

# LOS ESTADOS PSICÓTICOS INCIPIENTES Y LA TERAPIA PSICOLÓGICA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Jordi Artigue Gómez

## *Introducción*

El avance experimentado en la investigación de los trastornos psicóticos y el esfuerzo de las familias y profesionales para no estigmatizar dichos trastornos ha permitido que la psicosis sea hoy en día más visible y accesible desde la comunidad. Estudiando un mayor número de personas y desde edades anteriores a la aparición del primer episodio psicótico se ha mejorado en el conocimiento de la psicogénesis del trastorno. Términos como “DUP” (During Untreated Psicosis) y “UHR” (Ultra High Risk –en castellano EMAR – Estados Mentales de Alto Riesgo) nos han sensibilizado respecto al hecho de que no es un trastorno que aparece como un brote, sino que es consecuencia de una trayectoria de vida alterada (Van Winkel et al, 2008). La existencia de unos factores precipitantes, cambiantes según la persona, provocan la aparición externa de los síntomas psicóticos denominados *en positivo*. Desde el ámbito psicoanalítico, Freud (1893), Fairbain (1940) y Bion (1962) ya hicieron notar la existencia en estas personas de una trayectoria de vida alterada en el mundo interno, en la estructuración del Self, desde los primeros instantes de vida y coincidiendo con la acumulación de experiencias de vinculación adversas. Esta evolución se ha conceptualizado mediante la descripción de “estadios o fases” (Alanen, 2003; McGorry, 2008; Tizón, 2013). Desde el ámbito de la psicobiología y las neurociencias se está demostrando que hay estructuras y procesos cerebrales sensibles a los procesos vitales normales (Barba-Müller, 2017) y a los alterados (Frodl et al, 2017), a los llamados traumas infantiles que condicionan la salud mental. La epigenética,

aplicada en mamíferos inferiores, nos describe, sin lugar a dudas, algunos de estos procesos (Meaney, 2005) que el modelo conceptual psicoanalítico acuñó hace más de un siglo.

Este mayor conocimiento de los estados psicóticos incipientes y sus características (Tizón, 2003; Guía PAE-TPI, 2011; Artigue, 2014) incrementa la capacidad de detección y tratamiento precoz con el objetivo de evitar la transición hacia un episodio psicótico. A mayor conocimiento mayores posibilidades para implementar acciones preventivas (Jané-Jopis, 2004; Artigue et al., 2013; LISMEN, Seikkula, 2016). Estas no pueden ser específicas del trastorno, puesto que están en relación a dificultades en la maduración emocional que son un tronco común para diferentes trastornos de salud mental, entre ellos la psicosis.

Pero, en cuanto al tratamiento, hay una evidencia que puede obstaculizar el mismo: a menudo las personas, en general adolescentes, que sufren esta alteración no piden ayuda. Se notan extraños pero no pueden reconocer su funcionamiento como alterado. Y, por encima de todo, no quieren ser psicóticos, por lo tanto no harán un tratamiento a fin de evitarlo. Dependiendo de cómo se les plantee lo rechazarán. Frecuentemente es la complicidad de la familia la que favorece el inicio de una terapia, y es la colaboración familiar, incluyendo la aceptación en paralelo de un tratamiento familiar, la que consolida el vínculo terapéutico.

En la parte final de este artículo se intenta describir, a través de un caso, los primeros momentos del tratamiento de un adolescente donde predominan la extrañeza y las dificultades que experimenta en los inicios de la terapia y que conceptualmente lo denomino *vacío psicótico*.

### *Características del vacío psicótico*

Este no es un concepto nuevo. En la teoría de las relaciones objetales se le ha designado con diferentes términos que tienen que ver con diferentes situaciones emocionales. Así, Kernberg (2015) señala el desmantelamiento de las relaciones de objeto internalizadas y el encapsulamiento autístico como dos formas de organizaciones defensivas propias de las personas con patología

psicótica. Fairbain (1940) diferenciaba dos grupos, el carácter esquizoide y el estado esquizoide, también como dos formas donde predomina la despersonalización.

El vacío psicótico se observa claramente cuando, posteriormente al primer episodio psicótico (o mal llamado brote psicótico) el paciente manifiesta un vacío emocional y una dificultad para elaborar pensamientos, para hacer asociaciones de ideas y para expresar razonamientos lógicos estructurados. Si se ha optado por iniciar tratamiento con psicofármacos se hace difícil discriminar este estado del efecto secundario de algunos de ellos.

Pero la mejora de la detección precoz nos permite identificar un tipo de evolución maligna y deteriorante, previa a la aparición del episodio psicótico que, en general, tiene las mismas características que el vacío identificado en el periodo posterior al episodio psicótico. Por este motivo se utiliza, entre profesionales, el mismo término de vacío, puesto que algunos creemos que es una característica de la génesis de este y otros tipos de trastornos.

