

Universidad de Belgrano

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología



Trabajo Final de Carrera

***“Consideraciones en torno al fenómeno alucinatorio.
Diferentes perspectivas”***

Ricardo Martín Moreno

0402-20575

Tutor: Mg. Patricia Magoni Hamilton

A. M. G. D.
y B. V. M.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Presentación del tema	4
Problema y preguntas de investigación	4
Relevancia y justificación de la temática	5
Objetivos	5
Alcances y límites del trabajo	6
Estado del arte	6
Marco teórico	11
Desarrollo metodológico: procedimiento	13
1. Capítulo primero: S. Freud	14
La alucinación como síntoma psiconeurótico	14
La alucinación y su relación con el soñar: un estado primitivo del aparato psíquico	16
Hacia una mayor delimitación de 'psicosis'	23
Las alucinaciones frente a una nosografía madura	27
2. Capítulo segundo: otras perspectivas	33
2.1 — Los hijos de la antipsiquiatría: Hearing Voices, Open Dialogue, Soteria	33
2.2 — “Emergencias espirituales”, según Stanislav Grof	40
2.3 — Wilson Van Dusen: un abordaje fenomenológico	49
2.4 — Alucinaciones inducidas por prácticas de la Medicina Tradicional Amazónica	56
2.5 — Posesión Demoníaca: una mirada religiosa	60
3. ¿Una posible convergencia?	65
Conclusiones	75
Referencias bibliográficas	77

Resumen

El presente trabajo expone diversas perspectivas en torno al fenómeno alucinatorio. Se realiza un análisis de los desarrollos psicoanalíticos freudianos, y se alzan otras miradas, ya sea legitimadas por nuestro sistema de salud mental, como también 'alternativas', o incluso propias de marcos teóricos de otras culturas. En particular se contemplan movimientos y dispositivos tales como Hearing Voices, Open Dialogue, y Soteria; lo propuesto por Stanislav Grof en su enfoque transpersonal; los aportes fenomenológicos de Wilson Van Dusen; una perspectiva vinculada a la denominada medicina tradicional amazónica; y, por último, la mirada concerniente a la tradición religiosa judeo-cristiana.

Introducción

Presentación del tema

El fenómeno de la alucinación suele estar indiscutiblemente asociado a lo psicopatológico, al menos desde las perspectivas psicológicas más legitimadas en la cultura occidental.

En el presente trabajo se hace alusión, por un lado, a desarrollos de Sigmund Freud, mirada que desde nuestra posición podríamos considerar como tradicional. Por otro lado, se exponen brevemente otras perspectivas, acaso ignoradas o desestimadas, aunque estén bien presentes en la sociedad actual y vigentes según muchos de sus miembros. Entre estas se incluyen: movimientos y abordajes como Hearing Voices, Open Dialogue, y Soteria; la perspectiva transpersonal, según Stanislav Grof; un abordaje fenomenológico, de acuerdo a Wilson Van Dusen; alucinaciones inducidas por sustancias psicotrópicas con un objetivo terapéutico (el caso del brevaaje denominado 'ayahuasca'); y una mirada religiosa que acepta la posibilidad de 'posesiones demoníacas'.

Según el Diccionario de Psicoanálisis de Valmor (1966, pág. 8), una alucinación es una "experiencia subjetiva vivida anormalmente, que corresponde a una percepción distorsionada o de algo no existente en la realidad". Con certeza esta concepción del fenómeno alucinatorio se pondrá en revisión a partir de la exposición de las diversas perspectivas. Avanzando en las divergencias entre posturas hallaremos por seguro diversos sentidos para el término 'alucinación', cada cual siendo reflejo de la concepción que cada perspectiva tiene del fenómeno en cuestión.

Problema y preguntas de investigación

Las diversas perspectivas en torno a un suceso no hacen más que ofrecer diferentes modelos o aristas para explicar o abordar éste. El presente trabajo considera válido el tener en cuenta la mayor cantidad posible de miradas que existen en torno al fenómeno elegido, como una actitud de apertura que posibilita el diálogo y avance del conocimiento científico.

El hecho de que en nuestra sociedad occidental exista, efectivamente, una amplia gama de perspectivas en torno al tema en cuestión, que no necesariamente lo consideren algo ligado a lo psicopatológico, ya de por sí plantea un problema, por demás interesante. ¡Se trata de miradas muy diversas, y hasta opuestas, sobre un mismo conjunto de hechos! De estas

diferencias se desprenden naturalmente preguntas, que nos servirán para motorizar la presente investigación. La principal será: ¿En qué consisten tales perspectivas?

A partir de su respuesta podrán surgir nuevas preguntas, que acaso puedan servir de puntapié para sucesivas investigaciones y análisis, a saber: ¿En qué medida son contradictorias tales perspectivas? ¿Acaso no podrían conciliarse bajo un nuevo paradigma que las integre?

Relevancia y justificación de la temática

El presente trabajo considera importante, en primer término, una revisión detallada de la bibliografía freudiana en torno al fenómeno. Por más que pueda considerarse ‘conocida’, muchas veces puede verse ‘empañada’ o acaso opacada por desarrollos posteriores, tales como el lacaniano.

En segundo término, se considera de valor al menos exponer brevemente otras perspectivas. La difusión de las mismas contiene un valor teórico, intrínseco, en sí mismo. Además, hay miradas que aunque estén presentes en la sociedad actual, suelen desconocerse en el ámbito académico de la psicología, o desestimarse, sin tener la oportunidad de ser conocidas y exploradas, tal como pregonaría un espíritu abierto y científico. La introducción a tales miradas puede invitar al análisis, la reflexión, el diálogo, la apertura a nuevos horizontes de posibilidades en la concepción que tenemos de la realidad, y el desarrollo de nuevos abordajes clínicos en torno al fenómeno alucinatorio en particular. Aquí radica el valor o implicancia práctica de la presente investigación.

Por otro lado —dando lugar a otro aspecto de valor práctico—, el conocimiento de la existencia de tales perspectivas puede serle muy útil al profesional de la psicología, para saber de antemano con qué perspectivas del asunto puede encontrarse en el abordaje de un paciente individual o, incluso, de determinado grupo étnico o religioso.

Se pretende suspender, al menos por instantes, el juicio que guía el análisis y operar cotidiano del agente de salud, en torno al fenómeno en cuestión, para abrir la posibilidad de una sana autocrítica, de un diálogo más respetuoso, y de acoger nuevas interpretaciones de la realidad que se pretende curar.

Objetivos

General: exponer diversas perspectivas en torno al fenómeno alucinatorio.

Específicos:

- Realizar un desglose y exégesis de los textos freudianos vinculados al fenómeno alucinatorio.
- Examinar y esbozar similitudes y diferencias entre las perspectivas presentadas.
- Constatar la *complejidad* del fenómeno alucinatorio; expresar la posibilidad de un modelo explicativo más amplio, integral, que intente considerar todas las diversas miradas que existen respecto del fenómeno, y acaso una mirada bio-psico-socio-espiritual del hombre.
- Reconocer la alucinación como: a) presentación sintomática de un cuadro psicopatológico; o b) signo de una circunstancia que no necesariamente denote patología mental.

Alcances y límites del trabajo

En el presente trabajo no se indaga en desarrollos psicoanalíticos posteriores al de Freud en torno al tema, como pueden ser los aportes de P. Federn, S. Ferenczi, A. Garma, W. Bion, o J. Lacan. Tampoco son tenidos en cuenta muchos autores de otros paradigmas académicos explicativos, tales como el sistémico, el cognitivo-conductual, el organicista o el disociacional —como sí se hallan, por ejemplo, de modo sintético, en Parra (2014)—. Así pues, se exploran otros enfoques, y esta delimitación no se hace porque se considere inapropiado o inválido lo que otros desarrollos tienen para ofrecer. Sino simplemente porque el presente trabajo exige un nivel de delimitación adecuado al nivel de estudio y preparación que supone, propio de un grado de Licenciatura. Más rico aún sería un estudio comparativo que contemplara los demás enfoques aquí excluidos.

En definitiva, el presente trabajo se estructura como una reseña bibliográfica en su mayor parte. Aunque al final se agrega un capítulo que demarca un inicio de análisis y comparación entre las diversas perspectivas consideradas, y que tiene por objetivo señalar la dirección en la que podrían encaminarse futuras investigaciones.

Estado del arte

Cada tradición tiene su historia respecto de todos los aspectos que conciernen al hombre, y entre ellos, del que gira en torno a la salud y la enfermedad. Para explicar el surgimiento de la perspectiva psicodinámica respecto de las alucinaciones es necesario

remontarse a la historia de la psiquiatría occidental en general, es decir, su evolución en la interpretación respecto de la enfermedad mental y la psicosis.

Con esto lo que se quiere decir es que la siguiente historia no es más que la relatada por la propia psiquiatría occidental. En ello hay un sesgo etnocentrista, inherente a cada mirada o concepción. Lo que evidencia esto es el hecho de que del mismo período histórico se pueden considerar acaso otras 'evoluciones', propias de otras miradas, que acaso parten de realidades geográficas, sociales, culturales, distintas. Esta aclaración no hace más que corresponder en consistencia interna con el espíritu del presente trabajo.

Siguiendo a grandes rasgos la esquematización que hace Reyes (1997) y Baumgart (2000), se dice que en los orígenes el hombre prehistórico tenía una concepción animista del mundo. Toma lo natural como sobrenatural, engendra complejos sistemas de prohibiciones, tótemes, tabúes, y una medicina basada en procedimientos mágicos. El hombre podía relacionarse con ese mundo invisible, sobrenatural, de espíritus de toda clase, demonios y dioses. Se realizaban sacrificios de animales, expulsión exorcista de demonios causantes de enfermedades, etc. Indicios de este tipo se hallan en la civilización Babilónica y Egipcia, por ejemplo. En síntesis: "Las formas primitivas de concepción de la alienación mental giran alrededor de la idea de la posesión demoníaca" (Baumgart, *Ibíd*, pág. 48).

En el siglo de oro de la Grecia clásica de Pericles ha de aparecerse la figura de Hipócrates, que toma distancia de lo mágico y mitológico, para basarse en lo físico-experimental, y hacer una primera clasificación meramente natural de las enfermedades mentales, psiquiátricas. La famosa teoría de los humores corporales, que deja por fuera la causalidad demoníaca. Su accionar responde a un florecimiento propio de la época, que dio sus frutos en todas las disciplinas. Se lo considera el primer antecesor de la psiquiatría científica moderna. También son dignos de mencionar, para esta época, a Galeno (griego) y a Avicena (árabe).

En la Edad Media se deja de lado la ciencia médica de los griegos, por considerarla profana, para favorecer el desarrollo del oscurantismo y la superstición. La enfermedad mental se vinculó con las creencias religiosas en torno a demonios que causaban los trastornos mentales. Es decir, se vuelve a la teoría de la posesión. "La psiquiatría pasa a ser una especie de Demoniológia que se dedica a estudiar los signos de la posesión demoníaca y los exorcismos para combatirla" (Reyes, 1997, pág. 2).

El Renacimiento es un primer puntapié para el desarrollo de un espíritu científico, racional, el cual continuará desplegándose en la Ilustración (s. XVIII) y el siglo XIX. Allí se toma al método científico como vía de conocimiento, dejándose la fe a un lado; se terminan de escindir ciencia y religión, antes unidas. Tal como lo expresa Del Bosque (2007), Charcot, por ejemplo, en el siglo XIX, termina por dar una explicación científica de la posesión demoníaca, asociándola a una forma particular de histeria; y Pierre Janet, por otro lado, ubica a la posesión dentro de la psicopatología, como una simple enfermedad mental, tomando al exorcismo como un acto de mera sugestión, análogo a la hipnosis.

Tal como lo retrata Baumgart (2000), comenzarán a desarrollarse lo que luego se denominarán la Escuela Francesa y la Alemana. La primera impondrá, en términos generales, un criterio sindrómico, subordinando la teoría a la observación clínica. Hablará de ‘alienación mental’. Sus referentes serán Pinel —quién clasificará las distintas especies de locura, consideradas como alteraciones nerviosas—, Esquirol, Henry Ey, entre otros. La Escuela Alemana, en cambio, intentará dar cuenta de la etiología, la patogenia, la evolución y el pronóstico. Hablará de ‘psicosis’. Aquí estará ubicado Kraepelin, entre otros, quién da lugar a la denominada ‘psiquiatría científica’ a comienzos del siglo XX; clasificará las enfermedades mentales en psicosis maníaco-depresiva, demencia precoz, parafrenias y paranoias. Las dividirá en endógenas (de origen biológico, e incurables) y exógenas (causadas por acontecimientos traumáticos o reacciones a situaciones). Otros autores importantes serán Bleuler y Jaspers.

Varios de estos investigadores (tales como Claude, Chaslin, Henri Ey, Charcot, Janet) empezarán a esbozar ideas en contraposición con la psiquiatría ‘clásica’ que se venía gestando, y terminarán por conformar una perspectiva que hoy se denomina ‘psicodinámica’. Ésta tendrá su desarrollo cúlmine en Freud. El influjo de determinados complejos afectivos tendrá un rol importante en el desencadenamiento de los fenómenos psicóticos, alucinatorios y delirantes. Habrá una supremacía de lo psíquico por sobre lo somático en lo que respecta a lo etiopatogénico. Freud terminará fundando su propia nosología (basada en una metapsicología y en la noción de transferencia), y nosografía (neurosis, psicosis y perversión).

Respecto del fenómeno de posesión en particular, Freud (tal como se cita en Del Bosque, 2007, pág. 9-10) sostendrá que los demonios son “proyecciones de deseos provenientes de impulsos reprimidos”; que Dios es “una proyección de la figura del padre”; y que el binomio Dios-Diablo se utilizará “como interpretación de las proyecciones de la figura del padre”. Así, se dará una ambivalencia entre el amor —es decir, deseos de reconocimiento y aceptación del padre— por un lado, y el odio —parricidio— por el otro; tensión que de ser severa puede desembocar en manifestaciones psicósomáticas y de distorsión de la realidad tales, que den lugar al fenómeno antes interpretado como posesión. El exorcismo se verá como un modo de “resolución simbólica” ante esta fuerte tensión, que aplaca y sublima los sentimientos de culpa que se dan a partir del deseo parricida inconsciente.

En Freud se verá como se van entretejiendo conceptos suyos con los de la época, en la medida en que se propone buscar la etiología y el mecanismo de las producciones psicóticas. Terminará por conceptualizar el narcisismo, y producir su propio ordenamiento nosológico reuniendo bajo el nombre de “parafrenias” a las paranoias y las esquizofrenias o demencias precoces (Baumgart, 2000, pág. 153). Este ordenamiento difiere del de la nosografía psiquiátrica clásica, que se basa en la clasificación Kraepeliana y predomina actualmente. Las alucinaciones en particular, en este otro orden (psiquiátrico clásico), se hacen presentes tanto en las parafrenias, la esquizofrenia, como en la psicosis maníaco-depresiva (en

lo que respecta a la manía en su forma “delirante alucinatoria”, y en la melancolía en su forma “delirante”).

Por otro lado, sería pertinente mencionar la caracterización que hacen Grof & Grof (1993) de lo acontecido en las últimas décadas en ciertos círculos que contemplan otras miradas de la psicología, como la denominada “transpersonal”. En este sentido consideran que C. G. Jung realizó un trabajo pionero para valorar la espiritualidad dentro del campo de la psicología, al introducir los conceptos de inconsciente colectivo, arquetipos, y al revalorizar la mitología, el folklore y el arte de las culturas de todo el mundo como fuentes “inapreciables de información sobre estos aspectos colectivos del inconsciente” (Ibídem, pág. 30). Los autores prosiguen relatando que al principio estas ideas no tuvieron mucha repercusión, salvo en círculos cerrados de seguidores directos de Jung. Pero que revivieron en los años sesenta, cuando se dio una “era de exploración interna (...) con drogas psicodélicas (...) que llegó a conocerse durante un tiempo como la contracultura” (Ibid, pág. 29); se desarrollaron “técnicas vivenciales y prácticas psicoterapéuticas y espirituales de todas clases, que iban desde la terapia Gestalt hasta la meditación trascendental, practicadas tanto por terapeutas como por todo tipo de personas” (Idem). Esta ola de experiencias aportó,

evidencias que apoyaban las ideas de Jung y una poderosa validación de las tradiciones místicas del mundo, tanto orientales como occidentales (...). Durante ese período, se hizo obvio para muchos practicantes implicados en estas exploraciones que necesitábamos un nuevo modelo de la psique, cuyos elementos fundamentales incluyesen no sólo la dimensión biográfica de Freud, sino también el inconsciente colectivo de Jung y la espiritualidad (Ibídem, pág. 30).

Los autores consideran que existen cierto tipo de experiencias —que incluyen la vivencia de supuestas “alucinaciones”—, que son calificadas como psicosis de acuerdo a la óptica psiquiátrica clásica, cuando en realidad no están relacionadas con perturbaciones mentales. Se trata de vivencias directas de realidades espirituales; las llaman ‘emergencias espirituales’ (Grof & Grof, 1993). Siguiendo esta línea, proponen diversas ‘formas’ de emergencia espiritual. A continuación se mencionan algunas de ellas, las que no serán abarcadas en el presente trabajo: a) el fenómeno del “despertar de la energía Kundalini”, que los autores mencionados traen a colación de la mano del psiquiatra Lee Sannella; b) episodios de conciencia de unidad (‘experiencias cumbre’), estudiadas por el psicólogo norteamericano Abraham Maslow; c) el ‘proceso de renovación’, a través del psiquiatra y analista jungiano John Weirr Perry; d) las crisis de ‘apertura psíquica’, es decir, la agudización de capacidades intuitivas y psíquicas, ‘paranormales’, que pueden incluir precognición, telepatía, clarividencia, ESC (experiencias de salida del cuerpo) —OBE en inglés—, experiencias mediúmnicas, entre

otras, y para lo cual los autores mencionan a Robert Monroe, Charles Tart, Russel Targ, Stanley Krippner y Keith Harary; e) las 'experiencias de vidas pasadas', tema para el que se menciona que hay abundante literatura, proponiéndose la del psicoterapeuta jungiano Roger Woolger, y a Ian Stevenson; f) las 'comunicaciones con guías espirituales y <canalización>', para el que se sugiere leer a Jon Klimo; g) las ECM (experiencias cercanas a la muerte), tema respecto del cual se menciona a Raymond Moody, Ken Ring y Michael Sabom; y h) 'experiencias de encuentros cercanos con ovnis', por Thompson y Jacques Valle.

Por otro lado, no puede dejar de mencionarse la obra de Ken Wilber —otro autor que no será abarcado en el presente trabajo—, su teoría de la personalidad humana, la 'psicología del espectro', donde se considera un posible vínculo entre psicosis y espiritualidad.

También se considera importante mencionar un desarrollo argentino —tampoco considerado en este trabajo—, dentro del psicoanálisis, llamado 'psicoanálisis multifamiliar'. Llevado adelante por el Dr. García Badaracco, a mediados del siglo XX. Tal como se comenta en Magoni Hamilton (2011), esta mirada hace hincapié en el rol interpersonal, familiar y transgeneracional en la génesis del paciente psicótico. Tanto aquí como en otros puntos teóricos toma distancia del psicoanálisis freudiano tradicional. Afirma que "las tensiones que gatillan los fenómenos psicóticos parecen tener más que ver con el medio ambiente que con conflictos internos entre un Ello y un Superyó" (Ibidem, pág. 44); a lo largo de su libro da a entender que las dinámicas intrapsíquica e intersíquica están íntimamente ligadas una a la otra, y así, el psicoanálisis multifamiliar pondrá el acento en esta última. Magoni Hamilton también señala que la psicosis es más bien una reorganización patológica, en la que se utilizan mecanismos de defensa primitivos, a falta de un desarrollo de "recursos yoicos genuinos" (Idem). Síntomas como delirios, personajes, alucinaciones y pasajes al acto vehiculizan componentes agresivos incorporados por identificación, y no hacen más que actualizar vivencias traumáticas de pérdida y abandono; se recurre a estas formas psicopatológicas en forma defensiva, de modo compulsivo, para calmar la intensidad del sufrimiento psíquico (Ibidem, pág. 30). "Los enfermos mentales alucinados y delirantes están <habitados por otros> que se comportan, dentro del mundo interno, como <personajes> que intervienen como <presencias enloquecedoras>" (Ibid, pág. 22). Así, "Las personas <locas> están buscando todavía un <otro significativo> a quién poder expresar lo auténtico y genuino de ellos mismos (....) los enfermos no son <todo locura> ni son <locos todo el tiempo o en toda circunstancia>" (Ibid, pág. 37). De este modo, se considera que este tipo de patologías pueden ser reversibles, y se apela para ello a una "virtualidad sana" en el paciente, para desarrollar su yo más genuino, si el ambiente así lo permite, bajo el ofrecimiento de "interdependencias sanas" y una "disponibilidad" de parte de los terapeutas para dar lugar a "identificaciones normogénicas". Se trata, en definitiva, de una visión alternativa a la mirada psicoanalítica tradicional respecto de la psicosis y el fenómeno alucinatorio, que "naturaliza" estos fenómenos, naturaliza a la desde siempre denominada "locura" (Ibid, pág. 49), viéndola como la parte "más sana de los llamados enfermos mentales" (Ibid, pág. 37).

Marco teórico

En concordancia con los objetivos delineados previamente, no puede considerarse el marco teórico de una determinada perspectiva para abarcar la totalidad del presente trabajo. Es por esta razón que el presente capítulo se limita a una definición amplia y general del fenómeno, dejando que los capítulos posteriores ilustren y dejen entrever los marcos teóricos que cada perspectiva presentada supone. De todos modos se considera importante, aunque sea de modo conciso y breve, volver aquí sobre la perspectiva psiquiátrica kraepeliana clásica, por un lado, y la psicoanalítica freudiana por el otro. Esto debido a que se encuentran en la base de nuestra tradición, y además van a diferir una de la otra —como se ha dicho en el apartado anterior—. Se verá aquí como tales perspectivas ubican al fenómeno únicamente en relación a lo psicopatológico.

Siguiendo la esquematización de Henry Ey (tal como se cita en Baumgart, 2000, pág. 99) en torno a la semiología de la actividad psíquica basal actual, es decir, de las funciones psíquicas en el “aquí y ahora” de la existencia; se define a las alucinaciones como:

perturbaciones de la percepción que entran netamente en el terreno patológico. Se las define como una percepción sin objeto real. Una persona está alucinada si tiene la íntima convicción de una sensación actualmente percibida cuando ningún objeto exterior excita esa sensación.

Se trata de una definición más precisa que la de Valmor (1966), expuesta en la introducción del presente trabajo. A modo de diferenciar las alucinaciones de las denominadas ‘ilusiones’, Baumgart (2000, pág. 99) aclara que estas últimas “consisten en una percepción deformada de un objeto real”, pero sin tratarse de un fenómeno patológico. La denominada “pseudo-alucinación” o “alucinación psíquica”, por otro lado, corresponde, según Baumgart (Idem) a un estado subjetivo del paciente, correspondiendo a procesos intrapsíquicos, y no a fenómenos sensoriales. Un ejemplo sería el paciente que escucha voces dentro suyo.

Baumgart (Idem) clasifica las alucinaciones en: visuales, auditivas, de la sensibilidad general, cenestésicas, olfativas y gustativas, y extracampiles.

La nosografía psiquiátrica clásica kraepeliana contempla fenómenos alucinatorios, en primer lugar, en las parafrenias. Se definen, siguiendo a Baumgart (Ibidem, pág. 111), como “delirios mal sistematizados, acompañados de alucinaciones e interpretaciones delirantes, con contenido persecutorio y a veces megalómano, que evolucionan hacia una relajación del vigor psíquico sin que se llegue a un proceso demencial”. Se han podido identificar cuatro variedades clínicas (Ibid, pág. 115), a saber —siguiendo la terminología alemana—: a) la “parafrenia sistemática”, sistema delirante similar a la paranoia en sistematización, pero basado

en alucinaciones y no en interpretaciones; b) la “parafrenia expansiva”, con alucinaciones megalómanas, delirios con cierto matiz eufórico, vinculados con Dios, vocaciones mesiánicas, poderes esotéricos, etc; c) la “parafrenia fantástica”, donde “predominan las alucinaciones e ilusiones de la memoria. Son delirios frondosos”; y d) la “parafrenia confabulatoria”, donde se construyen verdaderas fábulas, mentiras gigantes, que los pacientes no procuran sostener desde la argumentación o sistematización.

También se contempla la aparición de alucinaciones en la esquizofrenia o demencia precoz, definida por Baumgart (Ibid, pág. 111) como,

delirios pobres, sin ninguna sistematización, que manifiestan una profunda desestructuración de la personalidad y que conducen a una decadencia mental (demencia). Su forma es reñida con la realidad y se presentan en personas cuyo trastorno fundamental no es el delirio sino la disgregación de la personalidad (...) El delirio parece ser el testimonio de una experiencia desintegrativa.

Generan un debilitamiento intelectual, global, y progresivo, que da lugar a reacciones incoherentes, irracionales, a-sistematizadas, y así, de a poco, la persona va aislándose cada vez más del mundo exterior. Es por ello que se la emparenta con el autismo. Están siempre acompañadas de alucinaciones. Están atravesadas por vivencias de “despersonalización”, de “influencia”, de estereotipias, negativismo, desorganización del lenguaje, entre otros factores (Ibid, pág 117-120).

En la demencia precoz se distingue, también, cuatro formas clínicas, a saber (Idem): a) la “forma simple”, irreversible, que generando un déficit y llevando a la aislación social de a poco; b) la “forma hebefrénica”, propia de los jóvenes; c) la “forma catatónica”, acompañada de trastornos musculares, motores; y d) la “forma paranoide”, basada en delirios de tinte persecutorio.

En tercer lugar, se reconoce la presencia de alucinaciones en las psicosis maníaco-depresivas. Según Baumgart (Ibidem, pág. 130-132), tanto las crisis de manía como las de melancolía admiten una forma —entre varias— de tipo delirante, que incluye el síntoma alucinatorio.

En Freud puede decirse, siguiendo su definición nosológica madura, de 1923, que podrían darse alucinaciones, ya sea en a) psicosis: en la demencia aguda alucinatoria (Amencia de Meynert), o en lo que él denominó ‘parafrenias’ (que incluye a la paranoia, la demencia precoz de Kraepelin y la esquizofrenia de Bleuler); b) psiconeurosis narcisísticas (manía, melancolía); o incluso en c) psiconeurosis de transferencia (neurosis): por ejemplo en las que tempranamente (1895a) llamó ‘psicosis histéricas’.

