

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

LA ESQUIZOFRENIA

Sus orígenes y su tratamiento adaptado
a las necesidades del paciente

YRJÖ ALANEN

2003

**LA INTERVENCIÓN PRECOZ
EN LA PSICOSIS**

Guía para la creación de servicios de
intervención precoz en la psicosis

JANE EDWARDS Y PATRICK D. McGORRY

2004

**DANDO SENTIDO
A LAS VOCES**

Guía para los profesionales de la salud
mental que trabajan con personas que escuchan voces

MARIUS ROMME Y SANDRA ESCHER

2005

**FIFTY YEARS OF HUMANISTIC
TREATMENT OF PSYCHOSES**

In Honour of the History of the International Society for the Psychological

Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses, 1956-2006

YRJÖ O. ALANEN, ANN-LOUISE S. SILVER Y MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

2006

PSICOSIS

Una perspectiva integradora

JOHAN CULLBERG

2007



Fundación para la
Investigación y Tratamiento
de la esquizofrenia
y otras psicosis

ISBN-13: 978-84-612-6634-0



9 788461 266340

ALANEN
GONZÁLEZ DE CHÁVEZ
SILVER
MARTINDALE

ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS
DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS

- HISTORIA, DESARROLLO Y PERSPECTIVAS

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

**ABORDAJES
PSICOTERAPÉUTICOS DE
LAS PSICOSIS
ESQUIZOFRÉNICAS**

Historia, desarrollo y perspectivas

**YRJÖ O. ALANEN,
MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ,
ANN-LOUISE S. SILVER
Y BRIAN MARTINDALE**

ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS:

Historia, desarrollo y perspectivas

**Yrjö O. Alanen,
Manuel González de Chávez,
Ann-Louise S. Silver
y Brian Martindale**

Traducción española

**Coordinada y supervisada por Manuel González de Chávez
y realizada por Paloma Bellod, Antonio Diaz Herranz,
Pablo Mugerza, Llorenc Serrahina y Silvia Silberstein.**

Copyright de la Traducción española
© FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
Y OTROS TRANSTORNOS para el XIII Curso Anual de Esquizofrenia.
"Psicosis: Cultura, Psicoterapia e Integración Social" que se celebró en Madrid los días
9 al 11 de Octubre del 2008.
www.cursoesquizofreniamadrid.com

Copyright de las Ediciones en otros idiomas
© ISPS, International Society for the Psychological Treatments of Schizophrenias and Other
Psychoses
www.isps.org
Selección y Edición: Yrjö Alanen, Manuel González de Chávez, Ann-Louise. S. Silver y Brian
Martindale.
Capítulos: Los autores

Primera Edición inglesa, en prensa
© "PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES TO SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES:
PAST, PRESENT AND FUTURE"
Routledge
27 Church Road, Hove, East Sussex BN3 2FA, United Kingdom

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede reimprimirse, reproducirse o utilizarse en forma alguna a través de medios electrónicos, mecánicos o cualquier otro disponible en la actualidad o creado en lo sucesivo, incluyendo fotocopiado y grabación, o a través de cualquier sistema de recuperación o almacenamiento de información, sin la autorización escrita de los editores

Depósito legal: M-43537-2008
ISBN: 978-84-612-6634-0

**Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis
esquizofrénicas:
historia, desarrollo y perspectivas**

YRJÖ O. ALANEN

*Profesor de Psiquiatría (Emérito),
Universidad de Turku; Psicoanalista, Turku, Finlandia.*

MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ,

*Profesor de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid,
Jefe del Servicio de Psiquiatría,
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. Presidente de la ISPS*

ANN-LOUISE S. SILVER

*Psiquiatra, Psicoanalista, Profesora de Psiquiatría,
Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD.;
Columbia, MD, EE.UU.*

BRIAN MARTINDALE

*Psicoanalista. Consultor en Psiquiatría.
Servicio de Intervención Precoz de Suderland, Reino Unido.
Editor de la Colección de libros de la ISPS*

ÍNDICE

<i>LISTA DE COLABORADORES</i>	xi
<i>INTRODUCCIÓN</i>	xvii
PARTE I: EL PASADO	
Historia de los principios del tratamiento de las psicosis esquizofrénicas y los pioneros del abordaje psicoterápico	
CAPÍTULO UNO	
¿Podemos abordar a los pacientes esquizofrénicos desde una base psicológica?	3
<i>Yrjö O. Alanen</i>	
CAPÍTULO DOS	
El tratamiento de las psicosis antes del siglo XX	11
<i>Manuel González de Chávez</i>	
CAPÍTULO TRES	
El caso Schreber y la influencia contradictoria de Freud en el enfoque psicoanalítico de la psicosis	27
<i>Yrjö O. Alanen</i>	
CAPÍTULO CUATRO	
La escuela de Burghölzli: Bleuler, Jung, Spielrein, Binswanger y otros	45
<i>Klaus Hoffmann</i>	
CAPÍTULO CINCO	
El trabajo pionero de Paul Federn	59
<i>Yrjö O. Alanen</i>	

CAPÍTULO SEIS

**Pioneros del tratamiento de orientación psicoanalítica
de las psicosis en los Estados Unidos**

65

Ann-Louise S. Silver

PARTE II: DEL PASADO AL PRESENTE

**Avances en diferentes partes del mundo desde la década
de 1940 hasta la actualidad**

CAPÍTULO SIETE

Estados Unidos de América

**Avances psicodinámicos en Estados Unidos desde
la década de 1940 hasta la actualidad**

77

Ann-Louise S. Silver y Laurie Stedman

CAPÍTULO OCHO

Desarrollo en Gran Bretaña

**I. La contribución de las innovaciones kleinianas al
tratamiento de los pacientes psicóticos**

91

Murray Jackson

**II. Psicoterapias de las psicosis esquizofrénicas en el
Reino Unido**

109

David Kennard

CAPÍTULO NUEVE

**El desarrollo de la psicoterapia de las psicosis en la Europa
central de lengua alemana**

I. Suiza

127

Klaus Hoffmann

II. Alemania y Austria

144

Stavros Mentzos

CAPÍTULO DIEZ

**Contribución de algunos psicoanalistas franceses al punto
de vista clínico y teórico de la transferencia en el
tratamiento psicodinámico de las psicosis**

159

Jean-Max Gaudillière y Françoise Davoine

CAPÍTULO ONCE

Italia

- La ley de reforma de la asistencia psiquiátrica y el desarrollo de estrategias de psicoterapia** 169
Marco Alessandrini y Massimo Di Giannantonio

CAPÍTULO DOCE

Europa del norte

- Avances en los países escandinavos** 179
Jukka Aaltonen, Yrjö O. Alanen, Johan Cullberg, Svein Haugsgjerd, Sonja Levander y Bent Rosenbaum
- **Suecia: Desde Bjerre hasta el proyecto Paracaídas** 179
Sonja Levander y Johan Cullberg
 - **Noruega: Unidades de psicoterapia intensiva** 185
Svein Haugsgjerd
 - **Dinamarca: Progreso por medio del trabajo en proyectos** 189
Bent Rosenbaum
 - **Finlandia: Continuos esfuerzos por compartir el espacio de la comprensión** 196
Jukka Aaltonen y Yrjö O Alanen
 - **Desarrollo en Europa del norte: Resumen** 209

CAPÍTULO TRECE

Europa del Este

- ¿Influyó el telón de acero en el uso de la psicoterapia para el tratamiento de las personas con un diagnóstico de trastorno esquizofrénico?** 217
Jacek Bomba

CAPÍTULO CATORCE

Asia oriental

- I. Desarrollos en Asia oriental: El caso de Singapur** 225
Lyn Chua
- II. Psicoterapia Tao en Corea** 234
Chan Hee Hu

CAPÍTULO QUINCE

Nueva Zelanda

Una historia de los planteamientos terapéuticos de la psicosis en Nueva Zelanda 239

J. Geekie, M. Taitimu, P. Randal, D. Rook, M. Ang, y J. Read

PARTE III: DEL PRESENTE AL FUTURO

Diferentes modalidades de tratamiento e intervenciones: estado actual y previsiones de futuro

CAPÍTULO DIECISEIS

Tratamiento psicodinámico de las psicosis en los EE.UU.: Promoviendo desarrollos más allá del reduccionismo biológico 253

Brian Koehler y Ann-Louise S. Silver

CAPÍTULO DIECISIETE

La familia en los trastornos esquizofrénicos: estrategias terapéuticas 271

Helm Stierlin

CAPÍTULO DIECIOCHO

Psicoterapia de grupo y esquizofrenia 293

Manuel González de Chávez

CAPÍTULO DIECINUEVE

Terapia cognitiva conductual para la psicosis 313

Robert Dudley, Alison Brabban y Douglas Turkington

CAPÍTULO VEINTE

Tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia de las psicosis esquizofrénicas

I. Retos del tratamiento de la esquizofrenia con antipsicóticos 341

Jarmo Hietala

II. Los principios para utilizar o no utilizar neurolépticos en el abordaje finlandés adaptado a las necesidades del tratamiento de las psicosis esquizofrénicas. 349

Viljo Rääköläinen y Jukka Aaltonen

CAPÍTULO VEINTIUNO

Prevención e intervención precoz en la psicosis 359
Tor K. Larsen

CAPÍTULO VEINTIDÓS

Relación entre los abordajes psicoterápicos y la rehabilitación psiquiátrica en pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes: una llamada hacia estrategias más integradoras 371
Courtenay M. Harding y Dennis J. McCrory

CAPÍTULO VEINTITRÉS

Soteria: un modelo de tratamiento y un movimiento de reforma en psiquiatría 389
Volkmar Aderhold

CAPÍTULO VEINTICUATRO

Desinstitucionalización y neurolépticos: El mito y la realidad 411
Robert Whitaker

CAPÍTULO VEINTICINCO

Avances futuros de los abordajes terapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: un punto de vista integrado 425
*Yrjö O. Alanen, Manuel González de Chávez ,
Ann-Louise S. Silver y Brian Martindale*

LISTA DE COLABORADORES

Jukka Aaltonen

M.D. Professor de Terapia Familiar (Emérito), Instituto de Psicología, Universidad de Jyväskylä, Finlandia; Psiquiatra, Psicoanalista, Turku, Finlandia.

Correo electrónico: jukka.aaltonen@psyka.jyu.fi

Volkmar Aderhold

M.D. Consultor y Formador para el tratamiento de pacientes con psicosis, Instituto de Psiquiatría Social, Universidad de Greifswald, Alemania.

Correo electrónico: volkmar.aderhold@uni-greifswald.de

Yrjö O. Alanen,

M.D. Profesor de Psiquiatría (Emérito), Universidad de Turku; Psicoanalista, Turku, Finlandia.

Correo electrónico: yrjo.alanen@utu.fi

Marco Alessandrini,

M.D. Profesor, Jefe del Servicio de Psicoterapia, Centro de Salud Mental, Universidad de Chieti, Italia.

Correo electrónico: lucesegreta@libero.it

Jacek Bomba

M.D. Profesor de Psiquiatría, Jagellonian University, Cracovia, Polonia.

Correo electrónico: mzbomba@cyf-kr.edu.pl

Alison Brabban,

D. Clin. Psychol. Consultor en Psicología Clínica, Servicio de Intervención precoz en Psicosis, Tees, Esk and Wear Valleys NHS Trust; Clinical Senior Lecturer, Universidad de Durhan.

Correo electrónico: abrabban@btopenworld.com

Lyn Chua

Ph.D. Profesor Ayudante, Departamento de Psicología Médica, Yong Loo Lin School of Medicine, Hospital Nacional Universitariol, Singapur.

Correo electrónico: lin-chua@hotmail.com

Johan Cullberg

M.D. Profesor de Psiquiatría, Centro de Salud Pública de Estocolmo; Psicoanalista, Estocolmo, Suecia.

Correo electrónico: j.cullberg@swipnet.se

Robert Dudley

Ph.D. Consultor en Psicología Clínica, Servicio de Intervención Precoz en Psicosis de South of Tyne; Tutor de Investigación del Doctorado en Psicología Clínica, Universidad de Newcastle, Reino Unido.

Correo electrónico: r.e.j.dudley@ncl.ac.uk

Francoise Davoine

Ph.D. Psicoanalista, Maitres de Conférences, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, París, Francia.

Correo electrónico: gaudilliere1@hotmail.com

Jean.Max Gaudillière

Ph.D. Psicoanalista, Maitres de Conférences, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, París, Francia.

Correo electrónico: gaudillierel@hotmail.com

Jim Geekie

Psicólogo Clínico, St Lukes, Auckland, Nueva Zelanda.

Correo electrónico: jgeekie@adhb.govt.nz

Massimo di Giannantonio

M.D. Profesor, Director del Centro de Salud Mental, Universidad de Chieti, Italia.

Correo electrónico: digiannantonio@unich.it

Manuel González de Chávez Menéndez

M.D. Profesor de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid, Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. Presidente de la ISPS

Correo electrónico: mgchavez@teleline.es

Courtenay M. Harding

Ph.D. Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Boston; Director, Centro de Rehabilitación Psiquiátrica y Director del Instituto para el Estudio de la Resiliencia Humana. Universidad de Boston, Boston, Massachusetts, EE.UU.

Correo electrónico: charding@bu.edu

Svein Haugsgjerd

*M.D. Profesor, Centro para el Conocimiento Práctico, Universidad de Bodo, Bodo, Noruega. Psiquiatra, Psicoanalista, Oslo, Noruega.
Correo electrónico: sengell@online.no*

Jarmo Hietala

*M.D. Profesor de Psiquiatría, Universidad de Turku, Finlandia.
Correo electrónico: jahi@utu.fi*

Klaus Hoffmann

*M.D. Ph.D. Director Médico, Psiquiatría Forense y Psicoterapia,
Centro de Psiquiatría, Reichenau, Alemania.
Correo electrónico: k.hoffmann@zfp-reichenau.de*

Chan Hee Huh

*M.D. Presidente, Academia Coreana de Psicoterapeutas; Presidente,
ISPS Korea.
Correo electrónico: huhch@unitel.co.kr*

Murray Jackson

*FRCP, FRCP Psych. M.D. Psiquiatra, Psicoanalista, St. André de
Roquepertuis, Francia.
Correo electrónico: murray.jackson@free.fr*

David Kennard

*Ph.D. Consultor en Psicología Clínica y Analista de Grupo,
Presidente de ISPS UK, York, Inglaterra, Reino Unido.
Correo electrónico: dkennard@ntlworld.com*

Koehler, Brian

*Ph.D. Psicoanalista, Profesor del Programa de Posdoctorado en
Psicoterapia y Psicoanálisis, Escuela de Trabajo Social, Universidad
de Nueva York, Nueva York, EE.UU. Presidente ISPS-USA
Correo electrónico: brian_koehler@psychoanalysis.net*

Tor K. Larsen

*M.D.Ph.D. Profesor de Psiquiatría UiB, Hospital Universitario de
Stavanger, Stavanger, Noruega. Centro regional de Investigación
clínica de la Psicosis, Stavanger, Noruega
Correo electrónico: tkmaclarsen@mac.com*

Levander, Sonja

*Ph.D. Psicóloga, Psicoanalista, Estocolmo, Suecia.
Correo electrónico: levander.lonnerberg@telia.com*

Brian Martindale

*FRCP, FRCP Psych. Psicoanalista.Consultor en Psiquiatría.Servicio de Intervención Precoz de Suderland ,Reino Unido.Editor de la Colección de libros de la ISPS
Correo electrónico: brian.martindale@stw.nhs.uk*

Dennis J. Mc Crory

M.D. Consultor Psiquiátrico Jefe, Comisión de Rehabilitación de Massachusetts, Boston, Massachusetts; Consejo de Educación, Formación y Derechos, Fountain House, Nueva York, Nueva York, EE.UU.

Stavros Mentzos

*M.D. Profesor y Director (Emérito), Departamento de Psicoterapia y Medicina Psicosomática, Clínica Universitaria, Frankfurt am Main, Alemania; Psicoanalista.
Correo electrónico: s.mentzos@t-online.de*

Viljo Rökköläinen

*M.D. Psiquiatra, Psicoanalista, Profesor h.c. Helsinki, Finlandia.
Correo electrónico: viljo.rakkolainen@columbus.fi*

Patte Randal

LRCP, MCRS, PhD. Especialista en Psiquiatría Rehabilitadora; Buchanan Rehabilitation Centre, Auckland, Nueva Zelanda.

John Read

*PhD. Profesor Asociado, Departamento de Psicología, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.
Correo electrónico: j.read@auckland.ac.nz*

Dale Rook

Director Profesional de Terapia Ocupacional, Servicios de Salud Mental, Auckland DHS, Nueva Zelanda

Bent Rosenbaum

M.D. Profesor Asociado en Investigación Clínica, Director de la Unidad de Educación e Investigación en Psicoterapia, Hospital Universitario Psiquiátrico de Glostrup; Psicoanalista, Glostrup, Dinamarca.