A nivel de conducta o síntoma externo, el término más cercano al de vacío psicótico es el de *anhedonia*. Pero mientras este hace referencia a las dificultades para encontrar placer, el vacío es una sensación crónica que se caracteriza por la dificultad en hacer asociaciones de ideas, con un predominio de actividades sustitutivas. Me estoy refiriendo, por ejemplo, a los juegos virtuales (ordenador, consolas, etc.). Las denomino actividades sensoriales en el sentido de que la persona siente placer en su mente, por ejemplo, al ganar una batalla, un campeonato, al construir una ciudad, al conseguir una meta, incluso comparte este placer con otros de forma online. Pero no acostumbran a existir intercambios de pensamientos sobre el juego o sobre las sensaciones vividas en el juego. Evidentemente hay adolescentes que lo hacen, pero no acostumbran a presentar esta forma de relación donde predomina el vacío. A nivel externo, lo que podemos observar en estos chicos y chicas son dificultades a la hora de establecer relaciones sociales, alteraciones en los ritmos vitales básicos como la alimentación y el dormir, ansiedad en la convivencia familiar que puede evolucionar hacia discusiones frecuentes y, en algunos casos, utilización de tóxicos para evitar la sensación extraña de vacío en su pensamiento.

Es frecuente que sean chicos y chicas con capacidades intelectuales conservadas. Disminuye

el rendimiento escolar, la capacidad de concentración, la memoria se convierte en selectiva, tienen dificultades de atención y dificultades de procesamiento de determinadas informaciones. Pero son alteraciones transitorias que, con el tratamiento adecuado, no evolucionan hacia un déficit. Coloquialmente, los padres a menudo los describen como desmotivados, que no les interesa nada, excepto un tema muy específico, a veces estrambótico, o los juegos e internet.

Estamos hablando de jóvenes que viven en el domicilio familiar, en familias “normales”. También se da algún caso en jóvenes que han sido separados de la familia y viven temporalmente en centros residenciales de la DGAI (Dirección General de Atención a la Infancia) para protegerlos de situaciones de riesgo para su salud mental y/o de un núcleo familiar gravemente desestructurado. Pero en las familias que “no llaman la atención” observamos una acumulación importante de ansiedad no expresada y de cansancio. Esto se traduce en problemas con rutinas básicas como despertarse, la higiene personal, ir a la escuela o instituto, hacer comidas en común y sin pantallas (televisión, móviles...), carencia de ilusión por proyectos familiares como pueden ser las vacaciones. La desesperanza se va instalando en las madres y padres, dado que no se da un mínimo proceso de autonomía en las mencionadas rutinas y se convierten en “obligaciones para los progenitores”. El clima familiar es entonces confuso, se pueden perder los límites y se pueden depositar en los profesionales funciones básicas de la familia, en el sentido que las describían Meltzer y Harris (1989): generación de amor, promover la esperanza, la capacidad de pensar y la contención del sufrimiento.

El contacto con el profesional se hace difícil, son chicos que al no querer venir a tratarse desconfían del profesional de salud mental. Piensan que este será una prolongación del padre o de la madre “pesada”. Te transmiten, no con palabras, que esto fracasará, que no tienes ni idea de lo que les pasa por dentro. A menudo llenan las sesiones de generalizaciones o de silencios, porque se les hace muy difícil pensar en ellos mismos, poner palabras a las sensaciones que viven y necesitan copiar frases que sienten coloquialmente. Rechazan cualquier intento de comprensión y de generar pensamiento. Esta forma de relación nos permite “visualizar” que estamos ante un caso grave a nivel de estructuración del Self a pesar de que no se den los síntomas propios de la

psicosis. La transferencia y la ansiedad que recibimos en las primeras entrevistas y en las sesiones de tratamiento son claramente psicóticas. Tal y como lo describió Bion (1962) la relación estará marcada por la arrogancia, la omnipotencia y la carencia de respeto hacia nuestras intervenciones.

A pesar de esta comunicación, una vez establecido el setting terapéutico, si la familia colabora en el establecimiento de este marco de trabajo, los jóvenes no lo alteran, son puntuales, constantes, y aunque se queden en silencio, vienen a las sesiones. Podríamos pensar que al no haber escogido ellos el tratamiento podrían actuar como otros adolescentes que alteran el setting para poder enfrentarse a los padres a través de esta transgresión, puesto que no lo pueden hacer en la vida cotidiana. No es este el caso, hay un reconocimiento no elaborado de la necesidad de tratamiento, de hacer “algo” para parar la sensación de sufrimiento.

#### *Los orígenes de este estado mental de vacío psicótico*

A menudo las madres y los padres te hacen esta pregunta: ¿cómo es que hemos llegado hasta aquí?

La respuesta es fácil de formular y difícil de transmitir. Fácil desde el campo de conocimiento psicoanalítico. Las evoluciones alteradas a nivel de estructuración del Self las argumentan numerosos autores. Las conceptualizaciones fundamentales que hicieron Freud (1914) y Klein (1959) posteriormente fueron desarrolladas por autores ya citados como Bion y Fairbairn. Para mí, además de estos trabajos, también han sido útiles en la comprensión de estas evoluciones conceptos como los de Steiner (1994 y 2015) de “repliegue psíquico” y “ver y ser visto”; el desarrollo de Fonagy (2015) sobre la mentalización y las descripciones de David Rosenfeld (2015) sobre los aspectos de la personalidad psicótica.