Desarrollo metodológico: procedimiento

El siguiente trabajo está compuesto esencialmente por tres capítulos. El primero de ellos presenta el desarrollo psicoanalítico freudiano respecto del fenómeno alucinatorio. Se pretende una inmersión casi total en sus textos.

El segundo capítulo incluye todas las demás perspectivas consideradas. En este caso sólo se pretende un resumen o síntesis, rescatando lo esencial de cada una de ellas, a modo de evidenciar al lector su existencia, y suscitar en éste el interés por indagar en ellas. Se considera que son perspectivas dignas de ser exploradas.

Un tercer capítulo inicia un camino de comparación y análisis entre las diversas perspectivas presentadas.

El conjunto de todo el trabajo expone lo esencial y fundamental de las diversas perspectivas tenidas en cuenta. Esto constata el carácter complejo del fenómeno en cuestión. En este sentido, se apela al concepto de complejidad desarrollado por Morin (1988, 1994). El fenómeno alucinatorio puede ser interpretado y hasta abordado desde miradas completamente dispares, que suponen paradigmas de realidad incluso antagónicos. La reunión de miradas tan divergentes defiende una apertura mental, cualidad propia de un espíritu científico; a su vez, también da lugar a potenciales investigaciones en torno a la comparación y búsqueda de convergencias y una mirada más amplia que abogue una integración.

1. Capítulo primero: S. Freud

La siguiente exposición se basa primeramente en el trabajo de los psicoanalistas e investigadores españoles Paz & Rubli (1991). De ellos se toma el sector de la bibliografía freudiana donde el autor habla del fenómeno en cuestión. Aunque también se termina por apelar a otros autores, se vuelve sobre la bibliografía freudiana original y se opta por presentar esta última siguiendo un orden cronológico. Paz & Rubli lo hacen más bien guiados por un criterio conceptual.

La alucinación como síntoma psiconeurótico

En su trabajo *Las neuropsicosis de defensa*, Freud (1894) menciona las “psicosis alucinatorias” como parte del conjunto de afecciones psíquicas que se dan producto de una disociación de la conciencia, dando lugar a síntomas, ya sea uno histérico, obsesivo, fóbico, o alucinatorio. Este último está, en esta época, etiológicamente al mismo nivel de aquéllos otros que luego, más adelante en la formulación freudiana, formarán parte de las diversas posibles neurosis. Se trata de una resultante más del mecanismo psíquico de defensa inconsciente, que surge frente a una representación sexual temprana intolerable para la conciencia. Freud resalta el carácter sexual de esta situación traumática —aunque afirma que “teóricamente no es imposible que este afecto nazca alguna vez en otros sectores; más nuestra experiencia clínica no nos ha presentado hasta ahora caso ninguno de este género” (Ibidem, pág. 172), dando lugar a otras posibles fuentes para lo traumático—. También ahonda en los mecanismos defensivos correspondientes a cada tipo de síntoma, siendo la represión para las neurosis —la *conversión* en la histeria, y la *transposición del afecto, sustitución o falso enlace* en la mayoría de obsesiones y fobias—, y el *repudio o desestimación* en las psicosis alucinatorias. Este último es una forma de defensa “mucho más enérgica y eficaz [...] el yo rechaza la representación intolerable conjuntamente con su afecto y se conduce como si la representación no hubiese jamás llegado a él [...] sucumbe el sujeto a una [...] <locura alucinatoria>” (Ibid, pág. 175). Hay una “huida a la psicosis”, que Freud intenta explicar aludiendo que la representación intolerable “se halla inseparablemente unida a un trozo de realidad, y al desligarse de ella, el yo se desliga también total o parcialmente, de la realidad” (Ibid, pág. 176).

El *Manuscrito H*, de 1895, es una total profundización en esta concepción antes delineada, que piensa la paranoia, la alucinación, como una neuropsicosis de defensa. Así mismo, Freud resalta una contradicción en la mirada de la psiquiatría de la época: tanto las

ideas obsesivas como las delirantes se califican una al lado de la otra, como “trastornos intelectuales”. Ahora bien, si la obsesión puede reducirse a un trastorno afectivo, y su fuerza atribuirse a un conflicto, entonces lo mismo puede hacerse con los delirios. Los psiquiatras rechazan esta idea, “mientras que el profano se inclina a atribuir la locura a vivencias psíquicas trastornantes” (Freud, 1895a, pág. 3509). Unas líneas después va a afirmar (Idem) que “la paranoia crónica, en su forma clásica, es efectivamente un modo patológico de defensa, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. Uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera, supuesto que posea la predisposición psíquica para ello”. Y aclara esto último ya que se pregunta por qué, a modo de defensa, unos dan lugar a un síntoma histérico, otros a una idea obsesiva, y otros a una paranoia o una alucinación. No puede más que atribuir ello a una tendencia natural en la persona, relacionada con las características intrínsecas de cada defensa en particular. Así, detalla las atenuantes a la paranoia: con ésta la persona se ahorra algo, en general un juicio o reproche, que queda “apartado del yo”, pero que a su vez vuelve “desde afuera” (Ibidem, pág. 3510). También lo explica diciendo que una idea intolerable para el yo es rechazada, proyectándose afuera.

Luego afirma que todas las defensas patológicas, incluso la paranoica –y así también, entonces, la alucinatoria— no son más que abusos, exageraciones, de mecanismos harto normales, cotidianos. También describe diversos tipos de paranoia, para sostener que todas pueden explicarse del modo en que él lo hace, como se expone aquí.

En el *Manuscrito K*, Freud (1896a) va a proseguir en la misma línea. Todas las neurosis de defensa son “aberraciones psicológicas de estados afectivos psíquicos normales: de *conflicto* (histeria), de *autorreproche* (neurosis obsesiva), de *mortificación* (paranoia), de *aflicción* (amencia alucinatoria aguda). Se diferencian de estos afectos porque no llevan a una resolución, sino a un daño permanente del yo” (Ibidem, pág. 3533). E incluyen dos condiciones: que la circunstancia en dónde aparecen sea de índole sexual, y antes de la madurez sexual. Sólo los sucesos sexuales tienen magnitudes de excitación que crecen a medida que se da el desarrollo sexual de la persona, a tal punto de no inhibirse frente a re-evocaciones mnemónicas. Los recuerdos de tales vivencias en fases de desarrollo anteriores vienen a comportarse como si fueran actuales. Freud llegará a afirmar, por ejemplo, que una inmunidad contra las neurosis de defensa es que no se hayan experimentado “irritaciones sexuales considerables antes de la pubertad” (Ibid, pág. 3534), ya que considera éste un período excepcional, de intensificación de la rememorización.

En torno a la paranoia, explicita que el síntoma primario es la desconfianza, por la proyección de lo displacentero en el prójimo. Presume que, a través de la proyección, podría estar reprimiéndose sólo el afecto, o acaso también el contenido o recuerdo de lo vivido. Entonces, el retorno de lo reprimido también podría darse de alguna de estas dos maneras. Menciona que sólo conoce la segunda variante, y allí el contenido retorna en forma de ocurrencia, o como una alucinación visual o sensitiva. Los recuerdos vuelven como imágenes

de la vida actual, análogas. En cambio, respecto de la primera variante, el afecto reprimido parecería retornar en forma de alucinaciones auditivas (voces). Son incluso el autorreproche en torno a esa vivencia primaria, pero reprimido, y retornado cual síntoma “transaccional”: deformado en su texto al punto de terminar siendo sólo una amenaza, y algo vinculado a la desconfianza (síntoma primario) y no a la vivencia primaria.

Frente a tales síntomas transaccionales hay intentos del yo de explicarlos, y así se termina cayendo en “delirios de asimilación”, lo que Freud no denomina síntomas secundarios, sino una “modificación del yo”. Se da la melancolía del yo (éste se termina de ver pequeño y dominado frente a los síntomas), y también, lo que es más grave, “delirios de protección”: megalomanía. Así, Freud resume que “el elemento determinante de la paranoia es el mecanismo de proyección, acompañado por la negativa de creer en el autorreproche” (Ibid, pág. 3538).

En su trabajo *Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, Freud (1896b) detalla un caso de paranoia crónica —conocido como “Sra P”—. El autor explica el mecanismo de las alucinaciones y la resolución del caso reafirmando su sospecha de tomar éste como una neurosis de defensa. Las alucinaciones visuales y táctiles eran “recuerdos alucinatoriamente reproducidos”, y las auditivas, “pensamientos que se habían hecho audibles” (Ibidem, pág. 296), pensamientos reprimidos, reproches.

La alucinación y su relación con el soñar: un estado primitivo del aparato psíquico

En *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895b), Freud aborda el fenómeno alucinatorio en un sentido ontogenético. Para ello desarrolla una hipótesis; propone que una vez establecida en el bebé la primera vivencia de satisfacción, frente a un nuevo estado de urgencia o deseo, se reactivarían desiderativamente las imágenes mnemónicas del objeto que antes sirvió a tal satisfacción. Así es que se produciría entonces, “en primer término algo similar a una percepción, o sea, una *alucinación*. Si ésta lleva a la realización del acto reflejo, su consecuencia ineludible será la defraudación” (Ibidem, pág. 231).

Siguiendo esta línea de razonamiento, refiérese al “yo” como instancia o red neuronal colateral que inhibe la catectización de las imágenes mnemónicas, modificando la cantidad que se traspasa en el curso de la corriente nerviosa. Así se reduce el desencadenamiento de displacer, por ejemplo, frente a un recuerdo hostil. Y también se diferencia la percepción frente a un recuerdo o una imaginación deseada, pues éstos tenderían a descargarse nerviosamente como realidad, con signo de cualidad, de contar con una catexia lo suficientemente intensa, de no ser por un yo a su vez catectizado, que las inhibe, al mismo tiempo que cuenta con los signos de realidad devenidos de las neuronas perceptivas, que aparecen siempre en el sistema, independientemente de su intensidad. La “experiencia biológica” —así la llama

Freud— será la que enseñe al sistema a contar con el signo de realidad perceptual, que es el que otorga legítima respuesta de satisfacción, y a no impulsar en demasía la catexia de recuerdos u objetos deseados, inhibiéndola (Ibid, pág. 235-236).

En *La interpretación de los sueños* (1898-9) Freud proseguirá desarrollando los conceptos recién mencionados de su *Proyecto...*, no sin antes abocarse a discernir en torno a la elaboración e interpretación onírica, y, entre otros nexos, a su relación con lo alucinatorio.

En este sentido, caracteriza a todo sueño como un acabado fenómeno psíquico, una sustitución de la acción, una realización de deseos. Freud profundiza en los sueños indiferentes, penosos, punitivos, o de angustia, para terminar de afirmar que todos, incluso estos, son realizaciones de deseos: en los angustiosos se estaría dando, por ejemplo, una satisfacción de un deseo inconsciente, reprimido, y a la vez un displacer de parte del yo. Se realiza un deseo y a la vez algo temido.

Al interpretar estos sueños, aún siendo indiferentes, penosos, punitivos, o de angustia, y descubrir su contenido latente, se desenmascara también aquí la realización de un deseo. Lo manifiesto, cuando resulta encubridor, se da por lo que el autor denomina “deformación onírica”, llevado adelante por un segundo poder psíquico que actúa censurando el sueño que otro poder primero forma a partir de un deseo. Freud va a sintetizar: “el sueño es la realización (disfrazada) de un deseo reprimido” (Ibidem, pág. 445). “Nada del primer sistema puede llegar a la conciencia sin antes pasar por la segunda instancia, y ésta no deja pasar nada sin ejercer sobre ello sus derechos e imponer [...] aquellas transformaciones que le parecen convenientes” (Ibid, pág. 435). La elaboración de los sueños es un proceso anímico análogo al de la defensa neurótica. En ambos casos se trata de realizaciones de deseos de lo inconsciente.

Luego se expresa en torno a las psiconeurosis, y también en torno al chiste y los juegos de palabras, en donde la unión entre dos ideas se da por una asociación superficial, que sustituye a una más profunda, reprimida por la acción de la censura. En definitiva, los delirios, la paranoia —y asimismo las alucinaciones— se presentan al mismo nivel y explicados bajo el mismo proceso que las neurosis, los sueños, e incluso otros actuares normales cotidianos.

Luego de analizar detalladamente y clasificar la diversidad de procedencias del deseo para la formación de un sueño, Freud confirma:

El deseo representado en el sueño tiene que ser un deseo infantil. En los adultos procede entonces del Inc. En los niños, en los que no existe aún la separación y la censura entre el Prec. y el Inc., o en los que comienza a establecerse poco a poco, el deseo es un deseo insatisfecho, pero no reprimido, de la vida despierta” (Ibid, pág. 682).

Respecto de los adultos, antes dice: “Imagino que el deseo consciente sólo se constituye en estímulo del sueño cuando consigue despertar un deseo inconsciente de efecto paralelo con el que reforzar su energía” (Ibid, pág. 681). Hay restos diurnos, preocupaciones,

deseos, que no son suficientes, requieren de la alianza con un deseo (o más de uno) más potente, inconsciente, para impulsar un sueño. Más adelante del capítulo aclarará que así ocurre también con los síntomas neuróticos (incluidas las alucinaciones) y los delirios: se conforman por al menos dos realizaciones de deseos, una de cada sistema psíquico distinto (inconsciente y consciente), que coinciden en una sola expresión. El que no es inconsciente trátase de una reacción contra éste.

Los deseos inconscientes son como seres inmortales, siempre activos, dotados de una fuerza incontenible, cual personajes míticos. Son indestructibles; nada puede llevarse a término en lo inconsciente; allí no hay pasado ni olvidado. En cuanto hay suficiente energía, se renuevan y se hacen actuales, evocables, cargados de excitación, nuevamente transitables. El efecto del tiempo sobre los recuerdos, es decir su olvido y la baja en su carga afectiva, aunque parezca normal, no es más que una transformación de segundo orden, de parte del preconscious, por sobre lo inconsciente (Ibid, pág. 696-697).

Los deseos inconscientes se transfieren, disfrazan detrás de restos diurnos, representaciones de un yo inconsciente, es decir, el preconscious. Y es más, se esconden detrás de los más recientes, indiferentes, triviales, ya que son material libre de asociaciones.

El sueño en particular funciona de válvula para que el preconscious pueda reposar y al mismo tiempo dominar la energía del inconsciente, es decir, tramitarse la excitación inconsciente libre. Ésta quedaría ligada a la excitación o carga del preconscious, en el sueño. Éste no termina por despertar al preconscious, pero le vale un pequeño trabajo de actividad despierta, que habilita la conciencia del sueño. También le permite, en principio, el mayor de sus deseos: continuar reposando. Se da una transacción simultáneamente al servicio de ambos sistemas, Inconsciente (Icc.) y Preconscious (Prec.).

Las ideas latentes surgen de las circunstancias de la vida diurna, y continúan en actividad luego de ser acaso descuidadas, interrumpidas o rechazadas. La labor intelectual de formación del sueño comienza en vigilia, pero no bajo la atención consciente: esto es lo "preconscious", proceso mental descuidado o rechazado, que en parte puede ser llevado a la conciencia, por ejemplo, por medio de la reflexión consciente (Ibid, pág. 704-705). Y que "ha sido despojado de su carga psíquica preconscious y ha encontrado otra, inconsciente, procedente de un deseo" (Ibid, pág. 706). Lo inconsciente le transfiere su energía. Lo cual no va a llevar a que acceda a la conciencia. Pero sí que se torne material para la formación de sueños, los cuales no son más que manifestaciones de la actividad diurna del pensamiento inconsciente.

El fenómeno de condensación va dando lugar a que ciertas representaciones adquieran gran intensidad o carga psíquica, al punto de llegar a convertirse en representaciones de tipo perceptivo. La carga psíquica va derivándose a lo largo de asociaciones o relaciones de representaciones preconsciouses, y también es atraída por los recuerdos visuales del inconsciente. Esto señala la dirección del fenómeno en sentido regresivo (de acuerdo al modelo psi), hacia el sistema de percepción.

Freud va a incluir en el sistema psi —conocido como esquema del peine— a las instancias psíquicas: la primera, que contiene el estímulo para formar el sueño como realización de deseo, que va a llamar Inconsciente. Y la segunda, que critica a la anterior, y que llamará Preconsciente. Refiérese al “sueño alucinatorio” como aquél que contiene imágenes o elementos sensitivos. Éstos realizan un camino regresivo en el sistema, opuesto al que se da en la vigilia, desde lo inconsciente no hacia el extremo motor del aparato, sino hacia lo perceptivo o sensible. Tal procedimiento no es exclusivo de los sueños, sino que también se da en procesos parciales de nuestro pensamiento normal de vigilia, tales como el recordar voluntario y la reflexión, sin ir más allá de imágenes mnémicas, sin llegar a despertar imágenes de percepción (es decir, alucinaciones).

El sueño entonces sería una idea latente que entraña deseo, y que queda objetivada y representada en forma de escena vívida (Ibid, pág. 671). La idea se transforma en imágenes visuales. Ahora bien, aclara que lo mismo ocurre “también en la alucinación, esto es, en aquellas visiones que constituyen un síntoma de la psiconeurosis o surgen independientemente de todo estado patológico” (Ibid, pág. 672).

La condensación y el desplazamiento, elementos de procesos mentales anormales, así como presentes en sueños regresivos (que han convertido las ideas en imágenes), también lo están en la producción de síntomas psiconeuróticos. Freud reafirma la identidad entre todos estos procesos (elaboración onírica, actividad psíquica anormal, psiconeurosis). Con esto no está diciendo que los sueños sean un fenómeno patológico. Sino que su análisis ayuda a descifrar la mecánica de nuestro aparato anímico. Al igual que las psiconeurosis. Y por ello rescata lo común en ambas, lo que ayuda a explicar el funcionamiento del mecanismo anímico normal. Desde esta moción, Freud transfiere las cualidades de la actividad psíquica psiconeurótica al proceso de elaboración onírica. Y así como en el primero intervienen un deseo inconsciente, infantil y reprimido, lo mismo entonces afirmará del último —como ya se dijo antes—; se trata de un deseo onírico motor, infantil, que procede siempre de lo inconsciente, hipótesis que, “como hemos confesado espontáneamente, no es posible demostrar en todo caso, aunque tampoco sea posible refutarla” (Ibid, pág. 707).

Las alucinaciones de la histeria y de la paranoia y las visiones de las personas normales corresponden, efectivamente, a regresiones; esto es, son ideas transformadas en imágenes. Pero en estos casos no experimentan tal transformación más que aquellas ideas que se hallan en íntima conexión con recuerdos reprimidos o inconscientes (Ibid, pág. 677)

Según el autor son recuerdos infantiles en la mayoría de los casos; “las escenas infantiles (trátase de recuerdos o de fantasías) son vistas alucinatoriamente cuando se consiguen hacerlas conscientes, y sólo después de explicar al paciente su sentido es cuando pierden este carácter” (Idem). Tal como se viene afirmando, Freud defiende en base a la recurrencia clínica la hipótesis de que en los sueños (así como en las alucinaciones

patológicas), se da una sustitución de una escena infantil, modificada por su transferencia a lo reciente. Hay una “atracción que el recuerdo, representado visualmente, y que tiende a resucitar, ejerce sobre las ideas privadas de conciencia, que aspiran a hallar una expresión” (Ibídem, pág. 678). En los sueños la regresión “es siempre un efecto de la resistencia, que se opone al avance de la idea hasta la conciencia por el camino normal, y de la atracción simultánea que los recuerdos sensoriales dados ejercen sobre ella” (Ibid, pág. 679).

Volviendo sobre la teorización antes esbozada en el *Proyecto*, el autor aquí define al deseo en términos ontogenéticos, como un impulso psíquico que carga la imagen mnémica que dio lugar a aquella primera satisfacción de aquella huella mnémica de excitación emanada de necesidad. Y explica lo que define como ‘identidad de percepción’ (Ibid, pág. 689) —ya explicado antes en el presente trabajo—. Ésta suerte de alucinación se establece por el camino regresivo del aparato psi. Ahora bien, “la satisfacción no se verifica en el exterior y la necesidad perdura. Para hacer equivalente la carga interior a la exterior tendría que ser conservada ésta constantemente, como sucede en las psicosis alucinatorias...” (Idem). Entonces es necesario detener la regresión y derivar la excitación por una vía donde la identificación se de en el mundo exterior. Por ello el desarrollo de un segundo sistema, ya no primitivo, en relación con la motilidad voluntaria: el pensar.

Un primer sistema psíquico entonces rige bajo una libre derivación de las cantidades de excitación; mientras que uno segundo, en vínculo con el polo motor, examina y coerce o deja fluir las mismas. Al primero se lo llama proceso primario, que pretende derivar excitación para acumularla y así crear una identidad de percepción. El proceso secundario en cambio pretende crear una identidad mental. Aunque a ambos se los emparenta con lo inconsciente y preconsciente respectivamente, se caracterizan por tratarse más bien de “dos procesos o modos de derivación de la excitación” (Ibídem, pág. 713).

El proceso primario trátase de nuestro primer proceso psíquico a nivel ontogénico, deseos, impulsos inconscientes, incoercibles, inaprehensibles. El desarrollo de un proceso secundario se dará paulatinamente, para tramitar, indicar los caminos más adecuados para tales impulsos, en orden a fines más elevados. Incluso realizará una transformación de los afectos (“represión”), ya que la consecución de ciertos deseos inconscientes podrán terminar por ser fuente de displacer.

El pensamiento, partiendo del proceso secundario, con el proceso de derivación, transferencia, y formaciones intermediarias y transaccionales, va posponiendo y traspapelando la carga psíquica de tal recuerdo de satisfacción, en pos de evitar la identidad de percepción, y llevar a encausar tal carga hacia un resultado en la realidad exterior.

toda la complicada actividad mental que se desarrolla [...] no representa sino un rodeo que la experiencia ha demostrado necesario para llegar a la realización de deseos. El acto de pensar no es otra cosa que la sustitución del deseo alucinatorio [...] Realizando sus deseos

por un breve camino regresivo, nos conserva el sueño una muestra del funcionamiento primario del aparato psíquico, funcionamiento abandonado luego por inadecuado fin. Aquello que dominaba en la vigilia, cuando la vía psíquica era aún muy joven y poco trabajadora, aparece ahora confinado en la vida nocturna [...] El soñar es una parte de la vida anímica infantil superada. En las psicosis se imponen de nuevo estos funcionamientos del aparato psíquico, reprimidos durante la vigilia, y muestran su incapacidad para la satisfacción de nuestras necesidades relacionadas con el mundo exterior (Ibid, pág. 690).

El autor reflexiona: el guardián que vigila la frontera entre Inc. y Prec. se relaja por la noche, no por imprudente sino por saber que en reposo la motilidad está anulada, y por lo tanto la expresión de los impulsos reprimidos del Inc. por regresión alucinatoria serán, de hecho, inofensivos para con el mundo exterior. El problema se da cuando el desplazamiento de energías ocurre no por el reposo nocturno, sino en vigilia, por una debilitación patológica de la censura, o un robustecimiento patológico del impulso inconsciente. La atracción que las excitaciones inconscientes ejercen sobre el aparato devienen en percepciones que subyugan y afloran al preconscious y consciente, ya sea en palabras, actos, como por regresión alucinatoria, dando lugar a lo que conocemos como psicosis (Ibid, pág. 691).

En *Los dos principios del funcionamiento mental* (1910-11), Freud prosigue con desarrollos previos, a saber, la filogenia y ontogenia del proceso secundario a partir de un primitivo proceso primario; a éste lo asociará como tendiente al placer, y a aquél como *principio de realidad*. También volverá sobre el desarrollo del pensamiento y su contribución en el giro desde la descarga motora interna hacia una de carácter externa.

Así como el yo sometido al principio de placer no puede hacer más que desear, laborar con la adquisición del placer y eludir al displacer, el yo, regido por el principio de la realidad, no necesita hacer más que tender a lo útil y asegurarse contra todo posible daño. En realidad, la sustitución del principio de placer por el principio de la realidad no significa una exclusión del principio de placer, sino tan sólo un afianzamiento del mismo. Se renuncia a un placer momentáneo, de consecuencias inseguras, pero tan sólo para alcanzar por el nuevo camino un placer ulterior y seguro (Ibidem, pág. 1641).

Por otro lado, también otorgará a la actividad de fantasear un lugar inmaduro, primitivo, en la evolución hacia la consideración de la realidad externa (Ibid, pág. 1640):

Con la instauración del principio de realidad quedó disociada una cierta actividad mental que permanecía libre de toda confrontación con la realidad y sometida exclusivamente al principio del placer. Esta actividad es el fantasear, que ya se inicia en los juegos infantiles, para continuarse posteriormente como sueños diurnos abandonando la dependencia de los objetos reales.

Por último, mencionará a la represión, que aún siendo un mecanismo propio del proceso secundario (que aboga un acercamiento a la realidad externa), tiene ésta sin embargo un rol fundamental en la génesis de las neurosis. Y, volviendo sobre conceptos de sus primeros escritos, trae a colación “Ciertos casos de psicosis alucinatoria, en los cuales ha de ser negado aquel suceso que provocó la demencia (Griesinger)”; estos casos “nos presentarán el tipo extremo de este apartamiento de la realidad” (Ibid, pág. 1638), abordando a un término contrario al que se proponía inicialmente evolución anímica y la represión.

En *Adición metapsicológica a la teoría de los sueños* (1915a), Freud compara el proceso de elaboración onírica con el de la esquizofrenia, para declarar que el sueño conoce una regresión tópica, mientras que la esquizofrenia no. El texto sugiere que la esquizofrenia conoce más bien una regresión de tipo temporal, a un nivel de desarrollo previo. En esto radica la ‘diferencia decisiva’ entre la elaboración onírica y la esquizofrenia. En ésta son las palabras mismas las que son elaboradas por el proceso primario. Mientras que la primera “no recae sobre las palabras, sino sobre las presentaciones de cosa a que las mismas son previamente retroconducidas” (Ibíd, pág. 2087). En el sueño puede interpretarse —labor que el psicoanálisis se ocupa de emprender—, en el camino desde los elementos del sueño hasta las ideas latentes, la relación entre las cargas de las cosas y las cargas de las palabras. En la esquizofrenia, en cambio, tal relación, para Freud, se encuentra totalmente coartada.

Aquí se ve por primera vez en Freud —por lo menos en lo que atañe a la sección de bibliografía tenida en cuenta— una alusión a que la esquizofrenia no pueda ser trabajada psicoanalíticamente, y a una diferencia más profunda entre el proceso anímico onírico y el de la esquizofrenia, distinción que a su vez no retomará en el resto del texto —aunque sí lo hará, en cambio, en el texto de *Lo inconsciente*, también de 1915, que se verá más adelante—.

