



## RESÚMEN DE LAS RESPUESTAS DE GEORGE ATWOOD A SUS COMENTARISTAS<sup>1</sup>

### CONTEXTUALISMO FENOMENOLÓGICO Y EL ABISMO DE LA LOCURA: RESPUESTA A PIENKOS Y SASS

Interpreto su comentario no como una crítica, sino más bien como un conjunto de interesantes reflexiones de personalidades afines. Lo que viene a continuación son algunos pensamientos que tuve al leer su comentario.

#### *Contextualismo fenomenológico*

Los autores describen mi enfoque psicoterapéutico como *humanista*, y lo contrastan con otro punto de vista que definen como *fenomenológico*. Me veo a mí mismo combinando ambos en un *contextualismo fenomenológico*, perspectiva que ha ido tomando forma desde mis colaboraciones con Robert Stolorow primeramente, pero también de forma significativa con Bernard Brandchaft y Donna Orange. Dicha perspectiva surgió a raíz de décadas de repensar el psicoanálisis como una forma de investigación fenomenológica. Esto nos llevó a una perspectiva teórica contextualista, desde la que los mundos personales de experiencia emocional son siempre vistos como ligados a contextos relacionales. Esto ha tenido importantes consecuencias para nuestra comprensión de la teoría psicoanalítica. Se trata de un punto de vista post-Cartesiano, desde donde se asume que la persona es vista como alguien que habita un mundo que proporciona el contexto para sus experiencias, un mundo cargado de significados y propósitos humanos.

#### *La “alteridad radical” en la así llamada esquizofrenia*

Según Pienkos y Sass, las experiencias de los pacientes llamados esquizofrénicos se apartan tan radicalmente de aquellas de sus terapeutas que es muy difícil que éstos puedan comprenderlas. Desde mi punto de vista, entiendo la alteridad radical que se genera en el observador como una ilusión, y tiene lugar porque al observador le falta el conocimiento necesario para hacer que esas experiencias sean comprensibles. ¿Qué es este conocimiento? Consiste en una comprensión exhaustiva de los estados de aniquilación y de sus simbolizaciones características, así como estar familiarizados con procesos de reificación en los que las experiencias subjetivas y sus símbolos son “refundidos” como

existentes en la realidad física.

Permítanme que les cuente una viñeta clínica de un paciente considerado como un caso imposible y desde luego fuera del alcance de la empatía de cualquiera, pero cuyas experiencias resultaron expresar unas circunstancias tremendamente destructivas pero, sin lugar a duda, muy humanas. La paciente tenía 55 años y fue hospitalizada después de intentar entrar por la fuerza en casa de Harry Truman, que entonces vivía en Independence, Missouri. La paciente explicó que había viajado desde Nueva York a Missouri con el fin de “recuperar” su cabeza, ya que estaba segura estaba en posesión del expresidente, quien la guardaba en algún lugar de su casa. Cuando delicadamente se le explicó que su cabeza estaba justo donde debería estar, encima de sus hombros, gritó: “¡Truman! ¡Truman! ¡Truman!”. Pero había algo más. La compañía eléctrica Con-Edison de Nueva York había conspirado con Truman para destruirla, construyendo máquinas gigantes con forma de tubo que guardaban en lugares secretos. Estas máquinas, que apuntaban al cielo, generaban poderosos “rayos amarillos” que viajaban a través de la atmósfera, descendían hasta ella y penetraban su vagina, llegaban hasta su garganta, donde se materializaban en un “hombre pequeño”. Este hombre, periódicamente, tomaba el control de su voz e interrumpía su conversación gritando e insultando.

Ojalá pudiera decir que ayudé a esta paciente, pero en aquel momento, hace ya más de 40 años, mi comprensión de los estados de aniquilación no había cristalizado aún y seguía trabajando dentro de un modelo Cartesiano de la mente y desde la relación con la realidad objetiva. De forma ingenua, intentaba imaginarme su mundo tal y como ella lo veía. Me senté con ella durante semanas, escuchando con detalle sus relatos, pero no se producía cambio alguno. Sí sentía que ella se sentía cada vez más apegada a mí.