Entre los autores más cercanos a nuestro ámbito destacaría los trabajos de Jorge Tizón (2003 y 2013) sobre cómo entender la relación paranoide y la psicosis y el de Víctor Hernández (2008) sobre el sufrimiento mental que comporta este trastorno, centrándose en la comprensión

psicoanalítica. Las aportaciones de Antonia Grimalt (2012) sobre las repercusiones del trauma preconceptual y de Guillermo Bodner (2015) sobre el concepto de “objeto congelado”, entendiendo éste como un sistema defensivo rígido y de frialdad emocional ante el tratamiento.

Para mejorar dicha comprensión y la forma de transmitirlo me fue útil la lectura del libro “El quinto principio” de Paul Williams (2014). En él, el autor muestra cómo se pueden conocer estas emociones y sentimientos alterados a través del análisis autobiográfico de su mundo interno. Así, siguiendo este texto, distinguiríamos varias fases en la trayectoria evolutiva alterada (la formulación de las fases es personal):

- Fase de *frustración y desamparo*: existe un tiempo en la evolución biográfica en el cual el paciente se ha sentido desamparado. La atención emocional se ha sentido insuficiente y/o no se han satisfecho las necesidades del bebé o del niño, provocando la aparición de frustraciones de diferente intensidad según sea la vulnerabilidad previa y la importancia de los factores de protección o resiliencia.
- Fase de *la imaginación como refugio*: en el incipiente aparato mental del niño se tiene que encontrar una explicación al porqué no han satisfecho sus necesidades. La sensación puede ser que uno no es suficientemente bueno para tener la atención de los padres, que algo suyo provoca esta experiencia emocional de rechazo. Este pensamiento puede ser insoportable y a menudo tienden a imaginar que los padres deben estar ocupados en otro trabajo o tarea y dejan de reclamar atención.
- Fase de *la mentira*: la imaginación, aquello imaginado como la única explicación posible se tiene que proteger. Como no se recibe la atención esperada tampoco se pueden explicar estos pensamientos imaginados y aparece la mentira para ocultar aquello que pensamos que está pasando. La mentira es una protección ante un entorno que se siente hostil y en el que no se ha creado la suficiente confianza como para reclamar o preguntar.
- Fase de *control y vergüenza*: cuando la mentira ya se hace habitual, cuando se vive en la mentira, podríamos decir, se desarrollan mecanismos de control para que esta no sea descubierta. A la vez, surge un sentimiento de vergüenza que acompaña a este control, vergüenza al pensar en lo que pasaría si los otros lo descubrieran. Por otros nos referimos sobre todo a los iguales. El niño no puede compartir la sensación de que no le entienden, de que no recibe afecto. Algunos compensan esta situación creando un amigo imaginario con el

que hablan en la intimidad. Este fenómeno del amigo imaginario no siempre es patológico, nos debería preocupar cuando se mantiene en el tiempo y se convierte en la única forma que tiene el niño o la niña de expresar sus sentimientos.

- Fase de *miedo y suspicacia*: el miedo a que se descubra la mentira provoca desconfianza. Se está atento a que otros no la detecten. Cuando estos pensamientos e imaginaciones se mantienen de forma repetida (frustración, desamparo, mentira, miedo y suspicacia), pueden aparecer sensaciones y pensamientos alterados, muy cercanos a la sintomatología paranoide.

Son fases que al darse de forma cíclica, como he dicho, se solapan, no hay un límite claro de cuando empieza una y acaba la otra. Estas sensaciones repetidas generan cada vez más desesperanza vital y se van encapsulando en sus pensamientos alterados. Al no haber intercambios, ni con los padres ni con los iguales, no se pueden contener las ansiedades a través de la relación. Las capacidades de empatía y mentalización están disminuidas o son muy precarias.

Cómo vemos este vacío es fruto de una evolución, diríamos maligna, que se inicia ya en las primeras vinculaciones de la infancia. Pero es en las primeras fases de la adolescencia, al inicio del proceso de adquisición de la identidad, cuando, abrumadas por las ansiedades confusionales que viven, estas personas se quedan bloqueadas en este vacío que es difícil de entender para ellas mismas y para los que las rodean.

La resolución puede ser diversa: a veces es la elaboración de un delirio, a veces es un funcionamiento operatorio, concreto, con afectaciones psicosomáticas y a veces alteraciones en el comportamiento con conductas inadecuadas o agresivas. Con menor frecuencia, en personas con altas capacidades cognitivas, se producen intelectualizaciones que pasan como normalizadas en el sistema educativo y universitario. La detección precoz de estas evoluciones es posible si se está muy atento a los cambios de estos niños y niñas que en las escuelas se les suele calificar de raros por su comportamiento y por su tendencia al aislamiento. Evidentemente existen instrumentos que pueden confrontar estas primeras impresiones preventivas. (Maurer, 2004: cuestionario ERlraos; Artigue, 2016: cuestionario LISMEN).