En este artículo Freud también volverá sobre temas vistos en *La interpretación de los sueños*. Freud va a decir (Ibíd, pág. 2087-2088):

La formación de la fantasía de deseo y su regresión a la alucinación constituyen los elementos más importantes de la elaboración onírica, pero no le son exclusivamente peculiares. Por el contrario, los hallamos igualmente en dos estados patológicos: en la demencia aguda alucinatoria (la “amencia” de Meynert) y en la fase alucinatoria de la

esquizofrenia. El delirio alucinatorio de la amencia es una fantasía de deseo claramente visible, y a veces tan completamente ordenada como un bello sueño diurno. Pudiera hablarse en general de una psicosis de deseo alucinatorio, y reconocerla tanto en el sueño como en la amencia. Existen también sueños que no consisten sino en fantasías de deseo de amplio contenido y nada deformadas. La fase alucinatoria de la esquizofrenia no ha sido tan detenidamente estudiada [...] Los demás estados alucinatorios que observamos en diversas afecciones patológicas no pueden ser integrados en este paralelo por carecer nosotros de experiencia sobre ellos...

La psicosis de deseo alucinatorio, ya sea en un sueño u otro estado, cumple dos funciones: hace conscientes deseos ocultos o reprimidos, y también los satisface. Ya que los representa cual si fueran una percepción, lo que les otorga carácter de realidad. La alucinación da crédito a lo representado, cual si fuera real, por su representación sensorial.

Ahora bien, aquí Freud se pregunta qué es lo que determina la existencia de una alucinación, respondiendo que, además de una regresión, debe darse una supresión del *examen de realidad* exterior, que corresponde al yo, en conjunto con la inervación motora, que a su vez es auxiliar en la labor de aquél de distinguir entre "exterior" e "interior". El yo, además del examen de realidad, tiene por institución a la censura. Tal supresión del examen de realidad es lo que consiguen la psicosis de deseo alucinatorio del sueño, de la amencia y de estados similares, reconstituyendo una antigua forma de satisfacción —la identidad de percepción—.

Hacia una mayor delimitación de 'psicosis'

Tal como refieren Paz & Rubli (1991), en este punto de la obra de Freud se da un 'giro copernicano': se reafirma la sexualidad infantil, y la trama edípica y el complejo de castración se vuelven nucleares y estructurantes de diversas estructuras clínicas y sus producciones sintomáticas, incluyendo la alucinación. Se relacionan los mecanismos defensivos de los primeros trabajos (histéricos, obsesivos, fóbicos, paranoicos, alucinatorios) con la estructuración y destino sexual del sujeto. Lo insoportable se vuelve la castración; así puede verse en el fragmento del caso del 'Hombre de los Lobos', con la alucinación que el niño padece del corte de su dedo meñique.

En *La 'fausse reconnaissance' ('déjà raconté') durante el psicoanálisis* (1914), Freud recita este pasaje antes mencionado, para considerarlo un fenómeno análogo a cómo él explica el *déjà vu*: "una percepción inconsciente que sólo ahora ha llegado a la conciencia bajo la impresión de una nueva percepción análoga" (Ibídem, pág. 1680). El miedo a la castración

entonces se acercaría más a la conciencia a través de una percepción 'análoga', una alucinación, que conserva aún el afecto correspondiente, el miedo. Freud también lo relaciona análogamente con el fenómeno de *déjà raconté* o *'fausse reconnaissance'*: el falso recuerdo de haber contado algo al analista, que por cierto resulta crucial para el análisis, cuando en realidad no fue así. Se trata de un propósito inconsciente no realizado.

Aún considerando lo propuesto por Paz & Rubli (1991), en el presente trabajo se apela a O. Cuadra (2007) para ver si existe en Freud la explicitación de una diferencia más estructural entre neurosis y psicosis. Quizás así el fundador del psicoanálisis le diera acaso otro status *per se* al fenómeno alucinatorio. Allí se encuentra lo siguiente: "Recién en el caso Schreber establecerá [Freud] una diferencia estructural entre una y otra [neurosis y psicosis]" (Ibídem, pág. 3). Releyendo este caso freudiano (1910), recién hacia el final se halla la posibilidad de que la paranoia pueda explicarse predominantemente por una fijación en el estadio narcisístico de la evolución de la libido. Realizando una caracterización del mecanismo paranoico, piensa en éste como una defensa más, frente al surgimiento del impulso de la fantasía optativa homosexual. Menciona que "El delirio, en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción" (Ibídem, pág. 1522). Es decir, una segunda instancia luego de una profunda modificación interior: una represión silenciosa, que retrajo la libido de lo anteriormente amado. Es común que esto colabore con formaciones delirantes de tinte "fin del mundo". La tentativa de reconstrucción deviene a posterior, por medio de un delirio paranoico, con la reconducción de la libido hacia fuera, en forma proyectiva: "Lo interiormente reprimido retorna desde el exterior" (Ibid, pág. 1523).

Freud relacionará la paranoia con la demencia precoz de Kraepelin, viendo que ambas comparten el fenómeno de la represión, por retracción de la libido, con regresión al yo. Ahora bien, en el primer caso la represión no llegará a ser completa. El sujeto aún conservará interés en el mundo exterior. En el segundo caso, en cambio, sí será completa.

A su vez, dirá de dos diferencias importantes entre la paranoia y la demencia precoz. En primer término, por un distinto mecanismo de retorno (producción de síntomas). En la demencia precoz el mecanismo de retorno, es decir, la tentativa de curación, se da a través de alucinaciones. Estas surgen en un estadio de pugna entre la represión y un nuevo impulso de reconducción de la libido a sus objetos. En la paranoia se da a través de la proyección. En segundo término, la diferencia se da por una distinta ubicación de la fijación adonde será retraída la libido ante la represión. La de la paranoia será la del estadio narcisístico, manifestado en una reconstrucción, un delirio de grandeza. La de la demencia precoz será más anterior, la del autoerotismo infantil.

Freud propondrá la paranoia como cuadro clínico independiente, y el nombre de *parafrenia* para reemplazar al de demencia precoz (Kraepelin) y al de esquizofrenia (Bleuler). También verá como comprensible, a la luz de las semejanzas y diferencias explicitadas entre paranoias y parafrenias, que haya casos que puedan comenzar con síntomas paranoicos y

evolucionar, sin embargo, hacia la demencia. Así es como termina por explicar el caso Schreber, el cual considera merece el nombre de “demencia paranoica”, puesto que en él se halla proyección y reconstrucción en delirio de grandeza (carácter paranoico), a la vez que alucinaciones (carácter parafrénico). Para explicar esto da lugar a que puedan estar en juego múltiples fijaciones (dadas en la evolución personal del sujeto) adónde pudiera irrumpir la libido reprimida.

Partiendo de Baumgart —y tal como es mencionado en el marco teórico de la introducción del presente trabajo— se aclara aquí como Freud “reemplaza estos términos [demencia precoz (Kraepelin) y esquizofrenia (Bleuler)] por el de ‘parafrenia’ en principio, pero luego le otorga una acepción más amplia abarcando demencia precoz y paranoia y denominando a la primera ‘parafrenia propiamente dicha’” (2000, pág. 147). Pues Freud hará esto a partir del concepto de narcisismo, denominando a las parafrenias como ‘psiconeurosis narcisísticas’, en contraposición con las ‘psiconeurosis de transferencia’. Recién en 1923 terminará reordenando nuevamente su nosología.

El concepto de narcisismo también le permitirá a Freud explicar la melancolía y la manía. Baumgart (Ibíd, pág. 157-159) detalla cómo ello se encuentra en el texto freudiano ‘Duelo y Melancolía’, de 1917. Las alucinaciones entonces también son una posibilidad en estas afecciones. Frente a la pérdida de un objeto amado, la persona se verá forzada a quitar la libido del mismo, siendo a la vez renuente a hacerlo, pudiendo retener el objeto por vía alucinatoria (dando lugar a una Amencia). Ya que hay una identificación narcisística con éste, no puede pasarse por un proceso de duelo, sino que el amor por el objeto queda resguardado en tal identificación (narcisismo primario). Pero ello lleva al martirio del objeto, y por ende, del Yo. Se vuelve el odio y el sadismo hacia la propia persona. En la manía, en cambio, la libido también se retrae al yo, pero éste triunfa sobre la pérdida del objeto, más sin saber qué ha vencido.

Según Laplanche & Pontalis (1993, pág. 237),

Freud intentará imponer el término ‘psiconeurosis (o neurosis) narcisista’ para designar lo que en psiquiatría, en la misma época, se denominaban psicosis. Finalmente, vuelve a la clasificación psiquiátrica usual y reserva la noción de neurosis narcisista para designar la psicosis maníaco-depresiva.

Todavía no era tiempo para que Freud delimitara una clara distinción entre ‘neurosis’ y ‘psicosis’. Más bien nuclea a toda afección como producto de mayor o menor nivel de represión, en relación con el concepto de narcisismo y con las fijaciones que pudieran haberse establecido en el curso de la evolución libidinal del sujeto. Quizás puede decirse que es en estos años cuando comienza a refinarse poco a poco la noción de ‘psicosis’ a secas en Freud. En este sentido puede recordarse lo mencionado previamente en el texto de *Adición*

metapsicológica a la teoría de los sueños (1915a), donde Freud da a entender que el sueño conoce una regresión tópica mientras que la esquizofrenia una temporal.

Por otro lado, Baumgart (2000) rescata el papel del capítulo VII del texto *Lo Inconsciente* (1915b) para caracterizar el funcionamiento diferencial de la psicosis. Allí, el autor afirmará que en las neurosis de transferencia se da una frustración respecto del objeto, por lo que se renuncia al objeto real, y la correspondiente libido sustraída a éste retrocede hasta un objeto fantaseado y luego hasta uno reprimido (introversión). La carga de objeto queda allí conservada, perdurando en el lcc. Así es que con estas afecciones puede trabajarse psicoanalíticamente, apelando a que la carga de objeto esté conservada y pueda ser transferida (Ibíd, pág. 2078). En la esquizofrenia, en cambio, la libido sustraída del objeto real no busca ningún objeto nuevo, sino que se retrae al yo, volviendo entonces sobre un primitivo estado narcisista. De todas maneras, Freud afirmará al final del texto que, en este caso, tampoco quedará la libido carente de objeto. Sino que la carga recaerá sobre la palabra, la imagen verbal, perdurando más no en el lcc, sino en cambio en el Prec.

A partir de ciertos trabajos sobre esquizofrénicos, donde Freud denota modificaciones en el lenguaje, desorganización, ininteligibilidad, y lo que denomina “lenguaje de órgano” (Ibíd, pág. 2079); concluye que existen dos elementos en la imagen consciente de un objeto: la imagen verbal y la de la cosa. Mientras que la imagen inconsciente sólo presenta el último elemento, el de la representación ‘cosa’ (Ibíd, pág. 2081). En lo lcc se conservan las “primeras y verdaderas cargas de objeto” (Idem). Así, Freud entonces explica “más precisamente qué es lo que la represión niega a las presentaciones rechazadas en la neurosis de transferencia. Les niega la traducción a palabras, las cuales permanecen enlazadas al objeto” (Idem), y reprimidas en el lcc. Alude a su texto de *La interpretación de los sueños*, para recordar que los procesos de pensamiento son los actos de carga más alejados de las percepciones sensoriales, deviniéndose conscientes a través del influjo de carga de imágenes verbales (palabras) y ya no sensoriales (de cosa), aún cuando aquéllas aludan sólo a relaciones entre presentaciones de objeto y no deriven cualidad sensorial alguna.

Freud cuestiona a la represión como mecanismo actuante entre los sistemas Inc y Prec, si acaso quiere incluirse casos como la demencia precoz y otras afecciones narcisísticas. Recalcará la tentativa de “fuga del yo”, que se exterioriza en la sustracción de la carga, como elemento común en ambos tipos de neurosis, ya sea de transferencia o narcisísticas (Ibíd, pág. 2082). Y aclara que en las narcisísticas esta fuga del yo es más profunda, ya que la sustracción de la carga se da en el elemento de imagen de cosa, en la presentación inconsciente del objeto. La imagen verbal, que corresponde más propiamente al sistema Preconsciente, adquirirá, en cambio, intensa carga, como tentativa de curación por parte de la esquizofrenia: se intentará recobrar al objeto perdido por medio de la palabra en vez de la cosa. Siguiendo a Baumgart (2000, pág. 164), aquí se agrega: quizás éste constituya el primero de los intentos de restablecimiento o curación, para luego pasar u otro, que incluya la alucinación.

La distinción entre “psiconeurosis de transferencia”, “psiconeurosis narcisistas” y “psicosis” se hará explícita, de hecho, recién en 1923 —como ya se anticipó antes, y se verá en breve—. De todas maneras, tal delimitación no resultará ser una nota de exclusividad absoluta en relación con la aparición de alucinaciones. Tal como se vio aquí, a las alucinaciones las plantea desde los inicios como un síntoma —‘psicosis alucinatoria’ como mecanismo anímico más agravado pero idéntico al de una psiconeurosis de defensa—. Luego, en este punto, comienzan a delimitarse cuadros ‘independientes’ (como las parafrenias), donde el factor de diferenciación, además de ser la gravedad (lo que implica una defensa más potente), radica en cierta especificidad que el autor intenta aislar. Para ello el concepto de narcisismo, la evolución de la libido, la estructuración y destino sexual del sujeto se tornan fundamentales. En estos cuadros las alucinaciones son más comunes. E incluso en las parafrenias ‘propriadamente dichas’ (demencia precoz de Kraepelin y esquizofrenia de Bleuler) constituyen el mecanismo de retorno, la tentativa de curación. Ahora bien, no por ello Freud afirma que no puedan seguir encontrándose en otro tipo de afecciones más ‘leves’. Es decir, el autor no las delimita exclusivamente al campo de lo que después llamará ‘psicosis’. En *Construcciones en psicoanálisis* (1937), por ejemplo —se mencionará nuevamente más adelante—, Freud mencionará la existencia de alucinaciones en pacientes suyos no-psicóticos. Y antes, en *La interpretación de los sueños* (1898-9), considera la posibilidad de ‘visiones’ en ‘personas normales’ —tal como se ve en la cita de la página 19—, para explicarlas bajo el mismo mecanismo de los sueños, la actividad psíquica anormal, la paranoia y lo psiconeurótico.

Las alucinaciones frente a una nosografía madura

En *Neurosis y psicosis* (1923) el autor afianza su fórmula genética de afecciones de acuerdo al desarrollo de un aparato anímico bajo las instancias del yo, ello y super-yo, y nuevos conceptos como el narcisismo y las dependencias o servidumbres del yo. Ahora sí, separa a las psicosis del campo de las neurosis de transferencia, mientras que en sus inicios las consideraba unidas en su etiología.

En las neurosis de transferencia el yo entra en conflicto con el Ello, defendiéndose a través de la represión, en forma insatisfactoria, lo cual da lugar al síntoma. El yo entonces ya no lucha contra la tendencia instintiva reprimida, sino contra el síntoma, resultando la neurosis. El yo en el fondo obedece a los mandatos del super-yo, el cual a su vez se ha constituido a partir de influencias del mundo exterior. En las neurosis, entonces, el yo entraría en conflicto con el Ello en servicio del super-yo y de la realidad.

En las psicosis el conflicto se daría análogamente en las relaciones entre el yo y el mundo exterior. Freud presenta la amencia de Meynert, demencia aguda alucinatoria, como “la más extrema e impresionante de las psicosis” (Ibídem, pág. 2743), donde la percepción del mundo exterior cesa totalmente o se torna completamente ineficaz. Aquí el yo “se procura

independientemente un nuevo mundo exterior e interior [...] de acuerdo con las tendencias optativas del Ello y [...] la causa de esta disociación del mundo exterior es una privación impuesta por la realidad y considerada intolerable” (Idem). También se señala una afinidad — ya afirmada antes (Freud, 1915a)— entre este tipo de psicosis y los sueños, con la diferencia de que estos últimos se dan por el estado de reposo, que trae aparejado naturalmente el apartamiento del mundo real y de toda percepción.

Respecto de las esquizofrenias se afirma que se sabe culminan en una pérdida de interés por el mundo exterior; y en torno a los delirios, surgen donde se halla una “solución de continuidad” entre el yo y el mundo exterior.

También afirmará de afecciones cuya base esté en un conflicto entre el *yo* y el *super-yo*. Da como ejemplo la melancolía, dentro del grupo que llama “psiconeurosis narcisistas”. Así, termina de completar su fórmula genética: las psiconeurosis de transferencia corresponden al conflicto entre el *yo* y el *Ello*; las psiconeurosis narcisistas a uno entre el *yo* y el *super-yo*; y la psicosis a uno entre el *yo* y el mundo exterior.

De todas maneras Freud no deja de ver un punto importante en común entre las neurosis y las psicosis (1923, pág. 2743):

La etiología común a la explosión de una psiconeurosis o una psicosis es siempre la privación, el incumplimiento de uno de aquellos deseos infantiles, jamás dominados, que tan hondamente arraigan en nuestra organización, determinada por la filogenia. Esta privación tiene siempre en el fondo un origen exterior, aunque en el caso individual parezca partir de aquella instancia interior (el *super-yo*) que se ha atribuido la representación de las exigencias de la realidad.

Luego seguirá diciendo, con el objeto, si se quiere, de distinguir entre ambos grupos:

El efecto patógeno depende de que el yo permanezca fiel en este conflicto a su dependencia del mundo exterior e intente amordazar al Ello, o que, por el contrario, se deje dominar por el Ello y arrancar así a la realidad (Idem).

Es que, luego confesará, en realidad se trata de algo más complicado, puesta la existencia del *super-yo*, como instancia que reúne tanto influencias del Ello como del mundo exterior. Se trata de un ideal o punto a alcanzar hacia el que tienden y donde se conciliarían todas las aspiraciones y dependencias del yo.

En definitiva, Freud comienza el presente texto por separar neurosis de psicosis, para luego terminar aproximando tales nominaciones: se trata entonces, tanto en neurosis como en psicosis, del fracaso del yo en sus intentos de conciliar las exigencias provenientes de sus distintas instancias dominantes.

También se explicita la pregunta en torno a si el mecanismo por el que el *yo* se aparta del mundo exterior en la psicosis acaso no será análogo al de las neurosis para con el *Ello*, es decir, la represión. Lo que sí asegura Freud que puede afirmarse, es que, como la represión, seguro implicará una retracción de la carga destacada por el *yo*.

En *La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis* (1924), Freud profundiza en la comparación del texto visto previamente, entre neurosis y psicosis; termina tanto por afianzar como por diluir diferencias entre ambas afecciones. Observa que en la génesis de la psicosis se da algo análogo a la neurosis: dos avances, el segundo de los cuales tiene un carácter de reparación. En la neurosis este segundo avance consiste en una limitación del *yo* a costa de compensar la relación con la realidad. En la psicosis se da mediante “la creación de una nueva realidad exenta de los motivos de disgusto que la anterior ofrecía” (Ibídem, pág. 2746). Tanto en neurosis como en psicosis este segundo avance está al servicio de las aspiraciones del *Ello*, de su rebeldía contra el mundo exterior, pues no termina de dejarse dominar por la realidad, no termina de adaptarse a ella. Ahora bien, neurosis y psicosis se diferencian mucho más, entonces, en su primer avance o reacción inicial que en el segundo, que pretende repararlo a éste. De hecho, comparten el fracaso de esta segunda tentativa, ya que en la neurosis no logra sustituirse completamente al instinto reprimido, y en la psicosis la nueva representación de la realidad no termina por ser satisfactoria.

En la psicosis la elaboración modificadora de la realidad recae sobre huellas mnémicas, representaciones, juicios tomados hasta entonces de la realidad; pero “se plantea también a la psicosis la tarea de procurarse aquellas percepciones que habrían de corresponder a la nueva realidad, consiguiéndolo por medio de la alucinación” (Idem). Ahora bien, esto no se hará sin una intensa y enérgica oposición. Tomando como modelo el conocido proceso que se da en las neurosis, Freud dice que será en la psicosis el trozo de realidad rechazado el que intentará imponerse de continuo en la vida anímica, así como en la neurosis lo hace el instinto reprimido. Recuerdos falsos, delirios y alucinaciones muestran un carácter tan penoso y vienen acompañados de angustia, y ello no puede ser más que indicio de la deficiencia de semejante elaboración modificadora, y de la lucha de lo excluido y real por ser reconocido.

Ambas afecciones si se diferencian, en cambio, en el acento de las cargas. En la psicosis recae exclusivamente sobre el primer avance, ya de por sí patológico y teniendo por único destino la enfermedad. Mientras que en la neurosis se da sobre la deficiencia del segundo avance: el fracaso de la represión.

De todos modos, el autor mitiga aún más las diferencias. Si bien afirma que en un caso se pretende evitar cierto fragmento de la realidad y protegerse del encuentro con éste, mientras que en el otro se rechaza y sustituye; en el primero, la neurosis, no faltan “las tentativas de sustituir la realidad indeseada por otra más conforme a los deseos del sujeto” (Ibídem, pág. 2747). Esto lo hará por medio del mundo de la fantasía, de donde la neurosis podrá extraer el

material para sus nuevos productos optativos. La obtención implicará una regresión a épocas anteriores, más satisfactorias. También la psicosis, seguramente, apelará al almacén de la fantasía para construir su nueva realidad. Tanto en neurosis como en psicosis la nueva realidad sobrevendrá en una segunda instancia; pero la diferencia radicará en que la de la neurosis se apoyará sobre un fragmento de la anterior, prestándole un carácter simbólico; mientras que la de la psicosis pretenderá sustituir totalmente a la anterior. “Resulta, pues, que en ambas afecciones [...] se desarrolla no sólo una *pérdida de la realidad*, sino también una *sustitución de realidad*” (Idem).

En *Construcciones en psicoanálisis* (Freud, 1937), explicando cómo las interpretaciones del analista son en realidad construcciones, conjeturas sujetas a examen; refiérese su último apartado a que estas debieran terminar siendo confirmadas por recuerdos del paciente, antes reprimidos y ahora rememorados. Pero aclara que muchas veces esto no se logra. Ahora bien, cuenta de ocasiones en que sí ha ocurrido, que ante sus construcciones, se ha visto sorprendido de ver que las mismas evocaron vivos recuerdos, que los mismos pacientes calificaron de “ultraclaros”. Aunque no redundan en el suceso traumático o fundamental, sino en cambio en detalles relacionados con éste, tales como la habitación donde ello ocurrió, las personas involucradas, o mobiliario allí presente. Tales recuerdos fueron evocados en sueños inmediatamente posteriores a la construcción sugerida por el analista, o bien en estado vigil a la manera de fantasías. Freud comenta que es razonable considerar esto como el producto de un compromiso: “una resistencia ha logrado no, en verdad, *detener* este movimiento, pero sí *desplazarlo* a objetos adyacentes de importancia menor” (Ibíd., pág. 3371). Esto lo lleva a pensar en las alucinaciones, para decir que ellas bien podrían ser este tipo de recuerdos, devenidos concientes, pero no sin el influjo de una resistencia y bajo el efecto de ciertos desplazamientos, con el plus de una creencia en su realidad actual. Refuerza más aún la importancia de pensar en este tipo de posibilidades, al recordar el hecho de pacientes suyos que han tenido verdaderas alucinaciones ciertamente sin ser psicóticos.

Tal vez pueda ser una característica general de las alucinaciones a la que hasta ahora no se le ha concedido atención suficiente que en ellas reaparezca algo experimentado en la infancia y luego olvidado —algo que el niño ha visto u oído en una época en que apenas sabía hablar y que ahora se fragua un camino hasta la conciencia probablemente desfigurado y desplazado por la intervención de fuerzas que se oponen a su retorno—“ (Idem).

Lo mismo se anima a sospechar de los delirios, que tanto acompañan a las alucinaciones. Explicita los dos factores que puede afirmar en torno al mecanismo del delirio: el apartamiento del mundo real en conjunto con fuerzas motivadoras, y un cumplimiento de

deseos en el contenido del delirio. Pero se pregunta si acaso no será el retorno de lo reprimido el que empuje el proceso de alejamiento de la realidad, mientras que la resistencia y también el impulso al cumplimiento de deseos los responsables de la distorsión y el desplazamiento de lo recordado. Y así asemeja tal mecanismo con el de los sueños, que aclara, eran comparados con la locura desde el albor de los tiempos. Una vez más, pero ya en sus años póstumos, propone semejanza entre el mecanismo patológico, esta vez el alucinatorio y delirante en particular, con la lógica psiconeurótica de transferencia y la formación onírica.

Prosigue, aclarando:

Pienso que este enfoque de los delirios no es enteramente nuevo, pero [...] por lo común no se halla en el primer plano. Su esencia es que no sólo hay método para la locura [...] sino también un fragmento de verdad histórica (Ibídem, pág. 3372).

No puede más que continuar citándose otras llamativas palabras, encontradas a continuación de la anterior cita:

Probablemente valdría la pena intentar estudiar casos de los trastornos en cuestión sobre la base de las hipótesis que se van presentando aquí y también realizar su tratamiento siguiendo estas directrices. Debería abandonarse el vano esfuerzo de convencer al paciente de su error de sus delirios y de su contradicción con la realidad, y, por el contrario, el reconocimiento de su núcleo de verdad proporcionaría una base común sobre la cual podría desarrollarse el trabajo terapéutico. Este trabajo consistiría en liberar el fragmento de verdad histórica de sus distorsiones y sus relaciones con el presente y hacerlo remontar al momento del pasado al cual pertenece (Idem).

De este modo, aclara el autor, se lograría aprender mucho de los pacientes psicóticos, aunque sin culminar en un éxito terapéutico. Por un lado, entonces, abre la puerta al análisis de psicóticos, dando lugar a una parcela de verdad en la alucinación; y por otro lado, toma de ello un valor pedagógico, sin tener esperanzas de que pueda llegarse a una cura.

Prosigue (Idem, pág. 3372):

Los delirios de los pacientes se aparecen como [...] intentos de explicación y de curación, aunque [...] no puedan hacer más que sustituir el fragmento de realidad que está siendo negado en el presente por otro fragmento que ya fue rechazado en remoto pasado.

Y culmina, afirmando que tales delirios cuentan con una fuerza de creencia compulsiva y de convicción tal, proveniente del elemento de verdad histórica que contienen; y ello es

análogo, señala el autor, a la eficacia que puede tener la construcción del analista, cuando en efecto acoge un fragmento de la experiencia perdida.