Correo electrónico: bent.rosenbaum@dadlnet.dk

Silver, Ann-Louise S.

M.D. Psiquiatra, Psicoanalista, Profesora de Psiquiatría, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD.; Columbia, MD, EE.UU.

Correo electrónico: asilver@psychoanalysis.net

Laurie Stedman.

Asistente Social, licenciada en Clínica. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Maryland. EEUU.

Helm Stierlin

M.D., Ph.D. Psiquiatra, Psicoanalista, Profesor de Investigación Psicoanalítica Básica y Terapia Familiar (Emérito), Universidad de Heidelberg, Alemania.

Dirección: Kapellenweg 19, D-69121, Heidelberg, Alemania.

Melissa Taitimu

(Te Rarawa, Te Aupouri), candidata a Ph.D. Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.

Correo electrónico: mtaitimu@gmail.com

Douglas Turkington,

M.D. Profesor de Psiquiatría Psicosocial y Consultor en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Newcastle, Reino Unido.

Correo electrónico: douglas.turkington@ncl.ac.uk

Robert Whitaker

Autor del libro Mad in America, Cambridge, MA, EE.UU.

Correo electrónico: robert.b.whitaker@verizon.net

INTRODUCCIÓN

Las psicosis esquizofrénicas plantean uno de los mayores retos a los investigadores y terapeutas en psiquiatría. Todavía queda mucho por resolver en la patogenia y la naturaleza de estos trastornos. Aun cuando la prevalencia durante toda la vida del grupo de las psicosis esquizofrénicas es poco mayor del 1% de la población, su importancia social y económica es muy elevada por el inicio temprano, en la adolescencia o al principio de la edad adulta, y con frecuencia todavía el pobre pronóstico. Para muchas personas jóvenes el inicio de la psicosis supone la pérdida de sus proyectos y sus esperanzas para el futuro, lo que les genera mucha ansiedad y un gran sufrimiento a ellos y también a sus familias.

En las últimas décadas los métodos psicológicos de tratamiento han evolucionado y se han diversificado considerablemente. Sin embargo, su aplicación y su uso en la práctica no han aumentado en paralelo en comparación con el papel dominante del tratamiento psicofarmacológico. Desde una perspectiva mundial, la inmensa mayoría del personal profesional que trabaja con pacientes con psicosis esquizofrénicas (psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras) no tiene un conocimiento adecuado del contenido y la utilidad de los abordajes psicológicos de las psicosis esquizofrénicas.

En 2006, los tres primeros editores de este libro publicaron el libro *"Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychoses"* (Cincuenta años de tratamiento humanista de las psicosis) para celebrar el quincuagésimo aniversario de la ISPS (The International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses; Sociedad Internacional para los tratamientos psicológicos de las esquizofrenias y de otras psicosis). Durante el 15º Congreso de la ISPS de Madrid se entregó el libro¹ a todos los congresistas, y fue recibido con gran satisfacción.

Estimulados por esta buena acogida, decidimos editar otro libro con una perspectiva más amplia de la historia de la psicoterapia moderna de las psicosis esquizofrénicas. Brian Martindale, editor de la Colección de libros de la ISPS de la Editorial Routledge, se unió a nuestro grupo editorial, dándonos una valiosa ayuda en varios asuntos relacionados con nuestro trabajo

* (1) El libro publicado por la Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Nilo Ediciones, se puede conseguir a través de la Librería Karnac de Londres o la Librería Paradox de Madrid (www.paradox.es)

común. Como también queremos analizar la situación actual y futuro del trabajo psicoterápico con los pacientes psicóticos, el libro se titula *Abordajes Psicoterápicos de las Psicosis Esquizofrénicas: Pasado, Presente y Futuro*.

Consideramos que nuestro libro aborda temas muy actuales por muchos motivos. De la misma forma que el libro anterior celebraba los 50 años de historia de la ISPS, el presente libro celebra los 100 años de historia de la psicoterapia moderna de las psicosis esquizofrénicas. Los pioneros a los que presentamos en la Parte I de nuestro libro (Eugen Bleuler, C.G. Jung, Paul Federn, Adolf Meyer) comenzaron su trabajo en la última mitad de la primera década del siglo XX. El famoso “caso Schreber” de Freud se presentó en 1911, y Harry Stack Sullivan comenzó su trabajo una década después.

Otro objetivo se centra en la constante diversificación de las modalidades de tratamiento psicológico que se aplican a los pacientes con psicosis esquizofrénicas. La terapia psicoanalítica (o, en un sentido más general, psicodinámica) individual se ha visto complementada por abordajes centrados en el grupo y en la familia y por el reconocimiento de la importancia de la comprensión psicodinámica por parte de los profesionales de orientación cognitiva y conductual. Los editores proceden de una orientación psicodinámica y son muy conscientes de la necesidad de un desarrollo más integrador que permita responder mejor a las variadas necesidades de los pacientes esquizofrénicos individuales, de sus familias y de sus amigos.

En la Parte II se describen los avances en diferentes partes del mundo desde la década de 1940 hasta la actualidad. Para evitar la aburrida repetición de temas similares de un país tras otro, hemos pedido a nuestros colaboradores que aborden sus capítulos de la forma que consideren más adecuada. Por ejemplo, tenemos dos capítulos diferentes sobre el desarrollo en Gran Bretaña, uno que muestra una penetrante descripción de la orientación kleiniana, que tiene una importancia cada vez mayor en el conocimiento psicoanalítico de los pacientes psicóticos, y otro que muestra un cuadro más exhaustivo de la práctica actual y de los avances de las psicoterapias con estos pacientes en el Reino Unido. Los autores franceses se concentran en las formas de los principales psicoanalistas franceses de abordar los problemas de transferencia-contratransferencia que aparecen con los pacientes psicóticos, mientras que el capítulo italiano describe cómo se han desarrollado las actividades psicoterapéuticas dentro del campo de la psiquiatría social. Se ha dedicado mucho espacio a las áreas de idioma alemán de Europa central, así como a los países nórdicos. Los impresionantes avances en estas áreas geográficas son en general menos conocidos que los avances en los Estados Unidos, que durante mucho tiempo han sido un líder importante en nuestro campo. El cuadro mundial se complementa con con-

tribuciones muy interesantes de áreas culturalmente diferentes al mundo occidental. Lamentablemente, también hay áreas que quedaron fuera de nuestra revisión, como los Países Bajos, Australia y la rica tradición sudamericana en psicoterapia dinámica de las psicosis.

La Parte III incluye una descripción detallada del estado actual y de las perspectivas futuras de las diferentes modalidades terapéuticas y de sus indicaciones. Además de la utilidad y el desarrollo de las psicoterapias individuales, familiares y grupales, en la mayoría de los casos desde una perspectiva psicodinámica, hay un capítulo especial sobre la terapia cognitivo-conductual de las psicosis. Los retos de la farmacoterapia son abordados por un investigador-clínico de orientación biológica por un lado y por dos psicoanalistas-terapeutas familiares por otro. También intentan encontrar datos que permitan diferenciar entre los tipos de casos en los que no son necesarios los neurolépticos y aquéllos en los que sí están indicados. Los otros capítulos de esta sección del libro tratan la prevención y la intervención temprana, la psicoterapia y la rehabilitación, el modelo Soteria (que está muy de actualidad) y sus modificaciones, además de una visión crítica del mito y la realidad de los efectos de los neurolépticos. El libro acaba con una revisión integradora de los abordajes terapéuticos actuales y las perspectivas de sus avances en el futuro, escrita por el grupo editorial.

Nuestro libro intenta captar la historia y el estado actual de los abordajes psicológicos de la mayor parte del mundo vistos desde la perspectiva de la red de la ISPS. Esperamos que lean este libro muchos profesionales de los diferentes grupos de profesionales de la salud mental de todas las nacionalidades, y que sea una herramienta útil para la propagación y la generalización de los programas terapéuticos integrados y para la docencia y la formación de profesionales de salud mental en intervenciones psicoterapéuticas y modalidades terapéuticas para los pacientes psicóticos.

Esperamos que la nueva generación de psicoterapeutas de diferentes categorías profesionales sea testigo de un crecimiento progresivo de una era más integrada y humanista en la investigación y la terapia de las psicosis esquizofrénicas.

Yrjö O. Alanen
Manuel González de Chávez
Ann-Louise S. Silver
Brian Martindale

PARTE I

EL PASADO

Historia de los principios del tratamiento de las psicosis esquizofrénicas y los pioneros del abordaje psicoterápico

¿Podemos abordar a los pacientes esquizofrénicos desde una base psicológica?

Yrjö O. Alanen

El cisma entre la psicología "explicativa" y la psicología "comprensiva"

Los límites diagnósticos de la esquizofrenia nunca han permanecido estables. Sus criterios siempre han sido diferentes de acuerdo con la época, los países y las diferentes tradiciones psiquiátricas. La heterogeneidad clínica de los pacientes con esquizofrenia puede incluso llevar a cuestionar si se justifica hablar de una enfermedad llamada "esquizofrenia". Esta práctica diagnóstica ciertamente tiene desventajas, tanto para la investigación, un terreno en el cual pacientes manifiestamente diferentes se incluyen en la misma categoría diagnóstica, como para las personas, que con demasiada frecuencia continúan cargando con el estigma del diagnóstico aun después de haberse recuperado. Eugen Bleuler (1911), quien acuñó el término "esquizofrenia", ya había llegado a la conclusión de que la esquizofrenia no es un trastorno uniforme sino un grupo de trastornos que abarca un "grupo nuclear" con subgrupos clínicos bien definidos y 'un grupo límite' de esquizofrenias difíciles de distinguir de las neurosis y las psicosis maníaco-depresivas. De acuerdo con Bleuler,

nosotros deberíamos adoptar finalmente el término “grupo de psicosis esquizofrénicas”.

En el estudio de los factores etiológicos, y también del tratamiento, se debería tomar en cuenta la heterogeneidad de las psicosis esquizofrénicas mucho más de lo que es habitual hoy en día, y esto incluye las características psicológicas individuales del paciente y sus situaciones biográficas.

¿Se puede abordar la esquizofrenia desde la comprensión psicológica o es un trastorno causado exclusivamente por factores biológicos? La controversia alrededor de preguntas como ésta tiene una larga historia, con numerosas implicaciones culturales (*ver el Capítulo 2*).

En este sentido, fue decisiva la influencia del psiquiatra y filósofo alemán Karl Jaspers (1913/1949), quien introdujo los conceptos de psicología “explicativa” y “comprensiva” a principios del siglo XX. El primer concepto se refiere a trastornos que se pueden explicar por una patología orgánica del cerebro, en tanto que el segundo se relaciona con las entidades mentales consideradas comprensibles desde un punto de vista psicológico. Jaspers se inclinaba por incluir a la esquizofrenia en la categoría de la psicología explicativa. Esta fue la tradición que siguieron con entusiasmo y casi exclusivamente los psiquiatras académicos europeos durante el siglo XX. Ya la había adoptado Emil Kraepelin, “el gran clasificador”, quien en la década de 1890 consideraba a la enfermedad que llamaba “demencia precoz” un proceso cerebral de causa desconocida que llevaba a un estado de demencia terminal.

Los trabajos de Freud y Jung influyeron sobre Eugen Bleuler (1911) (*ver el Capítulo 4*). Bleuler observó que la evolución del trastorno no era necesariamente tan inevitable como había creído Kraepelin. De todos modos, Bleuler también describió los síntomas básicos o “primarios” de la psicosis esquizofrénica -autismo y desintegración de las funciones cognitiva y afectiva- como de origen probablemente orgánico, pero atribuyó el contenido de los “síntomas secundarios” -entre ellos ideas delirantes y alucinaciones- a los complejos individuales del paciente. Más tarde, otros analizaron y redefinieron los síntomas primarios de la esquizofrenia, con la intención de distinguir entre la esquizofrenia “verdadera” y otras psicosis esquizofreniformes más benignas (por ej., G. Langeltdt, 1939; K. Schneider, 1929/62). En la psiquiatría europea, incluso el término 'Praecox-Gefühl' fue presentado como un criterio para el diagnóstico de la esquizofrenia, refiriéndose a la experiencia intuitiva del examinador, incapaz de comunicación empática alguna con el paciente.

En los EE.UU., pioneros como Adolph Meyer (1906, 1910), Harry Stack Sullivan (1931, 1962) y Frieda Fromm-Reichmann (1959) crearon una tradición más favorable al abordaje de la psicosis esquizofrénica desde la psicología comprensiva (*ver los Capítulos 6 y 7*). El conocimiento sobre los pacientes esquizofrénicos evolucionó siguiendo esta tradición. Sin embargo, incluso en los EE.UU. y especialmente en la década de 1990, llamada la “década del cerebro”, dominó la creencia de que la esquizofrenia es una enfermedad orgánica y debe tratarse como tal. De todos modos, no se deben olvidar las palabras de Meyer de hace casi 100 años: “La comodidad de trabajar con la cobertura de concepciones fatalistas de herencia, degeneración y misteriosas enfermedades cerebrales ... constituye una protección poderosa e inconscientemente celebrada”... “Creo que se justifica dirigir nuestra atención a los factores que *vemos trabajando* con las historias biográficas de los casos de la llamada demencia precoz” (Meyer, 1910; el subrayado es del autor).

La contradicción entre el concepto estadounidense y europeo de esquizofrenia de algunas décadas atrás, quedó claramente en evidencia en los resultados del conocido proyecto de investigación conjunto británico-estadounidense (Cooper y colaboradores, 1972), que demostró que “la esquizofrenia en Londres era bastante diferente de la esquizofrenia en Nueva York”. Probablemente, este resultado se podría interpretar desde la perspectiva de los diferentes desarrollos alcanzados en el conocimiento de la psicología comprensiva subyacente. En los EE.UU. los psiquiatras estaban más inclinados a considerar la psicosis esquizofrénica como una entidad que se podía comprender. También hallaron características psicodinámicas similares (aunque menos pronunciadas) en los pacientes a los que ahora se considera con trastornos de personalidad “esquizotípicos” o “límite”. Paralelamente, el concepto estadounidense de esquizofrenia se extendió gradualmente. En el Reino Unido, la opinión dominante era que la esquizofrenia era ininteligible psicológicamente y la ampliación de la categoría de “trastornos incomprensibles” estrechó los límites del concepto de esquizofrenia.

Este y otros estudios coincidentes llevaron a retomar la clasificación “kraepeliana” basada en los síntomas, como se manifiesta en los manuales DSM compilados por la American Psychiatric Association (4ª edición, 1994). Desde el punto de vista de la investigación epidemiológica, esto era necesario, pero nosotros debemos tener en cuenta que la planificación del tratamiento también exige diferentes enfoques.

Algunos terapeutas han optado por negar absolutamente que la esquizofrenia sea una enfermedad y han hablado del intento desesperado

de una persona por protegerse de un medio que genera ansiedad y amenaza con destruir la individualidad (por ejemplo, Laing y Esterson, 1964). Si bien puede haber algo de verdad en esto, uno debe reconocer la enorme regresión de las funciones psicológicas y la pérdida de habilidades sociales que se viven en tal declive autista.

¿Cómo podemos comprender a una persona con esquizofrenia?

El ensayo de Sigmund Freud sobre la autobiografía del Dr. Daniel Paul Schreber, el eminente abogado que sufrió psicosis esquizofrénica, fue la primera descripción en profundidad de la psicología de una persona con esquizofrenia (Freud, 1911c). Freud distinguió dos fases en la evolución psicodinámica de la psicosis de Schreber: primero se produjo la pérdida de la diferenciación de las funciones de la personalidad, incluida una regresión al narcisismo temprano con abandono de las relaciones objetales, y luego los intentos por encontrar soluciones restitutivas, que eran peculiares pero todavía psicológicamente relevantes (*ver el Capítulo 3*). Estas interpretaciones básicas fueron confirmadas más adelante por numerosos psicoanalistas que trabajaban con pacientes esquizofrénicos.