### *Los estados mentales de alto riesgo de psicosis (EMAR)*

Antes de presentar el caso querría hacer una breve reflexión sobre este término, cada vez más utilizado para describir los estados mentales que hacen pensar la existencia de un vacío psicótico. Fue propuesto por Yung y McGorry (2004). En él se definen los síntomas que tiene la persona y que hacen pensar en una evolución maligna hacia la psicosis. Hasta entonces sólo se detectaba la psicosis en los servicios de urgencias de psiquiatría de las instituciones hospitalarias y en algunas consultas públicas o privadas, cuando los familiares estaban muy sensibilizados sobre el tema. El término designa a púberes, adolescentes y jóvenes que presentan algunos de estos síntomas inespecíficos:

- Menor capacidad de concentración y atención.
- Falta de energía y motivación.
- Estado de ánimo depresivo.
- Ansiedad.
- Retraimiento social.
- Desconfianza.
- Deterioro en el funcionamiento social.
- Irritabilidad.

Son síntomas que no definen la psicosis, según las clasificaciones internacionales de los trastornos en salud mental, y tampoco son exclusivos de ésta. Por eso se los denomina Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), con la intención de indicar que hay una probabilidad elevada de evolución o transición hacia la psicosis si no hay un tratamiento. Este planteamiento es cercano al que tradicionalmente se ha definido como fases prodrómicas de la esquizofrenia pero sin centrarse en la aparición de síntomas específicos del trastorno.

Una vez identificadas estas características o síntomas en el funcionamiento lo que se propusieron, naturalmente, fué hacer prevención. Es decir, trabajar con los servicios comunitarios,



escuelas, médicos y enfermeras, pediatras y profesionales de servicios sociales, para identificar a personas en estado EMAR.

Esta tarea requiere trabajar en red y en la comunidad, junto a los mencionados profesionales, y sensibilizarnos de cara a estos tipos de situaciones problemáticas (Tizón 2009; Quijada, 2010). A pesar de lo complicado de la tarea, ésta es rica y agradecida (Artigue, 2013), aunque a menudo queda eclipsada por la presión asistencial que viven los servicios públicos.

El trabajar en un servicio destinado exclusivamente al tratamiento de personas que se encontraban en este estado de riesgo de psicosis (Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis - EAPPP)<sup>1</sup> permite analizar y tratar estas fases iniciales de la estructuración del vacío psicótico, antes de que la persona llegue a elaborar un delirio como defensa de la ansiedad catastrófica que siente ante tal vacío. Mediante la investigación sobre el tipo de apego que el paciente establece con el profesional se puede predecir la evolución de éste en relación al abordaje terapéutico (Quijada, 2012). La investigación también nos aporta mayor conocimiento y comprensión de los acontecimientos vitales adversos que consideramos que se constituyen en factores de riesgo (Artigue, 2016)<sup>2</sup>. Estos nos indican que, por motivos diversos, están alteradas las primeras vinculaciones en la infancia y amenazan la integración del Self. Algunos de dichos factores son en realidad señales de alarma, la parte visible de una desestructuración emocional, incluso cuando proviene de una situación traumática fantaseada, como decía Freud.

Todo ello nos lleva a pensar que la prevención se tiene que realizar fuera de las consultas y despachos, ya que bastante a menudo estos pacientes no vienen voluntariamente al tratamiento (Seikula, 2016). Por ejemplo, con la finalidad de mejorar la accesibilidad en estos casos, recientemente se ha puesto en marcha un servicio, como experiencia piloto, de tratamiento a

---

<sup>1</sup> El EAPPP funcionó entre 2005 y 2011. Era un servicio del Instituto Catalán de la Salud, que trabajaba dentro de red pública de salud mental de Barcelona y atendía a dos áreas básicas de salud de la zona de St. Martí Norte y una de St. Andreu.

<sup>2</sup> Acceso libre al cuestionario LISMEN en el espacio web:  
<http://prevenciotractamentsalutmental.cat/es/lismen-factors-de-risc/>

domicilio, el ECID<sup>3</sup> (Equipo Clínico de Intervención Domiciliaria), en la ciudad de Badalona.

### *Caso clínico*

A través de este caso intento mostrar el estilo de comunicación y transferencia que nos hace pensar en la existencia de un pensamiento alterado por un vacío psicótico.

A, es una chica de 14 años a la que traen los padres a consulta por un descenso brusco en el rendimiento escolar, carencia de amigas, se encierra a menudo en la habitación y responde de forma impulsiva a los padres. Es la escuela la que les dice que consulten, a raíz de que en un examen teórico llenó dos folios diciendo que esa asignatura no servía para nada. Tiene un hermano dos años mayor que ella. Los padres tienen formación universitaria y los dos trabajan como técnicos superiores. Hace dos años se separaron y se volvieron a unir al poco tiempo. De la anamnesis destacamos, como acontecimientos vitales que se pueden considerar factores de riesgo de alteración en la vinculación, que durante el embarazo la madre tuvo que hacer reposo absoluto y estricto en los dos últimos meses de gestación, que A tuvo terrores nocturnos a los 4 años, en esa época decía que veía fantasmas estando despierta. De los 6 a los 8 años tuvo miedo a la oscuridad. Alrededor de esta época la llevaron a una psicóloga porque la tutora decía que no prestaba atención, que iba a lo suyo, "a su bola". Realizaba muchas actividades de ordenar, o bien piezas de lego, o bien muñecas mientras jugaba. Un hecho que consideramos como precipitante del estado actual fue que, en grupo, quemaron un contenedor de basuras, ella no era la incitadora del hecho que podríamos considerar que fue leve. Los detuvieron y la policía recomendó a los padres que no la castigaran mucho ya que era un incidente de poca gravedad. Estos le dijeron que estaría un mes sin salir con estos amigos. Pero no salió ni con estos, ni con otros. El mes se alargó a 6 meses, y ni