Aquí no puede dejar de comentarse como Freud parece volver, en sus años póstumos, a aproximarse a sus primeras nociones, de alucinaciones como formaciones de compromiso, síntomas cual productos de una psiconeurosis de defensa. Si bien en los importantes textos antes citados de 1923 y 1924 ubica a la alucinación como tentativa reparatoria, propia del segundo avance en la psicosis; aquí sugiere esto de nuevo, *a la vez* que algo nuevo —y viejo—, a saber: que tal reconstrucción de la realidad se alimenta, a su vez, de otra realidad que fue rechazada en tiempo remoto y pugna por reaparecer en la conciencia. Es decir, primero una realidad es repudiada (primer avance), para luego ser reemplazada alucinatoriamente (segundo avance, reparatorio) por otra que contiene fragmentos de una realidad rechazada anteriormente en un antiguo pasado. Aquí Freud estaría sugiriendo, acaso, un mecanismo neurótico dentro de la operatoria alucinatoria psicótica; una porción de la reconstrucción constaría de un retorno de algo que, remotamente, fue reprimido. Una propuesta que distaría de ser sencilla, aunque poseyendo cierta lógica por cierto: lo inconsciente no podría tomar su sustento de un 'almacén de fantasía' así sin más. Éste tendría que conformarse sólo de contenidos que habrían quedado 'allí' sin opción de volverse conscientes.

2. Capítulo segundo: otras perspectivas

2.1 — Los hijos de la antipsiquiatría: Hearing Voices, Open Dialogue, Soteria

A continuación se expondrán, sintéticamente, abordajes a las denominadas enfermedades mentales graves, que se encuentran en pleno crecimiento y expansión e incluyen una manera diferente de abordar el fenómeno alucinatorio cuando se hace presente en quién lo padece.

Hearing Voices es un movimiento que nace a fines de la década del '80, en Holanda, para luego expandirse a Inglaterra, a otros países europeos, y con el tiempo a Japón, Nueva Zelanda, Australia, e incluso, pasados los años 2000, a los Estados Unidos. A fines de la década del '90 se crea la Hearing Voices Network (Intervoice), una red internacional para dar soporte administrativo y coordinación a los diversos grupos a lo largo del mundo.

Como explica el trabajo de Dillon & Hornstein (2013), se trata de grupos de apoyo de pares, personas que escuchan voces, tienen visiones o cualquier otro tipo de percepción o sensación que pueda considerarse inusual; lo que en ámbitos de salud mental occidental tradicional se calificaría como alucinaciones auditivas, visuales, razón suficiente para hospitalización; fenómenos que degeneran en padecimiento, confusión, miedo, susto, sensación de pérdida de control de uno mismo. Los grupos buscan crear un espacio de contención y santuario para la escucha de estas voces, que suelen guardarse detrás del silencio. Se escuchan los relatos sin ningún tipo de censura, juicio ni obligación de ningún tipo. Las personas allí no se consideran enfermas ni “psicóticas”. No hay lugar para las etiquetas. En cambio se busca que la persona vea que no está sola en esto, se sienta acompañada, y que con ayuda del grupo pueda explorar tales voces o fenómenos. Los pares le preguntan acerca de ellos: qué dicen las voces, qué tono usan, cuántas son, de qué género, si cambian con el tiempo, en qué situaciones aparecen, cómo se siente la persona cuando lo hacen, a qué propósito sirven, etc. Se parte de la premisa de que los fenómenos son significativos, descifrables, y están íntimamente conectados con la historia de la vida de la persona. Así, se indaga en el contenido de las voces, se presta atención al sentido que tiene que haber en estas “locuras”, su significado simbólico. Pues se consideran un intento de parte de la persona de sobrevivir a experiencias que enloquecen.

Intentar verbalizar las experiencias en una narrativa lineal y coherente ayuda a la persona a poder estructurar, ordenar lo acontecido, darle un sentido, indagar en ello, encontrar patrones, inconsistencias, gaps y demás. Y a su vez, a partir del compartir, la persona termina por cambiar su punto de vista, abrirse a posibilidades nuevas. Ya que en los grupos se aceptan

todo tipo de explicaciones para este tipo de fenómenos, sin juicios. Las personas explican sus voces como quieren. Incluso la explicación otorgada por el modelo médico hegemónico tradicional es aceptada. Esto hace que las personas se encuentren con opiniones distintas. Ello lleva a la reflexión personal y al cambio.

Una diferencia interesante que marcan Dillon & Hornstein (2013) entre la interpretación que se puede hacer de las voces en el contexto de psicoterapia, y lo que se hace en estos grupos, es que en el primer caso la jerarquía intrínseca al modelo puede caer en reforzar la dependencia en la figura del terapeuta y la vulnerabilidad cuando la persona está por su cuenta. Los grupos en cambio se definen como espacios igualitarios, de baja presión y colaborativos, que apuntan desde un primer comienzo al empoderamiento de la persona. En relación con esto último, se considera que los grupos fomentan el pensamiento propio, y la fuerza para ir contra el pesimismo reinante en el ámbito profesional, las familias y la sociedad, respecto de este tipo de “pacientes”.

Los autores también resaltan que los grupos son particularmente útiles para fomentar que las personas identifiquen los “gatillos” (aquéllas circunstancias en las que las voces suelen aparecer), así como también los cambios de frecuencia e intensidad de las voces en diversos contextos o a lo largo del tiempo. Pues estos detalles ciertamente existen, y el conocimiento de los mismos ofrece un mayor control de la persona sobre las experiencias.

Dado que en los grupos se hacen frente a situaciones desafiantes, se considera que los facilitadores tengan que ser personas preparadas, entrenadas. Pueden ser tanto “expertos por profesión” —profesionales de la salud mental, tales como psicólogos o psiquiatras— como también “expertos por experiencia” —escuchadores de voces—. Sólo a modo ilustrativo, algunas características que los facilitadores deben tener presente son: el liderazgo a través de la escucha; fomentar que el grupo tome decisiones como un todo; así, resaltar las voces de las personas que normalmente no serían escuchadas; mostrar respeto por la realidad del trauma y el sufrimiento; una actitud de no juicio; un genuino interés y curiosidad por la amplia gama de experiencias subjetivas de las personas; y el poder lidiar con la ansiedad, la incertidumbre y el silencio. El objetivo del entrenamiento es reasegurar que la teoría, el abordaje y los principios forjados en Hearing Voices Network no se desdibujen, y sean efectivamente puestos en práctica.

Por último, es importante rescatar que Hearing Voices no se describe como un abordaje “en contra” del psiquiátrico tradicional. Sólo pretende poner de relieve y respetar la amplia variedad que existe en la experiencia subjetiva humana, y abrir posibilidades nuevas frente a lo ya ofrecido por las corrientes predominantes. En este respecto, es digno de mencionar a Will Hall, “experto por experiencia”, conocido portavoz de los principios de Hearing Voices, y también escritor de la guía “Harm Reduction Guide to coming off psychiatric drugs” (Hall, 2007) que afirma la posibilidad de poder llevar estas experiencias sin el consumo de psicofármacos, y aún consejos de pares para la consecución de tal objetivo, si es que la persona está buscando eso. En la guía se afirma el derecho que tenemos como seres

humanos a la información, a saber qué son los psicofármacos y qué consecuencias tienen en nuestro cuerpo, mente y emociones; y el derecho y sumo respeto por la libre decisión de cada persona respecto de su propio tratamiento; se sostiene que la libertad es empoderamiento, pero también responsabilidad.

Open Dialogue es un modelo desarrollado en la década del '80 en el hospital público Kerópudas, en Finlandia. A lo largo de los años ha ganado reconocimiento en Europa del Norte, y se ha desarrollado una red internacional compuesta de equipos de Rusia, Lituania, Letonia, Estonia, Suecia, Finlandia y Noruega. Siguiendo el trabajo de Seikkula & Olson (2003), vemos que se nutre de desarrollos como el del doble vínculo de Bateson, la externalización del síntoma de White, la perspectiva familiar psicoeducacional, y en particular la escuela de Milan. Se trata de la conjunción de estos con un paradigma postmoderno, social constructivista, que tiene en cuenta la lente del observador; no se puede conocer una verdad separada de quien la observa y la expresa.

En aquél entonces en el hospital finlandés se trabajaba desde el enfoque sistémico antes mencionado. Pero el mismo presentaba problemas que, según los autores, estaban relacionados con lograr que las familias se comprometieran con la psicoterapia. La teoría no era fácil de ser aplicada en la realidad. Además, la misma posiciona a la familia como un objeto al cual aplicar acciones terapéuticas, y no como un socio en el proceso terapéutico. Todo esto llevó a que el Hospital Kerópudas reorganizara su tratamiento para psicosis, y comenzara gradualmente a desarrollar el modelo de Open Dialogue. Se dio lugar a un equipo de crisis móvil, compuesto por staff tanto del hospital como externo. El mismo va al hogar de la persona que solicita tratamiento, dentro de las 24 horas de iniciado el contacto, para tener una “reunión de tratamiento”. Las mismas se realizan en círculo, y todas las decisiones, ya sea en relación al planeamiento de la terapia, la medicación, u hospitalización se discuten y toman ahí, mientras todos están presentes. Pues todos son tenidos en cuenta como miembros de una sociedad. Por otro lado, no hay reuniones “de staff” por separado. El mismo equipo definido es el que va a acompañar a la persona a lo largo de todo su tratamiento, más allá de que haya o no hospitalización, hasta que la urgencia de la situación y los síntomas se disuelvan.

Hay ciertos principios que rigen las entrevistas. Uno de ellos es el de “tolerancia a la incertidumbre”. Se busca que las reuniones brinden un contexto de contención para los miedos y ansiedades de todas las partes. Pero no a través de la teorización, por ejemplo. Se evitan las hipótesis, conclusiones o consejos rápidos, o las intervenciones tradicionales. Se cree, en cambio, que la seguridad y la confianza vendrán por otra vía: la del diálogo. Las reuniones se realizan entonces en forma muy periódica, diariamente si se considera necesario. Se intenta generar un ámbito de confianza, un escenario donde se pueda legimitar la óptica de cada participante. De este modo puede haber más posibilidades de que surjan recursos propios de la familia y del paciente, los cuales entonces se vuelven agentes del cambio, más que núcleos pasivos de sufrimiento. Es a través del diálogo que aparecerán nuevas ideas, historias, y una

resolución genuina para la crisis psicótica. Se trata, en definitiva, de una “manera de estar” frente a los demás y a uno mismo, una suerte de “vivir el camino hasta la respuesta”.

Un segundo principio es el del “dialogismo”. El diálogo entreteje una red, que reduce el aislamiento. Tal como remarcan los autores, la psicosis misma es, desde una perspectiva social constructivista, una alienación temporal, radical y terrorífica, de prácticas de comunicación compartidas. La persona se ve encerrada e impotente frente a una experiencia de sufrimiento muda, que no tiene palabras. Las entrevistas en cambio intentan desarrollar un lenguaje verbal común, para dar lugar, expresión, escape, cauce a lo que de otro modo queda encarnado, enquistado, dentro del diálogo privado del psicótico, sus voces y alucinaciones. El modelo —una vez más, parándose sobre una concepción social constructivista— sostiene que el lenguaje, el diálogo y los otros tienen el rol constituyente en la construcción de la identidad. Por otro lado, los terapeutas otorgan mayor importancia a la escucha que a la intervención; las preguntas son lo más abiertas posible, y los temas no se deciden de antemano. En cambio, se da lugar a que todo se desenvuelva en el contexto del grupo mismo; las respuestas que se dan pretenden dar lugar a nuevas preguntas.

El tercer principio es el de “polifonía”. El objetivo de las entrevistas no es el de cambiar, a través de la terapia, tal objeto, sea el paciente o la familia. No se trata de revelar una verdad secreta. Sino simplemente dar lugar a la polifonía, a la expresión y coexistencia de múltiples voces en un grupo humano. Con cada diálogo se crea nuevamente el sistema familiar, donde la conversación misma es la que crea la realidad, y no conceptos sistémicos clásicos tales como las reglas o estructura de la familia. Crear lenguajes comunes que permitan hacer un significado más claro del sufrimiento de la persona en cuestión. Todos tienen derecho a expresarse; los profesionales deben dar lugar a lo espontáneo; cuando surgen diferencias, debe darse lugar a las diversas voces, y promoverse la escucha y el intercambio más que un pensamiento polarizado de naturaleza “correcto-incorrecto”; no se busca el consenso, sino la comprensión mutua.

El elemento terapéutico por excelencia del modelo se basa en la promoción y alojamiento de nuevas palabras e historias en el discurso común de la red social en cuestión. El propósito de las entrevistas, entonces, es el de sostener a las personas lo suficiente (“tolerancia a la incertidumbre”) como para que se le de voz a lo inexpresado (“dialogismo”) con la ayuda de todos los miembros de la red (“polifonía”).

El modelo se dio en un contexto macro favorable. Es decir, se instaló en una institución pública, el hospital antes mencionado, que sostuvo ciertos valores propicios para el desenvolvimiento del mismo. Sin este basamento los autores considerados (Seikkula & Olson, 2003) creen muy difícil su desarrollo. En el Hospital Kerópudas las “reuniones de tratamiento” se institucionalizaron como el formato estándar de admisión. Las destrezas consideradas necesarias para trabajar en los equipos se enseñaron en forma democrática, más allá de la profesión de la persona —ya se tratara de psicólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, etc—. El programa nacional de salud fomentó el uso de equipos de trabajo, lo cual

redujo la calcificación de perspectivas de salud mental, y propició la integración de diversas formas de psicoterapia. En fin, la implementación del modelo es promulgada como parte de la transformación de todo el sistema psiquiátrico de salud mental. En este respecto, se considera que el modelo biológico hegemónico está descontextualizado, y no ahorra costos ni provee de una terapia efectiva. Mientras que lo propuesto es un tratamiento más ético y de menor costo. Por otro lado, Seikkula & Olson (2003) sostienen que el modelo de Open Dialogue es uno de los más estudiados a nivel estadístico para el abordaje de crisis psicóticas en Finlandia. De acuerdo a ello comunican que desde que el modelo fue implementado la incidencia de nuevos casos de esquizofrenia ha bajado, y la aparición de nuevos pacientes esquizofrénicos crónicos se ha detenido. En comparación con pacientes que han recibido un tratamiento tradicional, el modelo en cuestión genera menos hospitalizaciones, menor uso de medicación neuroléptica, una importante reducción de síntomas psicóticos en el largo plazo, índices más altos en relación a la obtención de empleo y más bajos en torno a recaídas.

Proyecto Soteria es una casa residencial abierta para pacientes graves, iniciativa que surgió en la década del '70 de la mano del psiquiatra Loren Mosher en California, Estados Unidos. La experiencia luego fue replicada en otras áreas de EEUU y en otros países. Pregonaba un tratamiento para pacientes que entraban bajo la clasificación de “esquizofrenia” de acuerdo a los parámetros del DSM-III de aquellos tiempos. Dejó a un lado casi totalmente el uso de psicofármacos. Sólo apeló a ellos en casos particulares y por determinados períodos de tiempo. Más bien descansaba en la noción de que tales personas necesitaban, en cambio, de un contexto tranquilo, contenedor, y de respeto por las diferencias y particularidad de cada individuo. Un dispositivo de internación que se basaba en “estar con”, llevando la relación terapeuta-paciente a un lugar simétrico, desechando la clásica concepción asimétrica y el lugar de “saber” del terapeuta.

A continuación se expondrá una suerte de síntesis de la presente moción en base al trabajo de Ciompi et al. (1992). Los autores retratan el proyecto “Soteria Berne”, replicación suiza del piloto original. Explican que se basa en un entendimiento de la esquizofrenia más amplio que el que ofrece el modelo biologicista. Un modelo de índole multifactorial, que incluye, por ejemplo, el rol de las emociones en la organización de las cogniciones o percepciones. El proyecto también se apoya en otros modelos psicoterapéuticos, socioterapéuticos, e incluso farmacológicos desarrollados. Y, por último, se basa en la experiencia americana original, por supuesto.

Los autores explicitan que para ellos los denominados ‘esquizofrénicos’ son personas altamente sensibles, con una capacidad reducida para procesar información, por lo que se encuentran con dificultades para tratar con eventos cruciales de la vida tales como el irse de la casa, las primeras experiencias sexuales, la elección de un trabajo o de una pareja, la paternidad/maternidad, o cualquier cambio grande de circunstancias de vida. Así la tensión emocional que el paciente padece en relación al entorno aumenta hasta llegar a un punto

crítico de inestabilidad, que da lugar a los síntomas psicóticos que conocemos. Tales personas necesitarían ayuda psicoterapéutica continua y apoyo emocional, bajo un dispositivo que alivie tal situación, y que proponga un ambiente tranquilo, relajante, sin muchos estímulos, con un equipo estable y perdurable en el tiempo. Todo esto en contraposición a la experiencia confusa, violenta y, en definitiva, insatisfactoria que se da en las guardias de hospitales psiquiátricos, donde la mayoría de los pacientes psicóticos agudos aún se tratan (Ibídem, pág. 145).

En la experiencia piloto original el uso de psicofármacos se redujo drásticamente. En este respecto, los autores considerados mencionan las investigaciones cuantitativas que la US National Institute of Mental Health realizó sobre aquella, cuyos resultados en términos de “nivel de psicopatología” a corto y largo plazo son similares a los que se obtienen en dispositivos que implementan el uso de neurolépticos. También muestran resultados similares en términos de recaídas en el largo plazo, e incluso, mejores niveles de adecuación social, una sensación subjetiva de que la enfermedad es menos estresante, y un costo de tratamiento menor. Los autores comentan que, de todos modos, tales resultados no han sido analizados sistemáticamente ni replicados. Aclaran que Soteria ‘Berne’ se diferencia del de Mosher, pues afirman que Berne es un modelo médico, que integra factores psicosociales y biológicos; que es un programa médicamente supervisado; y que incorpora otras estrategias terapéuticas, tales como terapia familiar, el enfoque “educacional”, prevención de recaídas de por lo menos dos años, psicoeducación de avanzada, y la administración de medicación específicamente determinada y en dosis bajas. Estudios cuantitativos en torno a Soteria Berne mostraron que del universo considerado de pacientes sólo el 40% fue medicado, con dosis muy bajas, equivalentes a un tercio de la dosis media europea, y entre un quinto y un décimo de la dosis media americana.

La casa suiza fue fundada en 1984 en la ciudad de Berna, y consta de lugar hasta para 8 pacientes, y 2 enfermeros/operadores. Las personas admitidas deben tener entre 17 y 35 años de edad, y haber sido diagnosticadas con psicosis esquizofrénica o esquizofreniforme de acuerdo al criterio del DSM-III R, en un período de tiempo no mayor a 1 año anterior a la admisión. Deben haber padecido al menos 2 de los siguientes síntomas en las últimas 4 semanas: delirios, alucinaciones, desórdenes del pensamiento, catatonía, desórdenes esquizofrénicos del afecto, desviación severa de la conducta social. No se aceptan internaciones forzadas, deben ser necesariamente voluntarias. El tratamiento tiene 4 fases: en la primera, la aguda, el paciente es acompañado por su propio cuidador asignado, todo el tiempo, en la habitación “suave” —herramienta que ha sido tomada del proyecto original—. En esta sólo hay colchones y almohadones. El objetivo es reducir la ansiedad y la tensión, proveyendo de continuo apoyo y contención. Se realizan caminatas, ejercicios físicos, masajes, se sostiene de la mano a los pacientes, por ejemplo. Luego viene la fase activadora, donde se acerca al paciente a la cotidianeidad de la vida en la casa, se le asignan tareas domésticas, de jardín, y de a poco se le permite salir, a hacer compras por ejemplo. La tercera fase se enfoca

en una rehabilitación social y vocacional gradual. Se expande la red social del paciente; se le provee a éste de un trabajo de medio tiempo. Así, se facilita su transición desde la casa hacia el mundo. La última fase, que dura al menos 2 años, es de estabilización psicosocial y prevención de recaídas. Se lleva adelante por un equipo social-psiquiátrico móvil o por psiquiatras privados.

La terapia psicosocial acuñada apunta a los problemas básicos de la persona, y aborda la experiencia de psicosis como siendo una parte integral de la vida de la persona. En la primera fase se ofrece continua contención y acompañamiento, para recién luego pasar a terapia individual o familiar, de acuerdo a las circunstancias. Parientes y otros significativos para la persona son sistemáticamente incluidos en el proceso. Elementos de los enfoques psicoanalítico o sistémico se hacen presentes en las intervenciones psicosociales.

Resultados de estudios cuantitativos en torno a Soteria 'Berne', presentes en el paper aquí citado, muestran que el dispositivo es exitoso en sus primeras tres fases, mientras que presenta más dificultades en la cuarta; que el tratamiento es exitoso para dos tercios de los casos atendidos; y que, en comparación con otras cuatro instituciones suizas control, no obtuvo diferencias significativas en relación a psicopatología, situación habitacional y laboral, autonomía social, recaídas, a pesar de resaltar por ofrecer dosis diarias y totales de psicofármacos mucho menores. Ciompi et al. (1992) aclaran que esto confirma lo afirmado por Mosher, salvo por lo que se refiere a los costes del tratamiento: los presentes estudios arrojan un costo significativamente mayor para los pacientes de Soteria Berne en comparación con las instituciones control.

Los autores afirman, entonces, que estos hallazgos validan parcialmente la concepción biopsicosocial de la esquizofrenia que el modelo supone. Un modelo exclusivamente biologicista, pues, no bastaría para explicar tales resultados (Ibíd, pág. 152).

Por otro lado, los estudios mostraron que, en comparación con estas otras cuatro instituciones control, Soteria Berne obtuvo mejores niveles de "clima terapéutico": a un nivel subjetivo, sus pacientes se sintieron menos desilusionados y estigmatizados, y pudieron integrar más su psicosis a su vida, que aquéllos de dispositivos psiquiátricos tradicionales.

Por último, los estudios también arrojaron resultados más positivos en Soteria Berne que en las instituciones control, para cierto tipo de pacientes: psicosis esquizofreniforme; mujeres; casos de primer episodio, sin tratamiento previo, una duración corta de la enfermedad, y cuya autonomía premórbida era alta. Esto da esperanza de seguir investigando para confirmar que acaso un tratamiento como el presente, sin psicofármacos, y con énfasis en terapia psicosocial, sea el más apropiado para este tipo de subcasos dentro del grupo de los psicóticos.

2.2 — “Emergencias espirituales”, según Stanislav Grof

Stanislav Grof, junto con su mujer, Christina (Grof & Grof, 1993), explicitan que a través de los tiempos los estados visionarios, extáticos, las revelaciones, epifanías, tuvieron un rol importante en la sociedad. Siempre se consideró que tales estados no ordinarios de conciencia pudieran ser “complementos importantes de los estados ordinarios de conciencia, capaces de proporcionar valiosa información acerca del ser y de la realidad” (Ibíd, pág. 11). Con esto los autores se refieren a las vivencias de los antiguos médicos, medicine-man, curanderos, místicos de todas las tradiciones religiosas, profetas, santos, maestros espirituales, etc. Con el advenimiento de la modernidad y el racionalismo, en cambio, el hombre occidental comenzó por dar un giro que finalmente desembocó en la mirada predominante actual, exclusivamente biologicista. Sólo se considera lo que puede tocarse, lo material, mensurable. Por lo que toda forma de religiosidad o espiritualidad es reflejo de ignorancia, superstición, irracionalidad, o inmadurez emocional, y así, es emparentado con la locura, la enfermedad mental, lo psicótico. Los autores lo evidencian al traer a colación el hecho de que, hoy, “si cualquier miembro de una comunidad religiosa tuviera una profunda experiencia espiritual parecida a las que han tenido muchos personajes importantes de la historia del cristianismo, el sacerdote o pastor ordinario le enviaría al psiquiatra” (Ibíd, pág. 12). Hoy no existe la distinción entre misticismo y psicosis, entre visión y alucinación. La psiquiatría tradicional —actual— trata, entonces, desde su lógica, a todos los estados no ordinarios de conciencia con medicamentos inhibitorios.

Los autores parten desde la mirada de la psicología transpersonal, que se abre paso entre lo meramente orgánico y lo histórico, para dar lugar a una dimensión espiritual en el hombre. Y así traen la noción de “emergencia espiritual”, como posibilidad frente a síntomas tales como alucinaciones. Estos pueden responder a una perturbación psico-emocional, o incluso orgánica. Pero también a una cuestión de *otra* índole, es decir, una instancia en un proceso que es espiritual, una crisis en la evolución de la conciencia. Un fenómeno comparable en algún sentido con lo descrito en las diversas tradiciones místicas del mundo.

Se trataría entonces de una alternativa que no cabría dentro del grupo de las llamadas psicosis orgánicas —para las cuales se encuentra explicación fisiológica, médica—. Tampoco entraría dentro del subgrupo “psicológico” o “biográfico” de las llamadas psicosis funcionales — grupo cuya causa es desconocida para el modelo médico hegemónico—. Las psicosis biográficas son aquéllas que pretenden ser explicadas y trabajadas por los modelos psicodinámicos desde la historia de la persona, los sucesos de su vida. Otro subgrupo dentro de las llamadas psicosis funcionales, que no podría explicarse psicológicamente, a través de la historia de la vida de la persona, podría estar tratándose, en realidad, según los autores, de emergencias espirituales.

Quienes son citados opinan que hay aspectos de ciertas vivencias psicóticas que difícilmente pueden ser explicados desde lo meramente biográfico. Se refieren, por ejemplo, a “visiones y experiencias de ser absorbido por el universo, de torturas diabólicas, de

desintegración de la personalidad, o incluso destrucción del mundo.... experiencias de dioses y demonios, héroes y paisajes míticos, o regiones celestiales o infernales...” (Ibíd, pág. 27, 28).

Los autores realizan un repaso histórico, mencionando perspectivas que abrieron la posibilidad de una concepción del hombre y la realidad que fuera más allá de lo orgánico y lo histórico-social, y así, colaboraron con la apertura a nuevas posibilidades frente a fenómenos como el aquí tratado. En concreto, señalan la influencia del psiquiatra suizo C. G. Jung, y la llamada “psicología profunda”; la “contracultura” de las décadas del '60 y '70 en occidente, era de exploración psicodélica; y, por la misma época, el surgimiento y masificación de olas de psicoterapias corporales, vivenciales, y prácticas espirituales orientales. Se dio una suerte de masificación, entonces, en Occidente, de experiencias de estados no ordinarios de conciencia, que apoyaron y validaron lo transmitido por Jung y la herencia espiritual antigua. Cada vez más personas parecen experimentar este tipo de crisis o experiencias. Esto dio mayor lugar a repensar la concepción de salud/enfermedad, de alucinación y psicosis. Faltaba un modelo de la psique que incluyera todo esto; que trascendiera la dimensión orgánica tradicional y la biográfica freudiana; en particular, que trajera una nueva comprensión de algunos de los estados “psicóticos”. Y la psicología transpersonal aspira a ocupar ese lugar.

