Aproximación constructivista a la psicosis

María Rodríguez

Clínica San Miguel
2 de marzo de 2010

Índice

1. Constructivismo
2. Psicosis desde una perspectiva constructivista
3. Implicaciones para la intervención

1. Constructivismo

"No existe nada tan obvio

como para que su apariencia
no se altere

cuando se contempla

desde otro punto de vista"

(George A. Kelly, 2001)

¿Qué es el constructivismo?

Una posición epistemológica y no un modelo psicológico

Que explica la experiencia y toda la experiencia (no sólo la psicopatología)

Y que se basa en la posición subjetiva-intersubjetiva del ser humano, a quien se le considera un agente activo en la elaboración de sus significados

Conceptos básicos

Constructo: captación de una diferencia.

Sistema de constructos personales= "visión del mundo", como si fueran los mapas de nuestro G.P.S. con una función de actualización constante.

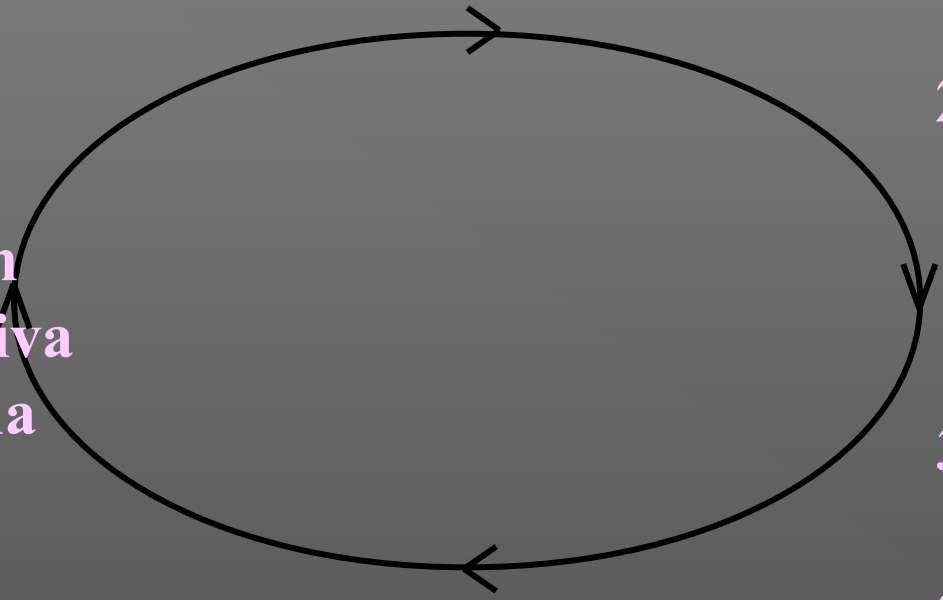
Cómo es el SCP

Organizados en red

Jerarquizados:
Constructos nucleares vs. Periféricos

Aplicabilidad y elaboración variable

Cómo cambia el SCP: Ciclo de experiencia



1. Anticipación de la experiencia
2. Implicación en el resultado

(Riesgo y potencial de cambio)

3. Encuentro con en el acontecimiento
4. Validación / Invalidación de la anticipación
5. Revisión constructiva del sistema

Cómo cambia el SCP

Los procesos psicológicos se orientan continuamente hacia la creación y validación de construcciones anticipadoras (mapas de significado) que implican una secuencia de acciones.

Cómo cambia el SCP

Estas construcciones se erigen en secuencias de milésimas de segundo que examinan su ajuste con respecto a discriminaciones de tipo sensorial/concreto (subordinado). La finalidad de estos procesos es maximizar la capacidad predictiva de la mente.

(Feixas, 2002)

Cambio, coherencia e identidad

La postura que las personas toman con respecto a sus vidas es *coherente* con sus visiones de ellos mismos.

Para mantener su mundo *predecible*, una persona intenta proteger su *identidad* de la invalidación, estructurada aquella como una *red* de constructos nucleares.

2.Psicosis desde una perspectiva constructivista

¿Cómo es su SCP?