Las autoridades psiquiátricas decidieron transferirla a un hospital estatal para enfermos mentales crónicos. Cuando se lo conté, suplicó que no permitiera que se la llevaran. Empecé a sentir un temblor en la parte baja de mi abdomen, como si de alguna forma las energías hubieran entrado en mi cuerpo también. En vez de sentirme aturdido, sentí que esta molestia me ayudaba a sentirme identificado con su experiencia, algo que había estado intentando conseguir. Los clínicos que buscan identificarse empáticamente con sus pacientes graves, pero sin comprender los símbolos cosificados que puedan estar involucrados, ponen su propia estabilidad psicológica en riesgo. El proyectarse a uno mismo dentro del contenido literal del mundo delirante, no ayuda ni al paciente ni al terapeuta, porque no se tienen en cuenta las verdades subjetivas que los delirios concretizan.

Nunca volví a ver a la paciente, pero sí que pude revisar años después mis notas, pudiendo así comprender, con el tiempo, el significado humano de sus extraños delirios.

Había nacido en Alemania, donde vivió el caos de ambas guerras mundiales. Varios de sus hermanos habían muerto en conflictos militares y su familia lo había perdido todo, viéndose obligados a ir de un sitio a otro como si fueran nómadas pobres. Sí que hubo una constante en su vida: su padre, un hombre de enorme narcisismo que tenía sometidos a su mujer y a los hijos que les quedaban vivos. Era un tirano epistemológico, que exigía estar en absoluto acuerdo con sus puntos de vista en todo si se quería mantener la relación con él. Si mi paciente o sus hermanos se atrevían a poner en voz alta sus discrepancias, eran acusados de crímenes imperdonables y serían violentamente atacados. Mi paciente siempre obedeció, haciendo lo posible por ser una “buena niña” a los ojos del padre. No hubo síntomas de trastorno psicológico hasta que emigró a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial.

Tal y como yo lo entendí años después, mi paciente había sufrido una usurpación psicológica masiva a manos de su propio padre. Este trauma fue expresado, inicialmente, por el delirio de que alguien le había quitado la cabeza, y posteriormente por la imagen de una invasión de su cuerpo y la aparición de un hombre en su garganta. La entidad tomaba control de su voz, dejándola sin la capacidad de decir lo que pensaba. La utilización de la figura de Harry Truman podría relacionarse con el nombre del ex-presidente: Truman – “true” en inglés es “verdad” y “man” es “hombre” – el hombre con la Verdad, la Verdad ante la cual uno debe rendirse.

Los trastornos psicológicos extremos a menudo se presentan en formas incomprensibles. Y aún así, en su forma esencial, siguen siendo acontecimientos humanos que surgen en contextos humanos.

### ***El modelo médico y el abismo de la locura***

Tal y como yo lo entiendo, la locura no es una enfermedad, y no es un trastorno que tenga ningún tipo de existencia objetiva. La locura es el abismo. Es la experiencia de la absoluta aniquilación, la caída al no-ser. Este abismo está en el horizonte de todo el mundo, y no hay nada que de más miedo. Nos podemos imaginar muchas cosas, pero nada parecido al abismo de la locura. Es el fin de todas las posibles respuestas y significados, como si se borrara el mundo, y es mucho más atemorizante que la muerte. ¿Estoy diciendo con esto que todos vayamos a estar, por siempre, al borde de la locura? No, sólo digo que el abismo es una posibilidad universal de la existencia humana.

## INCERTIDUMBRE, COMPROMISO Y LENGUAJE. RESPUESTA A JOSSELYN Y MATTILA

### *Soportando lo insostenible*

Estoy de acuerdo con Josselson y Mattila en que el sostener las experiencias de nuestros pacientes durante periodos largos, nos deja en un estado de afligida confusión. Aquí narro aquello por lo que fui pasando en los primeros momentos de mi trabajo con Grace y Anna.

