects sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537.

NOTAS

¹ Este trabajo ha sido publicado en la revista *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, que podemos encontrar en la siguiente página web: <http://pscplibraries.rutgers.edu> en el volumen 8, módulo 1, artículo 2, págs. 25-35. Reproducido y traducido con autorización de los autores. Traducción al castellano realizada por Andrea Iturriaga Medrano.

² Este trabajo es escrito como discusión del artículo de George Atwood que escribe en 2012 con *Psychotherapy as a Human Science: Clinical Case Studies Exploring the Abyss of Madness*. Incluido en la página web de la revista *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, disponible en el siguiente enlace: http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal y traducido en este mismo número de CeIR.

³ Estudiante de grado en la Escuela de Psicología Aplicada y Profesional de la Universidad Rutgers. Los comentarios en relación a este artículo deben ser dirigidos a la siguiente dirección de contacto: epienkos@gmail.com

⁴ Profesor de Psicología Clínica en la Escuela de Psicología Aplicada y Profesional de la Universidad Rutgers, trabajando en esta universidad desde 1983. Ha sido autor de un gran número de artículos, así como de libros, destaca su libro *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought*. Su estudio y aportaciones se han especializado en la psicopatología grave, la filosofía y la psicología, relacionando esta con el arte.