¿Por qué esta comprensión es aún difícil de adoptar, incluso para los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental? Se puede enumerar una lista de factores que nutren este antagonismo:

- *La adhesión de la investigación y la educación médica a la tradición científica positivista-naturalista dificulta la apreciación de trabajos representativos de otras perspectivas teóricas.*
- *El gran desarrollo de la investigación sobre el cerebro parecía alentar la creencia de que la esquizofrenia es un trastorno orgánico sin relación con factores psicológicos.*
- *La importante influencia de la industria farmacéutica.*
- *La creencia de que no sería posible el trabajo psicoterapéutico generalizado con pacientes psicóticos en el marco del sistema público de salud porque esto supondría grandes necesidades de personal.*
- *Los resultados de los ensayos psicoterapéuticos, rígidamente planificados y controlados, no alentadores.*
- *La creencia de Freud en la naturaleza irreversible de la regresión narcisista generó una actitud pesimista hacia el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con esquizofrenia.*

- *Los estudios sobre los factores psicológicos etiológicos de la esquizofrenia despertaron ansiedad y resistencia, en especial cuando se percibieron (erróneamente) que responsabilizaban a los padres de la enfermedad del niño.*
- *Nuestros mecanismos de defensa enfatizan la diferencia entre nosotros y nuestros pacientes, favorecen el tratamiento farmacológico superficial y nos ayudan a evitar el encuentro con los problemas profundamente arraigados de los pacientes*

A esto se debe agregar la “sensación precoz”, el fenómeno mencionado antes. Mucha gente, incluso profesionales, encuentran realmente más difícil comprender a sus pacientes esquizofrénicos que aquellos otros que sufren de neurosis o trastornos narcisistas, y esto no es debido solamente a sus propios mecanismos de defensa inconscientes. Para comprender las funciones psíquicas de los esquizofrénicos, los terapeutas, además del entrenamiento adecuado, deben poseer un interés genuino en estos pacientes, buena capacidad de empatía y habilidad para acceder a su propio “dominio psicótico” inconsciente; por ejemplo, el que se manifiesta en los sueños. Estas cualidades nos proveen a nosotros del insight en la ansiedad y la regresión del paciente, cuyo pensamiento concreto todavía permite la interpretación simbólica. Muchos psiquiatras y otros profesionales -incluso terapeutas- encuentran esta línea difícil de cruzar.

Sobre la base del estado regresivo de los pacientes esquizofrénicos y la naturaleza de las experiencias de transferencia-contratransferencia, los investigadores que adoptaron un enfoque psicoanalítico han llegado a la conclusión de que la frustración grave de las experiencias gratificantes en la temprana relación madre-hijo es la fuente profunda de la psicosis esquizofrénica. Una relación empática de “contención” (Winnicott, 1960) con el paciente puede abrir la posibilidad de un nuevo y restaurador crecimiento de la personalidad en una interrelación fiable, “de imagen especular”, orientada simbióticamente. En varios capítulos de este libro se describirá el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica con sus diferentes escuelas.

No obstante, es importante señalar que la “culpa” de las frustraciones tempranas en la vida del futuro paciente no se debe atribuir a su madre. Las inclinaciones innatas de los niños, como una marcada tendencia al autismo y un bajo nivel de tolerancia a la ansiedad, también se deben tomar en cuenta, y además se debe enfatizar que la relación madre-hijo nunca tiene lugar en el vacío. La naturaleza de la relación entre la madre y el padre repercute, al igual que las condiciones generales del medio. También pueden ser extremadamente importantes las experiencias de la infancia y

el desarrollo de los propios padres. El autor de este capítulo ha descrito a la esquizofrenia como un proceso multifactorial y de varios niveles, que incluye tantos factores biológicos como psicológicos, que se ponderan de manera diferente en los distintos casos (Alanen, 1997). Respecto de los factores predisponentes de naturaleza psicológica, no sólo son importantes las cruciales relaciones humanas tempranas sino también las fases del desarrollo y las experiencias posteriores. En especial, las dos fases de individualización-separación, la primera en la primera infancia y la segunda en la adolescencia, pueden aumentar considerablemente el riesgo de psicosis o evitarla.

La interacción entre el genotipo del individuo y el termino amplio de medio familiar ha sido demostrada con extrema claridad en el extenso, y metodológicamente comprensivo, estudio sobre la adopción realizado por Pekka Tienari y su grupo (Tienari y colaboradores, 2003, 2004; Wahlberg y colaboradores, 2004; Wynne y colaboradores, 2006). El espectro de trastornos de la esquizofrenia (psicosis esquizofrénica, psicosis paranoide y trastornos de personalidad estrechamente relacionados*) en la edad adulta eran más comunes entre los niños adoptados con riesgo (con madre biológica esquizofrénica) que entre los adoptados del grupo control, pero esta diferencia sólo fue estadísticamente significativa cuando el ambiente en el que habían crecido tenía características disfuncionales. Tanto la baja vulnerabilidad genética como un ambiente saludable durante el desarrollo protegían a los niños adoptados contra la morbilidad psiquiátrica grave. El enfoque integrador de numerosos investigadores tiende a atenuar la clara distinción anterior entre factores biológicos y psicológicos (*ver el Capítulo 25*).

A continuación, y para ilustrar lo dicho hasta aquí, se darán dos ejemplos de expresiones idiosincráticas concretas de pacientes esquizofrénicos.

Recuerdo muy bien a un hombre joven hospitalizado por primera vez por esquizofrenia, a quien conocí durante mi residencia en el Hospital Lapinlahti, en Helsinki, en la década de 1950. Según quien lo derivaba, el paciente había llamado Cristo a su superior en el trabajo. En nuestra conversación, el hombre se mostraba evasivo, evitaba el contacto visual y no contestó a la mayoría de mis preguntas. Como parecía que se estaba cre-

* El termino espectro de la esquizofrenia fue inicialmente utilizado por Kety y otros (1968) y designado por Tienari y otros (2003) como el amplio espectro que ellos evaluarían : la esquizofrenia DSM III-R, los trastornos de la personalidad esquizotípico, esquizoide, paranoide y evitativo ; los trastornos esquizoafectivos , esquizofreniformes y delirantes, el trastorno bipolar con psicosis ,el depresivo con psicosis y trastorno psicótico no especificado.

ando un clima positivo, le pregunté por qué había llamado así a su superior. El hombre me miró rápidamente, sin levantar, y después de una pausa dijo: “ Usted puede encontrar esos Cristos aquí y allá”. Gradualmente fue quedando claro que quería decir víctimas inocentes; su superior era una ellas, y también él mismo.

El otro ejemplo proviene de mi libro (Alanen, 1997). Uno de los pacientes de nuestro hospital, en Turku, aducía que las guerras y el desempleo en el mundo hubieran desaparecido si la relación con su ex novia (la primera en su vida) hubiese continuado. Podríamos pensar que de no haberse terminado esa relación tal vez se hubiese impedido su enfermedad -por lo menos temporalmente-, sus tendencias violentas posteriores y el desempleo. Por lo tanto, se puede ver que incluso esta asociación ostensiblemente sin sentido tiene significado cuando reconocemos la regresión del mundo vivencial del paciente a un nivel de omnipotencia.

Por lo tanto, debemos encontrar modos de abordar el mundo del paciente a través de la comprensión simbólica. No obstante, para que el trabajo terapéutico con este tipo de pacientes tenga éxito, es necesario el examen profundo y el conocimiento del desarrollo de su personalidad, su medio familiar y sus problemas actuales, algo que puede conducir a una interacción empática de larga duración.

Bibliografía

- Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia - Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London : Karnac.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC.
- Bleuler, E, (1911). *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Vienna: Deuticke. [In English: *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press, 1950).
- Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J. et al. (1972). *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. Maudsley Monograph No 20. London: Oxford University Press.
- Fromm-Reichmann, F. (1959). *Psychoanalysis and Psychotherapy. Collected papers by Frieda Fromm-Reichmann* (ed. D.M. Bullard). Chicago: Chicago University Press.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. 5. edition 1949. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Laing, R.D. and Esterson, A. (1964). *Sanity, Madness and the Family. Vol. I. Families of Schizophrenics*. London: Tavistock Publications.
- Langfeldt, G. (1939). *The Schizophreniform States*. Copenhagen: Munksgaard.

- Meyer, A. (1906). Fundamental conceptions of dementia praecox. *British Medical Journal*, 2:755-759. Also in: E. E. Winters (ed), *The Collected Papers of Adolph Meyer*. Baltimore MD: The Johns Hopkins Univ. Press.
- Meyer, A. (1910). The dynamic interpretation of dementia praecox. *American Journal of Psychology* 21:385. Also in: E.E.Winters (ed), *The Collected Papers of Adolph Meyer*, cf. above.
- Schneider, K. (1929). *Klinische Psychopathologie*. 6. Edition 1962. Stuttgart: Thieme.
- Sullivan, H.S. (1931). The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 88:519-540. Also in Sullivan, 1962.
- Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a Human Process* (ed. by O.A. Will Jr). New York: W. W. Norton.
- Tienari P, Wynne. L C, Laksy K et al. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence of the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Amer J Psychiatry* 160:1-8.
- Tienari P, Wynne L C, Sorri A et al. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry* 184:216-222.
- Wahlberg K-E, Wynne L C, Hakko H et al. (2004). Interaction of genetic risk and adoptive parent communication deviance: longitudinal prediction of adoptee psychiatric disorders. *Psychological Medicine* 34:1531-1541.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis* 41:585-595.
- Wynne L C, Tienari P, Sorri A et al. (2006). I. Genotype-environment interaction in schizophrenia spectrum: Genetic liability and global family ratings in the Finnish adoption study; II. Genotype-environment interaction in the schizophrenia spectrum: Qualitative observations. *Family Process* 45:419-447.

El tratamiento de las psicosis antes del siglo XX

Manuel González de Chávez

Sociedades primitivas

En las sociedades primitivas, con una ideología dominante mágica o mágico-religiosa, ya distinguían los comportamientos involuntarios que infringen las normas, y entre ellos, los que hoy conocemos como trastornos psicóticos (Jenkins y Barret, 2004; Kiev, 1964; Kleinman, 1980; Opler, 1959). Consideraban una amplia gama de causas no naturales, como la pérdida del alma, el pecado por la infracción de los tabúes, la introducción en el cuerpo de objetos, espíritus o demonios maléficos, así como los efectos nocivos de la brujería y la magia de otros seres humanos o de difuntos rencorosos e insatisfechos.

El chamán o hechicero es el agente terapéutico. Lleva máscaras, ropas, talismanes y otros atributos de su oficio, como una bolsa de plantas y drogas medicinales. Su práctica es un acto comunitario de ceremonial variado, con danzas, cantos, oraciones o conjuros encaminado a identificar el agente o causa patógena, ya sea exhortando a la confesión pública de las infracciones a los tabúes, pecados, impiedades y otras negligencias, o por

medio de trances con los que el chaman se comunica con los espíritus o dioses ofendidos. Luego aplicaba el remedio adecuado, con sacrificios y purificaciones, invocando al alma para que regrese al sujeto doliente o expulsando sus espíritus o demonios mediante exorcismos, drogas o trepanaciones. La actitud tribal ante los sujetos trastornados depende de las atribuciones dadas a sus males. Cuando se les considera causados por la posesión de un espíritu maligno al que no se consigue eliminar, es posible que la persona endemoniada sea sacrificada o expulsada de la comunidad.

Civilizaciones antiguas

En una fase ulterior de la historia humana, la ideología fue cada vez menos mágica y más propiamente religiosa, como ocurrió con los Incas, Mayas y Aztecas, con Mesopotamia, el antiguo Egipto, Irán o Palestina y también, durante etapas sociales prolongadas, la India, China y Japón. Fueron sociedades agrarias y esclavistas complejas, dirigidas por un sector minoritario militar y sacerdotal que detentaba todo el poder, simbolizado en un emperador, faraón, inca o rey, al que se identificaba con la divinidad o el mismo la encarnaba. En todas estas sociedades, la locura, diferenciada de otras afecciones y conductas, era entendida en claves religiosas, con causalidades sobrenaturales y remedios similares a los de las sociedades tribales. Hay ya un aprendizaje regular establecido de los sacerdotes-médicos en los templos y en las escuelas vinculadas a ellos y hay una descripción de diferentes tipos de trastornos. Por ejemplo, los mayas distinguían la locura, la melancolía, las alucinaciones y varios síndromes más. En los papiros egipcios y en los grandes tratados de la medicina hindú se incluyen diversos problemas mentales. Casi dos mil años antes de Cristo, uno de esos tratados, el Yajur Veda, tiene una parte (Buthavidja) totalmente dedicada a las afecciones psíquicas, en la tradicional concepción de posesiones demoníacas (Laín Entralgo, 1972; Sigerist, 1951).

En esas civilizaciones había una gran equivalencia entre la enfermedad y el pecado (Lain Entralgo, 1961) y consideraban el castigo como un remedio terapéutico. En algunas de ellas, los enfermos eran encerrados en prisiones. En el antiguo Irán se trataban muchas enfermedades a latigazos y el látigo era uno de los principales instrumentos terapéuticos. Pero también en esas sociedades se aplicaron a los pacientes mentales otros remedios más agradables, como la música, los cambios de ambiente, de luminosidad o de hábitos de vida. En todas ellas, los médicos del clan sacerdotal solían actuar como auxiliares de los dioses y gran parte de la

sabiduría médica constituía una auténtica teología de la salud, asociada a los dioses y a sus revelaciones.

Israel tuvo peculiaridades como pueblo sometido varias veces a la esclavitud de sus poderosos vecinos, pero sobre todo una historia escrita de gran valor para conocer las actitudes, concepciones y manejo de la locura, tanto en la misma Palestina, como en las civilizaciones próximas de Mesopotamia, Persia y Egipto. En la Biblia hay relatos interesantes como los de la locura de Saúl o Nabucodonosor, este último, en el Libro de Daniel, bastante deformado del personaje histórico y real (Doob, 1974). En Israel no existía médicos propiamente dichos, sino curadores o auxiliares de Yavé, que era quien curaba y quien tenían prohibida toda clase de magia o brujería. En general, los enfermos mentales eran considerados posesos del demonio, al que trataban de expulsar con salmos, exorcismos y conjuros, aunque también usaban las abluciones purificadoras y la música que, por ejemplo, utiliza David, contratado al servicio de Saúl. También los hebreos intentaron, sin éxito, marcar nítidamente las fronteras de la locura, como lo demuestra el final favorable o miserable de quienes ejercían de profetas. Algunos fueron rechazados como locos, otros condenados a muerte y muy pocos obtuvieron consideración y reconocimiento. La suerte de cada profeta dependía quizás de la índole y significado social de sus augurios en las relaciones de poder que les tocó vivir. (Rosen, 1968).

Los babilonios, los sumerios, los hititas y los egipcios iniciaron la práctica de la "incubatio", utilizando los sueños para el conocimiento de las enfermedades y su tratamiento. Entonces, los sueños eran considerados independientes de las personas que los soñaban. Se les creía una forma peculiar de comunicación con los seres humanos que era utilizada por los espíritus, los muertos o los dioses. La "incubatio" adquirió gran relevancia en la práctica terapéutica de muchos pueblos, incluida la antigua Grecia. Los pacientes pernoctaban en cuevas o templos de oráculos o de dioses como Asclepio, y durante el sueño la divinidad, o una epifanía suya, su serpiente o su perro, les indicaba la vía a seguir para recuperar su salud (Laín Entralgo, 1972; Meier, 1967, Rocatagliata, 1973). Los interpretes de sueños, los oneirocríticos, fueron auténticos profesionales. Muchos de sus numerosos libros, fueron quemados como diabólicos siglos más tarde. Otros, como los de Artemidoro (Artemidoro, 1975) sobrevivieron épocas de oscurantismo, recibieron nuevo impulso con autores del Renacimiento como Gerolamo Cardano (Cardano, 1562), fueron reeditados desde la Ilustración, y hasta el mismo Freud, que los leyó y los citó, expresaba su satisfacción porque se hubiesen conservado (Freid, 1901).

Civilizaciones de Grecia y Roma

Pero no sólo los sueños eran considerados independientes de las personas que los soñaban. En las civilizaciones antiguas, incluso en el mundo homérico de la Grecia arcaica, no existía una concepción unificada de las personas, ni de la conciencia humana (Jaynes, 1976). La mente no tenía aún una ubicación clara (cerebro, corazón, diafragma). Había bastante confusión entre cuerpo y mente, entre pensamientos, sensaciones, memoria, emociones, pasiones, acciones o voluntad. La mente es un campo visible, público y abierto de fuerzas. Los agentes iniciadores de su actividad son externos, como dioses, demonios, otras personas o partes del propio cuerpo. La locura está causada por los dioses, generalmente como consecuencia de la violación de las normas. Hay causas divinas de la locura, que puede ser profética (inspirada por Apolo), religiosa (por Dionisio), poética (por las Musas) y erótica (por Afrodita y Eros). La terapia es la vuelta al orden social y está representada en la épica y en la tragedia, abordada por medio de oráculos, sueños, música, catársis o danzas como las coribánticas (Dodds, 1951; Simon, 1978)

Cuando la sociedad griega pasa de ser rural a ciudadana, muchos filósofos defendieron la primacía de la razón en el comportamiento humano y en el dominio de sí mismo. La génesis de la locura estaba en los deseos imposibles, en las frustraciones de la realidad, las emociones violentas y el descontrol de las pasiones. La locura es la victoria de las pasiones exageradas sobre la razón y un error del juicio que lleva a un comportamiento desordenado. En los Diálogos de Platón hay ya un modelo de mente individual, conflictiva y jerarquizada, que inicia y reflexiona sobre la propia actividad. Además de la locura de origen divino, ésta puede producirse por enfermedades y causas físicas, pero también por ignorancia, irracionalidad, cobardía, injusticia e intemperancia. En estas últimas causas, el filósofo es el terapeuta que, con el diálogo y la retórica, debe lograr la armonía, utilizando la racionalidad contra la irracionalidad, el conocimiento contra la ignorancia y las virtudes contra los vicios. Platón llegó a idear, en "Las Leyes", el "Sophronisterion", una institución filosófico-terapéutica específica. (Laín Entralgo, 1958; Simon, 1978).