Las crisis o emergencias espirituales suelen estar disparadas por un hecho desencadenante identificable, tal como una enfermedad, un accidente, una operación, una fuerte experiencia de índole emocional, una experiencia con drogas psicodélicas, o la implicación profunda en una práctica espiritual, por ejemplo. Los autores observan que el contenido de tales vivencias puede caer dentro de tres categorías, que llaman biográfica, perinatal, y transpersonal. Lo que ocurre en las experiencias del primer grupo es el “revivir y sanar acontecimientos traumáticos de la vida de la persona de que se trate” (Ibíd, pág. 33). Afloran recuerdos olvidados, difíciles, deviniendo en una vivencia profundamente terapéutica. Las experiencias del segundo grupo giran en torno a nacer y morir. Muchas veces se revive la venida a este mundo, reconociendo el profundo impacto que ésta tiene en nuestra conformación. El nacimiento implica una suerte de “muerte” de nuestro estado vital anterior, el perinatal, y ello comporta características traumáticas, una vivencia de alto impacto. El revivir tal experiencia, al mismo tiempo que tiene un alto potencial terapéutico, también se asemeja a lo denominado como un estado psicótico.

Por último, las experiencias del tercer grupo son “episodios que son claramente espirituales o <transpersonales>. La palabra *transpersonal* se refiere al hecho de trascender las fronteras ordinarias de la personalidad e incluye muchas experiencias que se han llamado espirituales, místicas, religiosas, ocultas, mágicas y paranormales” (Ibíd, pág. 35). Nuestra experiencia ordinaria se limita a nuestros cinco sentidos. Mientras que en otros estados de conciencia, no ordinarios, esto no necesariamente es así. En el campo de lo transpersonal se experimentan, por ejemplo, “acontecimientos remotos en el tiempo y en el espacio tan vívidamente como si estuvieran sucediendo aquí y ahora” (Ibíd, pág. 36); también la caída momentánea de nuestros límites como seres, y así la identificación con otras personas, u otras

formas de vida tales como animales o árboles; el encuentro con otros mundos, y otros seres tales como “dioses, demonios, espíritus-guías, habitantes de otros universos, o figuras mitológicas, que nos parecen tan reales como las cosas que encontramos en nuestra vida de todos los días” (Idem).

Los autores se preguntan por qué tomar en serio tales experiencias, más allá de que parezcan reales y convincentes por sí mismas desde la subjetividad. Quizás sean producto de lo almacenado en el cerebro a partir de lo visto, oído, leído a lo largo de la vida. La respuesta a la que llegan es que hay evidencia suficiente para afirmar que tales experiencias “no pueden ser explicadas como productos de procesos neurofisiológicos dentro del marco científico tradicional” (Ibídem, pág. 37). Una primera evidencia es que brindan información válida acerca de la realidad y el hombre, que naturalmente no está al alcance del individuo, sino que más bien sobrepasa su capacidad y medios habituales de cognición:

Experiencias que incluyen a nuestros ancestros y acontecimientos de la historia de la raza, episodios de vidas en otras culturas, [...] suelen comportar descripciones detalladas de los trajes, las armas, los rituales y la arquitectura de las estructuras sociales de épocas históricas con las que nunca hemos estado personalmente en contacto. Las experiencias de identificación con diversos animales o con los animales de los que procedemos pueden proporcionar comprensiones extraordinarias relativas a la psicología, los instintos, los hábitos y la manera de cortejar de los animales [...] puede surgir información nueva y fascinante a partir de experiencias relacionadas con plantas o con procesos inorgánicos. Dicha información está típicamente por encima del nivel de conocimientos de la persona que la recibe (Idem)

Una segunda evidencia es el estudio de las llamadas OBE (“out of the body experiences”), o EFC en español (“experiencias fuera del cuerpo”). En ellas la conciencia puede apartarse del cuerpo, “viajar” e incluso “observar” acontecimientos en lugares remotos. Experiencia verificada repetidamente por investigadores, según los autores. Una tercera evidencia es que “las experiencias transpersonales que incluyen entidades y campos que no son reales según la visión occidental del mundo pueden vehicular informaciones absolutamente nuevas” (Ibídem, pág. 38), de las cuales el individuo era absolutamente ignoto, y además concuerdan asombrosamente con la información e investigación en torno a la mitología y el folklore de diversas culturas antiguas en todo el mundo.

Más allá de todo esto mencionado respecto de la información, se resalta el hecho de tratarse de experiencias con un extraordinario potencial terapéutico. Hacen surgir a la conciencia recuerdos y experiencias “olvidados”, latentes, causantes de trauma, problemas psicológicos crónicos, y hasta físicos. Al resurgir son liberados, resignificados, conllevando un

alto impacto curativo. También son vividas experiencias transpersonales de unidad con “la naturaleza, las demás personas y lo divino” (Ibíd, pág. 39), lo cual afecta en forma total la manera en que es tomada la existencia, su sentido, el quehacer cotidiano, los valores, los vínculos con los demás, y demás esferas importantes de la vida de las personas.

Quienes son citados realizan un intento de clasificación de tales experiencias de crisis espiritual, aunque reconociendo que es a grandes rasgos, y explicitando que las mismas son de carácter individual, únicas, y por lo tanto no aptas de ser encasilladas. Enumeran entonces —se verá que algunas de estas son tratadas en capítulos del presente trabajo; las que no, son a su vez recordadas en la sección de ‘Estado del Arte’ del presente trabajo—: 1) las crisis chamánicas; 2) el despertar de la Kundalini; 3) episodios de conciencia de unidad (“experiencias cumbre” según el psicólogo A. Maslow); 4) lo descrito por el psiquiatra y analista jungiano John W. Perry como “proceso de renovación”, una crisis psicológica que involucra, entre otros fenómenos, estados visionarios; 5) apertura psíquica, aparición de legítimos fenómenos psíquicos “paranormales” (tales como precognición, telepatía o clarividencia), a niveles abrumadores, generando crisis, confusión en la totalidad de la vida de la persona; 6) experiencias de vidas pasadas; 7) comunicaciones con “guías espirituales”, “canalización”; 8) ECM (“experiencias cercanas a la muerte”); 9) experiencias de encuentros cercanos con ovnis; y 10) estados de posesión demoníaca.

Estos fenómenos representan un desafío para el occidental. Son inmediatamente interpretados como delirios, alucinaciones, desórdenes de algún tipo, “psicosis”. Más allá de esta consideración, se resalta que en innumerables casos no devienen necesariamente en demencia, sino que, con la debida contención, dan lugar a extraordinarios “saltos”, curaciones, integraciones a un nuevo nivel psíquico y emocional, y un mejor funcionamiento en la cotidianeidad. Ahora bien, los autores también resaltan la necesidad de ser prudentes, pues consideran que

los estados no ordinarios de conciencia abarcan un amplísimo espectro, que va desde los estados puramente espirituales sin ningún síntoma patológico hasta situaciones de naturaleza claramente biológica [...] Mientras que los enfoques tradicionales tienden a tratar los estados místicos como psicosis, existe el peligro contrario de espiritualizar estados psicóticos y glorificar la patología o, lo que es pero todavía, de pasar por alto un problema orgánico. La terapia transpersonal no es apropiada en casos claramente psicóticos, caracterizados por ausencia de introspección, imágenes y alucinaciones paranoicas, y formas extravagantes de conducta (Ibíd, pág. 14).

Esta cuestión, por lo tanto, merece detenimiento y un profundo discernimiento. Se torna fundamental poder reconocer si efectivamente se trata de una emergencia espiritual, y tratarla

adecuadamente. Se propone y considera responsabilidad de la psicología transpersonal el poder reconocer tales crisis, y brindar la contención adecuada, a través de una psicoterapia que acompañe proporcionando información suficiente respecto del proceso en cuestión, y un contexto que permita el sano desenvolvimiento del mismo hacia un desenlace de orden curativo.

En su compendio, Grof & Grof (1993) sacan a flote un artículo del psiquiatra italiano Roberto Assagioli, quien desarrolló un sistema original de terapia llamado “psicosíntesis”, que a continuación será sintetizado, a modo de ejemplo de un modelo de psicoterapia que contempla la posibilidad de una emergencia espiritual.

La ‘psicosíntesis’ se basa en un modelo teórico que complejiza y amplía la perspectiva freudiana, distinguiendo entre psicopatología y diversos tipos de crisis en torno a un “despertar espiritual” —equivalente, en otros términos, a una “emergencia espiritual”—. Por “espiritual” se refiere a toda función o actividad que posea implicado un valor superior, ya sea ético, estético, humanitario, o altruista. Estos proceden de un nivel supraconciente en el ser humano, contrapartida del inconsciente inferior del cual habló Freud. La labor del desarrollo espiritual o autorrealización estaría vinculada a tomar conciencia del Yo transpersonal o superior, como centro superior unificador de todos los elementos de la personalidad. En este crecimiento se dan fases críticas que pueden acompañarse de perturbaciones mentales, emocionales, e incluso físicas. Las fases son: a) la que precede al despertar espiritual; b) la causada por éste; c) reacciones posteriores; y d) la vinculada al proceso de regeneración y transmutación de la personalidad (Ibíd, pág. 62). Como puede verse, a diferencia de Grof & Grof, Assagioli no hace foco en los estados ampliados de conciencia en sí mismos, como estados distintos al psicótico, sino a las perturbaciones o crisis que éstos pueden generar en la persona en el antes, durante y después del transcurso de la experiencia.

Una explicación generalizada de las perturbaciones que pueden darse en la primera fase tienen que ver con una falta de sentido existencial. La vida se vive sin mayores preguntas, significado, valor o propósito. Se cae en un hedonismo, se persigue la ambición personal. Puede darse entonces un “cambio interior” que haga emerger sentimientos de insatisfacción, carencia, vacío. Frente a tal cuadro es normal que las personas se aboquen agitadamente a actividades externas. Esto puede paliar la situación pero no solucionarla. Este estado interno también suele acompañarse de una crisis moral. Aparecen sentimientos de culpa, desánimo, e incluso ideas suicidas. En algunos casos la intensidad y gravedad de la crisis puede producir síntomas físicos, desórdenes psicósomáticos, y hasta estados cercanos a la psicosis. Por eso es esencial determinar el origen básico, la naturaleza y el nivel del conflicto subyacente. En estos casos el conflicto se da entre algún aspecto de la personalidad y la tendencia o aspiración que está de a poco emergiendo, de carácter moral, humanitario, es decir, superior, “espiritual”. Estas tendencias fueron negadas por la psicología tradicional freudiana, explicadas

como simples fantasías o sublimaciones, en vez de reconocidas como reales y válidas (Ibíd, pág. 66).

En la segunda fase puede darse que la persona sea incapaz de asimilar el “despertar” correctamente. La mente no puede soportarlo y se da una “confusión de niveles” entre el “Yo en su naturaleza esencial —que se ha llamado la “Fuente”, el “Centro”, el “Ser profundo” [...] y el pequeño sí-mismo o <yo>, habitualmente identificado con la personalidad ordinaria de la que normalmente somos conscientes” (Ibíd, pág. 68). Ello puede producir la absurda pero peligrosa consecuencia de inflar demasiado al ego o personalidad. La psiquiatría tradicional puede interpretar este tipo de manifestaciones como delirios o fantasías paranoicas. Las personas creen que son Jesucristo, que habitan la divinidad, o que son Dios mismo. Pueden incluso mostrarse completamente inofensivas aunque afirmen esto con férrea convicción. “No son raros los casos de este tipo de confusión entre las personas que quedan deslumbradas por el contacto con verdades demasiado amplias o energías demasiado poderosas para que sus capacidades mentales puedan captarlas y su personalidad sea capaz de asimilarlas” (Ibidem, pág. 69-70). El autor también señala trastornos emocionales asociados a esta experiencia. Perturbación, comportamientos desequilibrados, impulsivos, actitudes de tinte mesiánico. En algunas personas sensibles se despiertan visiones, voces, escritura automática, que ellos atribuyen a seres de otro orden. Según la experiencia del italiano “la cualidad de tales mensajes es extremadamente variada. Algunos contienen acertadas enseñanzas; otros son muy pobres o carecen de sentido. Habría que examinarlos siempre con gran sentido de la discriminación y un juicio prudente” (Idem).

La tercera fase es la que prosigue una vez que el “despertar” mengua. La exaltación acaba por remitir, pues se trata de un fenómeno rítmico y que pretende llevar los elementos de la personalidad a un nuevo nivel de organización, aunque no siempre lo logra. De hecho, Assagioli enumera tres desenlaces generales posibles: que la energía del Yo superior sea lo suficientemente fuerte como para lograr esta nueva integración; que ello no sea así y la personalidad vuelva a su estado anterior; o que incluso el impulso inicial sea absorbido por bloqueos y patrones ocultos de la personalidad, la experiencia entonces sea dolorosa, y el origen transpersonal de la misma no sea reconocido. En cualquiera de estas dos últimas posibilidades, la retirada de las energías transpersonales se vive como una experiencia dolorosa. Las viejas tendencias negativas vuelven a emerger, o incluso surgen como reacción para rebelarse frente a la exaltación superior. La persona puede reaccionar negando el valor o incluso la realidad de la reciente experiencia. Dudas, críticas, acerca de si lo vivido fue una especie de delirio; o incluso depresión, impulsos suicidas, o estados similares al psicótico. De todos modos nunca se vuelve exactamente al anterior estado. Pues se ha vivenciado una percepción y una belleza implacables. No puede volverse a la vida tal como era antes y aceptarla así sin más. Aparece una “nostalgia del absoluto”. Las perturbaciones o crisis que pueden surgir, entonces, no pueden considerarse consecuencia de un estado patológico. Su causa radica en algo cualitativamente distinto. El autor las compara con metáforas como “la

noche oscura” del místico San Juan de la Cruz, o la alegoría de la caverna del filósofo Platón. La ayuda para brindar, como terapeutas, frente a estas crisis, no sería la de intentar negar o suprimir lo ocurrido, sino la de acompañar en la toma de conciencia respecto de la naturaleza del fenómeno. La experiencia tiene el valor de ofrecer una guía u orientación teleológica superior, respecto de hacia dónde ir, un modelo ideal, un sentido de dirección existencial, moral, total.

La cuarta fase está relacionada con el proceso de regeneración y transmutación de la personalidad. Pero la persona deberá realizar la doble tarea de hacerlo a la vez que sostiene su cotidianeidad, es decir, sus obligaciones familiares, profesionales, sociales. Quizás pase tiempo hasta que reconozca que ambas, en realidad, son una sola tarea. En el interín, puede tener problemas graves en torno a gestionar la tensión, lograr un equilibrio. Quizás, sobrepesando la introspección, se sienta menos capaz que antes de resolver la vida práctica. Incluso el exceso de introspección puede llevar a algo patológico, la autoobsesión. Por el contrario, la persona también puede huir de sus aspectos negativos, sacados a la luz durante el “despertar espiritual”, mediante fantasías, mundos internos idílicos. Pero los demás y el entorno siguen señalando su imperfección, y el contraste puede devenir en desarreglos manifestados por agotamiento, depresión, hipersensibilidad emocional, ansiedad, insomnio, agitación mental, o incluso perturbaciones físicas. El autor habla del cultivo de un compromiso desidentificado con el proceso de crecimiento, apelando a la autocompasión, el humor, la asunción de riesgos, la paciencia, junto con una contención profesional. Por último, otras perturbaciones pueden ser el esfuerzo excesivo por la inhibición y represión forzada de conductas agresivas y sexuales. Esto daría lugar a rigidez y dualismo. El autor entonces habla de una reorientación paulatina y una integración armoniosa de todos los elementos de la personalidad.

Las dificultades psicológicas de la persona tienen generalmente un carácter regresivo, de acuerdo a la perspectiva tradicional freudiana. Pueden considerarse perturbaciones de tipo ordinarias. Ahora bien, las aquí planteadas, producidas por el estrés y el esfuerzo en las diferentes fases hacia la autorrealización espiritual, poseen, en cambio, un carácter específicamente progresivo. Pueden incluso revivirse o exacerbarse viejos conflictos latentes entre diversos elementos de la personalidad, pero conforman un proceso de tipo progresivo, porque se dan en orden a facilitar la consecución de una nueva integración personal. Frente a estos casos se resalta la necesidad de guías/terapeutas que puedan contener y acompañar el proceso en forma adecuada, y se dan pautas para hacerlo en cada una de las fases mencionadas.

Otro autor presente en el compendio de Grof & Grof (1993) —que aquí se considera importante mencionar— es el psiquiatra R. D. Laing, cuyos postulados van en sintonía con lo propuesto por los autores centrales del presente capítulo. Laing afirma que el enfoque psiquiátrico tradicional no puede justificarse científicamente, pues no se encontraron causas específicamente biológicas para la mayoría de lo tratado por los psiquiatras, en particular para

la esquizofrenia, las psicosis maníaco-depresivas y la depresión involutiva. La psicosis no tratase de procesos biológicos anormales, sino de problemas vinculares básicos, y puede ser curada. La sociedad actual es la que está enferma, y quizás algunos psicóticos estén más “cuerdos” que los que así son convencionalmente denominados. “La locura no tiene por qué ser sólo un *desmoronamiento*. También es un *salto adelante*” (Ibíd, pág. 93). Hay experiencias trascendentes que pueden desembocar en lo que llamamos “psicosis”. Si bien no todos, al menos algunos psicóticos tienen experiencias trascendentes. Estas no son simplemente “reflejos de un proceso patológico o de un tipo particular de alienación” (Ibíd, pág. 96), sino el producto de una suerte de muerte y resurrección psíquicas, el traspaso de los horizontes de nuestro sentido “común”. Quizás allí radique un mundo por conocer, un vacío que no está vacío. Nosotros no somos conscientes de una parte importante de nosotros mismos, de nuestra mente, de aquélla parte que es fuente de vida. Esta parte es la que sí es consciente, y sueña, por ejemplo, lo que soñamos. Ella es más consciente de nosotros mismos que nosotros. Somos nosotros los que estamos alienados de ella, los que estamos fuera de nuestras mentes. Esta parte conoce nuestro mundo interno, nosotros no:

muchas personas entran en él [...] sin guías, confundiendo las realidades externas con las internas [...] y normalmente pierden su capacidad de funcionar eficazmente en las relaciones ordinarias [...] en nuestro mundo actual, que es tan inconciente y está tan aterrizado por el otro mundo, no es sorprendente que cuando la <realidad> [...] estalla y la persona entra en el otro mundo, ésta se halle completamente perdida y asustada, y sólo encuentre la incompreensión de los demás (Ibíd, pág. 97-98).

El hombre moderno niega la existencia de la realidad interna, aunque fenomenológicamente no haya gran diferencia entre éste y lo externo. La sociedad actual, en realidad, “está hambrienta de lo interno, aunque no sea consciente de ello [...] lo externo divorciado de cualquier iluminación proveniente de lo interno se encuentra en un estado de oscuridad. Estamos en la edad de la oscuridad” (Ibíd, pág. 100).

Por último, Grof & Grof (1993) también acercan la experiencia de Jack Kornfield y Richard Alpert, personas ‘con un pie en cada mundo’, es decir, maduras tanto en el ámbito académico occidental como en la práctica espiritual oriental. Jack Kornfield es doctor en psicología y monje budista theravada —consagrado luego de muchos años de práctica intensiva y vida de retiro en diversos monasterios—. Richard Alpert —conocido como Ram Dass— es doctor en psicología por Stanford, catedrático allí, en Harvard y en California; estuvo involucrado en la investigación psicodélica de los años '60; y ha explorado en profundidad diversas prácticas espirituales, tales como meditación Zen, técnicas sufíes, budismo theravada, mahayana, y yoga.

Tanto Kornfield como Alpert relatan de primera mano reveses del proceso y desarrollo del camino interno o espiritual, además aclarando que todo ello ya está de antemano descrito y advertido en las enseñanzas más o menos herméticas de las tradiciones espirituales que siguen, y de todas las que se consideran 'grandes' en el mundo. Sus experiencias de vida son un ejemplo claro y concreto de lo expresado por los autores centrales del capítulo, en torno a la vivencia de místicos y de tradiciones religiosas, potencialmente interpretada como de orden alucinatoria o psicótica.

Puesto que ambos autores coinciden en muchos aspectos, aquí sólo será referido el primero de ellos. Y de todo lo expresado por éste —por demás interesante para quién escribe— aquí sólo se hará hincapié en aquello que más concierne al tema tratado: alucinaciones y demás percepciones 'alteradas' (a la vez potenciales de ser interpretadas como patológicas) que la práctica espiritual budista puede suscitar. El autor confiesa que el camino espiritual es mucho más difícil de lo que se cree cuando se empieza. Hay problemas o peligros, dificultades físicas, emocionales y mentales llevadas al nivel más extremo. Luego de un proceso, al madurar la práctica, se abre el mundo interno, y la atención comienza realmente a desarrollarse. Hacen aparición "experiencias espirituales". En primer término el "arrobamiento" en diversos grados: temblores, liberaciones espontáneas de mucha energía en el cuerpo (fenómeno denominado "kriyas"). Puede sentirse como si hormigas u otros insectos estuviesen recorriendo el cuerpo. O calor, como si la columna vertebral estuviese literalmente ardiendo. Esto puede alternarse con sensaciones de frío. Pueden verse luces de colores. Puede parecer que el cuerpo entero se disuelve en luz. También pueden surgir extrañas percepciones: que el cuerpo parezca muy grande o muy pequeño; que uno se sienta pesado como una piedra, o por lo contrario muy liviano, como flotando; que la nariz esté fuera del cuerpo, la respiración un metro delante de uno, o la cabeza se doble hacia atrás; dolores, potentes sonidos internos, como fuertes campanas sonando. A nivel emocional, la liberación de intensas emociones. Los sentidos pueden volverse de repente extremadamente refinados: se ve, oye o huele de manera sorprendentemente superior a lo "normal". Se experimenta la nítida sensación de que se tocan las visiones o los olores. Se tienen visiones de experiencias que no se vivieron —se atribuyen a vidas pasadas—, o de acontecimientos que luego suceden. Puede ocurrir lo que se denomina "despertar de la Kundalini", una liberación de enormes cantidades de energía física, acompañada de una gran variedad de fenómenos/percepciones/sensaciones físicas extraordinarias.

Incluso el autor menciona que, en ciertas fases del proceso de meditación, pueden surgir estados similares a un brote psicótico. Personas que han tenido historial de enfermedad mental se sumergen en prácticas intensas y prolongadas, y repiten experiencias de ese tipo. En la práctica espiritual lo que más tememos inevitablemente se manifiesta, sale a flote, pero a diferencia del pasado, esta vez se da en un contexto seguro y equilibrado. La práctica contiene y lleva a la persona a atravesar esta zona de miedo, haciéndole comprobar que no se trata más que de otra parte de la mente.

En algunos casos singulares “la meditación intensiva puede reactivar la psicosis y catapultarles fuera del cuerpo, de manera que ya no son capaces de relacionarse de una manera normal. Estos estados abarcan alucinaciones auditivas y visuales tan fuertes...” (Ibídem, pág. 204). En estos casos quienes dirigen las prácticas —el autor, por ejemplo—, proceden con un proceso que denominan “hacer <aterrizar> a alguien”, es decir, que “vuelva al cuerpo”, reduciendo la velocidad del proceso. La meditación se interrumpe y se indica a la persona otro tipo de prácticas, de contacto con la tierra y con el cuerpo. En contados casos en alrededor de cuatro décadas, esto no ha resultado, y el autor comenta ha tenido que acudir a psiquiatras familiarizados con la práctica, para dar “algún tranquilizante” en pequeñas dosis, por algunos días, para ayudar al proceso. En dos casos en particular las personas fueron hospitalizadas por algunas semanas. Con la meditación se busca una experiencia plena en el cuerpo. En estos contados casos, frente a lo extremo de lo vivenciado, la persona ha reaccionado “saliéndose” completamente del cuerpo.

En estados de práctica budista avanzada, se puede alcanzar niveles de completo ensimismamiento y de “conciencia cósmica”, denominados “dhyanas”. El mundo conocido, los sentidos, los puntos de referencia de todo tipo, comienzan a “disolverse”. Se llega a sentir terror, hasta paranoia, claustrofobia, angustia, “sufrimiento profundo”. La guía y la experiencia indican que esto lleva a un nuevo nivel. Se está cruzando el umbral de desvanecimiento del “yo”. El quedarse estancado en medio de estas fases o umbrales puede devenir en perturbaciones graves, crónicas. Por eso la importancia de la tradición y un guía (un “maestro”). Luego de traspasar esta fase se llega a la revelación de un “vacío”, “la verdadera naturaleza de la mente”. Podemos saborear cómo es “el mundo”, sin dejarnos atrapar por él.

Y así el autor prosigue con más acerca del “camino”. Pero lo hasta aquí enunciado basta para dar una idea más acabada de aquello a lo que estos practicantes se refieren cuando dicen cosas como las siguientes: que los maestros de todas las religiones tuvieron experiencias que desde una óptica occidental moderna serían consideradas como psicóticas.

2.3 — Wilson Van Dusen: un abordaje fenomenológico

En pleno desarrollo del presente trabajo aparece este autor, psicólogo que lleva adelante estudios clínicos en la década del '60 con pacientes psicóticos graves en el hospital estatal de salud mental de Mendocino, California, institución en la que ejerció un cargo directivo y trabajó cerca de veinte años.

Tal como relata en uno de sus papers (Van Dusen, 1984), toma a pacientes que alucinan, ya sea esquizofrénicos recientes como crónicos, alcohólicos, personas con daño cerebral orgánico, seniles, depresivos. Los describe como personas que se caracterizan por tener un comportamiento extraño. Pero más allá de la imagen del “enfermo mental”, se trata simplemente de personas enredadas en procesos internos y que fallan a la hora de llevar

adelante sus vidas frente a los desafíos de la cotidianeidad del mundo externo. Suelen guiarse por un conjunto de creencias inusual, que puede o no ser aparente.

Van Dusen entrevista por un período extenso a muchos de estos pacientes. Comienza a descubrir que puede entablar comunicaciones, contacto, diálogos, directamente con las alucinaciones de los pacientes. Trata a las mismas como realidades, porque eso es lo que son para los pacientes. En este sentido, define este acercamiento como uno de índole fenomenológico. Los pacientes se muestran, en principio, reticentes a hablar de lo que ven u oyen. Se cierran por estar avergonzados de los contenidos envueltos en ello. A medida que el autor muestra genuino interés, sin prometer una cura ni un beneficio, los pacientes comienzan a compartir. Todos, unánimemente, objetan el término 'alucinación'. Utilizan sus propios términos. Consideran que han entrado en contacto con otro mundo u orden de seres.