---

<sup>3</sup> El ECID es un servicio creado por la Fundación Vidal y Barraquer en Octubre de 2017 que trabaja en la red pública de salud mental de Badalona.

los padres ni ella hablaron de la finalización del castigo. En esta época engordó ,llegando a tener un sobrepeso evidente. La primera visita se produjo a los dos meses del final de este periodo. Al inicio del tratamiento suspendía los exámenes porque se quedaba en blanco y no podía reflejar lo que sabía, que era el síntoma detectado por la tutora.

Es un caso tratado en psicoterapia de frecuencia semanal<sup>4</sup> , seguramente insuficiente, pero hay que recordar que ella no acepta que tenga un problema, sólo acepta una evidencia, la quiebra generalizada en los exámenes. La familia la obliga a venir. No hay una reflexión amplia de lo que le pasa, está todo muy relacionado con el ámbito académico. Es más, pasado el primer año y recuperada del descenso en el rendimiento escolar, ya piensan en la finalización del tratamiento.

La psicoterapia sigue un proceso que Julia Corominas y Lluçia Viloca (Corominas,1998), (Corominas y Viloca, 2011) denominaron *esquema psicopedagógico*: el terapeuta verbaliza lo que ocurre, sugiere a la paciente la sensación que ésta puede estar viviendo y la relaciona con los sentimientos que puede sentir, para favorecer el pensamiento simbólico y la expresión de las ansiedades. Quizás se podría resumir como un intento de ofrecer contenidos a la paciente para ayudarle a salir del vacío psicótico. Algo similar a lo que Ogden (2007) denominó soñar con el paciente.

A continuación, relato el fragmento de una Sesión realizada a los 3 meses de iniciar el tratamiento de frecuencia semanal:

Como siempre, es puntual, viene con unos auriculares puestos. Siempre al inicio de la sesión se queda en silencio, a veces éstos son anormalmente largos, sin establecer contacto visual conmigo, nunca dice nada. Suelo ser yo el que tengo que empezar con una intervención que la invite a hablar. Este inicio muestra la dificultad que tiene para seleccionar hechos o contenidos, en contra de lo que habitualmente hacen otros pacientes. Cuando le muestro, con cuidado, este hecho, ella responde que no sabe de qué tendría que hablar y que por eso se queda en silencio. Soy yo, el terapeuta, el que se queda frustrado pero a la vez atrapado por este vacío que parece que invada sus espacios de pensamiento.

---

<sup>4</sup> En un Servicio privado, la Asociación SAPPS (Servicio de Atención y Prevención de Salud Mental) , web

Al intentar mostrarle este vacío, ponerle palabras a este fenómeno (le digo que quizás son como unas interferencias que puede tener en el pensamiento y que ella siente pero a las que no puede dar un significado), su respuesta es arrogante: “esto ya lo dijiste hace tiempo y no tiene más relevancia, su nombre (interferencias) ya dice lo que pasa”. No se abre a la posibilidad de pensar, de elaborar, es una señal de la confusión que reina en su mundo interno, se aferra a esta omnipotencia para evitar la sensación de vacío.

Intento dar más elementos que puedan provocar una reflexión o elaboración sobre el tema, le sugiero a ella que podríamos hablar de qué tipo son estas interferencias y añado que es conocido que hay personas que pueden soñar despiertos (recordando para mí que de pequeña decían que veía fantasmas despierta). Entonces, por primera vez en la sesión, me mira a los ojos y niega que le pase esto: “No, no siento esto”. Dice que lo que le pasa es que se va a pensar en una cosa del ambiente donde está y puede perder fácilmente el hilo de lo que le habían preguntado, o que se va a pensar en una cosa que tiene que hacer.

Este clima de negación emocional me inquieta y le señalo que se debe de sentir incómoda cuando pasa esto. Ella lo niega, dice que son cosas que pasan y que no tienen repercusión. Se hace evidente que es su defensa contra la ansiedad en la que vive. En mi intento de acercarla a su situación le digo y me responde:

Terapeuta (T) – Bien, pensaba en lo que hemos hablado en otras sesiones sobre cómo te sientes, incómoda o frustrada, en el sentido de que estas interferencias del pensamiento pasan en situaciones de examen y provocan que no apruebes cuando tú lo que querrías es aprobar y continuar estudiando.

Paciente (P) – No sería adecuada la palabra frustración. A mí esta palabra no me hace sentir como se podría interpretar que una persona esta frustrada. Quizás sería sí, incomodidad, indecisión o quizás como un tipo de asco, pero no, algo más leve, podríamos decir como un asco homeopático, por poner un símil de una cosa más leve.

(Silencio)

T – Ya, siempre intentas precisar la palabra que yo te propongo para mostrar un posible

sentimiento, como antes frustración.