A partir del siglo VI a.C. la plutocracia mercantil desplaza a la aristocracia terrateniente. La nueva clase, que asienta su poder económico y social en el comercio de las manufacturas, está interesada en el desarrollo de la técnicas y en el conocimiento racional de la naturaleza, lo que va a dar a Grecia, desde entonces, un carácter distinto al de otras civilizaciones antiguas. La medicina griega hipocrática va a superar el modelo teúrgico y

el puro empirismo. Se va a configurar como un saber técnico a partir de la observación metódica, con una concepción de la salud y la enfermedad referida al buen orden y la armonía de la naturaleza humana, con el equilibrio de los humores o elementos que la componen.

Sin recurrir desde luego a los dioses, Hipócrates distinguió ya la “frenitis” (trastorno mental agudo con fiebre), la “manía” (locura de comienzo brusco pero sin fiebre) y la “melancolía” (que incluía la mayoría de los trastornos psíquicos crónicos). Habló de la “locura puerperal” y de otros problemas mentales como la histeria, en la que, siguiendo una tradición egipcia anterior, aceptó la etiología uterina (Veith, 1965). Describió lo que hoy día llamamos esquizofrenia como “desipiencia”, “hebetudo” o “desipiencia stupida”, cuyo origen atribuía a un exceso de flema o pituita, del mismo modo que la frenitis y la manía eran provocadas por el exceso de bilis amarilla y la melancolía por un incremento de la bilis negra (Howells, 1991).

Concebida la locura como enfermedad natural, producida por un desequilibrio de los humores, en los que influían las pasiones o causas morales, la terapéutica iba encaminada a lograr recuperar el equilibrio de la naturaleza. Eliminar en la melancolía, el exceso de bilis negra, en la ansiedad, manía y agresividad, el exceso de bilis amarilla y en la “hebetudo”, la abundancia de flema. Se utilizaban purgantes, enemas, eméticos, sangrías y fármacos sedantes como la adormidera y la mandrágora. Se aconsejaban también remedios y normas de vida adaptadas a cada paciente: música, conversaciones filosóficas, ejercicios retóricos, asistencia al teatro - tragedia o comedia, según los casos -, ejercicios físicos, baños, cambios en la luminosidad, la cama o la casa. Hubo quienes aplicaban otros procedimientos, que la psiquiatría posterior denominará de “choque”, tales como agua fría, hambre, oscuridad, sustos bruscos, golpes, azotes y otros castigos, con los que se pretendía producir una “profunda sacudida” que impulsara al reequilibrio de la naturaleza enferma.

El encierro y la sujeción mecánica eran una práctica habitual con todos aquellos que no fuesen tranquilos y dóciles. En las clases más altas, la restricción corría a cargo de sirvientes y guardianes. Siempre que se podía, se realizaba en el mismo domicilio con sogas, cadenas, grilletes y otros instrumentos. A los “furiosos” se les encerraba en prisión, si la familia no podía hacerlo en el propio domicilio. Los locos pobres y tranquilos vagaban errantes y eran objetos de bromas y malos tratos. Las actitudes populares hacia los locos estaban muy influidas por nociones mágico-religiosas anteriores y el temor arcaico al contagio o la transferencia del mal. Por eso se les evitaba, escupía y alejaba.

A lo largo de más de doce siglos del periodo grecorromano y bizantino, la esquizofrenia, a la que se dio diferentes nombres (fatuitas, hebetudo, morositas, desipience, stupiditas, estulticia), era bien conocida y distinguida de la paranoia (fanaticism, paraphrosinia) o de la catatonía (cathoco, congelatio) (Rocatagliata, 1973). Entre la obra de Hipócrates, fisiológica y corporal que rompía con la medicina mágica, y la de Galeno, que incorpora la obra de Aristóteles y toda la filosofía y posterior conocimiento de la psicología humana, van seis siglos llenos de incidencias históricas y observaciones y deducciones clínicas inteligentes. Cicerón, como los estoicos y epicúreos propugnaban una psicopatología psicológica o psicogenética, en la cual los trastornos estaban causados por una conflictividad dinámica. Los acontecimientos vividos son el origen de las pasiones exacerbadas porque los hombres reaccionan de forma particular a ellos y se sienten frustrados, culpables o humillados por lo ocurrido. Consideraban la gradualidad entre "inclinatio", propensión o temperamento, "agritudo" que comprende lo que hoy serían reacciones de adaptación o neurosis, y "morbus", que engloba al concepto actual de psicosis. Cuando la violenta agitación del ánimo se hacía crónica, comprometía funcionalmente al cuerpo, "entraba en la médula, en las venas y los humores", alteraba el equilibrio y se convertía en una enfermedad. El trastorno mental está vinculado en sus orígenes y en su contenido a la persona que lo vive y tiene un significado "moral". El delirio es el sueño de quien está despierto, del mismo modo que el sueño es el delirio de quien duerme. La verdadera terapia debe ir a las raíces del mal, a las pasiones exageradas. El hombre que controla las pasiones se salva de la locura (Ciceron, 45 a.C.; Rocatagliata, 1973). Galeno tenía ya una concepción integradora de la conducta normal y patológica, un sistema consistente de la conexión recíproca entre las pasiones y los humores. Por eso su obra perdurará en la medicina desde el siglo II al siglo XVIII. (Galen, 1963; Siegel, 1973).

El periodo medieval

La medicina medieval cristiana es una combinación de galenismo y cristianismo, del que partieron, en el Imperio bizantino, las primeras iniciativas de instituciones asistenciales caritativas, derivadas de la actitud solidaria con los pobres y enfermos, indispensable para la salvación eterna. En Bizancio nacieron los primeros hospitales en las ciudades episcopales, los hospicios en las proximidades de las iglesias, la estrecha relación entre monasterios y hospitales y entre monjes y enfermos (Constantelos, 1968). La coexistencia de médicos laicos y clérigos médicos

se va inclinando hacia estos últimos, que atendían, dirigían y administraban las instituciones asistenciales, las cuales eran principalmente instituciones religiosas.

La medicina monacal será dominante durante varios siglos y añadirá, a la medicina galénica, la tradición bíblica de la enfermedad como pecado, castigo, deseo, muestra o prueba de la voluntad divina y la omnipotencia de un dios al que hay que invocar para recuperar la salud (Laín Entralgo, 1961). La medicina monacal entroncó perfectamente con las medicinas populares que también coexistían en el Imperio romano y con prácticas hebreas y “paganas” que se cristianizaron ampliamente. Las invocaciones primitivas se actualizaron en oraciones y plegarias. Incluso la “incubatio” se cristianiza. Hubo iglesias donde pernoctaban los enfermos. En algunas, siguiendo ayunos, aislamientos, baños de agua fría, sangrías, misas y procesiones. Otras iglesias reservaban lugares para los endemoniados. Los exorcismos, que se prolongaban durante días, entraron tanto en la liturgia como en la medicina. Los dioses paganos de la salud se convirtieron en santos sanadores y las nuevas imágenes y reliquias sucedieron a los viejos fetiches y amuletos. San Ciriano, en el siglo III, parece haber sido el primer santo sanador de la locura y hubo muchas peregrinaciones de locos a santuarios famosos, en algunos de los cuales, sus fuentes milagrosas, como el agua bendita, evocaban los ritos purificadores de las medicinas arcaicas. (Clarke, 1975; Kroll, 1973; Rosen, 1968).

La fusión del cristianismo con los compendios de la medicina galénica tuvo sus dificultades teóricas para ubicar la intervención divina o diabólica y el pecado original en la ya intrincada relación entre el cuerpo mortal y el alma incorpórea, para distinguir entre lo físico, moral y mental y entre locura, pecado y posesión demoníaca (Kemp y Williams, 1987; Kroll y Barrach, 1984). Las clasificaciones al uso seguían la tradición clásica y los remedios galénicos se siguieron usando junto a los religiosos, con la mayor extensión de algunas prácticas violentas como la “capipurgia”, aplicación de hierros calientes en el cráneo, o las trepanaciones tan popularizadas en obras pictóricas.

El Islam y el Renacimiento

El Islam, en su expansión territorial, también incorporó la ciencia médica helénica y la experiencia bizantina. Los médicos árabes, en la tradición hipocrática, consideraron la locura como una enfermedad corporal. No fueron meros transmisores del saber galénico, sino que lo discutieron,

ampliaron y modificaron según su experiencia. Averroes y muchos de los médicos árabes criticaron los procedimientos terapéuticos violentos y se inclinaron por recomendar paciencia y persuasión, ejercicios, baños, entretenimientos, danza, relajación, teatro en los jardines del hospital o sueño prolongado con fármacos. La sociedad islámica tenía una actitud de tolerancia y ayuda hacia estas personas e incluso las respetaba, porque popularmente subyacía la sospecha de que había en ellos algún mensaje o carisma divino.

El Islam tuvo como norma la asistencia a enfermos y desvalidos a cargo de la administración civil, por lo que hicieron grandes hospitales en las principales ciudades. Fueron instituciones laicas y médicas, en el sentido moderno, con una división interna en departamentos (cirugía, oftalmología, ortopedia, etc), visitas médicas diarias, personal auxiliar y enseñanza regulada de la medicina. Los hospitales de Bagdad, Damasco, El Cairo y Fez tenían departamento para dementes. Con el mismo criterio se crearon hospitales más pequeños para afecciones específicas y otros para enfermos mentales, entre los cuales el Maristán de Granada (España), fundado en 1367, puede haber sido el primer hospital mental que se construyó en Europa (Ammar, 1968; García 1989; Hammarneh, 1962; Ullman, 1978).

En España, familiarizada con las instituciones islámicas durante los ocho siglos que formó parte del Islam, se construyeron posteriormente hospitales para locos en otras ciudades como Valencia, Zaragoza, Sevilla, Toledo, Valladolid o Barcelona. El conocimiento del mundo árabe empezó a popularizarse en el resto de Europa con las Cruzadas. En el siglo XV, con el auge del comercio y la burguesía mercantil, se van creando hospitales civiles e instituciones para los locos en muchas ciudades europeas. Van a sustituir, como lugares de reclusión, a iglesias, monasterios y celdas de hospitales generales con cadenas, cintos o camas cerradas con ventanas, a través de las cuales se podía observar al enfermo (Clarke, 1975; Ullesperger, 1954).

En el Renacimiento, declina la medicina monacal y florecen las escuelas médicas laicas, donde se enseñan de nuevo las concepciones naturalistas grecorromanas, en muchas ocasiones recogidas de traducciones árabes. La medicina renacentista, con sus autopsias y estudios anatómicos, va a combatir "con el cuchillo de Vesalio" el carácter sobrenatural de las enfermedades. Pero hasta la hegemonía definitiva de la burguesía, varios siglos después, van a coexistir las visiones y abordajes naturales y sobrenaturales de la locura y otras conductas desviadas, con competencias solapadas y conflictivas de laicos y religiosos. La demonología y la brujería tuvieron fronteras borrosas con la locura, pero sería muy simplista redu-

cirilas a trastornos mentales (Zilboorg, 1941), porque fueron producto de una historia convulsa, cosmogonías teológicas e instituciones eclesiásticas de control religioso y poder social (Kors, 1972; Caro, 1961). También la locura, como irracionalidad, fue muy utilizada en la literatura y la filosofía para luchar por una nueva ética de la razón (AAVV, 1976).

Siglos XVI y XVII

La medicina de los siglos XVI y XVII aún aceptará lo natural y lo sobrenatural entre las causas y remedios de la locura (Hunter y Macalpine, 1963). La clasificación hipocrática (frenitis, manía y melancolía) es la más habitual, aunque la “bilis negra”, supuesta causante de la melancolía y otras locuras crónicas, no la encontrarán los anatomistas en ninguna parte del cuerpo. Los clínicos de la época intentarán salvar la autoridad de los autores clásicos transformando los “humores” en “vapores”. Paracelso hablará de “lunáticos” (cuyo mal tiene su origen en sus propias faltas, que les hacen caer bajo la influencia de la luna, sus fases y movimientos), de “insania” (heredada y producto de inadecuadas relaciones sexuales de los padres), de “vesania” (debida a envenenamientos o a los propios abusos), “brujería” y finalmente de “melancolía” (debida a la naturaleza o complexión del sujeto) (Middelfort, 1999; Galdston, 1950).

La famosa “Anatomía de la Melancolía” del erudito Robert Burton (1621), es un valioso compendio de saber histórico que recoge toda clase de causas y remedios, divinos y humanos, dietéticos, farmacéuticos y quirúrgicos. Pero, a la vez, es un tratado de terapia moral y filosófica, con un gran repertorio de estrategias contra la adversidad, discursos persuasivos y consejos confortadores. Formas de “cura psicológica”, de ayuda personal y humanitaria mediante la palabra que son auténticos precedentes de muchos factores terapéuticos comunes en nuestras actuales psicoterapias (Jackson, 1999).

Pero todavía hasta la Ilustración, e incluso después de ella, habrá muchos tratamientos brutales basados en los castigos corporales, las torturas físicas, la sorpresa, el terror y el horror, como sumergir a los enfermos en agua helada, al borde de la asfixia, para “sofocar las ideas locas”, agotarles hasta el cansancio y las náuseas con máquinas o ruedas giratorias, producirles nuevas enfermedades supuestamente incompatibles con la locura, silenciarlos con “máscaras faciales”, darles descargas eléctricas, transfundirles sangre de animales para renovar sus humores y untarles con ungüentos abrasivos (“oleum cephalicum”) o hacerles incisiones en la

cabeza para expulsar los vapores nocivos (Hunter y Macalpine, 1963; Dörner, 1975). Fueron los antecedentes históricos de otros tratamientos posteriores, como los choques cardiazólicos, la malarioterapia, los comas insulínicos, los electrochoques y la psicocirugía.

En los comienzos de la industrialización, los enfermos mentales de clases altas eran atendidos por médicos en sus domicilios o en pequeñas instituciones privadas como las “*petit maisons*” o las “*madhouses*” (Hunter y Macalpine, 1963; Parry-Jones, 1972). Los más pobres tenían en Europa muy pocas instituciones específicas y habitaban también en prisiones, hospitales generales, hospicios o “*workhouses*”, nuevo prototipo de institución burguesa, que rechazaba la antigua caridad religiosa y se fundamentaba en los nuevos valores de la reeducación por el trabajo. Es la industrialización, con la afluencia de las clases populares a las grandes ciudades, la que genera nuevas demandas asistenciales, que fueron recogidas por los sectores más reformistas de la burguesía y de los profesionales de la medicina. Desde mediados del siglo XVIII empiezan a construirse nuevos hospitales - generales y especializados - en muchas ciudades y es en esta historia de construcciones hospitalarias donde debemos ubicar también a los asilos psiquiátricos (Castel, 1976; Foucault, 1964; González de Chávez, 1980; Jones, 1972, Rothman, 1971).

Siglos XVIII y XIX

La Reforma y la contrarreforma influyeron decisivamente en el desigual despliegue de instituciones asistenciales (Middelfort, 1999). Es en el siglo XVIII, bajo la iniciativa de la burguesía reformista, cuando se construirán varios asilos psiquiátricos en Londres y el resto de Inglaterra, que se añaden al antiguo Bethlem, entre ellos el York Retreat de Tuke. También ocurre lo mismo en Holanda, USA, Irlanda, Rusia, y en varios lugares del centro de Europa, que se suman a los asilos ya existentes en la Europa mediterránea católica (España, Italia, Portugal) y en América Latina. Todos ellos anteriores a la fecha famosa de 1793 en la que Philippe Pinel fue a trabajar a Bicêtre.