Laxo, que lleva a predicciones variables

Bannister y Fransella (67)

Perfil caótico, el SCP posee una alta diferenciación pero una baja integración

Feixas y Cornejo (96)

Sintomatología psicótica

El delirio viene a representar un intento desesperado de mantener las capacidades predictivas del sistema (aunque sea capacidad predictiva de bajo nivel).

Sintomatología psicótica

Cuando la persona funciona en el nivel del constructo superior se produce la sintomatología positiva.

Lorenzini y Sassaroli, 91

Sintomatología psicótica

Ante la invalidación de un constructo nuclear se produce la no diferenciación de polos. Si este constructo es de alto nivel, todo lo que hay por debajo queda desarticulado e inconexo.

Por eso las predicciones son de bajo nivel y confusas, por culpa de la homogeneización del nivel superior.

Sintomatología negativa

La alogia tiene que ver con el funcionamiento en los niveles inferiores, donde hay suficientes constructos no integrados pero que permiten predicciones de bajo nivel.

Lorenzini y Sassaroli, 91

Sintomatología psicótica

Alucinación: Se excluyen cosas que está experimentando para mantener la continuidad del sentido de si mismo coherente y unitario. Percepciones críticas se quedan fuera, no se integran en su imagen consciente de sí mismo, y se vuelve algo que percibe como que si le llegara desde afuera. (Falta de integración transversal).

Delirio: Para alcanzar una imagen unitaria y coherente de sí mismo tiene que exagerar, incluir otros aspectos de la experiencia que comúnmente no son incluidos, y además no puede reconocer esto en su ciclo de vida como un continuo (falta de integración longitudinal).

Vittorio Guidano

Identidad y psicosis

La experiencia de la psicosis, las hospitalizaciones, el tratamiento, el ser etiquetado como enfermo mental y la respuesta del entorno son experiencias potencialmente traumáticas, que tiene la capacidad de cambiar la forma habitual que tiene la persona de construirse a sí misma, a su entorno y a su futuro

(Coursey, 1989; Jackson, et al., 1996; McGorry, 1992, 1994,1995).

Identidad y psicosis

El sujeto entra en el papel de esquizofrénico y pierde los papeles socialmente normalizados, lo que aquí se denomina "dramatización clínica" (González Pardo y Pérez, 2007) o proceso de inmersión (S.J.Lally, 1989)

Funciones metacognitivas en la psicosis

"Capacidad del individuo de realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad de utilizar dichos conocimientos con fines estratégicos para la resolución de problemas y el control de estados mentales específicos que son fuente de sufrimiento subjetivo"

(Carcione y cols, 1997).

Funciones metacognitivas en la psicosis

La función metacognitiva se podría subdividir en 3 subclases (Carcione y Falcone, 1999) –considerando que están estrechamente interrelacionados y a menudo son simultáneos-:

AUTO-REFLEXIVIDAD

COMPRENSIÓN DE MENTE AJENA Y DESCENTRAMIENTO

MASTERY (trad: confrontación, control, DOMINIO)

Subclases de METACOGNICIÓN (I)

AUTO-REFLEXIVIDAD: Capacidad para representar acontecimientos mentales y realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre su propio funcionamiento mental. Incluye:

- REQUISITOS BÁSICOS:
  - Reconocer funciones mentales y la naturaleza representacional del pensamiento
  - Representarse como persona que piensa y tiene sentimientos de modo autónomo (Déficit de individuación)
- DIFERENCIACIÓN Y CARACTERIZACIÓN:
  - Definir, distinguir y diferenciar los propios estados mentales:
    - Reconocer y caracterizar las propias operaciones cognitivas (imaginar, soñar, desear, decidir…)
    - Reconocer, definir y distinguir los propios estados emocionales
  - Diferenciar las representaciones de los estados internos y de la realidad externa:
    - Reconocer la propia representación como subjetiva y/o falible y/o que la propia opinión cambia o puede cambiar
    - Reconocer el poder limitado de las expectativas, pensamientos y deseos respecto a la realidad

Subclases de METACOGNICIÓN (I)