El autor realiza una clasificación en base a su estudio, y afirma que existen dos órdenes de experiencias alucinatorias. Uno 'bajo' y otro 'alto'. El primero se caracteriza por voces, por ejemplo, que incitan e insisten para que la persona lleve adelante actos obscenos, lascivos o tontos. Lo hacen bajo amenaza, incluso de muerte. Las voces tienen un vocabulario y un rango de ideas muy limitado, pero una voluntad persistente para dañar potente; trabajan en cada debilidad de la persona; aclaman tener poderes, capacidades sobrenaturales; hacen promesas que no cumplen; pueden trabajar para poseer o dañar una parte del cuerpo de la persona; se muestran incapaces de tener un razonamiento secuencial; tienen repudio a todo tipo de religión o forma de religiosidad; además, no parecen revelar una personalidad individual, separada, que vaya más allá de las ideas, conocimientos o recuerdos del mismo paciente. No manifiestan un nivel de pensamiento o experiencia superior, sino que más bien parecerían alojarse en el nivel más bajo de la mente del paciente. Van Dusen declara que es difícil hablar con estas voces, ya que no tienen simpatía ni por él ni por el paciente. Le recuerdan mucho de lo descrito por Freud en términos de compulsión, repetición, goce; y lo que en la literatura antigua es descrito como 'posesión demoníaca'. Mientras que, por otro lado, las experiencias del orden 'alto' le recuerdan a los arquetipos junguianos.

El orden 'alto' de experiencia es más inusual. Puede tratarse del veinte por ciento de los casos, o menos. Se trata de una voz o visión de una entidad que respeta la libertad de la persona; en cuanto siente que ésta tiene miedo, se aleja; es muy raro que hable, mientras que en el orden 'bajo' la voz habla sin parar; se trata de una experiencia altamente simbólica, religiosa —en un sentido amplio del término—, contenedora, instructiva, que entra en contacto directo con los sentimientos de la persona, teniendo una alta carga emocional, y un aire de 'verdad' ineludible, incuestionable. Una experiencia que amplía los valores de la persona. Es más rica que lo que la experiencia individual del paciente podría proveer. En este sentido, parece mostrar una personalidad, una identidad externa a la del sujeto.

El autor afirma su sorpresa frente a la claridad de estos hallazgos: las similitudes entre los pacientes, aunque no tengan contacto entre sí, es sorprendente. Además, son mucho mayores que las diferencias. Van Dusen incluso afirma que luego de trabajar con veinte

pacientes, ya no encontraba mucho más para aprender. La división de los dos órdenes de experiencia 'alucinatoria' puede ser, entonces, para él, clara y de carácter general. Algunos pacientes, por ejemplo, incluso viven ambas experiencias, de los dos órdenes, en diferentes momentos. Son pacientes que sienten vivir un 'cielo' y un 'infierno'. El autor confiesa no poder evitar sentir que está lidiando con una polaridad contrastante entre bien y mal.

Por otro lado, Van Dusen relata encontrar, años después, una sorprendente convergencia entre sus hallazgos y los que pregona Swedenborg, un científico y místico sueco del siglo XVIII. Aclara que la concepción del místico suena extraña y altamente improbable para muchos. Más aún tratándose de algo que escapa a toda prueba. Sin embargo no deja de expresar su asombro ante la similitud entre lo pregonado por el sueco y su hallazgo clínico.

Swedenborg —de acuerdo a Van Dusen (1984)—, sostiene, entre muchas otras cosas, que la vida del hombre depende de su relación, consciente o inconsciente, con toda una jerarquía de seres espirituales. Los mismos pueden ser 'ángeles' o 'demonios', como se denominan en el argot religioso cristiano, y se alojan en el espíritu del hombre, es decir, en niveles inconcientes de su mente y sentimiento, y así el hombre no los percata. Allí viven sus deseos en lo que vendría a ser el origen de los pensamientos y sentimientos del hombre. Ellos tampoco sienten que están en la vida del hombre. No escuchan o sienten el mundo del hombre. Para todas las actividades humanas del hombre, ellos tienen sus correspondientes experiencias espirituales. Así, hombre y espíritus actúan juntos, aunque sin saberlo. El hombre es libre de actuar, pero sin saber que está condicionado. Buenos espíritus, ángeles, habitan en el aspecto más interior del hombre, más abstracto, más originario. Los malos espíritus, demonios, habitan en una zona más 'baja' de la mente, la memoria personal. Hay una barrera de conciencia respecto de nuestro mundo y el de los espíritus. De romperse aquélla, la salud mental y hasta la vida misma del hombre corre peligro, según el sueco.

Van Dusen detalla la descripción que hace Swedenborg de las entidades bajas y altas, y coincide exactamente con sus hallazgos. Incluso afirma que la información proporcionada por el sueco le ayudó, según él, a comprender el por qué de algunas incógnitas. Una de ellas, por ejemplo, es el por qué las alucinaciones del orden bajo parecen ser entidades separadas (para los pacientes, o para quién los aborda como lo hace Van Dusen), y sin embargo, no revelan ni un rastro de identidad personal, ni siquiera un nombre. Y tampoco producen nada que no esté fuera de la memoria del paciente. Swedenborg aclara que los espíritus bajos entran en la memoria del hombre y pierden la propia. Cuando descubren que son otros aparte del hombre, comienzan a intentar obsesionar y poseionar al hombre, queriendo clamar que tienen identidad separada y convenciendo al paciente de esto.

En este mismo escrito se menciona que quizás en grados más profundos de esquizofrenia los espíritus bajos han retenido algo de su propia memoria. Por lo que ésta es la que estaría actuando dando forma a delirios, a que los espíritus bajos obsesionen al hombre para que crea que es e hizo lo que no es ni hizo. El sueco menciona esta posibilidad.

Swedenborg comenta en su diario personal que recibió el talento de poder ver todas estas cuestiones. Ello implicó que fuera atacado por demonios cual si fuera un hombre poseído, para aprender cómo eran sus poderes y tendencias. Pero según él no estaba permitido que lo lastimaran. Según Van Dusen su relato personal suena exactamente como el de sus pacientes con alucinaciones e ilusiones.

En uno de sus libros (1972), Van Dusen va describiendo diversas experiencias que el hombre común vive, que están vinculadas a lo que denomina 'el mundo interno'. Son instancias cotidianas de contacto con otra dimensión del sí mismo del hombre. Algunas de ellas son la imaginería, la meditación, el estado hipnogógico, los sueños, la experiencia mística, o incluso las alucinaciones. Según el autor, la tendencia más profunda de la psique es la de representarse a sí misma. Por eso, de alguna que otra manera, ésta siempre va a estar en campaña para hacerlo. A continuación se resumen, en palabras del mismo autor, cada uno de esos 'intentos simbólicos de representación'.

La *imaginería* es un acto relajado de percepción, permitiendo que fluya el sentir y la fantasía, la imaginación. Detrás de toda acción, incluso la del pensamiento, está el sentir. Las imágenes dadas en este contexto no son más que representaciones del estado interno, el lenguaje del mundo interno. La imaginación puede parecer extraña, ajena a uno, pero es sabia, inmensamente rica. A la vez, también es dramática, es decir, dramatiza, exagera, cual si quisiera magnificar lo que quiere mostrar, para que sea visto, para romper con las barreras de la negadora razón. Es como si estuviera preocupada por la calidad y la dirección de la vida de la persona. Es más objetiva que la misma persona en torno a su vida. Su lenguaje es en términos de sentimiento, y en forma dramática. Se entromete muy poco en la vida de la persona, pero lo hace mucho más cuando hay pensamientos obsesivos, actos compulsivos y psicosis. Cuanto más falla la persona, más se mete esta tendencia para dar una mano (Ibíd, pág. 71-73).

La *meditación* es el esfuerzo en poner foco y limitar la operación de la mente. Cuando esto sucede se hacen más evidentes las bases subyacentes de su funcionamiento, se observa cómo aumentan los procesos internos espontáneos, cómo la mente tiende a representar su propio estado de varias maneras, tales como sensaciones físicas, pensamientos, imágenes, palabras espontáneas, percepciones, la emergencia de sentido, etc. De este modo, la meditación está relacionada a vincularse con imágenes derivadas de sentimientos —la mencionada imaginería—. Cuando estas representaciones se observan y se prosigue en ese camino, se trascienden hacia estados que van más allá del sí mismo, hacia una comprensión de toda la realidad (Ibíd, pág. 77-87).

El *estado hipnogógico* —o también llamadas alucinaciones hipnogógicas— son las que surgen cuando uno está acostado, muy relajado y a punto de dormirse, o apenas al salir del sueño. En primer lugar parece darse un estado caótico en el cerebro, donde aparecen pedazos de imágenes y frases. Cuando uno se aproxima más, parece darse, en cambio, un estado

claramente autosimbólico. Todo se vuelve puro autosimbolismo, representando dónde uno está parado en ese momento. Uno no tiene dudas de que se encuentra frente a algo ajeno a los procesos mentales normales. Puede vivirse la experiencia de ver claramente el proceso interno por el cual los sentimientos se convierten en palabras e imágenes. También ver cómo las imágenes surgen de repente y están completamente formadas antes de que uno pueda intentar adivinar a qué se refieren. Pueden escucharse oraciones o frases que no son inmediatamente entendidas, y que requerirán de esfuerzo para poder captar su sentido. También pueden verse luces. Una hipótesis es que son las mismas que se ven bajo drogas como el LSD o alucinógenas, pero en este último caso están amplificadas. Otra hipótesis es que estas luces también son una representación autosimbólica, acerca del estado en que uno está. Son el mero comienzo de una autorepresentación interna. Ya sea que se trate de imágenes, oraciones, frases o luces, el fenómeno parece tener un tinte instructivo para la persona. Con el suficiente entrenamiento, se puede incluso hablar y experimentar con el proceso interno. Este estado tiene la ventaja por sobre la imaginación y la meditación, de que uno puede estar seguro de que no es quién genera las respuestas que surgen en tal estado.

Es difícil lograr el estado. Uno puede estar muy dormido y salirse de él, o lo suficientemente despierto como para que el propio ego lo bloquee también. En este sentido, tal estado es la antítesis del ego.

Las alucinaciones hipnogógicas y las psicóticas están relacionadas: tienen la misma cualidad foránea, ajena a uno. También hay diferencias: las alucinaciones en la psicosis son mucho más vívidas. Los psicóticos pueden clara y literalmente ver y escuchar cosas mientras despiertos. Las alucinaciones auditivas en los psicóticos en general no son en su voz. La hipótesis de Van Dusen es que el psicótico experimenta este mismo proceso pero, al estar más alienado de su propia naturaleza, lo hace en forma más intensa y alienada.

El autor menciona que a un nivel más profundo, puede darse un estado como el de satori o iluminación. De repente quien pregunta y quien responde son uno y el mismo.

Una vez habiendo habitado el estado hipnogógico, se comienza a ver imágenes o palabras en la vida cotidiana. Uno comienza a sentirse más como un observador de un proceso que como el único que reina en su cabeza. El individuo se vuelve más modesto respecto de sus propios procesos (Ibíd, pág. 91-99).

Los *sueños*, según el autor, son primariamente una representación simbólica o dramática de las preocupaciones de la vida presente del individuo. No se sabe por qué son tan simbólicos. Se trata de un mensaje completamente formado de parte del otro lado del individuo, su lado interno.

Si acaso con los sueños o demás estados que se vienen describiendo, e incluso con las alucinaciones, se puede denotar que hay un más allá, pues bien, con la *experiencia mística* se llega a la realidad última. La misma, según el autor, admite grados. El primero y más común está vinculado simplemente al estado de estar. Sin apuros. Y experimentar toda realidad ordinaria. Sorprendido de las cosas, tal como son. Asombrado frente a la mera presencia de la

existencia. Así, la persona siente lo que percibe, siente en unión con lo que percibe. Quizás los niños lleven ventaja a los adultos respecto de este estado. El segundo grado descrito por Van Dusen es el amor conyugal. Una experiencia no apurada, de gran belleza, y que rompe con la separación del individuo con los otros. Al tercer grado, lo llama 'el horrible Satori'. Cuenta de la experiencia de perder la conciencia del ego, que es vivida como una muerte, o locura. En este punto el autor habla de experiencias científicas con drogas psicodélicas, que se hicieron tomando 'resguardos', para el autor 'psicológicos', que consistieron en imitar lo que ciertas tradiciones denominadas 'primitivas' consideraban como 'lo sagrado'. Entonces el autor comparte que con estos resguardos el estado de iluminación mística era no sólo posible, sino incluso bastante común. Lo que se identificaría como un 'horrible Satori' estaría estrechamente vinculado con lo que está descrito como un 'bad trip' en estas otras experiencias con psicotrópicos. El autor incluso llega a esbozar como hipótesis que este tercer grado (horrible Satori) puede tratarse de una experiencia que esté en la raíz de muchas de las psicopatologías del hombre común (Ibíd, pág. 167-169). El cuarto y último grado es el 'gran Satori' mismo, descrito en toda gran tradición meditativa oriental.

Van Dusen de este modo propone, implícitamente, cierto continuum de experiencias — la imaginación, la meditación, el estado hipnagógico, los sueños, las alucinaciones, la experiencia mística— en el cual la conciencia egoica, ordinaria, se va desvaneciendo y el interno va tomando más protagonismo, se va 'despertando'. Hacia el final del libro habla del mundo interno como un 'Otro yo', que vive en relación polar al yo egoico (cuanto más de este, menos de aquél, y viceversa); vive en total intimidad con el individuo y tiene interés en la calidad de vida de éste; sabe mucho más que éste; conoce las realidades internas y las externas a la persona, y las trata como si fueran una sola; y que su forma de expresión es simbólica o representacional, de un modo dramático (Ibíd, pág. 187-188). Al preguntarse por qué este 'Otro yo' es simbólico (en vez de usar un lenguaje directo y unívoco como el nuestro), el autor se responde: "These inner processes of mind tend to be symbolic because they stem from a world in which all things are understood as related" ["Estos procesos internos de la mente tienden a ser simbólicos porque parten de un mundo en el cual todas las cosas se entienden como relacionadas"] (Idem). Van Dusen entonces se explaya en este punto — extremadamente interesante para quién escribe, aunque sobrepasa el objetivo del presente capítulo—.

Las alucinaciones, entonces, para el autor no son más que una representación de las tendencias, estados, y experiencias internas de la persona. Así, las que son psicóticas estarán ligadas a personas que perdieron totalmente su capacidad de vivir sus potenciales internos. Al ser el freno tan grande, la tendencia interna sale al frente apareciendo como alucinación. La misma puede ser tanto más limitada que la persona —orden bajo—, como más sabia y dotada —orden alto— (Ibíd, pág. 184). Y asimismo, el 'Otro yo' puede alojar las nociones religiosas de "cielo" e "infierno" dentro del hombre mismo.

Las alucinaciones del orden bajo se darían como resultado de una alienación del hombre respecto de sí mismo y respecto del mundo, de los demás. En este sentido, Van Dusen afirma que el mundo interno no es más que el reverso del mundo externo: "The inner is, after all, a symbolic commentary on the relationship of the person to the world" ["Lo interno es, después de todo, un comentario simbólico de la relación de la persona con el mundo"] (Ibíd, pág. 139). Adentro y afuera no son cosas separadas, sino dos caras de la misma moneda. Una y la misma cosa. La locura para el autor no es más que separación, alienación, y, por lo tanto, inutilidad. La persona se vuelve inútil tanto para sí misma como para los demás.

Tanto en el libro como en el paper aquí referenciados, el autor menciona que en su investigación clínica, una figura alucinatoria del orden 'alto' una vez le indicó que la función del orden "bajo" era la de ilustrar o enseñar las faltas, vicios, tendencias negativas de la persona.

Considerando el sentido simbólico de las mismas, un error en el que caen los mismos receptores de las alucinaciones sería el de interpretarlas de modo literal, y perder la oportunidad de leer un mensaje en las mismas. En este sentido, Van Dusen acuña el término de 'aliado'. El 'Otro yo' sería un 'aliado' para el yo egoico. En realidad el único y gran aliado, que sabe mucho más que nosotros. Y las alucinaciones serían una parte más de los 'mensajes' dramáticos que el interno envía para ayudar a la persona.

Al mismo tiempo queda una incógnita que en el presente trabajo se cree no está lo suficientemente explicada, entre el Van Dusen que se recuesta sobre Swedenborg y el que afirma que toda alucinación representa las tendencias internas de la persona. La incógnita gira en torno a la articulación entre un Van Dusen que se apoya en una explicación más de índole psíquica, y otro Van Dusen que se apoya en otra de índole espiritual. En lo que respecta a las alucinaciones de orden bajo, por ejemplo, explica por un lado que se trata de una influencia maligna, repetitiva y destructora; por otro lado, afirma que también provienen del 'Otro yo', que contienen un sentido que es de ayuda, de orden simbólico, que muchas veces las personas no logran descifrar, por interpretar en forma literal. ¿Cómo puede esta experiencia tan perturbadora provenir del 'Otro yo', y ser de orden terapéutico? Quizás, como se comenta, el 'Otro yo' cumple con su rol de aliado al ser mero representador incluso de lo enfermo en la persona, al representar aquello otro maligno que pugna por tomar la identidad de la persona. Quizás, entonces, tal tipo de alucinación/representación, esté al servicio de mostrar las debilidades de la persona, para que sean tratadas y resueltas, en pos de un crecimiento. Pero esto es mera exégesis de los textos aquí citados, no está expresado de esta forma por el autor; a criterio de quién escribe, se trata más bien de una cuestión que queda abierta, acerca de la cual se arrojan cabos, se hacen aproximaciones, sin terminar de ser completamente abarcada.

Hay un Van Dusen que sí pretende integrar perspectivas. No da respuesta explícita a cómo se articula el rol terapéutico del 'Otro yo' y las alucinaciones del orden 'bajo', pero si expresa su opinión respecto de cómo lo hacen una visión psíquica y otra espiritual en torno al fenómeno alucinatorio. En el paper de 1984 se pregunta, a modo de conclusión, si la especulación de Swedenborg y las teorías modernas acerca de la existencia de un

inconsciente no estarían acaso hablando de lo mismo en algún sentido. ¿Los espíritus no serán manifestaciones del inconsciente? ¿O acaso éste no será un reflejo de esta interacción con espíritus? El autor afirma que para él ambas realidades son lo mismo; pero que la realidad espiritual descrita por el sueco es la explicación más sustancial, explicando los detalles de las alucinaciones mejor que cualquier teoría del inconsciente, y a su vez tratándose de una perspectiva más amplia, que explica también otros fenómenos que van más allá del hombre. Pero Van Dusen declara que esto último es su opinión. Lo que sí define como algo demostrado, es que lo descrito por Swedenborg como la acción de seres de otro orden, es exactamente lo mismo que lo que él halló en las alucinaciones de sus pacientes.

2.4 — Alucinaciones inducidas por prácticas de la Medicina Tradicional Amazónica

Ciertos rituales llevados adelante por ‘curanderos’ de la Amazonía, y en especial con plantas por ellos denominadas ‘visionarias’, generan alucinaciones de todo tipo. A pesar de lo que esto puede despertar como primera impresión en personas de cultura occidental, se trata, según algunos, de experiencias llevadas adelante con un objetivo y un alto potencial terapéutico. Las alucinaciones no se consideran fenómenos ajenos a la realidad de quién las vive, sino más bien lo contrario. Las mismas contienen información, a ser traducida y codificada, no sólo por el sujeto depositario sino también por el curandero. La persona en cuestión se relaciona con tales alucinaciones. En el mundo de la llamada Medicina Tradicional Amazónica (MTA), las mismas se consideran ‘visiones’, experiencias que dan lugar a ‘tomas de conciencia’, revelaciones, de aspectos ocultos de la persona y la existencia.

Desde hace algunas décadas, existen trabajos de investigación serios que apuntan este tema; uno de ellos en particular resulta de gran interés para el presente trabajo (Mabit, 1986). Se centra en el uso ritual de una planta ‘visionaria’, la ‘ayahuasca’, en el contexto de la Alta Amazonía Peruana. Explica en qué consisten las sesiones de ingesta de la misma; señala que el curandero es capaz de dirigir el nivel de intensidad de la alucinación colectiva o particular en las ceremonias, a través de diversas técnicas que el mismo incorpora en su proceso iniciático de aprendizaje. Mabit también describe los tipos de alucinaciones que pueden ser despertadas durante el ritual. Entre las visuales destaca (Ibídem, pág. 7):

- Imágenes abstractas con formas y colores a veces muy elaboradas y nunca antes vistos por el sujeto.
- Imágenes antropomórficas de personajes de apariencias realistas o fantásticas (enanos, gigantes, personas sin cabeza, monstruos, ángeles, etc).
- Naturaleza animada: cualquier objeto, mineral, vegetal o animal dentro o fuera del campo visual es susceptible de animarse mentalmente.

- Visiones ontológicas referidas al pasado, al futuro, a la constelación efectiva, al propio universo del paciente.
- Visiones filogénicas que atañen a la colectividad, la sociedad, la naturaleza humana.
- Visiones cosmológicas.
- Visiones demoníacas o celestiales, místicas...

También afirma que:

la calificación de las alucinaciones viene a ser un reto, pues al ponerlas en forma verbal, generalmente se percibe como reductora de lo vivido. Amputa la experiencia del colorido propio de lo que se ha experimentado y no comprendido intelectualmente [...] nosotros mismos, al redactar este texto, tenemos conciencia del carácter reductor de esta presentación (Ibíd, pág. 8).

El texto también intenta definir “invariantes” que se dan en sesiones de ayahuasca, que abarcan el extenso universo de sujetos observado en la investigación realizada. A continuación se enumeran sólo tres de ellas, con el objeto de plasmar la intención del autor de dejar en claro la naturaleza terapéutica de las ceremonias y las alucinaciones en ellas inducidas.

a) La ‘singularidad y pluralidad’:

al fin de la sesión, el sujeto se encuentra con frecuencia como bañado en el espíritu colectivo con un sentimiento de entrega e intercambio, hasta de comunión, queriendo compartir con los demás. Al mismo tiempo, tiene la sensación de haber vivido una experiencia del más alto punto personal y alcanzado lo más profundo de su intimidad (Ibíd, pág. 9).

b) ‘Sentimiento de realidad’. Las visiones, desde las más fantásticas hasta aquéllas que atañen a la vida personal del sujeto, están acompañadas de un sentimiento de realidad. Aún aquéllas que revelan los aspectos más oscuros del sujeto, son asumidas, aceptadas, como indiscutibles.

Se manifiesta como una toma de conciencia de verdades subconcientes, latentes. El sujeto concluye diciendo “en el fondo, yo ya lo sabía” [...] la visión otorga al paciente valiosas referencias psíquicas para la estructuración de su personalidad. La desaparición de dudas sobre cuestiones fundamentales de su existencia contribuye a darle sentimientos de paz (Ibíd, pág. 10).

También se menciona que el carácter de evidencia de las 'visiones' y su fuerza a modo de convicción queda impregnada en el sujeto, aunque atenuada, aún luego de la experiencia.

c) 'Ausencia de pérdida de conciencia'. Esta invariante resulta para el autor importante de ser resaltada. A pesar de lo que se podría suponer, durante la sesión el sujeto sabe, a pesar de las visiones, quién es, donde está, qué es lo que ha tomado, etc. La conciencia no se ha diluido, sino 'modificado'.

Por último, el autor se pregunta si es válido llamar 'alucinación' a este tipo de experiencias, considerando el sentido despectivo que este término puede denotar; en sintonía con ello, plantea la cuestión de si tales experiencias de 'modificación de los estados de conciencia' son 'ficción o realidad'. Concluirá que, más que tratarse de fantasías inocuas, tratamos en cambio con algo que nos enriquece, nos mueve a comportamientos que reflejan un mayor dominio del mundo interior. La cuestión viraría hacia hablar de grados de realidad de la visión, o, en todo caso, de la 'congruencia' de las mismas respecto de nuestro estado de conciencia ordinario (Ibíd, pág. 12).

En sintonía con esto, el autor enumera razones por las cuales considera 'válidas' las visiones de la ayahuasca. A continuación se resaltan algunas de ellas:

- 'Coherencia'. Las visiones, aunque increíbles, incomprensibles, no susceptibles de ser integradas inmediatamente y a nivel conciente, resultan no ser percibidas como incoherentes o caóticas.

- 'Carácter colectivo'. Suele tenerse la misma apreciación grupal respecto de lo vivido en sesión. Pueden darse visiones comunes o similares entre participantes.

- 'Eficacia'. La descripción hecha por el autor en este respecto merece ser citada casi en su totalidad (Ibíd, pág. 14):

La visión es capaz de modificar la existencia diaria del sujeto, su carácter, su ánimo, su conducta. Y esto puede ocurrir aún cuando éste mismo no haya identificado de manera clara el sentido de sus visiones.

La toma de conciencia, la integración por el intelecto, en la práctica del curanderismo, no son indispensables para la evolución de la psique. Esta posición queda en completa contradicción con la mayoría de las psicoterapias académicas.

Sin lugar a dudas, los pacientes pueden sentir y vivir cambios a veces muy importantes en su existencia. La manifestación más evidente es la capacidad frecuente del paciente en tomar decisiones latentes desde hacía mucho tiempo para modificar su vida (orientación profesional, ruptura relacional, cambio de modo de vida, etc.).

Es importante resaltar que, tal como menciona el autor en otros artículos (Mabit, 2012) además del anteriormente citado, la ayahuasca no crea ninguna dependencia, ya que no genera tolerancia ni dependencia. No sólo ello, sino que más bien puede ser un poderoso aliado en la consecución de la salud psicológica si se conserva un uso responsable y riguroso del mismo, de acuerdo al conocimiento que puede otorgar la tradición al respecto. En línea con esto, en la década del '90 científicos norteamericanos y finlandeses llevan adelante el 'Proyecto Hoasca', estudio científico longitudinal de ingesta de ayahuasca, por más de 10 años, con un grupo de control. Los resultados arrojan una mejora significativa en parámetros de salud física y psíquica en el grupo que ingiere la planta.

Ya hace algunas décadas, existe un creciente interés de parte de la comunidad científica y académica occidental por el uso beneficioso de los alucinógenos en salud mental. En este respecto puede mencionarse la existencia de un Congreso Internacional que se realiza en forma anual, la 'AYA Conference', que llama tanto a psicólogos como psiquiatras y todo tipo de terapeutas, y se centra en el uso de la ayahuasca con fines terapéuticos.

También puede aludirse la existencia, desde 1992, del Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales TAKIWASI, cuyo médico fundador y actual Director es el autor aquí citado. Esta clínica tiene un protocolo de internación que combina el trabajo de médicos, psicólogos y diversos terapeutas, con el de curanderos y la ingesta de plantas según la ya mencionada MTA, incluida la ayahuasca, con el objeto de ayudar a los pacientes en su problemática de adicciones. Por otro lado, cuenta con un porcentaje de rehabilitación muy por encima del alcanzado por los centros de rehabilitación convencionales (Ibíd, pág. 3).