La liberación de las cadenas en las cárceles y en los manicomios forma parte del mismo proceso histórico. Antes de Bicêtre y la Salpetriere habían suprimido las cadenas Chiarugi en el Ospedale Bonifacio de Florencia (1788) y Joly en Ginebra (1787). William Tuke había demostrado en el York Retreat, desde 1792, que los pacientes no necesitaban restricciones, limitaciones, ni castigos. Pinel, traductor y buen conocedor de la medicina de

su tiempo, visitó los asilos europeos, elogió a Tuke y reconoció la importancia del tratamiento moral y las instituciones inglesas. Ajeno a su mitificación posterior, el mismo Pinel hace un relato de la supresión de las cadenas que apenas ocupa una página y donde describe que los pacientes, algunos de ellos muchos años encadenados, fueron liberados por la orden y feliz iniciativa de Pussin, el administrador del centro, al que siempre se referirá elogiosamente y del que dirá que fue su verdadero maestro en este aspecto (Pinel, 1806). Los alienistas franceses posteriores, descontextualizarán todo este proceso histórico, personificándolo, reduciéndolo a una acción y apropiándose la como el gesto fundacional de la Psiquiatría, el mito de sus orígenes (Micale y Porter, 1994; Swain, 1977)

Las cadenas también desaparecerán de las prisiones en el conjunto de reformas institucionales emprendidas por la burguesía. Son un signo de humanización y una muestra de los valores de la nueva fuerza moral e institucional, basada en la razón, en la persuasión, la voluntad y el control de las emociones y las pasiones, que jugaban un papel etiológico en la alienación mental, y que Pinel clasificará de espasmódicas, debilitantes y opresivas o serenas y expansivas, recogiendo con la ideología filosófica de entonces toda la tradición clásica. Las pasiones, exageradas y descontroladas, que perturban la razón y causan la alienación, son siempre las mismas manifestaciones de la vida humana : amor, lujuria, deseos, anhelos, dolores, sufrimientos, vergüenza, tristeza, horror, miedo, inquietud, desesperación, ira, cólera, odio, venganza, envidia, celos, ambiciones, orgullo, vanagloria, arrogancia, avaricia, etc. Pero el “tratamiento moral” no tenía connotaciones éticas. Era un tratamiento “psíquico”, que le diferenciaba de los tratamientos “físicos”, y estaba encaminado al propio entendimiento y dominio de si mismo. Walter Riese defiende que “psicoterapia” sería la traducción menos ambigua y actual del “tratamiento moral” (Riese, 1969).

Los tratamientos de la locura físicos y psíquicos - o como se decía del cuerpo y del espíritu - han coexistido a lo largo de toda la historia de la humanidad (Ehrenwald, 1976; Ellemberger, 1970; Jackson, 1999). La llamada “psicoterapia” hoy y “tratamiento moral” ayer, no serían inteligibles sin esa continuidad histórica. Incluso en la misma Inglaterra, donde el “tratamiento moral” adquiere por primera vez su carácter institucional. Ciertamente, muchos de estos remedios “psíquicos”, morales” o “espirituales” tenían ya amplia tradición fuera de la medicina, y no es de extrañar que demostrasen su superioridad sobre los tratamientos médicos usados entonces en una institución cuáquera, como el York Retreat, que fue un ejemplo de referencia que se extendió, dentro y más allá de Inglaterra, a otras instituciones públicas y privadas. Renunciaron a las restricciones

y a la contención de los enfermos, demostrando como las relaciones en el interior del asilo mejoraban con conocimiento y afecto, con una comunicación más humanitaria con los pacientes y más interés en comprender sus dificultades. Las crisis que llevaban a atar a los locos eran en buena medida consecuencia de las relaciones y actitudes que se tenía frente a ellos. En general, la concepción de la locura entonces era predominantemente psicogenética y social, sin abandonar la base fisiológica, ni los remedios médicos, porque se intentaba establecer el nexo entre la fisiología y la conducta. La reeducación no era más que la corrección de la biología con otros medios.

El "tratamiento moral" tuvo varias versiones y el "non-restraint" fue una de ellas. No la más extendida, pero sí muy aceptada. Pero hubo otras de puro orden y disciplina institucional y "un camino prusiano en la reformas de los locos", una mezcla de "teopatología", desinterés práctico y tratamientos violentos (Dörner, 1975). También fuera de Alemania se aplicaron remedios brutales con los enfermos, como balancearlos colgados del cuello y hacerlos rodar con máquinas giratorias para "obligarlos a volver en sí", procedimientos que aparecían publicados en revistas científicas para demostrar empíricamente que eran remedios "seguros y eficaces" (Hunter y Macalpine, 1963). John Conolly, uno de los hombres más lúcidos de la psiquiatría de entonces, comentaba que esos tratamientos eran un reconocimiento tácito de la ineficacia de la medicina y la obstinación burda de hombres vanidosos e ignorantes que querían obtener por la fuerza aquello que no lograban con la ciencia (Conolly, 1856).

El "tratamiento moral" fue la terapéutica "científica" que exigía y justificaba la construcción de instituciones específicas para lunáticos o alienados, donde consiguiesen "la disciplina de su voluntad, el dominio de las pasiones y el orden razonable de sus ideas". El desarrollo de los asilos supuso también nuevas regulaciones legales, las primeras asociaciones de alienistas y sus primeras revistas científicas, con los conocimientos facilitados por la observación clínica asilar y la metodología racionalista y empírica. Fueron décadas de reforma institucional y optimismo terapéutico, con algunos episodios de perplejidad, como el encuentro de la psiquiatría asilar con la experiencia comunitaria de Gheel, que era en el siglo XIX una de las ciudades más importantes de Bélgica. La evolución desde el peregrinaje medieval de los locos a la fuente de Santa Dymphna y sus estancias para prolongados exorcismos, habían ido creando la costumbre de la atención y cuidado de los enfermos a cargo de sus habitantes, convertidos por delegación y pago de los familiares en "nourriciers", verdaderos mantenedores y tutores de los mismos, con quienes vivían y trabajaban. Se decía que no era posible distinguir allí entre los locos y los cuerdos. Lo

que fue desde el siglo VII un lugar de peregrinación de enfermos se convirtió, en el siglo XIX, en un centro de peregrinación de psiquiatras, deseosos de observar esta situación, contrapuesta a la del asilo, de los “locos al aire libre” (Roosens, 1979). De la confrontación con Gheel surgieron opiniones e iniciativas diversas como la asistencia a pacientes en familias sustitutas, las colonias de enfermos o la nueva arquitectura asilar, que daba a los pabellones, granjas, talleres, capillas y demás edificios, el aspecto de una pequeña villa. Pero, eso sí, una villa amurallada.

La psiquiatría asilar pasó a lo largo del siglo XIX del mayor optimismo al más desesperado pesimismo. La realidad demostró que el tratamiento de los enfermos mentales era muy secundario a los intereses dominantes y que las autoridades responsables regateaban la financiación y primaban las funciones custodiales. La burguesía abandonó los principios e “ideas abstractas” de la Ilustración, con las que había luchado contra el Antiguo Régimen, y pasó a posiciones defensivas con las primeras contradicciones y desigualdades del capitalismo y los embates revolucionarios del proletariado. Decidió que era hora de pasar de los principios a los hechos y abrazó el positivismo y cierto evolucionismo que justificase el predominio de los más aptos en la inevitable lucha por la vida. Utilizaron ampliamente las facultades gubernativas para canalizar toda clase de desviados y desvalidos a unos asilos, carentes de personal y recursos materiales, precarios, abarrotados e inoperantes, donde la reeducación moral de los internados era un esfuerzo ilusorio.

El capitalismo industrial, motivado por la rentabilidad, favoreció los descubrimientos científicos y las innovaciones técnicas. La medicina positivista dejó de ser “un saber meramente conjetural” y consiguió grandes avances con el microscopio y el laboratorio, especialmente en higiene y bacteriología. La psiquiatría trató de seguir el mismo ejemplo. Las lesiones cerebrales encontradas en los enfermos con parálisis general progresiva, que abundaban en los manicomios, alentaron a las corrientes “somaticistas”, minoritarias a comienzos del siglo, que empezaron a imponerse. La misma parálisis general progresiva subrayaba la importancia diagnóstica de la evolución de los trastornos y el polimorfismo de unos cuadros clínicos que se fueron desmenuzando en sus síntomas con la psicopatología descriptiva (Berrios, 1996), pero cuya unidad o heterogeneidad tampoco estaba clara. “Alienación” o “insanity” eran términos comunes hasta que el de “psicosis”, viniese a reemplazarlos. Fue utilizado por Ernst von Feuchtersleben en 1845, en su libro “The Principles of Medical Psychology”, donde, como en los compendios renacentistas, describió los usos terapéuticos de entonces y el arsenal más o menos persuasivo de premios y castigos, “remedios psíquicos”, que se añadían a la far-

macopea variada de narcóticos, somníferos, estimulantes, eméticos y otros “remedios corporales”, incluidos el vino y el opio (Goshen, 1967).

La homologación terapéutico-pedagógica-reeducadora del loco con el niño fue bastante habitual. La practicaban tanto los llamados psiquiatras “psíquicos”, de la Ilustración o del Romanticismo, que creían en la autonomía de la razón o del espíritu como los “psicosomáticos”, con sus remedios dualistas para el cuerpo y la mente. Los “somaticistas” y materialistas, que defendían la unidad de los fenómenos anímicos y somáticos, y que el alma era sólo la suma de los estados cerebrales y no había más enfermedades que las del cerebro, tampoco se limitaban ellos mismos a los remedios corporales, aunque estuviesen más ocupados con sus microscopios que con sus enfermos. (Ellemerger, 1970; Engstrom, 2003).

El hipnotismo fue durante décadas la sombra provocadora del materialismo “somaticista” y abrió numerosos interrogantes sobre el funcionamiento de la mente normal y patológica, las causas de los trastornos mentales y los mecanismos subyacentes en los tratamientos psicológicos. En las últimas décadas del siglo XIX las ciencias humanas se liberaron de los laboratorios experimentales de psicofisiología y aumentó el interés por la actividad mental inconsciente, la introspección, la sugestión, la persuasión y los sueños (Ellemerger, 1970; Pigman, 2002; White, 1960). Se iniciaba así la historia del desarrollo actual de la psiquiatría dinámica, de las psicoterapias y del psicoanálisis.

Bibliografía

- Ammar, S.(1968). La medicine de l’ame chez les Arabes. *L’Information Psychiatrique*. 44.855-862.
- Artemidoro (1975) *Onerocrítica. The Interpretations of Dreams*. Translated from Greek by Robert White. Noyes Classical Studies. Noyes Press.
- AAVV (1976). *Folie et Dérason a la Renaissance*. Ed. Université de Bruxelles.
- Berrios, G. (1996). *The History of Mental Symptoms*. Cambridge University Press.
- Burton, R. (1621). *The Anatomy of Melancholy* Oxford. Edición española. AEN. Madrid. 3 volúmenes. 1997, 1998, 2002.
- Cardano G. (1562) *Synesiourum somniorum omnium generis insomnia Explicantes*. Traducción española. AEN. Madrid. 1999 .
- Castel, R. (1976). *L’Ordre psychiatrique*. Ed. Minuit. Paris.
- Caro Baroja J. (1961) Las brujas y su mundo. Ed. Revista de Occidente. Madrid. 1961.
- Cicerone (45 b.C). *Tusculanae disputationes*. Traducción esp. AEN. Madrid. 2005.

- Clarke, B. (1975). *Mental Disorders in Earlier Britain*. University of Wales Press. Cardiff.
- Conolly, J. (1856) *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*. London. Italian transl. Einaudi. Torino. 1976.
- Constantelos D.J (1968) *Byzantine Philanthropy and Social Welfare*. Rutgers University Press.
- Ehrenwald, J. (1976) *The History of Psychotherapy*. Jason Aronson. N. York.
- Ellenberger, H.F. (1970) *The Discovery of the Unconscious*. Allen Lane. London: Penguin Press.
- Foucault M. (1964). *Histoire de la folie a l'age classique*. Plon. Paris.
- Dodds, E.R. (1951) *The Greeks and the Irrational*. University of California Press.
- Doob P.R. (1974) *Neuchadnezar's Children*, New Haven & Yale University Press.
- Dörner K (1975). *Burger und Irre* .Frankfurt an Main.1969. trad.esp. Taurus. Madrid.
- Engstrom, E. (2003) *Clinical Psychiatry in Imperial Germany*. Cornell University Press.
- Freud S. (1901) "*la interpretación de los sueños*". 1901. Trad. esp. Obras Completas. vol 1. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.
- Galdston I. (1950) "*The Psychiatry of Paracelsus*". Bull. Hist. Medicine. 24, 205-218.
- Galen (1963) *On the passion and errors of the soul*. Ohio State University.
- García J, Giron F, Salvatierra V. (1989). *El Maristan de Granada*. Un hospital islámico. AEN. Granada.
- González de Chávez, M. (Ed) (1980). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. AEN. Madrid.
- Goshen, CH. (1967) *Documentary History of Psychiatry*. Philosophical Library. New York.
- Hammarneh, S. (1962) Development of Hospital in Islam. *J. Hist. Med Allied Science*.17, 366-384.
- Howells, J.G.(ed) (1991) *The Concept of Schizophrenia: Historical Perspectives*. American Psychiatric Press.
- Hunter, R. & Macalpine, I. (1963) *Three Hundred Years of Psychiatry*. Oxford University Press. London.
- Jackson, S.W. (1999) *Care of the Psyche*. Yale University Press.
- Jaynes, J. (1976) *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*. Houghton Mifflin Co. Boston.
- Jenkins, J.H. & Barret, R.J. (2004) *Schizophrenia, Culture and Subjectivity*. Cambridge University Press.
- Jones, K. (1972) *A History of Mental Services*. Routledge. London.
- Kemp, S. & Williams, K. (1987) Demonic possession and mental disorder in medieval and early modern Europe. *Psychological. Medicine*. 17, 21-29.

- Kiev, A. (ed) (1964) *Magic, Faith and Healing*. Free Press. N.York.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- Kors A. & Edward P. (1972) *Witchcraft in Europe*. University of Pennsylvania Press.
- Kroll, J. (1973) A reappraisal of psychiatry in the Middle Ages. *Archives of General Psychiatry*. 29, 276-283.
- Kroll, J, Bachrach, B. (1984). Sin and Mental illness in Middle Ages. *Psychological Medicine*. 14, 507-514.
- Lain Entralgo, P. (1958) *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Ed Revista de Occidente. Madrid.
- Lain Entralgo, P. (1961) *Enfermedad y pecado*. Ed.Toray. Barcelona.
- Lain Entralgo, P. (1972). *Historia Universal de la Medicina*. Salvat. Barcelona.
- Meier. C.A. (1967) *Ancient Incubation and Modern Psychotherapy*. Northwestern University Press.
- Micale, M & Porter, R. (1994) *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford University Press.
- Midelfort, H. (1999) *A History of Madness in Sixteenth-Century Germany*. Stanford University Press.
- Opler, M.K. (ed) (1959) *Culture and Mental Health*. McMillan. New York.
- Parry-Jones, W. (1972) *The Trade of Lunacy*. Routledge. London.
- Pigman, G.W. (2002) The Dark Forest of Authors: Freud and Nineteenth Dream Theory. *Psychoanalysis and History* 4.141-166.
- Riese, W. (1969) *The Legacy of Philippe Pinel*. Springer. N. York.
- Rocatagliata, G. (1973) *Storia della Psichiatria Antica*. Ubrico Hoepli Editore. Milan.
- Roosens, E. (1979) *Des fous dans la ville?. Gheel et sa therapie seculaire*. PUF. Paris
- Rosen, G. (1968) *Madness in Society*. Routledge. London.
- Rothman, D. (1971) *The Discovery of Asylum*. Little Brown. Boston.
- Siegel, R. (1973) *Galen on Psychology, Psychopathology and Function and Diseases of the Nervous System*. Karger. Basel.
- Sigerist, H.E. (1951) *A History of Medicine. I Primitive and Archaic Medicine*. Oxford University Press .
- Simon. B. (1978) *Mind and Madness in Ancient Greece*. Cornell University Press.
- Swain, G. (1977) *Le sujet de la folie*. Privat. Paris.
- Ullesperger, J. (1954) *La historia de la psicología y la psiquiatría en España*. Ed. Alhambra. Madrid.
- Ullman, M. (1978) *Islamic Medicine*. Edinburgh University Press.
- Veith I. (1965). *Hysteria. The History of a Disease*. University Chicago Press.
- Whyte, L. (1960) *The Unconscious before Freud*. Basic Books. New York.
- Zilboorg, G. (1941) "A History of Medical Psychology". Norton. New York.

El caso Schreber y la influencia contradictoria de Freud en el enfoque psicoanalítico de la psicosis

Yrjö O. Alanen

La contribución de Sigmund Freud (1856-1939), el fundador del psicoanálisis, al conocimiento de la psicodinamia de la esquizofrenia fue sumamente importante, aun cuando su experiencia con pacientes psicóticos no fuera muy amplia. Freud no trabajó en hospitales psiquiátricos y el método psicoanalítico clásico que desarrolló y con el que estaba comprometido era más aplicable al tratamiento de las neurosis que de las psicosis. La experiencia de Freud en psicoterapia de la psicosis fue escasa y este elemento, junto con sus conclusiones teóricas, hizo que su influencia en el enfoque psicoanalítico de la psicosis esquizofrénica fuera contradictoria.