P – Es que yo sé que tengo una forma de pensar en la que tengo que explicar bien mis razonamientos porque, quizás es mi carácter, pero utilizo un lenguaje muy refinado para que me entiendan.

La utilización de neologismos (*asco homeopático*) en una chica de esta edad no es frecuente, llama la atención, es un lenguaje más bien adulto (*lenguaje refinado*) que intenta minimizar el impacto emocional que recibe o que aflora desde su interior: son mecanismos maníacos y omnipotentes que al no ser completamente exitosos dejan aflorar un resentimiento en forma de asco, está desamparada (Steiner, 2015). Este impacto proviene del mundo interno y no lo puede procesar, lo define como una forma diferente de expresarse. En mi interés para aproximarme a este impacto le pido:

T – ¿Me podrías poner algún ejemplo?

P – Pues con mi tía, cuando hablamos de Filosofía, hay que explicar bien la palabra que utilizas: a qué se refiere. También en la clase, a pesar de que en clase prefiero no hablar dependiendo de lo que sea.

T – No te entiendo ahora.

P – Que, claro, yo no soy la misma ahora que hace un año y medio, o que hace 6 meses o que hace dos meses cuando venía aquí. Yo he ido cambiando en mi forma de pensar y por lo tanto tengo que ir cambiando en la forma de expresarme.

(Silencio)

T – ¿Pero quieres decir que no había estas interferencias del pensamiento?

P – No, están desde el mes de... ¿hace seis meses? Sí, más o menos.

T – Entonces...

P – Me refería a mis creencias como en temas generales del mundo, de las personas, de la vida...

T – ¿Podrías poner algún ejemplo?

P – Pues que yo antes podía creer en una cosa, en la reencarnación por ejemplo, después podía creer que esta no existía pero que había alma y ahora creo que no hay alma. Que nosotros podemos ser un objeto, como una mesa, pero con un mecanismo más complejo y elaborado.

(Silencio)

El terapeuta piensa que si la paciente no tiene alma ¿qué hay? ¿Vacío? No puede procesar este estado emocional, sólo se atreve a reconocerlo en el tiempo y a aproximarse tímidamente en sus contenidos, siempre desde una explicación que otras veces ha denominado “filosófica”.

Hablar en la psicoterapia de este estado creo que supone un avance, una salida del repliegue psíquico (Steiner, 1994), una salida sin humillación, como relata que le ocurrió en la clase:

T – Debe de ser difícil hablar de esto con otras personas.

P – Es que ya veo que no son temas para compartir, cuando estoy con mis compañeras no utilizo este lenguaje, soy diferente.

T – ¿Has tenido malas experiencias?

P – En clase un profe preguntó quién creía en el alma y yo dije que no y claro, estudio en un colegio religioso y sentí como los otros hacían bromas y uno me insultaba cómo diciendo que yo *estaba tonta*.

T – No te gusta la palabra, pero me sale decir que debe de ser frustrante.

P – No, simplemente que no se puede hablar así.

(Silencio)

Su explicación intelectualizada “no se puede hablar así”, vuelve a hacerse desde la omnipotencia y la arrogancia, es la única forma que tiene para defenderse ante la constatación de las dificultades y es el repliegue a donde vuelve cuando se ha sentido humillada.

En la parte final de la sesión continuó con mis intentos de empatizar con su sufrimiento y, a pesar de que muestra resistencias, deja clara la desesperación, siente la necesidad de que el

terapeuta la escuche. Diríamos que el repliegue psíquico no está cerrado, no es total, está haciendo intentos para salir, la aceptación de la terapia es uno de ellos:

T – Me parece que sí, que estaría bien poder pensar en cómo te afectan estas situaciones porque sabemos que pueden estar relacionadas con estados de ansiedad, aunque no se note.

P – No, no lo creo, porque yo diría que más bien estoy en una situación en la cual no me afectan las cosas que digan los otros. Si yo intervengo en una clase y hay 100 personas, con sólo una que me escuche ya habrá valido la pena. Es como estar, no sé, buscando símiles... como estar en el limbo.

T – ¿En el limbo?

P – Bien, puede sonar mal, no quiere decir que no sienta las emociones pero, por decirlo así, no me afectan tanto. Por esto es por lo que no siento ansiedad.

El tratamiento se mantuvo en este clima de tensión donde predomina un férreo sistema defensivo que impide el diálogo abierto y que puede hacer pensar en un rechazo al tratamiento. Sin embargo, la paciente vino siempre, y cuando no lo hizo, avisó explicando los motivos. Con el tiempo no varió su forma de entrar y salir de las sesiones, con esta aparente frialdad y con sus silencios. Pero se vio como estaba pendiente del terapeuta, de que esté estuviese atento a ella, pendiente de lo que decía para dar una respuesta, a menudo intelectualizada.