- **RELACIONES ENTRE VARIABLES:**
  - **Relaciones mutuas entre conductas-pensamientos-emociones-factores sociales/relacionales/contextuales**
- **INTEGRACIÓN:**
  - **Descripción integrada del propio escenario mental y/o de los procesos interpersonales, caracterizando sus elementos mentales**
  - **Integra en una narración coherente varias de sus propias modalidades de funcionamiento cognitivo y/o emocional**

Subclases de METACOGNICIÓN (II)

COMPRENSIÓN DE LA MENTE AJENA Y DESCENTRAMIENTO*. Representaciones y operaciones mentales sobre el funcionamiento mental ajeno (desde requisitos básicos hasta integración, pasando por diferenciación y caracterización):

- Atribuyéndole el propio punto de vista y funcionamiento mental (modalidad egocéntrica)
- Sin referirse exclusivamente al propio funcionamiento mental y sin encontrarse necesariamente implicado (reconocer que se mueve por motivaciones independientes de la relación con uno mismo).

Subclases de METACOGNICIÓN (III)

MASTERY: Comprender fenómenos psicológicos como problemas a resolver mediante estrategias:

- **De primer nivel: mediante modificación del estado general del organismo**
- **De segundo nivel: regulación voluntaria de la propia organización mental (distracción, auto-exhortación..)**
- **De tercer nivel: actuación sobre creencias base usando conocimientos sobre propio funcionamiento mental o funcionamiento mental ajeno.**

Funciones metacognitivas y delirios

El déficit metacognitivo por excelencia es el *déficit de descentramiento* (incapacidad de tomar perspectiva). Descentramiento us Egocentrismo.

Diferenciación (incapacidad de discriminar el contenido de conciencia de la realidad externa)
-*Déficit de individuación* (incapacidad del sujeto de reconocer como propias sus funciones mentales y percibir la propia mente como separada y distinta de otras mentes)

Mastery (incapacidad para afrontar el propio estado y los procesos mentales elaborando estrategias y controlando el estado mental causante del problema a fin de poder llevar a cabo la tarea en cuestión).

Funciones metacognitivas y reacciones del clínico

Perplejidad ante los fenómenos que la persona describe, se comunica como si el oyente conociera la naturaleza de sus experiencias (déficit en los requisitos básicos)	Si	No
No poder acceder a los estados mentales de la persona, la mente parece indescifrable. La descripción de la persona se centra básicamente en el comportamiento. Sensación de automatismo y de mecanicidad de la conducta. Mente monótona (déficit de diferenciación y caracterización)	Si	No
Actitud prudente a la hora de desafiar las convicciones de la persona (déficit de diferenciación entre estados internos y realidad externa)	Si	No

Sentimiento de caos y confusión. Tener la impresión de captar fragmentos del estado mental del usuario, sin llegar a construir un cuadro completo y un orden de importancia. Hª personal del usuario confusa (déficit de integración o de la función narrativa)	SI	NO
Conversación forzada, dificultad en la exposición de argumentos (déficit de compartición o de representación de la mente ajena)	SI	NO
Precariedad en la relación, temor a ser tergiversado o a cómo se puede sentir con las preguntas que se formulan, recelos paranoicos (déficit de descentramiento)	SI	NO
Déficit de regulación emocional	SI	NO

Implicaciones prácticas para la intervención

La evaluación y la intervención están entrelazadas dentro del tejido de la relación que se está desarrollando.

El proceso de evaluación es un proceso continuo.

Implicaciones prácticas para la intervención

Relación experto-experto

Resulta crucial crear un estado de compartición que permita comenzar el proceso de evaluación e intervención.

El terapeuta debe posicionarse en una "voluntaria suspensión de la incredulidad" que le permita analizar la viabilidad narrativa de la historia que presenta el sujeto

Implicaciones prácticas para la intervención

El profesional intenta comprender cómo construye el usuario su mundo (y especialmente a sí mismo), trata de mirar a través de sus ojos.

La terapia irá dirigida a co-construir una nueva narrativa suficientemente parecida y suficientemente diferente a la que presentó el paciente.

Implicaciones prácticas para la intervención

Se evitará toda costa la invalidación nuclear del sujeto para evitar posibles "resistencias"
De este modo, se generará mayor complejidad del SCP y mayor capacidad predictiva

Gracias por vuestra atención