Los primeros escritos de Freud, publicados en la década de 1890 incluyen dos breves informes de casos sobre la psicología de la psicosis. El primero trata de el estado de confusión alucinatoria en la que la desilusión es sustituida por la realización del deseo (Freud, 1894a); el segundo, de la “demencia paranoide” (esquizofrenia paranoide), y en él Freud demuestra la conexión entre los síntomas psicóticos y las experiencias infantiles reprimidas (Freud, 1896b). Freud sostuvo que en los años siguientes examinó a numerosos pacientes psicóticos derivados por sus

colegas. Sin embargo, el principal propósito de estas consultas era verificar que no se estaba frente a un paciente con psicosis subyacente o incipiente, y por lo tanto inadecuado para el análisis. No obstante, estos criterios no fueron muy estrictos: algunos de sus pacientes más conocidos, por ejemplo “el hombre de los lobos” (Freud 1918b), tenían, a los ojos de los psicoanalistas que los estudiaron posteriormente, características psicóticas. También más tarde se encontró que Freud, a pesar de su opinión sobre la incapacidad de transferencia de los pacientes esquizofrénicos, analizó, con escasos resultados, por lo menos a dos pacientes que consideraba esquizofrénicos (cfr. Boyer 1980, Roazen 2001)¹.

Estudio de Freud sobre las Memorias de Schreber

La principal contribución de Freud al conocimiento de la psicosis, sin embargo, no provino de un paciente que hubiera tratado personalmente, sino de su famoso análisis de las memorias autobiográficas “Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken” (*Memorias de un enfermo nervioso*), publicadas en 1903 por el Dr. *Daniel Paul Schreber* (1842-1911), un destacado abogado alemán que sufrió esquizofrenia paranoide. El “Caso Schreber”, *Notas psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, fue publicado por Freud in 1911 (Freud 1911c), 8 años después que la autobiografía del paciente, y más adelante también fue estudiado por algunos otros psicoanalistas.

Schreber tenía 51 años, cuando se inició su psicosis grave, en 1893, después de haber sido nombrado en nuevo y exigente cargo oficial (Presidente, 'Senatspräsident', de la Corte de Apelaciones de Dresden, la capital de Sajonia). Sin embargo, esta no era su primera “enfermedad nerviosa”: nueve años antes había sido tratado con éxito durante seis meses por “hipocondría” (muy probablemente una psicosis depresiva) en el mismo hospital que dirigía el profesor Flechsig en Leipzig. En la fase inicial de ese tratamiento hospitalario, Schreber realizó serios intentos de suicidio; algo que se repitió en la fase inicial de la recaída de su enfermedad.

¹ Según una carta de Freud a un colega (cf. Boyer 1980, pp.64-68), los malos resultados de uno de estos tratamientos, que tuvo lugar alrededor de 1930, posiblemente contribuyeron a confirmar la visión pesimista de Freud sobre la psicoterapia de la psicosis. Boyer cree que la interrupción del tratamiento de este paciente se debió al repentino abandono por parte de Freud de la técnica psicoanalítica clásica (por el temor a un nuevo brote psicótico que creyó que no podría manejar). El paciente tal vez percibió en esto un signo del pesimismo de Freud, y abandonó el tratamiento por su propia voluntad.

El profesor Flechsig también tuvo una intervención importante en la nueva psicosis de Schreber, que gradualmente evolucionó de un estado de depresión profunda con características paranoides a una esquizofrenia paranoide típica con alucinaciones auditivas e ideas delirantes de persecución, delirios somáticos y megalomaniacos excéntricos y peculiaridades del lenguaje, que con frecuencia incluían neologismos ('Grundsprache' como los llamó el mismo Schreber). En un principio, Schreber se sintió perseguido por Flechsig, "el asesino de su alma". Más tarde, Flechsig fue reemplazado por Dios y la idea persecutoria hostil de que Dios intentaba transformarlo en mujer y que él sería capaz de dar a luz a nuevos seres humanos concebidos por la unión cósmica con Dios. Schreber fue tratado en distintos hospitales mentales de Sajonia hasta 1902, cuando fue dado de alta accediendo a sus requerimientos, parcialmente recuperado pero sin haber abandonado sus creencias delirantes. En 1907 fue hospitalizado nuevamente, dos semanas después de que su esposa sufriera un ictus; su madre había muerto ese mismo año, unos meses antes. En 1911, Schreber murió en un hospital para enfermos mentales.

Según Freud, una homosexualidad reprimida dominaba psicodinámicamente la psicosis de Schreber. Freud llama a prestar atención al hecho de que Schreber refiere haber soñado con la recaída de su antigua enfermedad nerviosa mucho antes del comienzo de su nueva psicosis, pero después de haber sido designado en su nuevo puesto y mientras esperaba ser trasladado para ocuparlo. También se había despertado de otro sueño pensando que en realidad sería muy agradable ser una mujer sumisa en el momento del coito, una idea bastante incompatible con su identidad masculina consciente.

Schreber tenía una buena relación con Flechsig, después de su episodio y tratamiento anteriores (aunque lo más probable es que fuera profundamente ambivalente). En sus memorias destaca especialmente la gratitud de su esposa a este doctor "que le había devuelto a su marido".

Freud postuló que los sueños sobre la recaída de la enfermedad reflejaban el deseo de Schreber de volver al tratamiento con Flechsig. Sin embargo, este deseo le causaba pánico, porque el sentimiento homosexual reprimido asociado con su afecto por Flechsig amenazaba con salir a la luz. Las ideas delirantes paranoides que Schreber tenía en relación con Flechsig se pueden comprender sobre la base de dos importantes mecanismos de defensa, negación y proyección, como si Schreber estuviera diciéndose: No lo amo - lo odio - porque él me odia a mí. De acuerdo con Freud, *estos mecanismos de defensa son la clave para comprender todos los tipos de psicosis paranoides.*

Es interesante señalar que el deterioro más grave del estado psicótico de Schreber ocurrió sólo después de tres meses de hospitalización, cuando su esposa, quien hasta ese momento había pasado con él varias horas al día y había almorzado con él, se tomó un merecido descanso y partió para una visita de cuatro días a su padre. Aparentemente, la presencia de su esposa había tenido un efecto protector de la frágil integridad del self de su marido. Schreber describe así sus experiencias después del retorno de la esposa de sus vacaciones: “Ya no podía ver en ella a un ser vivo sino sólo a una de esas formas humanas enviada por milagro divino, al estilo de las “imágenes humanas fabricadas a la ligera” Una noche en particular fue decisiva para mi derrumbe espiritual; durante esa noche tuve una cantidad inusitada de poluciones nocturnas (quizás media docena). Aproximadamente en esa época también aparecieron las primeras indicaciones de contacto con fuerzas sobrenaturales.... especialmente con el profesor Flechsig que habló con mis nervios sin estar presente en persona” (citado de Niederland, 1984).

En la evolución posterior de la psicosis, Schreber siente que Dios estimula las “fibras nerviosas” de todo su cuerpo y también le estimula a él mismo. Dios está cambiando gradualmente las fibras nerviosas de Schreber en fibras nerviosas femeninas, y Schreber espera dar a luz niños concebidos por Dios. Se siente la persona más importante del mundo por la tarea que Dios le ha asignado.

De acuerdo con la original conclusión de Freud, *el desarrollo del nuevo síntoma en realidad tenía una función restitutiva*: la homosexualidad era ahora permisible, aunque al costo de una regresión cada vez más profunda y de la cronicidad de la psicosis. “La atracción, sin embargo, perdió su poder aterrador para los nervios involucrados, siempre y cuando éstos encontraran en mi cuerpo una sensación de voluptuosidad del alma, en la que a su vez participaban. En mi cuerpo, encontraron entonces un sustituto completo o casi completo del estado de gracia perdido, que es equivalente al deseo voluptuoso” (citado por Niederland, 1984). Schreber repite que su transformación en mujer es esencial para la regeneración de la humanidad. La actitud de Dios hacia esta tierra y todos los seres humanos deriva de la relación de Él con Schreber.

Freud interpretó que tanto el profesor Flechsig como Dios eran figuras en las que Schreber *proyectaba emociones que originariamente había sentido por su padre en la infancia*. Era una cuestión de transferencia. Esto también coincidía con el hecho de que el padre de Schreber -como le había informado a Freud un médico de Dresden- había sido una personalidad importante, un médico como Flechsig y un conocido pionero de la

educación sanitaria y la gimnasia, inspirador de la “Asociaciones Schreber”, dedicadas al cultivo sistemático de estas actividades.

También es significativo desde un punto de vista psicológico el dato de que Schreber y su esposa no tuvieron hijos a pesar de haberlos deseado, y que la esposa perdió varios embarazos, algo que fue problemático y frustrante para ambos. Se puede pensar que el delirio de Schreber de dar a luz a niños concebidos por Dios también tenía de algún modo el sentido de corregir esta situación. In 1903, después de que Schreber fuera dado de alta del hospital, la pareja adoptó a una niña de 10 años, que ya en su madurez le habló a Niederland de la calidez y bondad de su padre adoptivo (“fue más una madre para mí, que mi propia madre”).

Al final de su ensayo, Freud (1911c) postuló, sobre la base de su teoría de la libido (Freud, 1905d), que la psicosis esquizofrénica involucra una conversión de la libido (i.e., impulsos de búsqueda de placer) que la aleja de los objetos externos y la dirige hacia el yo. En la psicosis paranoide, la regresión es todavía parcial, mientras que en la demencia precoz (actualmente esquizofrenia), es completa. Esto lleva a concluir que esta fijación de la libido debe ser anterior en la esquizofrenia que en la psicosis paranoide. Los deseos homosexuales inconscientes que vemos con tanta frecuencia -según Freud, regularmente- en la psicosis paranoide, obviamente no tienen un papel comparable en la esquizofrenia. Cuando presenta estas ideas, Freud también se vale del trabajo de sus alumnos, en especial del de Karl Abraham (1908).

Según Freud, la psicodinamia de la psicosis incluye etapas: la primera, de abandono del amor al objeto y su redireccionamiento hacia el yo es fundamental; con frecuencia, a esto le sigue la formación del síntoma, que se puede interpretar como un esfuerzo por recuperar los objetos perdidos, pero de un modo egocéntrico y megalomaniaco y, simultáneamente, aislado de los objetos reales. Las fantasías y visiones delirantes de Schreber sobre Dios eran, precisamente, esta clase de síntomas.

Estudios posteriores sobre el caso Schreber.

Hallazgos de Niederland

Entre los psicoanalistas que analizaron posteriormente la psicosis de Schreber, William G. Niederland fue especialmente importante por sus estudios minuciosos. Mediante estudios históricos sobre la vida de Schreber, incluidos los tratamientos hospitalarios que recibió, Niederland logró

reunir nuevos datos, en especial sobre los antecedentes familiares de Schreber y su relación con su padre. Si bien se podían consultar fuentes públicas para gran parte de la información sobre el padre de Schreber, no había suficientes detalles sobre la vida familiar en las *Memorias* de Daniel Paul Schreber (el capítulo que se refería a la vida familiar fue censurado porque se lo había considerado “inadecuado para su publicación”).

Los estudios de Niederland, que comenzaron en la década de 1950 (Niederland, 1951, 1959, 1960; el libro *The Schreber Case - Psychoanalytic Profile of a Paranoid Personality*, 1974; exp. ed. 1984) confirmaron básicamente la hipótesis de transferencia de Freud para los delirios de Schreber, probablemente con más vehemencia de la que el mismo Freud podría haber deseado. El padre de Daniel Paul Schreber, el Dr. Moritz Schreber (1808-1861) fue en su época una figura muy conocida en Sajonia y también en Alemania, autor de una conocida guía para la crianza de los niños, *Kallipädie*, y fundador de los llamados “Schrebergarten”, pequeñas parcelas de tierra arrendada para el cultivo de diferentes plantas y flores.¹ Como médico, el Dr. Moritz Schreber fue el jefe del Instituto Ortopédico de Dresden. Lo más relevante aquí es que aparentemente tenía una personalidad sumamente dominante, con manifiestas características sádicas (aunque probablemente inconscientes). Los métodos educativos que describió en sus libros y escritos pedagógicos eran extremadamente autoritarios y duros, y tenían el objetivo de lograr la obediencia absoluta del niño y curarlo de sus inclinaciones inmorales. Había construido algunos aparatos (que se ilustran en el libro de Niederland, 1984) con este propósito; por ejemplo, una silla para corregir la postura (“Geradehalter”), que mantenía sujeta la cabeza y forzaba al niño a sentarse recto e inmóvil mientras hacía los deberes, y también otros aparatos para conseguir una postura perfecta mientras el niño dormía. Probablemente, uno de los objetivos de estos dispositivos mecánicos fuera impedir la masturbación, que en esa época era considerada una causa importante de retraso mental y trastornos nerviosos.

Como resaltaron dos biógrafos posteriores de la familia Schreber (Israëls 1989, Lothane 1992), en Alemania, en el 1800, el autoritarismo era típico en el medio cultural y en las ideas sobre la educación infantil. De todos modos, los hallazgos de Niederland confirman claramente que Moritz Schreber poseía una personalidad dominante y un interés inusual en educar con mano dura a los niños. Por ejemplo, el padre exigía que a partir de los dos años se lavara diariamente a los niños con agua fría. Los principios morales que aplicaba a la crianza de los niños eran extremadamente estrictos.

¹ Según H. Israëls (1989), la fama de Moritz Schreber como fundador de estos jardines era inmerecida, aunque se lo asociara con su nombre.

tos. En su guía, el Dr. Schreber afirmó que había utilizados estos métodos y los aparatos descritos “regularmente, y personalmente en la crianza de sus propios hijos, con grandes resultados, como afirma con orgullo paterno” (Niederland). Es interesante subrayar los numerosos puntos de contacto entre muchas de estas experiencias infantiles y las ideas delirantes de Schreber hijo sobre los “milagros divinos” que obraba Dios en su cuerpo: “...casi ninguna extremidad u órgano de mi cuerpo logró sustraerse al daño temporal causado por los milagros, ni un sólo músculo a ser lesionado por los milagros”. Sin duda, como su hijo en sus delirios, Moritz Schreber también tenía sus ideas sobre “crear una raza mejor y más sana”.

Es interesante, y fácil de comprender, que en las Memorias de Schreber, y a pesar de las ideas de sumisión a la voluntad de Dios y el sometimiento sexual a Él, aparezcan también afirmaciones encubiertamente denigratorias y despreciativas respecto del padre y de Dios, como se mencionó en ocasión de analizar el tratado de Freud. Así, Schreber hijo, por ejemplo, en una oportunidad escribe que Dios, en el cielo, en realidad no comprende a las personas que viven en la tierra.

Niederland también proporciona información interesante sobre los antecedentes del desarrollo de Moritz Schreber. Moritz era una hombre de baja talla y en su juventud su desarrollo físico había sido escaso y su salud, delicada. En uno de sus libros hay una historia breve de un caso titulada “Confesiones que alguien que ha padecido insania”, que según Niederland probablemente sea en gran parte autobiográfica. En el libro, se describe a un joven con propensión a los ataques de melancolía, ideas mórbidas persistentes e impulsos criminales atormentadores (la historia de este caso se puede leer completa en el libro de Israël). De todos modos, Moritz Schreber logró superar sus problemas con entrenamiento sistemático, gran esfuerzo personal y ejercicio físico metódico. Aparentemente, transmitió la solución a sus propios problemas a la generación siguiente, forzando a sus hijos a recibir el mismo tratamiento ya desde la infancia.

Niederland define a Schreber padre como un “padre simbiótico”, “cuya omnipresencia, usuparación del rol de la madre, y otros rasgos dominantes (abiertamente sádicos y también paternalistas benevolentes, punitivos y también seductores) se fusionaron con las características bizarras de la jerarquía de Dios en el sistema delirante del hijo”. La tragedia familiar no exceptuó tampoco al hermano mayor del escritor de las Memorias, que se suicidó a los 38 años. El destino de las tres hijas de la familia fue menos sombrío.¹

1 Gustav Schreber, abogado como su hermano, se suicidó con un arma de fuego en 1877. Según Lothane (1992) estaba deprimido, aunque también “supuestamente” tenía sífilis.

¿Y qué hay de la madre de Daniel Paul Schreber? La información sobre ella es sumamente escasa si se la compara con la que se dispone sobre su marido. Freud ni siquiera la menciona en su escrito. Niederland, sin embargo, halló una carta escrita por la hermana mayor de Schreber, Anna, en 1909, dos años después de la muerte de la madre. Según Anna, “nuestro padre discutía con nuestra madre todo y cada detalle; ella participó en todas sus ideas, planes y proyectos; leyó las galeradas de sus escritos con él, y fue una compañera cercana y fiel en todo”.