Un año más tarde, en una sesión se pudo hacer una elaboración de su situación. Repite curso, pero ya no suspende, aprueba con notas muy altas, como hacía antes. Explica como ella se sitúa en la clase, en medio, y cómo intenta estar atenta a las conversaciones de todos. El terapeuta le pide que lo explique un poco más y ella agrega que siempre espera a que la otra persona diga y ella lo que hace es responder. Al señalar que esto quiere decir que siempre le han costado las relaciones, ella hace un resumen de su trayectoria y dice que de pequeña era tímida y con una máscara porque tenía sobrepeso y no se sentía bien, pensaba que se podrían reír de ella. Siempre hacía lo que le decían los otros. En la ESO ya fue “rara” (coincide con la época del castigo) y en verano no habló con nadie durante todas las vacaciones. El año pasado también fue “rara” y ahora

está adoptando diferentes identidades, dependiendo de cómo sean las relaciones.

En su intento para relacionarse con compañeros, “se acopla”, se coloca junto a los otros, intenta alejarse del vacío, del vacío de la soledad. Es significativo como se sitúa en el espacio de la clase, en medio, buscando ser el centro de interés de los otros. Hace pensar en los niños autistas que al estar y sentirse vacíos, solo les queda la posibilidad de que los otros se interesen por ellos. El vacío que detectamos al inicio del tratamiento hace pensar en una posible explicación similar al funcionamiento de este tipo de niños. Es decir, que es posible que haya padecido una situación en la que de bebé no pudo ser suficientemente mirada.

En este momento ella misma hace una elaboración hablando de nuevas identidades, en contra del estado confusional en el que vivía y haciendo un intento de adaptación a la relación con los iguales. Los pequeños cambios nos hacen pensar en una mejora, en una salida del repliegue, sin sentirse humillada. Pero la psicoterapia, después de año y medio, está amenazada de interrupción dada la mejoría académica y de relaciones en casa, lo cual hace que los padres no vean la necesidad de que haya continuidad.

El tratamiento de esta adolescente, lleno de dificultades, muestra también la necesidad en que se encuentran algunos jóvenes que, desmantelado su mundo interno, se repliegan en él y lo llenan con relaciones imaginarias, virtuales o cargadas de componentes agresivos, a veces externalizados y otras veces no. El abordaje terapéutico, en ésta o en otras modalidades, será beneficioso o incluso preventivo, en relación a una posible cronificación de la patología. Debo precisar que aquí he expuesto el abordaje individual, pero en este caso se realizó paralelamente un abordaje familiar, incluyendo a la paciente en sesiones de familia llevadas en co-terapia por dos profesionales. En éstas no participé como terapeuta para respetar la privacidad de la paciente y evitar interferencias.

### *Referencias bibliográficas*



Alanen, Y. (2003), *La Esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*, Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis, pp. 253.

Artigue, J., A. Manzano, A. Oriol, M. Martínez, J. M. Gassó, A. Franquesa, S. López y J. L. Tizón (2013), “Taller de sensibilización en salud mental: una experiencia de prevención con adolescentes”, *Cuadernos de Psiquiatría del niño y del adolescente*, núm. 55, pp. 31-36.

Artigue J. y J. L. Tizón. (2014), “Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto”, *Atención Primaria*, vol. 46, núm. 7, pp. 336-356.

Artigue, J., J. L. Tizón y M. Salamero (2016), *Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN)*, *Schizophrenia research*, núm. 176, pp. 423-430.

Barba-Müller, E. (2017), “A modo de reseña sobre: “el embarazo conduce a cambios duraderos en la estructura del cerebro humano””, *Temas de psicoanálisis*, núm. 14,  
<http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/09/ERIKA-BARBA-MULLER.-A-modo-de-resena-sobre-El-embarazo-conduce-a-cambios-duraderos-en-la-estructura-del-cerebro-humano.-Plantilla-PDF.pdf>

Bion, W.R. (1962), *Aprendiendo de la experiencia*, Barcelona, Paidós, 1980, pp. 10-72.

Bodner, G. (2015), “L’objecte congelat. Dimensió intrapsíquica i intersubjectiva de l’impasse”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. 32, núm 1, pp 19-29.

Corominas, J. (1998), *Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico*, Barcelona, Paidós, pp. 280.

Fairbairn, W. R. D. (1940), “Factors esquizoides de la personalitat”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, (1991) vol. III, núm. 1, pp. 45-63.

Fonagy, P., P. Luyten, E. y E. Allison (2015), “Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment”, *Journal Personality Disorder*, núm. 29, pp. 575–609.

Freud, S. (1893), *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*, en *Obras completas*, II, Buenos Aires, Amorrortu, 1999. pp. 29-43.

Freud, S. (1914), *Introducción al narcisismo*, en *Obras completas*, XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1999. pp. 67-102.

Frodl, T. et al. (2017), “Childhood adversity impacts on brain subcortical structures relevant to depression”, *Journal of Psychiatric Research*, vol. 86, pp. 58–65.

Generalitat de Catalunya. (2011), *Guía de desenvolupament del programa d’atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions*, Barcelona. Departament de Salut.

[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/salut\\_mental/documents/pdf/guia\\_pae\\_tpi\\_salutmental\\_2011.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/guia_pae_tpi_salutmental_2011.pdf)

Grimalt, A. (2012), “Traumes preconceptuals: l’assassinat de la ment i el self oblidat”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. 29, núm. 2, pp. 69-88.

Hernández, V. (2008), *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*, Barcelona, Paidós y Fundación Vidal i Barraquer, pp. 65-122.

Jané-Llopis, E. (2004), “La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 89, pp. 67-79.