Según Mabit, la ayahuasca ejerce "una activación inespecífica de los procesos naturales de reparación psíquica y por ello puede jugar un papel esencial de facilitador en los abordajes de psicoterapia" (Ibíd, pág. 9). En torno a esto, detalla que no sólo se trata de una experiencia a nivel mental, a través del despertar de "la visualización simbólica del mundo interior" (Idem); es decir, no sólo se trata de un catalizador de benévolas 'alucinaciones' —o más bien 'visiones' según la perspectiva que expone—, sino de una experiencia que involucra también las emociones y el cuerpo. La sustancia genera una transitoria disolución de mecanismos de defensa, por lo que se reviven primitivas emociones y sensaciones asociadas a eventos traumáticos, y que involucran al cuerpo. La memoria no sólo es un fenómeno mental, sino también emocional y corporal. La psicósomática parte y a la vez evidencia este principio. De este modo, con la ingesta de la sustancia se despiertan efectos físicos diuréticos de todo tipo, que en realidad, más que manifestar algo que puede ser interpretado como una intoxicación, se refieren más bien a una catarsis, producto de una temporal baja en tales mecanismos de defensa antes mencionados. En conjunto con esto, encontramos también un correlato emocional, en la experimentación de tales sentimientos y sensaciones históricamente sofocadas, y otro correlato, mental: la imaginería simbólica. A partir de tal evacuación o catarsis

corporal, emocional y mental, se da la apertura a nuevos sentimientos y posibilidades, y la integración de aquéllas vivencias no abordadas en forma adecuada (Idem).

Este último artículo mencionado termina por declarar, entonces, que la ayahuasca “es un excelente facilitador en los procesos de psicoterapia, con casi nulos riesgos vitales” (Ibídem, pág. 13). Para afirmar esto último acerca del riesgo, el autor menciona, en primer lugar, que la planta cuenta con un mecanismo de auto-regulación. A lo largo del artículo explica que éste está implícito, en primer lugar, en el hecho de que la planta sea ingerida por vía oral; y, en segundo lugar, en el proceso de catarsis corporal que lleva adelante, que a su vez tiene un matiz protector, pues es capaz de sortear la posibilidad de que la persona se enfrente a aquél contenido psíquico y emocional censurado, si acaso no está lista para ello.

Por último, se destaca que para el autor es muy importante considerar la adecuada preparación o selección del sujeto que va a vivir la experiencia, y también la del terapeuta/curandero que la va a llevar adelante.

Pueden ser mencionados otros muchos argumentos y experiencias, ya expuestos por Mabit y otros investigadores que escriben al respecto, que abogan el uso adecuado y terapéutico de la ayahuasca y otros muchos tipos de plantas, utilizadas por sociedades tradicionales, y que conforman un conocimiento milenario, para tratar padecimientos, tales como adicciones (que conforman nada más y nada menos que una deuda pendiente de la salud mental actual, no pudiendo abordarlas de manera efectiva). Pero no se considera que éste sea el espacio adecuado para ello, siendo el presente capítulo no más que un mero esbozo de lo que para algunos es ya una patente realidad actual: el uso responsable de plantas, de acuerdo a un conocimiento tradicional, que induce ‘alucinaciones’, y que conforma un acto de índole terapéutico para la persona.

2.5 — Posesión Demoníaca: una mirada religiosa

A continuación se presentará brevemente una perspectiva vigente aún hoy en día, a pesar de lo que se plasma en la historia de la psiquiatría, de la psicología, e incluso en la historia de la fe religiosa. Se trata de una mirada que contempla la posibilidad de una afección de tipo ‘espiritual’, como causante de síntomas psicóticos tales como las alucinaciones.

Movimientos religiosos, cristianos, de ‘liberación’, y también sectores de la Iglesia Católica, practican exorcismos, a personas que padecen, según la interpretación dada, algún grado de posesión por ‘espíritus’ malignos. Frente a una persona que, entre otros síntomas, escucha voces atormentadoras, se contempla la posibilidad de que la causa no sea ‘física’, o ‘mental’, sino más bien ‘espiritual’.

Para empezar, parece apropiado tomar a autores como Hammond&Hammond (1989), que describen bien acerca de esta perspectiva. Se trata de terapeutas cristianos de un

movimiento de liberación en los EEUU. Ellos mencionan la existencia de “espíritus demoníacos” que “pueden invadir y habitar los cuerpos de los hombres” (Ibíd, pág. 15). “No es raro que los demonios hablen a través de la persona a quién se está liberando [...] Cuando a los demonios se les ordena salir de una persona, a veces alegan: <He estado aquí por mucho tiempo>” (Ibíd, pág. 16). “Estos poderes malignos sólo tienen un objetivo: la maldad” (Ibíd, pág. 25).

Afirman que los demonios pueden entrar en el cuerpo de uno a través del ‘pecado’, o determinadas circunstancias de la vida en general emparentadas con la niñez (Ibíd, pág. 40-43). Y que los síntomas más frecuentes incluyen problemas emocionales, mentales, del habla, sexuales, adicciones, y hasta enfermedades físicas.

En particular, en el libro citado hay un capítulo que alude a la esquizofrenia. Allí se afirma que,

una cuarta parte de quienes vienen a nosotros en búsqueda de liberación tienen un cuadro de esquizofrenia (....) La esquizofrenia es una perturbación, una distorsión o desintegración en el desarrollo de la personalidad (....) La persona tiene más de una personalidad dentro de sí (....) dobles personalidades dentro del esquizofrénico, pero ninguna de ellas era el yo real (....) espíritus diabólicos que han entrado en la vida de la persona cuando era muy, muy joven (....) se deben separar, expulsar y derrotar (...) Para la persona es un choque descubrir que mucho de su personalidad no es el yo real (Ibíd, pág. 144-146)

Se describe la esquizofrenia como producto no de un solo ‘demonio’, sino de una serie de ellos, que de a poco van instalándose en la persona. Uno va invitando a otros a entrar. Un trabajo en conjunto, para “producir la distorsión de la personalidad” (Ibíd, pág. 147). Primero trabajan con el rechazo, provocando al aislamiento; luego con la rebeldía, y así con otros atributos que van haciendo al esquizofrénico. A medida que los exorcistas/terapeutas van ‘liberando’ a la persona, por medio de lo que consideran como ‘herramientas’ de tipo espiritual, consideran que deben equilibrar esta labor con la de desarrollar el ‘yo real’ de la persona. Ya que ésta no lo conoce. “Los demonios no han permitido que el yo real se desarrolle” (Ibíd, pág. 148).

Las tres áreas principales que se deben conquistar son: rechazo, rebeldía y la raíz de amargura. A medida que estas áreas son conquistadas la “casa”, es decir la vida, se debe llenar por dar y recibir amor, por someterse a toda autoridad válida, y por perdonar a todas las personas, sin tener en cuenta las circunstancias (Ibíd, pág. 153)

Resulta de interés mencionar que según los autores puede haber algo de lo familiar envuelto en torno a esta afección; ésta puede heredarse generacionalmente. Pero dicen: “se

puede heredar demoníacamente (...) no está en el sistema sanguíneo, ni en los genes; ¡está en los demonios! En otras palabras, los demonios buscan perpetuar su linaje y es más fácil para ellos hacerlo dentro de una familia” (Ibídem, pág. 147). Aquí entonces, se expresa el mismo fenómeno que otras perspectivas sostienen —la influencia de lo familiar e incluso lo generacional—, pero desde esta otra mirada, con una lógica explicativa distinta, ‘espiritual’ si se quiere —dicho en sus propios términos—.

Resulta aún más interesante destacar algo que concierne a todo lo contenido en este capítulo en particular. La explicación que los autores mencionados proveen en torno al fenómeno de la esquizofrenia está enteramente basada en un sueño que uno de ellos tuvo. Una “revelación”. En relación a esto se expresa en estos términos:

me desperté del sueño (...) El Señor hablaba a mi espíritu y me dijo (...) El Señor me dio esta definición (...) Aún estaba en la cama, aún estaban mis ojos cargados de sueño, pero el Señor siguió dándome la revelación. Me ordenó colocar las manos juntas (...) Luego, el Señor me hizo separar las manos muy lentamente (Ibíd, pág. 145)

Desde una posición por fuera de la cosmovisión que sustenta esta perspectiva, el hecho de que el autor ‘escuche’ una voz, y que esta información se tome como válida para trabajar y ayudar a personas que tienen como síntoma predilecto la alucinación auditiva (el escuchar voces que no parecen provenir de una fuente autenticable en forma sensible), tórnase una total contradicción. Toda la postura, en sí misma, se interpreta lógicamente como una ‘locura’. Desde dentro de la perspectiva, en cambio, aún este detalle está contenido. La consistencia interna sigue intacta.

El capítulo termina con la siguiente declaración: “La liberación de la esquizofrenia es la más profunda, la que exige más compromiso, la más definida y la más difícil de todas las liberaciones que hemos podido encontrar” (Ibídem, pág. 153).

Resulta importante traer a colación la historia y evolución de las ideas en torno a la posesión, y en este respecto se toma aquí como válida la síntesis realizada por Del Bosque (2007). Allí se denota cómo la interpretación de este fenómeno realiza un giro desde la creencia en una influencia de seres exteriores al ser humano, hacia la de fuerzas intrapsíquicas. Un giro, repetimos, desde ‘afuera’ hacia ‘adentro’, desde un ‘ser-otro’ si se quiere, hacia un ‘ser-sí mismo’. La síntesis involucra la acción de exorcistas a fines del siglo XVIII; Charcot y la posesión como una forma particular de histeria; Janet y una disociación interior, de la conciencia; el mismo Freud y la posesión como una neurosis, los demonios como proyecciones de deseos reprimidos; también Ribet que afirma ambos tipos de realidades o posibilidades, y la necesidad de distinguir la posesión de una histeria; Donard y su interpretación psicoanalítica moderna (siglo XXI); y por último, la postura de la etnopsiquiatría, que considera y acompaña la cosmovisión del terapeuta y del paciente en torno a la

enfermedad, como elemento culturalmente codificado, fundamental, y que no debe ser anulado. Esta postura no juzga la verdad socialmente aceptada, sino que pretende incluirla y aprovechar su fuerza en pos de lo terapéutico. Reconociendo que el sentido del fenómeno es siempre otorgado desde el contexto cultural.

En definitiva, sorprende el hecho de que al buscar se encuentre bibliografía de larga data; se trata de una discusión que ya tiene algunos siglos. En todo momento siempre se concibió ya sea la anulación de una causa 'espiritual', para reducir el fenómeno a la esfera psíquica o física; como también, por otro lado, la posibilidad de que pueda tratarse de algo con causa en lo físico, en lo psíquico, o en lo espiritual, y que incluso así y todo tal causa tenga efecto y repercusión en las demás esferas, es decir, que afecte al ser humano en su conjunto. Ejemplo de ello es la afirmación de Del Bosque en su conclusión general (2007, pág. 34): "hemos visto que es prácticamente imposible diferenciar entre una posesión demoníaca y una enfermedad mental y que casi siempre la primera va acompañada de la segunda". Desde esta perspectiva —la de algunos sectores religiosos, por ejemplo— se contempla la posibilidad de una causa en lo espiritual, pero ello tendría repercusión en la esfera psíquica, e incluso podría tenerlo en la física también.

En este sentido resulta digna de mencionarse la tesis del psiquiatra y psicoanalista norteamericano Scott Peck (1995). Presenta casos clínicos con el objeto de señalar y poder delimitar la existencia de un tipo de narcisismo, que denomina como 'maligno', que tiene características propias. Entre ellas la dominante sería un tipo de orgullo, diferente al presente en un narcisismo normal (que podría implicar "la sensación de logro legítimo que se puede disfrutar después de un trabajo bien hecho" (Ibíd, pág. 82), por ejemplo). Sino más bien "una especie de orgullo arrogante que empuja a las personas a rechazar y hasta atacar el juicio implicado en la evidencia cotidiana de sus propias falencias" (Ibíd, pág. 83). La negación de la responsabilidad individual. En este sentido intenta darle entidad nosológica y nosográfica al 'mal'. Clasificarlo como una enfermedad, psiquiátrica. A su parecer justifica que sea necesario entrecruzar lo científico y lo moral. Afirma (Ibíd, pág. 136-137):

Creo que es hora de que la psiquiatría reconozca un nuevo tipo de desorden de la personalidad muy claro que abarque a todos los [pacientes] que he llamado malos. Además del abandono de la responsabilidad característico de todos los desórdenes de la personalidad, éste estaría específicamente distinguido por:

- a) Conducta destructiva constante, con tendencia a buscar un chivo emisario, a menudo de manera muy sutil.
- b) Excesiva, aunque habitualmente encubierta, intolerancia a la crítica y a otras formas de daño narcisista.

- c) Pronunciada preocupación por la imagen pública y la autoimagen de respetabilidad, lo cual contribuye a una estabilidad del estilo de vida, pero también al fingimiento y a la negación de los sentimientos de odio o los motivos de venganza.
- d) Desviación intelectual, con aumento de las probabilidades de una leve perturbación del pensamiento de tipo esquizofrénico en momentos de stress.

Una de las razones que motivan a presentar aquí esta perspectiva es el hecho de que actualmente existan sacerdotes exorcistas que trabajen en conjunto con un equipo, que incluye al menos a un psicólogo y a un psiquiatra, en un proceso de discernimiento considerado importante y serio, para poder definir, frente a una consulta de este tipo, si hay o no una 'posesión' en algún grado. Se trata de procesos de discernimiento que involucran un trabajo interdisciplinario, y la conjunción del diagnóstico de más de un profesional. A la vez constan de una duración prolongada, de meses, o incluso años. Del Bosque (2007) menciona este proceso, en particular en el contexto de la arquidiócesis de París, Francia. Aclara que es requerido por el derecho canónico (de la Iglesia Católica); también que se trata de una acción difícil, y que por ello la labor de psicólogos y psiquiatras que aceptan la existencia de realidades espirituales se torna fundamental, ya que muchos de los signos que se tienen en cuenta para diagnosticar una posesión demoníaca no son condición *sine quanon*, sino que más bien pueden ser atribuibles a otras causas. En Peck (1995) también se menciona este proceso de discernimiento, en el contexto de su país, EEUU. Él mismo dice que ha participado del mismo, en conjunto con otros terapeutas y sacerdotes. El autor comenta la fuerte impronta que en él ha dejado su vivencia de tal proceso y de los rituales de exorcismo. Por último, cabe agregar que quien escribe este trabajo ha constatado en persona que este proceso también se realiza en Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Se repite, entonces, que actualmente existen colegas, profesionales de la salud mental, en todas partes del mundo, al menos dentro de un contexto religioso cristiano, que trabajan codo a codo con esta posibilidad. Para el objeto del presente trabajo se encuentra este hecho como algo no menor, digno de ser escuchado y estudiado. ¿Cómo es que todavía no se ha dialogado con tales colegas respecto de su perspectiva? ¿Cómo es que no se ha indagado en los resultados de tales discernimientos y prácticas? La necesidad, que aquí se aboga como genuinamente científica, de 'echar puentes', del diálogo, se hace, al parecer de quien escribe, imperiosa.

3. ¿Una posible convergencia?

El propósito del presente capítulo no es afirmar o defender una mirada que integre los diversos abordajes expuestos. Ello implicaría el desarrollo de toda una teoría de la mente, más abarcativa; una labor de gran magnitud. Aquí sólo se pretende esbozar la mera posibilidad de ello.

Un primer Freud ve la alucinación como un síntoma de una psiconeurosis de defensa, aunque tal posición no es más que el comienzo de desarrollos que culminarán en una separación entre neurosis y psicosis. Tal como lo afirma en escritos póstumos (1923, 1924), neurosis y psicosis se diferencian drásticamente porque en la primera el Yo reprime insatisfactoriamente una tendencia del Ello, mientras que en la segunda el Yo repudia o desestima completamente al mundo exterior, para luego intentar procurarse (también insatisfactoriamente) un mundo nuevo, de acuerdo al Ello. Pero al mismo tiempo se acercan en cuanto que son desenlaces marcadamente distintos de un núcleo defensivo que parece ser el mismo: el ánimo de defender al Yo de las exigencias de las diversas instancias dominantes (Ello, Super-Yo, mundo exterior), desarrollando, en ambos casos, una suerte de pérdida de la realidad, y luego una sustitución al servicio del Ello. Sólo que en un caso la tentativa de pérdida y sustitución es parcial; en el otro caso es total (Freud, 1924).

A su vez Freud inicia una diferenciación más marcada entre neurosis y psicosis en textos anteriores (1915a, 1915b), al hablar, por ejemplo, de diferencias en las cargas libidinales entre una afección y la otra. En las neurosis quedarán conservadas en el lcc, sobre la imagen de cosa. Pero de las esquizofrenias dirá que recaerán sobre la imagen verbal, en el Pcc. Ahora bien, allí también habla de 'fuga del yo' en vez de 'represión' —como se mencionó en el presente trabajo—, tanto en neurosis de transferencia como en las narcisísticas. Y aclara que en estas últimas la fuga del yo será 'más profunda', dándose en la imagen de cosa, a nivel inconsciente.

García Badaracco (tal como se ve en Magoni Hamilton, 2011) quizás haya propuesto leer en Freud la posibilidad de una continuidad entre ambas afecciones. Pues, él mismo reiteradas veces diluye el límite de diferencia entre neuróticos y psicóticos; afirma que los denominados 'locos' de determinado entorno social (familiar por ejemplo) suelen ser, en realidad, los más 'cuerdos', sensibles, y ocupan a su vez un rol que siéndoles disfuncional a ellos mismos, les es funcional en realidad al resto. Ahora bien, el autor también sostiene tal continuidad llegando a profundidades más etiológicas, al proponer la psicosis no como desorganización, sino como defensa (organización), pero disfuncional; y al darle a la psiquis un

status ontológico no fijo sino dinámico, en constante dependencia de las influencias del medio externo.

Por otro lado, en Freud también se afirma la alucinación no como elemento exclusivo del terreno de la psicosis. Por lo que —para sorpresa de quién escribe— ya desde el mismo Freud se parte desde una disposición más flexible en este sentido, diversa a la establecida por la psiquiatría moderna, e incluso a lo que suele enseñarse del mismo Freud. En A. Parra quizás encontremos una confirmación de esto, cuando en sus conclusiones dice que “las alucinaciones para el psicoanálisis no constituyen signo patognomónico de patología alguno, sino más bien su carácter defensivo o no defensivo. No basta con que el sujeto alucine para poder establecer un diagnóstico de psicosis” (2014, pág. 238). Si bien el autor no aclara si se refiere a Freud y/o a psicoanalistas posteriores, de acuerdo a lo hallado aquí coincidiría con la óptica freudiana.

A diferencia de Freud, o Badaracco, donde se ve un importante ánimo de abarcar lo psicológico considerando el campo de lo etiológico, los movimientos de Hearing Voices, Open Dialogue y Proyecto Soteria —presentados en el segundo capítulo— se conforman más bien como abordajes, dándole menor lugar a lo teórico, para reposar en mayor medida en lo práctico, en la eficacia terapéutica. En particular Hearing Voices fue una iniciativa impulsada por las mismas personas que padecían de percepciones anormales, frente a la falta de respuestas ofrecidas por los modelos médicos y psicoterapéuticos predominantes. Sus pilares no se sostienen desde un modelo teórico; sino desde la experiencia misma de los pacientes. Sus vivencias les indicaron parámetros para sobrellevar el padecimiento y los síntomas: la búsqueda de contención en grupos de pares, más no la estigmatización derivada de un diagnóstico, muchas veces rígido e inamovible; la simetría en el vínculo terapéutico; la confianza y poder otorgados al ‘usuario’ —más no ‘paciente’— al considerarlo parte fundamental en la decisión de cómo llevar adelante el tratamiento (acaso con o sin psicofármacos, por ejemplo); la reivindicación de sus derechos como persona, de conocer los detalles en torno a la medicación que se le propone, por ejemplo.

Así, lo mismo puede decirse en medida análoga de Open Dialogue y de los proyectos Soteria. El primero surge a partir de cambios en protocolos de un hospital público, frente a la ineficacia de los mismos. Luego tomará elementos de varios modelos teóricos. Se le da mayor peso a la variable psicosocial en la conformación y sostenimiento del padecimiento. En este sentido Open Dialogue tiene una raigambre más teórica que los otros dos movimientos mencionados. Pero sin embargo parte del mismo origen, eminentemente práctico. Se le da mayor injerencia al paciente, incluyéndolo en las decisiones en torno al tratamiento, respetando su voluntad.

Soteria es una marcada reacción al imponente enfoque biologicista y psicofarmacológico de la época en Estados Unidos. Una iniciativa que rompe con la asimetría en la relación terapéutica, reivindica el factor psicológico y social de la afección, y pretende dejar a un lado completamente el uso de psicofármacos.

Ahora bien, todos estos movimientos terminan por sostener una concepción más amplia en torno a lo psicótico y lo alucinatorio, y por abrazar cierta continuidad entre lo considerado 'normal', lo neurótico y lo psicótico. Pero llegan a ello no en virtud de desarrollos teóricos —como ya se dijo—, sino por haber vivenciado en la práctica el carácter iatrogénico de la fuerza que puede ejercer la etiqueta diagnóstica. Una concepción de la alucinación más restringida a lo patológico, y en particular a lo psicótico, ha desembocado en una estigmatización del paciente, tanto por parte de sí mismo, de los profesionales, como familiar y social. En este sentido, los tres movimientos mencionados hacen un uso nulo o acaso relativo de la etiqueta diagnóstica. Parten de una 'afirmación' de fondo que disminuye el valor de la misma pregunta de índole etiológica; tienen la disposición inicial de no pretender definir el tipo de afección de acuerdo a una nosografía preestablecida, sino sólo recibir y escuchar a la persona en su unicidad, subjetividad, particularidad. Puesto que lo que sí aceptan y pretenden ayudar a paliar es aquéllo anterior al diagnóstico y de orden mucho más amplio: el padecimiento subjetivo. En este sentido, quitan el foco de los síntomas, dejan de pretender eliminarlos necesariamente, para intentar más bien que se pueda convivir con ellos. Ya que, en el fondo, no importaría tanto a qué se deben. La historia les ha mostrado que la concepción hegemónica que los toma como signos de enfermedad no ha contribuido en absoluto a lidiar con el sufrimiento que puede derivarse de ellos. En los grupos de Hearing Voices, por ejemplo, no se interpreta en términos psicológicos el relato de los concurrentes. No hay un juicio profesional, terapéutico, en torno a las 'visiones' o las 'voces'. Inicialmente todo relato es tomado como tal, como la experiencia subjetiva de quién lo vive.

Si bien hasta ahora las alucinaciones pudieron considerarse dentro de una psicosis como también por fuera de ella (Freud); dentro de un marco teórico que contempla cierta continuidad entre psicosis-neurosis-normalidad (G. Badaracco); o a partir de una predisposición práctica que no las ubica bajo ninguna nosografía o caracterización nosológica con consecuencias estigmatizantes (Hearing Voices, Open Dialogue, Soteria, tal como fue abordado en las páginas 33-39); en el capítulo 2.2 del presente trabajo se subrayan autores y trabajos que proponen llevar los límites aún más lejos: la 'alucinación' podría darse incluso en cuadros que no necesariamente implican una patología, sino un proceso 'interno' (de orden 'espiritual' en sentido *amplio* de la palabra). En este sentido, se recuerda a autores tales como Grof & Grof, Laing, Assagioli, Kornfield, Alpert (páginas 40-49).

Un paralelo o convergencia más que interesante entre varios de los autores aquí considerados, entre ellos Assagioli, Laing, Kornfield, Alpert, y Van Dusen, radicaría en la noción de que el nexo entre el plano físico y otro de orden 'espiritual' se diera, al parecer, 'adentro', en el interior del propio hombre, atravesando la mente. En Assagioli esto se representa cuando el autor habla de un 'Ser profundo', no sólo inconsciente, sino incluso 'supra' consciente en nosotros; interpreta que Freud sólo rescató un sector de lo inconsciente, correspondiente a un nivel 'inferior'; para afirmar que además existe una contrapartida a éste, de orden 'superior',

integrador, que también habita en nosotros. El 'despertar espiritual' radica en el reconocimiento vivencial de este otro 'Yo superior', en el emerger de la pulsión, tendencia o aspiración interna que proviene de aquél. En Laing, por otro lado, se enfatiza 'lo interno', también emparentado con lo inconsciente. Pero el autor invierte los valores. Se posiciona 'del otro lado', y así, afirma que este sector de nuestro interior 'es más consciente' que nuestra parte consciente, y es, de hecho, la autora de nuestros sueños. Declara que quizás algunos de nuestros conocidos psicóticos no sean más que conocedores de 'lo interno', a través de experiencias trascendentes, y en este sentido estén mucho más 'cuerdos' que el resto de nosotros, que negamos o ignoramos su existencia. Así, postula que no existe fenomenológicamente hablando una gran diferencia entre lo externo y lo interno.

Van Dusen, en este respecto, vendría a ser quién más echa luz sobre este asunto, pues es quien más se explora en este acercamiento a 'lo interno'. A través de un abordaje fenomenológico, toma las alucinaciones como una instancia más de contacto con la dimensión interna del hombre. En el autor se da algo peculiar: afirma que se halla frente a pacientes mentales graves, pero a la vez abre la puerta a que lo llamado alucinatorio sea en realidad una 'percepción' de lo interno, de la misma cualidad que las percepciones que tenemos de lo externo. Además, da un tercer paso: abre la posibilidad de que aquello pueda contener peso ontológico per se. Eso está propuesto implícitamente cuando el autor compara sus hallazgos con los del místico sueco, Swedenborg (Van Dusen, 1984). Asimismo, la puerta de entrada al mundo 'espiritual' —en el sentido estricto de la palabra según quién escribe— sería nuestro interior. Aquello que vemos o escuchamos internamente no sería meramente una producción mental nuestra, sino además un lenguaje que expresaría otro tipo de realidad, que 'habita' dentro nuestro y a la vez va 'más allá' de nosotros. Un mundo vastísimo cabe dentro de nosotros mismos. No seríamos entonces lo que primeramente percibimos de nosotros mismos. Su propuesta de un 'Otro Yo' más sabio y consciente que nosotros mismos, autor de los sueños, por ejemplo, es consecuente con esto. Aquí la similitud con Laing es asombrosa.