Es comprensible -afirma Niederland- que una hija leal tienda a describir la relación de sus padres como armoniosa. Aún así, aparece con extrema claridad la descripción de una atmósfera paternalista, dirigida por el padre con la madre como seguidora leal y también, hay que destacar, como una persona que le daba un apoyo importante. Sin duda, esto fue aun más importante después de que en 1851 Moritz Schreber, sufriera un accidente por el cual le cayó en la cabeza una escalera de hierro. Después del accidente, tenía cefaleas constantes y a menudo se aislaba en su cuarto a escribir sus folletos y otros materiales. Anna también describe cómo su madre, después de la muerte del padre, “en su dolor, destruyó todo lo que podía recordárselo” (Israëls, 1989), ¿reflejaba esto una ambivalencia internal?

Niederland (1963) cree que lo más probable es que las ideas delirantes de Schreber reflejaran una fusión regresiva de las imágenes primitivas de la madre y del padre. Algunas características complejas peculiares de la deidad de Schreber, especialmente la división en “patios” anterior y posterior, etc. pueden reflejar estas fusiones parentales condensadas, arcaicas y distorsionadas (y, al mismo tiempo, concretas) en el sistema delirante del hijo. Dos años antes, Robert B. White (1961) había presentado la hipótesis de que impulsos primitivos, orales, destructivo-dependientes hacia la figura de la madre constituían un componente crucial del conflicto psicótico de Schreber. Según White, la idea delirante de Schreber respecto de convertirse en mujer era, en un nivel, una expresión del deseo de recuperar una relación primitiva y menos diferenciada con la madre: “Schreber era simultáneamente el feto y la madre que llevaba el feto”.¹

Estas ideas parecen creíbles. En nuestro estudio sobre la familia finlandesa (Alanen et al., 1966) también hallamos con bastante frecuencia -además de madres posesivas - a esos “padres simbióticos” que actuaban

1 Murray Jackson me señaló que ciertamente estaba de acuerdo con esta interpretación. Enfatizó la importancia de la “doble identificación” entre las relaciones objetales internas de Schreber. Las ideas delirantes de Schreber sobre la “regeneración de la humanidad” es, según Jackson, también un deseo de darle a la madre bebés para reparar sus ataques contra hermanos reales o imaginarios que lo desplazaban.

como centro patológico en la dinámica familiar, con relaciones excesivamente intrusivas respecto de sus hijos (o unos de sus hijos), basadas en identificaciones narcisistas proyectivas. Con este comportamiento, también hacen a un lado a la madre, en un intento por tomar su lugar en la dinámica familiar.

La importancia de la transferencia del padre también es notable en un interesante pasaje de las Memorias, en el que Schreber describe sus problemas prepsicóticos en relación con la promoción al nuevo puesto: “La tarea era enorme y exigía una gran dosis de tacto en las relaciones personales, ya que los cinco miembros de la corte, de la cual yo debía asumir la presidencia, eran casi todos más veteranos, mucho mayores que yo (hasta 20 años) y, además, estaban más familiarizados con las prácticas de la corte, en las que yo era un novato”. Es posible concluir, con Niederland (1951), que Schreber se encontró rodeado de figuras paternas amenazadoras, en medio de las que se veía como un hijo intruso, indefenso y en peligro. Supongo que también tenía una gran necesidad inconsciente de identificación interna con objetos masculinos fuertes y amigables, algo que posiblemente pesó en la sexualización de su relación con el profesor Flechsig.

En comparación con la obra de Freud, los datos y puntos de vista de Niederland ponen el acento en los procesos de interacción familiar en el desarrollo de la personalidad de Schreber y de su psicosis, y, por lo tanto, constituyen un antecedente de los estudios familiares sobre la psicosis esquizofrénica que se realizaron por la misma época. El énfasis de Freud estaba en el estudio y la interpretación del desarrollo psicodinámico interno del paciente y su trastorno, a pesar de que fue el primero en señalar la importancia de la relación de Schreber con su padre como base de sus transferencias psicóticas a Flechsig y Dios. En los escritos posteriores de Freud sobre la psicosis, sus intentos de comprensión estuvieron incluso más completamente dirigidos (y restringidos) a la psicodinamia interna. Se podría destacar, además, que en esa época Freud no prestó demasiada atención a la contratransferencia, particularmente destacada en la psicoterapia de pacientes psicóticos, como subrayaron otros psicoanalistas posteriormente.

El libro de Lothane (1992) revisa minuciosamente la bibliografía psicoanalítica posterior sobre Daniel Paul Schreber. Personalmente, me gustaría destacar la revisión de Theodore Lidz' (1975) de los hallazgos de Niederland, incluida su opinión de que Niederland debió haber enfatizado que los delirios de Schreber eran más la consecuencia de sentimientos de odio reprimidos que de tendencias homosexuales reprimidas y proyectadas,

que habían sido la interpretación exclusiva de Freud. Como también afirma Lidz “la actitud homosexual pasiva del paciente (Schreber) puede haber sido el resultado de la forzada sumisión a su padre; o, del deseo del paciente de haber sido niña para sortear la amenaza de castración”. Lidz subraya el hecho (también mencionado por Niederland), de que Flechsig en su hospital realmente había utilizado la castración como un tratamiento para los trastornos mentales, “algo que podría tener mucha relación con la idea delirante de Schreber de haber sido 'desvirilizado' y convertido en una mujer”. Este conocimiento sin duda se reflejó en la transferencia de Schreber de su padre a Flechsig y en el aspecto de los sentimientos hostiles reprimidos de estas representaciones objetales internas.

En fecha más reciente, John Steiner (2002) publicó un interesante ensayo sobre el caso Schreber, en el que examinó la evolución regresiva, gradualmente más profunda, de la enfermedad de Schreber, de una depresión melancólica a una paranoia y, posteriormente, a una organización psicótica como retraimiento psíquico. Steiner destaca especialmente el rechazo que experimenta Schreber en el hospital, primero de Flechsig (que en principio promete una cura y luego pierde interés) y más tarde de su esposa, como la causa principal de su evolución negativa. La percepción de Schreber de la transformación de su esposa, de un ser vivo a “una forma enviada por milagro”, a una figura escasamente viva, tras la visita de ésta a su padre, ciertamente puede reflejar sentimientos hostiles reactivados por esta “deserción” (y celos).

Escritos posteriores de Freud sobre la esquizofrenia

En su conocido ensayo *Introducción al narcisismo* (1914c) Freud detalló aún más la idea de la libido primaria y su relación con la esquizofrenia. Freud estableció una distinción entre la libido dirigida al yo y la libido dirigida al objeto, el amor a sí mismo y el amor a otros. En la primera etapa posnatal de la libido no hay objeto, es una etapa caracterizada por el “autoerotismo puro”. A esto le sigue el narcisismo primario, en el que el objeto es el yo. Sólo posteriormente la libido comienza a dirigirse hacia otras personas, al mismo tiempo que se retiene la libido dirigida al yo y se producen desplazamientos constantes y parciales entre una y otra. La psicosis esquizofrénica (para la que Freud propuso el término parafrenia) se caracteriza por la megalomanía (que refleja una investidura libidinal excesiva del yo) y un retraimiento de la libido dirigida al mundo exterior. “A raíz de esto último, los pacientes se vuelven inaccesibles para el psicoanálisis y nuestros esfuerzos por curarlos son infructuosos”.

Al año siguiente, en “El inconsciente” (Freud, 1915e), Freud subrayó con más fuerza su pesimismo en cuanto al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, por la incapacidad de estos pacientes de establecer la relación necesaria con el terapeuta. Hacia el final del ensayo Freud establece una clara distinción entre las precondiciones que permitirían tratar las “neurosis de transferencia” (histeria de angustia, histeria de conversión y neurosis obsesiva) y las psicosis esquizofrénicas: No se detiene en el hecho de que la relación psicoterapéutica es un proceso en el que interactúan dos personas, y que en él influye el modo en que la otra persona, el terapeuta, aborda al paciente.

Puedo referirme también al caso sumamente ilustrativo, de una mujer esquizofrénica, publicado por Herbert Rosenfeld (1947). El retraimiento narcisista de la paciente aparecía como una forma particular (¡e interactiva!) de una relación objetal defensiva, que ayudaba a la paciente a rechazar y disociar toda conciencia sobre su realidad interna, con emociones como el amor o el odio hacia objetos cercanos, lo que incluso la llevaba a temer la pérdida de conciencia sobre su identidad como persona individual.¹

Una consecuencia del punto de vista de Freud fue que la temprana relación madre-hijo adquirió gradualmente una importancia central en las concepciones psicoanalíticas de la esquizofrenia. La esencia del trastorno -la decisiva fijación de la libido- se originaba en un estadio muy temprano. El desarrollo de la libido objetal se detenía o se deterioraba gravemente desde un principio y, por lo tanto, cuando la persona se enfrentaba a la frustración se retiraba a un estado de narcisismo primario, a diferencia de lo que ocurría con la neurosis, en la que la etapa crítica ocurría más tarde. Abraham (1916) describió un caso de “demencia precoz” que él había analizado, señalando convincente la importancia de la zona oral, a través de la fijación del paciente a formas orales de gratificación. Algunos años después, presentó una completa clasificación de las etapas de la organización libidinal y las comparó con los hallazgos de los especialistas en embriología (Abraham, 1924). Es importante recordar que Freud nunca ignoró la investigación biológica sobre los fenómenos mentales sino que intentó, por ejemplo en el marco de su teoría de los instintos, encontrar puntos de contacto integradores entre ambos enfoques.

En la década de 1920, después de haber publicado su teoría sobre la estructura de las funciones psicológicas (ello, yo, superyó), Freud (1924b), en su breve escrito *Neurosis y psicosis* propuso una definición diferente

1 Agradezco al Dr. Gustav Schulman por sus observaciones sobre este punto y la referencia a Rosenfeld.

de “quizá la diferencia genética más importante” entre la neurosis y la psicosis: *la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, mientras que la psicosis es el desenlace análogo de una perturbación similar de las relaciones entre el yo y el mundo exterior*. En la neurosis, el yo (las funciones psicológicas orientadas hacia el control interno y el ajuste externo de la personalidad) reprime los impulsos que provocan angustia, mientras que en la psicosis el yo es gobernado por el ello, distorsiona una parte de la realidad y, por lo tanto, pierde su compromiso con la realidad exterior. Freud también subraya el papel del superyó en todas las formas de enfermedad mental, en especial en los trastornos depresivos (melancolía) en cuya base hay un conflicto entre el yo y el superyó.

Cuando presentó esta fórmula, Freud enfatizó que había buenas razones “para desconfiar de una solución tan simple a un problema”, aunque se esperara que resultara correcta en términos generales. En otro breve trabajo, *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*, publicado el mismo año (Freud, 1924e), Freud señaló que la perturbación en la relación entre el paciente y la realidad existe de alguna manera también en la neurosis y no sólo en la psicosis. Dos años después (1927e), regresó a este problema al final de su escrito *Fetichismo* y expresó que tenía motivos para lamentar haberse aventurado tanto al intentar plantear la diferencia esencial entre neurosis y psicosis en el trabajo citado anteriormente. Una lectura cuidadosa del trabajo sobre el fetichismo, sin embargo, sólo muestra un cambio relativo en su concepción. Freud se refiere a dos hombres jóvenes que habían negado la muerte del padre y no obstante no habían desarrollado una psicosis. Un estudio posterior condujo a una solución de esta aparente contradicción, al demostrar que sólo una parte de la vida psíquica no había reconocido la muerte del padre; existía otra que se había percatado plenamente de este hecho. “Por consiguiente, puedo seguir manteniendo la suposición de que en el caso de la psicosis debe faltar efectivamente una de las dos partes, la que está acorde con la realidad”, escribe Freud. En este ensayo, introduce el término *escisión* para describir el mecanismo de defensa al que habían recurrido los dos jóvenes; más tarde este término ocupó un lugar central en la comprensión psicológica de la psicosis.

En su escrito póstumo *Esquema del psicoanálisis* (Freud 1940a), Freud afirma que la causa precipitante de una crisis psicótica es que la realidad objetiva se haya vuelto insoportablemente dolorosa, o bien que las pulsiones hayan cobrado una fuerza extraordinaria. Sin embargo, la desconexión del yo con la realidad podría, sin embargo, sólo rara veces, o quizá nunca, realizarse completamente. Uno se entera, por los pacientes tras su restablecimiento, de que en un rincón de su alma, según su propia ex-

presión, se escondía en aquel tiempo una persona normal, que “como un observador no participante, dejaba pasarse frente a sí al espectro de la enfermedad”. Y continúa Freud: “Probablemente tengamos derecho a conjeturar, con universal validez, que lo sucedido en tales casos es una *escisión* psíquica. Se forman dos posturas psíquicas en vez de una postura única: la que toma en cuenta la realidad objetiva, la normal, y otra que bajo el influjo de lo pulsional desconecta al yo de la realidad. Las dos coexisten una junto a la otra. El desenlace depende de la fuerza relativa de ambas. Si la segunda es o deviene la más poderosa, está dada la condición de la psicosis. Si la proporción se invierte, el resultado es una curación aparente de la enfermedad delirante. Pero en la realidad ella sólo se ha retirado a lo inconciente, igual que numerosas observaciones nos llevan a creer que el delirio estaba ya formado y existía desde tiempo atrás, antes de su irrupción manifiesta”.

Todavía podemos coincidir con Boyer (1980) quien finaliza su ensayo sobre las contribuciones de Freud al estudio de la esquizofrenia afirmando que aunque en sus últimos escritos Freud “reconoció que en las esquizofrenias no se produce un retraimiento total de la catexia pulsional, nunca abandonó del todo su teoría (anterior) sobre la psicosis”.

La influencia contradictoria de Freud

Con su escrito sobre las memorias de Schreber, Freud fue el primero en publicar un estudio sólido y completo sobre la psicodinamia de un trastorno del grupo de las psicosis esquizofrénicas. En otros capítulos de este libro el lector encontrará información sobre cómo su trabajo, fue continuado posteriormente por otros psicoanalistas e investigadores con orientación psicodinámica.

Sin embargo, la influencia de Freud sobre el estudio y el tratamiento psicoanalítico de las psicosis esquizofrénicas fue contradictoria a causa de su idea de que los pacientes esquizofrénicos eran inaccesibles en términos terapéuticos, una concepción que enfatizó especialmente en sus escritos de la década de 1910, después de su trabajo sobre Schreber. En sus últimos trabajos, el contraste entre la “neurosis de transferencia” y la “neurosis narcisista” aparece más atenuado, pero los puntos de vista anteriores prevalecieron en la mayor parte de la comunidad psicoanalítica.

La visión pesimista de Freud sobre el tratamiento psicoanalítico de la psicosis pesó lo suficiente como para mantener en un plano principalmente teórico el interés de la mayoría de los psicoanalistas por estos pa-

cientes. Fué largamente ignorada la posibilidad de un encuentro terapéutico empático que pudiera dar nuevas esperanzas y que fuera posible establecer una relación terapéutica incluso en la mente de un paciente aislado de otras personas.. En los primeros años del psicoanálisis hubo un tímido interés en tratar a pacientes psicóticos pero, dado el punto de vista del “maestro”, en casi todos los casos se desvaneció pronto, para resurgir lentamente dos o tres décadas después.

Influyeron en esta actitud problemas prácticos, como la imposibilidad de tratar a estos pacientes con las técnicas clásicas del psicoanálisis: esta técnica era la única que se enseñaba a los candidatos en la mayoría de los centros de formación en psicoanálisis, y era la única considerada “oro puro” en comparación con otros abordajes, a los que se veía como una aleación con “el cobre” de elementos de apoyo. Además, y al igual que Freud, no muchos analistas trabajaban en hospitales psiquiátricos. El papel de resistencias más amplias de la sociedad en general, respecto a las ideas sobre los orígenes psicológicos de la enfermedad de los pacientes con esquizofrenia, es un asunto cuyo estudio todavía es muy incipiente.

No obstante, hubo excepciones, psicoanalistas que intentaron tratar a pacientes psicóticos y pronto observaron que estos pacientes, o la mayoría de ellos, eran capaces de establecer una relación de transferencia con el terapeuta. En muchos casos de pacientes psicóticos gravemente afectados, que carecían de una suficiente organización de las funciones del yo , el tratamiento sólo era posible si no se intentaba persuadirlos de que se tendieran en el diván, al menos en la fase inicial de la terapia. Un contacto concreto *cara a cara* podía contribuir mejor al desarrollo de una transferencia duradera y al proceso de internalización del terapeuta, tan importante en el tratamiento de los esquizofrénicos.¹

La precondition más importante en la psicoterapia con enfoque psicoanalítico de los pacientes con esquizofrenia es *la capacidad de contra-transferencia empática del terapeuta, y de establecer una relación interactiva*. A menudo, la transferencia del paciente es ambivalente y vulnerable a las frustraciones, pero si encuentra este tipo de comprensión empática también puede desarrollar una fuerte y duradera dependencia del terapeuta. Los pioneros en psicoterapia psicoanalítica - muy especialmente G. Benedetti (1979) - han revelado que el desarrollo de una relación terapéutica, y su progreso, siempre es un proceso en dos sentidos, que no se ba-

1 Algunos terapeutas experimentados (por ej., Boyer, 1983, y Volkan, 1990) también publicaron informes positivos sobre la psicoterapia de estos pacientes en el marco del psicoanálisis convencional.

sa únicamente en la transferencia del paciente sino también, y en igual medida, en la contratransferencia del terapeuta. En la lectura de los primeros escritos de Freud se observa que sólo rara vez se refirió a los procesos de contratransferencia, y entonces mayoritariamente para alertar sobre los efectos nocivos del fenómeno de transferencia basado en las experiencias tempranas del analista dirigidas ahora al paciente.