Empezaré con Grace, la paciente que estaba sobrepasada por imágenes y temas católicos. Entrar en relación con esta paciente, diariamente durante los seis primeros meses, era como estar subido encima de un volcán. Me encontraba al principio de mi carrera como clínico y nunca antes había conocido a una persona así, pero ahí estaba yo, a cargo de su tratamiento. Recuerdo pensar que sólo tenía que lanzarme al trabajo, y ver qué salía. Pasaron muchos meses hasta que pude dar respuesta a sus gritos de ayuda. Es difícil describir cómo me sentía: golpeado, coaccionado, tremendamente invalidado e intimidado (si no hubiera sido porque estaba acompañado por mi supervisor y mentor Des Lauriers, el resultado podría haber sido catastrófico). Si hubiera sucumbido a la presión y dado por terminadas nuestras citas, sin duda ella habría terminado por sentirlo como un abandono más a añadir a su historia emocional.

Lo que pasó entre nosotros me enseñó algo que he visto confirmarse una y otra vez en los años posteriores: si aguantas lo suficiente y te niegas a abandonar, finalmente las cosas cambiarán por completo. Después de que Grace y yo tuviéramos nuestra ruptura, el trabajo se hizo mucho más liviano y fácil. Este patrón de un periodo inicial de lucha, seguido de una ruptura y un largo periodo de recuperación es común con los pacientes graves.

Fue algo parecido lo que experimenté en mi trabajo con Anna, la mujer que sentía que rayos mortales salían de los ojos de sus perseguidores y convertían su cerebro en un objeto inerte. El lector recordará que, llegados a punto, los rayos salían también de mis ojos, lo que nos llevó a una profunda crisis en nuestra relación. Durante largo tiempo nuestras citas estaban cargadas de tensión: Anna pidiendo que se la dejara libre, y yo sintiéndome acusado de violación y del asesinato del cerebro de mi paciente. Ojalá tuviera palabras para describir cuán terrible era esta situación para ella... y para mí. Ella estaba viviendo como mataban la esencia de quién era, y mi identidad como curador y como persona que cuida se vio asaltada. Me decía a mí mismo cosas como:

George, sabes que la única esperanza es tu compromiso perpetuo, ¡así que hazte cargo! [o] Puede que este barco se hunda, Atwood, pero tú te vas al fondo con él, ¡así que coge aire y sigue adelante!

Recuerdo algo que Des Lauriers me dijo: si el terapeuta lo intenta con ahínco y durante

el tiempo suficiente, el paciente terminará por tenerle pena y se pondrá mejor aunque sea sólo por esto. Ansiaba que llegara este día.

Resulta necesario que pensemos en el impacto que tiene en el paciente lo que vemos e interpretamos. Si la perspectiva es médica y objetivante (y da por hecho que si el paciente “es esquizofrénico” no puede trabajar en psicoterapia ya que su “enfermedad” es “biológica”), puede que el paciente experimente una aniquilación o persecución en la que su subjetividad se vea cercada.

### ***El lenguaje: Las palabras que utilizamos sí que importan***

Me siento reticente a usar términos del diagnóstico médico como “enfermedad mental”, “síntomas”, “psicosis” y “esquizofrenia”, aunque reconozco utilizarlos en ocasiones. Por eso utilizo los términos “así llamada” o “supuesta” antes de las palabras médicas. Es por esto que en mi mundo imaginado no pensaremos en “tratamientos” o “enfermedades”, sino en respuestas humanas y significados humanos.

### ***Cita bibliográfica / Reference citation:***

Atwood, G. (2014). Resumen de las respuestas de George Atwood a sus comentaristas. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3): 357-361. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

---

<sup>1</sup> Resumen de las ideas expresadas por George E. Atwood en sus respuestas a sus comentaristas. Traducción castellana y resumen elaborado por Sandra Toribio Caballero.