Klein, M. (1959), *Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia en Obras completas*, III, Paidós, Barcelona, pp. 251-267.

Kernberg, O. (2015). *Prólogo del libro: lo psicótico, aspectos de la personalidad*. Karnac Books, London. pp. XVI - XVII.

Maurer, K., F. Hörrmann, G. Schmidt, et al. (2004), “The early recognition inventory ERlraos: a two step procedure for detection of at risk mental states”, *Schizophrenia research supplement*, núm. 70, pp. 19. (Traducción al castellano, Tizón, JL., Oriol, A. y Rosenberg, S, 2008. EAPPP).

McGorry, P., E. Killackcey, y A. Yung. (2008). “Intervención temprana en la Psicosis: conceptos, evidencias y direcciones futuras”, *World Psychiatry (Ed. Esp)*, vol. 6, núm. 3, pp. 148-156.

Meaney, M. J. y M. Szyf. (2005), “Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome”, *Dialogues in Clinical Neurosciences*, vol. 7, pp. 103–123.

Meltzer, D., M. Harris, B. Hayward. (1989), *El papel educativo de la familia*, Espaxs, Barcelona, pp. 202.

Ogden, T. H. (2007), “On talking as dreaming”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 88, pp. 575-589.

Quijada, Y., J.L. Tizón, J. Artigue y B. Parra (2010), “At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona”, *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 4, núm. 3, pp. 257–262.

Quijada, Y., J.L. Tizón, J. Artigue, T.R. Kwapil, y N. Barrantes-Vidal. (2012), “Attachment style predicts 6-month improvement in psychoticism in persons with at-risk mental states for psychosis”, *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 6, núm. 4, pp. 442-449.

Rosenfeld, D. (2015), *Lo psicótico. Aspectos de la personalidad*, Karnac Books, London. pp. 202.

Seikkula, J. y T. E. Arnkil. (2016), *Diálogos terapéuticos en las redes sociales*, Herder-3P, Barcelona, pp. 11-26.

Steiner, J. (1994), *Replegaments psíquics*, Columna, Barcelona.

Steiner, J. (2015), *Veure i ser vist. Sortint d'un replegament psíquic*, Viguera, Barcelona, pp. 241.

Tizón, J. (2003), “La relación paranoide: la vida desde el búnker”, *Intersubjetivo/intrasubjetivo*, vol. 5, núm. 2, pp. 163-193.

Tizón, J.L. (2009), “Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXIX, núm. 103, pp. 35-62.

Tizón, J. L. (2013), *Entender las Psicosis*, Herder, Barcelona, pp. 438.

Yung, A., L. Phillips y P. D. McGorry (2004), *Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase*, London, Taylor and Francis, 2004.

Van Winkel, R., N. Stefanis y I. Myin-Germeys (2008), “Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, núm. 6, pp. 1095-1105.

Viloca, L. (2011), “Aportacions punteres de la Dra. Júlia Corominas a la comprensió de l'autisme”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. 28, Núm. 1, pp. 55-69.

Williams, P. (2014), *El quinto principio: Experiencias de lo innombrable*, Herder-3P, Barcelona, pp. 123.

### Resumen

El avance en el estudio de los estados psicóticos incipientes ha permitido detectar precozmente el inicio de este tipo de trastornos. Así, en nuestro país, adolescentes y jóvenes que presentan signos y síntomas de una posible evolución hacia la psicosis pueden entrar antes en contacto con los servicios asistenciales públicos y privados.

En estos casos, el análisis de la relación terapéutica, permite detectar una situación que denominamos vacío psicótico. Este se caracteriza por una dificultad para elaborar pensamientos lógicos estructurados y para hacer asociaciones de ideas. El sujeto vive en un estado de sensorialidad emocional que compensa su sensación de vacío.

A través del análisis de un caso se intenta mostrar como la psicoterapia de orientación psicoanalítica intenta estudiar, analizar y dar un significado a este vacío psicótico con la finalidad de

evitar que siga generando ansiedad confusional en la persona.

*Palabras clave: psicosis, tratamiento, estado mental de riesgo.*

### *Abstract*

Progress in the study of incipient psychotic states has enabled early detection of this kind of disorders. Therefore, in our country, adolescents and young adults with signs and symptoms of a possibly evolution to psychosis can earlier seek professional advice in public and private mental healthcare services.

In these cases, the analysis of the therapeutic relationship allows the detection of a situation denominated psychotic emptiness. This is characterized by a difficulty to elaborate structured logical thoughts and to associate ideas. The person lives in a state where emotions and sensations compensates his/her feeling of nothingness or meaningless.

This case analysis tries to illustrate how psychoanalytic psychotherapy studies, analyses and provides meaning to this psychotic void in order to avoid the continues generation of psychotic anxiety.

*Key words: psychosis, treatment, ultra high risk.*

Jordi Artigue Gómez,

Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Psicoanalista (IPB).

Equipo Clínico de Intervención domiciliaria (ECID) – Fundació Vidal i

Barraquer (FVB).

Profesor asociado - Facultad de Psicología – Universitat de Barcelona.

[jordiartigue@gmail.com](mailto:jordiartigue@gmail.com)