Van Dusen se acerca a Freud en cuanto que relaciona a las alucinaciones con los sueños. Ahora bien, se diferencia en la forma de esta relación. Para él los sueños no son un proceso anímico análogo al de la defensa neurótica y la alucinación, consistente en la realización de deseos inconscientes, y por cierto infantiles, reprimidos, en conjunto o alianza con un deseo, resto diurno o preocupación preconsciente —como sí afirmarían el Freud de 1900—. Van Dusen considera a los sueños y a las alucinaciones como instancias de manifestación de lo interno. Pero esta expresión es de orden comprensivo más amplio que lo dicho por Freud. Podría estar significando exactamente lo mismo. Ahora bien, podría afirmarse que no es así. Pues está claro que en Van Dusen los sueños no tratan de una mera acción retrógrada, una regresión hacia un funcionamiento psíquico primitivo, tal como afirmarían Freud a partir de su sistema psi. Van Dusen considera al sueño como expresión, altamente simbólica y dramática. Una instancia de comunicación entre ambas dimensiones del hombre (consciente e inconsciente). Así, resalta el carácter activo, inteligente, superior, en la producción de los

misimos. Algo curioso es una descripción hallada en Freud, que realza este mismo punto (1898-9, pág. 665):

En efecto, además de esta interpretación [que alguien hace de un determinado sueño], puede haber otra distinta que se le ha escapado. No es, realmente, fácil hacerse una idea de la riqueza de los procesos mentales inconscientes que en nuestro pensamiento existen y demandan una expresión, ni tampoco de la habilidad que la elaboración despliega para matar siete moscas de una vez, como el sastre del cuento, hallando formas expresivas de múltiples sentidos.

En relación al aspecto dramático de las elaboraciones oníricas, también se encuentra en Freud una cita de H. Sacks (Ibídem, pág. 720):

<Al buscar ahora en la conciencia las relaciones que el sueño mostraba con el presente (la realidad), no deberemos extrañarnos si lo que creíamos un monstruo al verlo con el cristal de aumento del análisis, se nos muestra ser un infusorio>.

En este sentido, quien escribe consideraría bien válida la tentativa de replantear el modelo psi freudiano, rompiendo con su linealidad, para proponer en su reemplazo otro que no considere la apelación a lo visual solamente como una regresión. Sino que también considere la posibilidad de que la misma forme parte de una elaboración activa.

Así como recién se ha manifestado en relación a los sueños, lo mismo podría decirse de las alucinaciones. En Van Dusen estas son mensajes altamente simbólicos y dramáticos que el interno envía para ayudar; representaciones de las tendencias, estados, experiencias internas de la persona. En Freud (1937) aparecen como sustitutos de realidad, que en tal caso se toman, a su vez, de fragmentos históricos arcaicos, reprimidos, y ahora retomados pero deformados, desplazados. En ambos autores lo alucinado no es caótico, tiene sentido y está en relación con lo histórico. Pero en sentidos diversos.

Ahora bien, en Freud se resalta más la pregunta por lo deformado en estas elaboraciones (onírica y alucinatoria, por ejemplo), y ello va en sintonía con los principios de represión y síntoma; mientras que en Van Dusen se resalta más la pregunta por la habilidad simbólica y dramática, claramente superior a la capacidad consciente, y ello va en dirección a la moción de un 'Otro Yo', aliado, inconsciente para nosotros, pero en realidad más consciente y sabio.

Bien válida se considera y recuerda aquí la incógnita planteada al final del capítulo en torno a Van Dusen, que pretende integrar esta perspectiva del inconsciente aliado y sus manifestaciones, con las alucinaciones bien descritas por el autor, de 'orden bajo', siendo además las que mayor padecimiento generan. Tal ensayo de respuesta allí especificado anuda

la posibilidad de un padecimiento psíquico-emocional a la vez que la presencia de un 'Otro Yo' benefactor.

Tal como se ha mencionado en el capítulo concerniente, Freud consideraba a los deseos inconscientes como seres inmortales, siempre activos, dotados de una fuerza incontenible, cual personajes míticos. También consideraba que la concepción del tiempo en el inconsciente era distinta: allí todo es actual, no hay pasado. El olvido no es más que una acción de segundo orden, preconsciente, que tapona la eterna juventud del inconsciente. Esta descripción freudiana no deja de hallar similitudes con lo propuesto por Van Dusen. No sería extraño para éste que Freud explicara las 'fuerzas' y el mundo inconsciente haciendo uso de la metáfora de seres vivos, y de un tiempo, míticos. Pues para él, ciertamente, así podrían percibirse fenomenológicamente. Así podría percibir las un psicótico. Y desde este lugar, así de hecho podrían considerarse. Van Dusen propone, implícitamente, que podrían no tratarse meramente de 'fuerzas', sino, de hecho, de seres. Así es como él también entraría dentro de las filas de autores que hablan de un 'interior' en el hombre, mucho más vasto de lo que se percibe 'a primera vista', pero sumando este tercer paso mencionado algunos párrafos atrás: la alucinación, no sólo como instancia inteligente de representación activa de la realidad interna, sino además reflejo o cuerpo de realidades espirituales, enlazadas al interior del hombre, y a su vez con peso ontológico propio —un mundo espiritual, según quién escribe, *stricto sensu*—. El inconsciente como manifestación de un mundo de espíritus. Dos caras de una misma moneda: el hombre como creador de producciones psíquicas y a la vez sostén de realidades que van más allá de él. Se abre la posibilidad a que las alucinaciones se consideren en relación con realidades espirituales en sentido 'estricto'. Es decir, bajo cuadros que denotan patología, pero que incluyen como causa del padecimiento la injerencia de 'fuerzas' que más bien podrían considerarse 'seres' de otro orden.

Lo estudiado, experimentado y comunicado por el Dr. Mabit (1986, 2012), en torno al uso ritual de ciertas plantas en la Amazonía peruana, quizás pudiera, también, ser consecuente con lo anteriormente esbozado. Las plantas, produciendo 'alucinaciones', podrían estar, en realidad, siendo 'catalizadores' de producciones mentales, abriendo nuestro contacto con nuestro 'mundo interno', y a la vez, permitiéndonos acceder, quizás, a una realidad que, de vuelta, habita en nosotros, pero a la vez nos excede. Una realidad con peso ontológico propio, 'espiritual' en sentido estricto.

Por último, lo mismo podría decirse de lo discurrido en el último capítulo del presente trabajo. Las llamadas 'posesiones' podrían tomarse como manifestaciones de un nexo entre ambos mundos, el externo y el interno, el material y el 'espiritual' en sentido estricto. Podrían ser indicativas de que tales realidades, más que producciones internas, pudieran tratarse de algo de orden independiente a nuestro ser.

Independientemente de lo expresado en el párrafo anterior, cabe aquí traer a colación lo enunciado por Parra (2014, pág. 138-141): dejando a un lado el juicio en torno a la interpretación del fenómeno posesivo, es notable que tal perspectiva obtenga por resultado que

las alucinaciones se tornen una experiencia positiva para la persona, y no negativa. Es decir, ayuda a poder sobrellevarlas y darles un sentido positivo en términos terapéuticos. Al mismo tiempo, paradójicamente, el mismo autor señala que se hallan más experiencias anómalas entre individuos creyentes que entre no creyentes, por lo que considera que la creencia en lo paranormal, así como la 'sugestionabilidad' y la 'búsqueda de sensaciones', puedan predisponer a la experiencia alucinatoria (Ibídem, pág. 245).

Por último, cabe aquí también hacer mención de algunas de las mociones expuestas por el doctor en psicología e investigador académico Alejandro Parra (2014), que desarrolla en su vasta investigación en torno al fenómeno que nos concierne, y las cuales se relacionan en gran medida con lo esbozado en el presente trabajo.

Primero, señalar el recorrido histórico que él hace en torno al fenómeno (Ibídem, pág. 25-40), de carácter más amplio, e incluyendo mucho de lo aquí expuesto, tal como la interpretación de la tradición religiosa judeo-cristiana, la época de experimentación occidental psicodélica mencionada por Grof & Grof, o incluso el movimiento de Hearing Voices.

En segundo término, recalcar su propuesta de que las alucinaciones no se limiten *a priori* exclusivamente al campo de la psicopatología, sino que más bien sean exploradas en el contexto bio-psico-sociocultural del individuo que las experimenta. Así, resalta: "Es preciso contextualizar el marco sociocultural y las circunstancias particulares del individuo que manifiesta estas creencias y experiencias para calificarlas como patológicas. A pesar de sus peculiaridades estas personas pueden ser funcionales y tener una buena adaptación social" (Ibíd, pág. 248). En este punto el autor toma en consideración una mirada de carácter antropológica. Asimismo, resalta cómo la experiencia alucinatoria varía enormemente entre una cultura y otra (Ibíd, pág. 41-46). Las culturas occidentales, por ejemplo, la consideran amenazante, mientras que las no-occidentales 'sagrada', en el sentido de contacto tanto con lo divino como con lo oscuro y 'demoníaco'. En tal consideración cultural se refleja una actitud metafísica de fondo, ya sea materialista por un lado, como animista o espiritualista por el otro. Parra comenta (Idem):

una diferencia importante entre las alucinaciones patológicas occidentales y los trances rituales de las sociedades tribales es que en las alucinaciones patológicas el significado de la experiencia generalmente no es compartido, mientras que en las alucinaciones "rituales" sí lo es. En muchas sociedades se "aprende" cómo desarrollar estados de trance [...] conforme a un modelo constituido culturalmente [...] en un ritual [...] casi siempre en un contexto religioso.

La postura del autor coincide con lo esbozado en este trabajo, en la parte que alude a no limitar el fenómeno al campo de la psicopatología. Pero a la vez presenta una variante

nueva. Pues no propone ni defiende una mirada 'transcultural' propiamente dicha, que integre perspectivas diversas —como se sugiere en párrafos anteriores—; sino que más bien propone una apertura a la coexistencia de universos de interpretación diversos. No afirma que el fenómeno pueda ser explicado de una manera en particular, sino que aboga la existencia de múltiples explicaciones, interpretaciones, y que todas ellas sean tomadas como igualmente válidas, considerando nuestra diversidad cultural, y a la vez la determinación a la que somos sujetos culturalmente. En este sentido, expone (Ibíd, pág. 17):

lo disfuncional de una experiencia alucinatoria dependerá de la respuesta de la sociedad [...] Por ejemplo, los individuos que experimentan conversaciones con espíritus son menos propensos a padecer empeoramiento funcional, en tanto y en cuanto estén rodeados de personas que acepten (e incluso envidien) su experiencia, que si están rodeados por individuos que menosprecian o rechazan sus experiencias.

En tercer lugar, se resalta cómo Parra menciona las investigaciones que estudian y comparan las experiencias extáticas, 'religiosas', con las de psicóticos occidentales. Las más modernas concluyen, en resumidas cuentas, que ambas experiencias tienen poco en común y que la experiencia mística no es patológica *per se*. Citando las posturas de Arbman y Austin, el autor comenta (Ibíd, pág. 45-46):

en principio, las místicas se pueden distinguir por su transitoriedad, ausencia de impulsividad, esfuerzo consciente, evolución coherente y continuidad. Además, estaban condicionadas por la práctica de alguna doctrina específica y se caracterizan por una disminución de la auto-referencia y el sentido de unidad con el entorno, el mantenimiento de los lazos sociales, una percepción positiva de la sociedad y alucinaciones <benignas> (por ejemplo, visiones) en lugar de <psicóticas>.

Esto se vincula directamente con lo expresado en el capítulo en torno a las 'emergencias espirituales', y a la posibilidad de una similitud, a la vez que una distinción y una confusión entre psicosis y misticismo.

En cuarto lugar, se trae a colación la importante mención del autor de que si bien las alucinaciones se consideran como uno de los principales síntomas de la enfermedad psiquiátrica, hay investigaciones que demuestran que también hay personas claramente 'normales' que las tienen, tales como quienes realizan actividades bajo condiciones extremas, o padecen un trastorno orgánico (Ibíd, pág. 16-17). Muchos estudios de los últimos años sugieren que existen experiencias 'psicóticas' en población general, no hospitalizada ni bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio (Ibíd, pág. 237). Asimismo, según el autor una proporción significativa de casos no tiene ninguna relación con psicosis funcionales —sistemas

clasificatorios como el DSM incluyen a las alucinaciones como uno de los síntomas principales de este trastorno—. Siguiendo la lógica de tal hecho el autor entonces critica la práctica psiquiátrica moderna, resaltando que “no hay razón *a priori* para esperar que estas experiencias respondan a la medicación antipsicótica” (Ibíd, pág. 19).

Parra afirma que una minoría de la población ha tenido experiencias de esta índole en algún momento de su vida (Ibíd, pág. 239). “Por lo general, las alucinaciones visuales que experimentan algunos individuos saludables tampoco vienen acompañadas por trastornos patológicos [...] cuanto mucho ansiedad o <temor a volverse loco>” (Ibíd, pág. 240). Por otro lado, el autor aclara que sus estudios “demuestran que muchas más personas experimentan alucinaciones que las que entran en contacto con los servicios médicos o psiquiátricos” (Ibíd, pág. 241). “Varias fuentes independientes indican que la psicosis existe como un continuo de experiencias, con una distribución en la población general” (Ibíd, pág. 247). “En algunas personas se observan creencias paranormales y experiencias anómalas que no necesariamente cumplen los criterios de personalidad esquizotípica. La esquizotipia positiva podría ser claramente adaptativa” (Ibíd, pág. 248).

El autor propone entonces una continuidad del fenómeno alucinatorio entre la ‘normalidad’ y la psicopatología; las alucinaciones también pueden darse en personas que no presentan trastorno psicopatológico. A esto lo emparenta con el punto de vista dimensional, esbozado en el DSM 5, desarrollado por autores como Eysenck (Ibíd, pág. 179-186), y con lo propuesto por el modelo disociacional. De acuerdo a esta última perspectiva, las experiencias cognitivamente disociativas podrían situarse en un continuo que iría desde las disociaciones consideradas ‘normales’, hasta las ‘patológicas’, estas últimas pudiendo estudiarse de manera categorial ya que terminarían por tomar un aspecto cualitativamente distinto al ‘normal’ (Ibíd, pág. 222-223). De hecho, el autor realiza estudios cuantitativos que aislan las variables de carácter dimensional que podrían explicar la naturaleza de tal disociación.

Aquí vemos como esta moción de continuidad es la que se considera, al principio del presente capítulo, como explícita en G. Badaracco, y presente desde lo práctico en los abordajes de Hearing Voices, Open Dialogue y Soteria.

En quinto lugar, se rescata del autor, a la vez que la variante socio-cultural, otra de índole interna para la determinación de lo psicopatológico. Pues según él hay estudios que “sugieren que puede no ser la naturaleza de las experiencias alucinatorias *per se* lo que determina si una persona va a convertirse en paciente psiquiátrico o no, sino la forma en que las personas reaccionan a sus experiencias” (Ibíd, pág. 239). En este sentido también afirma:

la presencia de alucinación no es equivalente a la esquizofrenia. Las condiciones de vida pueden generar este fenómeno. Las alucinaciones son síntoma de trastorno psicótico sólo

cuando el individuo cree firmemente en éstas como verdaderas, menospreciando lo que la gente dice a su alrededor (Ibíd, pág. 243).

Un ejemplo de lo contrario puede recaer en sujetos con alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, puesto que la mayoría de ellos sabe que lo percibido no existe. En los individuos psicóticos, en cambio, “las alucinaciones se convierten en realidad y son integradas como tales; la interpretación de su significado refuerza el carácter patológico de las alucinaciones” (Idem).

En sexto y último lugar, se señala el ánimo del autor de que se reemplace el término ‘alucinación’ (Ibíd, pág. 210-211 y 239). Así también lo hace Mabit (1986), tal como se vio en el capítulo 2.4 del presente trabajo. Según Parra el término utilizado es de carácter general, incluye todo el espectro de fenómenos, no permite una labor de discriminación entre ellos, y, al fin y al cabo, obstaculiza la expresión espontánea de alucinaciones no patológicas por parte de la población general (para no ser etiquetada de “enferma”), y su consecuente estudio. Propone, en cambio, un sustituto, la expresión ‘escuchar voces’ —traducción al español de ‘hearing voices’—, afirmando que presentaría importantes ventajas, como ser: no asumir que todas las experiencias se deben a la misma causa; considerar que quien experimenta el fenómeno es una persona, que lo vive, piensa, siente, en carne propia; poner el centro en el sí mismo (yo) de la persona, responsabilizándolo; acercar la experiencia a lo humano, a su cotidianidad; evitar la estigmatización; promover su aceptación, para evitar la parálisis. Todos estos puntos aquí mencionados parten del abordaje de Hearing Voices, tratado en el capítulo 2.1 del presente trabajo.

Conclusiones

Dadas las diversas perspectivas y directrices aquí presentadas, podría entonces concluirse que el fenómeno alucinatorio tiene un carácter 'amplio' y complejo, digno de ser profundizado en todas sus posibilidades. Despierta interés, en quién escribe, que mucho de lo aquí presentado señale a las mismas no en dirección a un caos y una desorganización, sino más bien a información y a un sentido.

Bien se han evidenciado aquí algunos de los muchos trabajos que ubican a la alucinación no como un fenómeno exclusivo de la psicosis, sino también por fuera de ésta:

- Un Freud no tan divulgado académicamente, que la considera tanto dentro de una psicosis como también por fuera de ella.
- El marco teórico de G. Badaracco (según Magoni Hamilton, 2011), que contempla cierta continuidad entre psicosis, neurosis y normalidad, considera a las alucinaciones como una defensa, teniendo un sentido, y a la psicosis como reversible.
- Abordajes de carácter práctico (capítulo 2.1), que también abogan tal continuidad antes mencionada, y así, no trabajan ubicando al fenómeno en un casillero nosográfico específico, por haber vivenciado en ello consecuencias iatrogénicas.
- Autores y propuestas (capítulo 2.2) que consideran la posibilidad de la alucinación incluso por fuera de lo patológico, como manifestación de lo 'espiritual' (en sentido amplio) o 'interno' en el hombre.
- Van Dusen (capítulo 2.3), que resalta el carácter real del fenómeno para quién lo vive, y da lugar a la posibilidad de lo 'espiritual' en sentido estricto: el inconsciente y el mundo de presencias espirituales como dos caras de la misma moneda.
- Alucinaciones inducidas por plantas medicinales amazónicas (capítulo 2.4), en un contexto ritual, que no tratan de meras ficciones, sino de información íntimamente relacionada con la vida de quien ingiere tales preparados, con un sentido y un alto potencial terapéutico. Las mismas podrían considerarse en términos de autores antes explorados (Grof & Grof, Assagioli, Laing, Kornfield, Alpert, Van Dusen) como un fenómeno no exclusivamente y a priori psicopatológico, sino como la manifestación de un inconsciente, de un mundo 'interno', e incluso de un mundo espiritual en sentido estricto —como se propone en el capítulo previo y en sintonía con Van Dusen—.
- Una perspectiva propia de la religión cristiana (capítulo 2.5), que aceptaría la posibilidad de alucinaciones como producto de la injerencia de posesiones demoníacas. Tal perspectiva puede considerarse a la hora de considerarse la posibilidad de lo espiritual en sentido estricto en el hombre.

- Investigaciones del Dr Parra (2014), afirmando, entre otras cosas, a) que las alucinaciones no son patológicas *per se*, sino que dependen de la interpretación socio-cultural y la reacción subjetiva; b) la clara diferencia entre psicosis y misticismo; c) la presencia de alucinaciones en población ‘normal’ (y así, una continuidad entre ‘normalidad’ y psicopatología, en sintonía con autores y abordajes previamente mencionados); y d) el reemplazo del término ‘alucinación’ por otro que no esté asociado a lo patológico.

La posibilidad de lo espiritual (tanto en sentido amplio como estricto) como variable frente al fenómeno alucinatorio, al parecer representaría un desafío magnánimo para las posiciones de salud mental psiquiátricas y psicoterapéuticas hegemónicas occidentales. Sin embargo, en la actualidad pueden señalarse signos claros de una apertura en este sentido. La ISPS (International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis) en su último congreso internacional —realizado en la ciudad de Liverpool en el año 2017— contempla esta posibilidad; defiende un abordaje, podríamos indicar, de índole bio-psico-social, y espiritual. Parte de una premisa marcada por la apertura a la hora de diagnosticar y tratar las llamadas enfermedades mentales graves. Quizás no se moleste en intentar justificar esta postura a partir de un modelo teórico, sino que se ve embebida del mismo espíritu del que se nutren los movimientos descritos en el capítulo 2.1 del presente trabajo, ponderando en mayor grado la eficacia terapéutica y apelando a una suerte de humildad, producto del reconocimiento de cierta ignorancia y desconcierto frente a este tipo de afecciones. El congreso incluía exposiciones de psicoanalistas, representantes de modelos sistémicos, cognitivo-conductuales, los abordajes de Hearing Voices, Open Dialogue, Soteria, y también agentes de salud de medicinas locales, tradicionales, es decir, ‘curanderos’, ‘medicine-men’, que usualmente presentaban una óptica más de tipo animista o espiritualista para entender y tratar el fenómeno ‘alucinatorio’.

De hecho, quién escribe conoció allí a Ingo Lambrecht, psicólogo alemán que además de sus estudios académicos occidentales, había recibido una ‘iniciación’ en la medicina de una etnia aborigen sudafricana, y actualmente trabaja en el DHB (District Health Board) del hospital público de Auckland, Nueva Zelanda, especializándose en el diagnóstico de los ingresantes a partir de una mirada que contemplaría la posibilidad de lo espiritual en el sentido planteado por Grof & Grof, lo esbozado por Van Dusen, y fenómenos idénticos o similares a lo aquí expresado como ‘posesión demoníaca’ en el último capítulo del presente trabajo. Para él era fundamental un proceso de discernimiento para poder esclarecer si, por ejemplo, las alucinaciones, pudieran tener una causa orgánica, psico-social, o acaso espiritual. En dicho análisis también aceptaba la interrelación entre tales planos, que para él sin lugar a dudas constituían la compleja realidad humana.

Aquí, con todo lo dicho, se repite, no se pretende defender o justificar la existencia de una realidad bio-psico-socio-espiritual en el hombre, sino sólo dar lugar a que tal posibilidad sea puesta en consideración.

Referencias bibliográficas

- Baumgart, A., & Col. (2000). Lecciones introductorias de Psicopatología (cap. 3-6). Buenos Aires: Eudeba.
- Ciompi, L. D.-P. (1992). The pilot project "Soteria Berne": Clinical experiences and results. The British Journal of Psychiatry, 161 (Suppl 18), 145-153.
- Cuadra, O. (2007, Agosto). Estatutos de las alucinaciones y delirios: Neurosis - Psicosis. Actualidad Psicológica.
- Del Bosque, E. (2007). La psicología del inconsciente y el ritual del exorcismo. Tesina de Grado. Institut Catholique de Paris, Paris.
- Dillon, J., & Hornstein, G. A. (2013). Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress. Psychosis, 5 (3), 286-295.
- Freud, S. (1894 [2013]). Las neuropsicosis de defensa. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 1). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1895a (1950) [2013]). Los orígenes del psicoanálisis. Manuscrito H. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 25). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1895b (1950) [2013]). Proyecto de una psicología para neurólogos. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 2). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1896a (1950) [2013]). Los orígenes del psicoanálisis. Manuscrito K. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 26). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1896b [2013]). Nuevas Observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 2). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1898-9 (1900) [2013]). La interpretación de los sueños. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vols. 3, 4, 5). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1910 (1911) [2013]). Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (<dementia paranoides>), autobiográficamente descrito (caso <Schreber>). In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 11). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

- Freud, S. (1910-11 (1911) [2013]). Los dos principios del funcionamiento mental. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 12). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1914 [2013]). La 'fausse reconnaissance' ('déjà raconté') durante el psicoanálisis. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 12). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1915a (1917) [2013]). Adición metapsicológica a la teoría de los sueños. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 15). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1915b [2013]). Lo Inconsciente. Cap. VII. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 15). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1923 (1924) [2013]). Neurosis y psicosis. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 20). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1924 [2013]). La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 20). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1927 [2013]). El porvenir de una ilusión. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 22). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Freud, S. (1937 [2013]). Construcciones en psicoanálisis. In L. López-Ballesteros y de Torres, Obras Completas (Vol. 24). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Grof, S., & Grof, C. (1993). El poder curativo de las crisis. Barcelona: Kairós.
- Hall, W. (2007-9). www.theicarusproject.net. From The Icarus Project:
<http://theicarusproject.net/resources/publications/>
- Hammond&Hammond. (1989). Cerdos en la sala. Bogotá: Desafío.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1993). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Ed. Labor.
- Lores Padín, A. (2017). La familia y el enfermo mental grave. Abordaje comunitario del Psicoanálisis Multifamiliar de J. García Badaracco y su pertinencia en el marco de la Ley de Salud Mental 26657. Tesina de Grado. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Mabit, J. (1986). La Alucinación por Ayahuasca de los curanderos de la Alta-Amazonía Peruana (Tarapoto). Bulletin de Travail, IFEA , 1-15.
- Mabit, J. (2012, 6-Agosto). Ayahuasca y su papel de facilitador en psicoterapia. Retrieved 2017 from Takiwasi: www.takiwasi.com

- Magoni Hamilton, P. (2011). La familia y el enfermo mental grave: un abordaje desde el psicoanálisis multifamiliar. Buenos Aires: MT Ediciones.
- Morin, E. (1988). El paradigma de la complejidad. Culture, signes, critiques (Cahiers Recherches et théories, Colección «Symbolique et idéologie»), S 16, 65-87.
- Morin, E. (1994). La noción de sujeto. In D. F. Shitman (comp.), Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad (pp. 67-85). Buenos Aires: Paidós.
- Parra, A. (2014). Alucinaciones: ¿Experiencia o trastorno?. Buenos Aires: Ed. Teseo - UAI.
- Paz, C., & Rubli, O. (1991). Las complejidades del mundo alucinatorio. 2018 1-30-May, Univ. de Valencia Web site:
https://www.uv.es/marverjo/Textos/PazyRubli%20Alucin.htm#_ftnref6
- Peck, M. S. (1995). El mal y la mentira. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Reyes, M. T. (1997). Perspectivas clínicas: psiquiatría, psicología clínica, y psicoanálisis (Documento de Trabajo de Cátedra). Buenos Aires: Editorial UB.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: its Poetics and Micropolitics. Family Process , 42 (3), 403-418.
- Valmor, D. (1966). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Schapire.
- Van Dusen, W. (1972). The Natural Depth in Man [La profundidad natural en el hombre]. New York: Harper & Row. (traducción personal)
- Van Dusen, W. (1984). The Presence of Spirits in Madness. A confirmation of Swedenborg in recent empirical findings [La presencia de espíritus en la locura. Una confirmación de Swedenborg en recientes hallazgos empíricos]. TAT Journal, 13, 1-15.