También se vio con claridad que la teoría de la libido como tal, incluso en sus formas modificadas, tenía algunas limitaciones, en especial para comprender los trastornos psicóticos. La hipótesis de Freud de una primera fase puramente autoerótica no se ha verificado en los estudios empíricos de bebés (Stern, 1985). La teoría estructural de Freud se complementó con las teorías de las relaciones objetales (especialmente las representaciones internalizadas y externalizadas del objeto), cruciales para la comprensión de los pacientes psicóticos y su tratamiento con técnicas psicoanalíticas (cfr., Klein, 1947; Volkan, 1995; Jackson, 2001).

Se han propuesto otros abordajes psicoterapéuticos, con mayor o menor relación con el trabajo de Freud. Algunas veces me he preguntado si una terapia familiar de Daniel Paul Schreber y su esposa hubiera servido para salvar a este famoso paciente de la regresión fatal que sufrió en el hospital a causa del “rechazo” temporal de su esposa, pero sin creer nunca que esta terapia hubiera vuelto innecesaria una relación prolongada de transferencia-contratransferencia con un terapeuta individual de orientación psicoanalítica.

Bibliografía

- Abraham, K. (1908). The psychosexual differences between hysteria and dementia praecox. Included in *Selected Papers of Karl Abraham, M.D.* London: The Hogarth Press, 1949, pp. 64-79.
- Abraham, K. (1916). The first pregenital stage of the libido. *Selected Papers*, pp. 248-279.
- Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorder. *Selected Papers*, pp. 418-501.
- Alanen, Y.O., Rekola, K., Stewen, A. et al. (1966). The Family in the Pathogenesis of Schizophrenic and Neurotic Disorders. *Acta Psychiatr. Scand.*42 (Suppl. 189).
- Benedetti, G. (1979). The structure of psychotherapeutic relationship in the individual treatment of schizophrenia. In C. Müller (ed.): *Psychotherapy of Schizophrenia* (pp.31-37). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Boyer, L.B. (1980). Historical development of psychoanalytic psychotherapy of the schizophrenias: The followers of Freud. In L. B. Boyer and P. L. Giovacchini:

- Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic, Borderline and Characterological Disorders*. Second, revised and expanded edition, pp. 35-70. New York: Jason Aronson.
- Boyer, L.B. (1983). *The Regressed Patient*. New York: Jason Aronson.
- Freud, S. (1894a). The defence-neuropsychoses. *Standard Edition of the Complete Psychological works of Sigmund Freud*, III, 41-61.
- Freud, S. (1896b). Further remarks on the defence-neuropsychoses. *Standard Edition*, III, 157-183.
- Freud, S. (1905d). Three essays on sexuality. *Standard Edition*, VII, 123-243.
- Freud, S. (1911c). Psycho-analytic notes upon autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides). *Standard Edition*, XII: 1-79.
- Freud, S. (1914c). On narcissism: An introduction. *Standard Edition*, XIV, 67-102.
- Freud, S. (1915e). The unconscious. *Standard Edition*, XIV, 159-204.
- Freud, S. (1918b). From the history of an infantile neurosis. *Standard Edition*, XVII, 3-122.
- Freud, S. (1924b). Neurosis and psychosis. *Standard Edition*, XIX, 149-154.
- Freud, S. (1924e). The loss of reality in neurosis and psychosis. *Standard Edition*, XIX. 183-190.
- Freud, S. (1927e). Fetishism. *Standard Edition*, XXI!, 147-158.
- Freud, S. (1940a (1938)). An outline of psychoanalysis. *Standard Edition*, XIII, 139-207.
- Israëls, H. (1989). *Schreber: Father and Son*. Madison, Conn.: Internat. Univ. Press.
- Jackson, M. (2001), *Weathering the Storms. Psychotherapy for Psychosis*. London: Karnac.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 27:99-110.
- Lidz, T. (1975). Review of the Schreber Case by William T. Niederland. *Psychoanal. Quart.* 44:653-666.
- Lothane, Z. (1992). *In Defense of Schreber. Soul Murder and Psychiatry*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Niederland, W.G. (1951). Three notes on the Schreber case. *Psychoanal. Quart.* 20:579-591.
- Niederland, W.G. (1959). Schreber: father and son. *Psychoanal. Quart.* 28:151-169.
- Niederland, W.G. (1960). Schreber's father. *J. Amer. Psychoanal. Association* 8:492-499.
- Niederland, W.G. (1963). Further data and memorabilia pertaining to the Schreber case. *Internat. J. Psycho-Anal.* 44:201-207.
- Niederland, W.G. (1984). *The Schreber Case. Psychoanalytic Profile of a Paranoid Personality*. An expanded edition. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Roazen, P. (2001). *The Historiography of Psychoanalysis*. Transaction Publisher.
- Rosenfeld, H.A. (1987): *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.
- Schatzman, M. (1971). Paranoia and persecution: the case of Schreber. *Family Process* 10:177-207.

- Steiner, J. (2002). Gaze, dominance and humiliation in the Schreber case. *Internat. J Psychoanal.*, 85:269-284.
- Stern, D.N. (1985). *Internat. J Psychoanal.* A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic books.
- Volkan, V.D. (1990): The psychoanalytic psychotherapy of schizophrenia. In: L. B. Boyer and P. Giovacchini (Eds), *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient* (pp. 245-270). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Volkan, V.D. (1995): *The Infantile Psychotic Self and Its Fates*. Understanding and treating schizophrenics and other difficult patients. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- White, R.B. (1961). The mother-conflict in Schreber's psychosis. *Internat J Psycho-Analysis* 42:55-73.

La Escuela de Burghölzli: Bleuler, Jung, Spielrein, Binswanger y otros

Klaus Hoffmann

Uno de los grandes logros de Burghölzli, reconocidos en todo el mundo, es haber sido la primera clínica universitaria que adaptó el psicoanálisis y lo aplicó al conocimiento de las verdaderas enfermedades mentales. Aunque el psicoanálisis no estaba introducido entonces como tratamiento de las auténticas enfermedades mentales, su estudio permitió entender la psicología del lenguaje, la conducta antisocial, las manifestaciones motoras de la enfermedad y otros síntomas que presentan muchas personas que tienen enfermedades mentales. A partir del estudio psicoanalítico se ha podido establecer una relación mucho más estrecha entre médico y paciente (un aspecto tan esencial para el tratamiento) mucho más de la que nunca antes se había podido alcanzar". (Manfred Bleuler 1951: 22 ??)

La terapia psicoanalítica de las psicosis en el mundo de habla germana, de hecho, en todo el mundo en general, comenzó en el Hospital Universitario Burghölzli de Zúrich. Ya en 1903, y apoyados activamente por el entonces director, Eugen Bleuler, Karl Abraham, Carl Gustav Jung, Abraham Arden Brill, Max Eitingon, Alphonse Maeder y Ludwig Binswanger trabajaron con pacientes psicóticos siguiendo el método de

Freud de la asociación libre y prestar atención a las expresiones del inconsciente. Freud era partidario de este método, como podemos comprobar, entre otros medios, por este mensaje escrito a Bleuler en una postal el 30 de enero de 1906: “Estimado colega, después del magnífico estudio de Jung sobre la *dementia praecox* recibo ahora su ensayo exhaustivo. Estoy seguro de que muy pronto conquistaremos la psiquiatría”. (M. Bleuler, 1979:21).

Eugen Bleuler (1857-1939)

De acuerdo con su carácter, la vida de Bleuler siguió una línea recta. Nacido en Zollikon el 30 de abril de 1857 pasó una juventud feliz y atareada en su ciudad natal, entonces de ambiente rural, de la cual conservaría su aspecto campechano toda su vida. “En el colegio, dudaba entre estudiar medicina o historia. Si eligió la primera, para la suerte de nuestra especialidad, su interés por los aspectos genéticos fue siempre la guía de sus actividades”. (Maier 1941:10) Desde marzo de 1885 fue ayudante de Auguste Forel (1848-1931) en Burghölzli, donde fue recomendado por este último en 1886 para dirigir la Clínica Rheinau, un cargo que ocupó hasta 1898. En Rheinau, Bleuler se dedicó especialmente a los pacientes crónicos y vivió prácticamente con ellos. Después, entre 1898 y 1927 trabajó como director del Hospital Psiquiátrico Universitario Burghölzli en Zúrich. Además, actuó como presidente a tiempo completo del comité de la clínica modelo de Zúrich para desintoxicaciones en Ellikon an der Thur

Bleuler fue el primer profesor de psiquiatría del mundo que apoyó abiertamente el psicoanálisis de Freud y que intentó, junto a sus colegas, llevarlo a la práctica en su consulta. Ya en 1896 revisó favorablemente los estudios de Breuer y Freud sobre la histeria y alabó la obra de Freud *La Interpretación de los Sueños* (Falzeder 2004). Su primer trabajo psicoanalítico, “Mecanismos freudianos de la sintomatología de la psicosis”, apareció publicado en 1906. Bleuler alcanzó su máximo acercamiento a Freud en su artículo publicado en 1910: “El psicoanálisis de Freud: Defensa y crítica” (Bleuler, 1910; Walser 1976: 1195). Bleuler fue uno de los primeros autores y coeditores del *Yearbook of Psychoanalytic and Psico-Pathological Research*.

En 1911 vio la luz la famosa monografía de Eugen Bleuler *Dementia praecox o el Grupo de las Esquizofrenias*, en la cual etiquetaba la enfermedad descrita por Emil Kraepelin como *dementia praecox* introduciendo

do el concepto del grupo de esquizofrenias y resaltando, además, la variedad de los síntomas en cada individuo. En su prólogo, Bleuler también escribió: "...Gran parte del intento de ampliar la patología no representa nada más que la aplicación de las ideas de Freud sobre la *dementia praecox*". (Bleuler 1911/1988: XV). Desde su punto de vista más bien biológico-monista, Bleuler definió la psicoterapia que abordaba los afectos del paciente como la verdadera terapia aplicable en psiquiatría.

Poco después del Congreso de Psicoanálisis celebrado en Nuremberg en 1910 Bleuler se distanció del movimiento psicoanalítico, aunque Freud quería nombrarle presidente de la asociación suiza. Para Bleuler, se estaba evolucionando hacia una nueva *Weltanschauung* y un énfasis excesivo en la sexualidad. Freud lamentó profundamente esta decisión de Bleuler y se defendió de sus reproches.

Esperamos poder disponer pronto de la correspondencia completa que mantuvieron Freud y Bleuler (véase Falzeder, 2004). Alexander y Selesnick (1965) demuestran con algunos extractos de esa correspondencia la forma en que Freud exponía sus argumentos para fundar una asociación psicoanalítica con Bleuler. Según Freud, sólo Bleuler podría ser el mediador, el promotor de la tolerancia en el mundo de la psiquiatría. Después, Freud pensó que Binswanger podría realizar esta tarea. Tras la separación de Jung del movimiento psicoanalítico, Bleuler escribió a Freud: "Científicamente, aún no comprendo por qué es tan importante para usted que se acepte toda la estructura conceptual del psicoanálisis. Pero le recuerdo que ya una vez le dije que no importaba cuán grande fueran sus logros científicos, psicológicamente usted me impresiona como un artista. Desde este punto de vista, es comprensible que no desee que se destruya el producto de su arte. Como arte, tenemos una unidad que no se puede fragmentar. Como ciencia, ha hecho un gran descubrimiento que debe mantenerse intacto. Y no importa qué parte de todo lo que está conectado a él pueda sobrevivir". (Alexander y Selesnick 1965: 6).

No se han conservado las historias de los casos de psicoanálisis de Bleuler. Podemos asumir que aplicaba sus conocimientos en sus rondas y en sus paseos mientras hablaba con sus pacientes. No se puede hablar precisamente de un psicoanálisis estructurado metódicamente en el sentido actual, pero Bleuler mantuvo el mismo compromiso con las teorías psicodinámicas de los trastornos más graves de la psique que en el acceso en la práctica clínica a sus pacientes. En 1916 escribió su libro de texto de psiquiatría que posteriormente fue editado de nuevo en varias ocasiones por su hijo Manfred Bleuler.

Carl Gustav Jung (1875-1961)

El 10 de diciembre de 1900 Jung, hijo de un ministro de la Iglesia Reformada, empezó a trabajar en el Hospital Psiquiátrico Universitario de Zúrich. En 1902 terminó su disertación médica sobre la psicología y la patología de los fenómenos ocultos y los resultados experimentales con asociaciones de palabras. Estudió a Freud, principalmente su libro *La Interpretación de los Sueños* (Freud, 1900).

“Los trabajos de Jung *La Psicología de la Dementia Praecox y El Contenido de la Psicosis*, que aparecieron en 1907 y 1908, respectivamente, no buscaban explícitamente definir un método de tratamiento, sino que fueron el fruto de un trabajo de análisis muy intenso y entusiasta con sujetos esquizofrénicos en Burghölzli”. (Müller 1958: 455). Para Jung, la afectividad era la característica central de la vida mental y los complejos que eran el resultado (y después, también la causa) de los conflictos afectivos interpersonales, las principales razones para desarrollar patologías neuróticas y psicóticas, una idea que demostró a través de varios informes de casos. Encontramos ideas muy similares a las de Bleuler.

Sin disponer aún de los conceptos de fuerza y debilidad del ego, que fueron desarrollados más tarde, Jung pronto se dio cuenta de que: “Raramente se puede introducir una sugerencia verbal en la *dementia praecox*, y cuando se tiene éxito, los resultados son incontrolables y aparentemente caprichosos. Por tanto, los elementos extraños se mezclan con la capacidad de sugestión normal de los pacientes en fases iniciales”. (Jung 1907/1990: 87) A pesar de que reconocía claramente esta limitación, Jung intentó dar un sentido a la vida de los pacientes, principalmente por el contenido de las palabras utilizadas y no tanto de su vida cotidiana y de la estructura de su comunicación. Para él, las características psicopatológicas como las alucinaciones se correspondían más al concepto tradicional de pulsión freudiana de un deseo cumplido, y no tanto a signos de soledad, desesperación y sufrimiento (Jung 1990: 166)

A través de sus experimentos de asociación, Jung desarrolló las bases esenciales de la estructura psicopatológica de las esquizofrenias. Estos experimentos, dirigidos y documentados por el propio Jung, le llevaron al descubrimiento de los complejos de carga emocional. “Se trata de contenidos autónomos del inconsciente que actúan en el experimento introduciendo alteraciones”. (Wehr 1985: 80-81)

“Aunque estamos lejos de explicar exhaustivamente las interrelaciones del lado oscuro, podemos afirmar con certeza que no existen síntomas en la *dementia praecox* que puedan describirse como infundados y sin

sentido. Incluso las cosas más absurdas no son nada más que símbolos de los pensamientos que no sólo son general y humanamente comprensibles, sino que habitan en todos y cada uno de los corazones humanos sin excepción. Por tanto, en los enfermos mentales no descubrimos nada nuevo y desconocido, sino la otra cara de nuestra propia naturaleza, la madre de los problemas vitales en los que todos nosotros trabajamos". (Jung 1908/1990: 198)

Más adelante, Jung afirmó tan honesta como escépticamente: "Probablemente, es demasiado pronto para hablar de psicoterapia de la psicosis. ...Por el momento, pondría el mayor énfasis en investigar la función y el significado del factor psicológico en la etiología y el curso de las psicosis". (Jung 1919 /1990: 246). "La psicogénesis de la esquizofrenia también explica por qué algunos casos más leves... pueden curarse mediante psicoterapia. Pero no debemos ser demasiado optimistas sobre esta posibilidad de curación. Hay algunos casos aislados en los que a la naturaleza de la enfermedad y el declive de la personalidad impiden precisamente la acción del componente activo de la terapia, es decir, ejercer una influencia en la psique". (Jung 1928/1990: 259)

Sabina Spielrein (1885-1941)

Hoy sabemos más sobre la Sabina Spielrein paciente y amante de Jung (véase, p. ej., Carotenuto 1986, Minder 1994; Spielrein 2006, película de E. Marton 2002) pero no sabemos tanto sobre sus dos importantes contribuciones al trabajo psicoanalítico con pacientes psicóticos, que fueron publicadas de nuevo dentro de la colección de sus escritos en 2002.

Nacida en 1885 en el seno de la familia de un mercader judío acomodado en Rostov, a las orillas del río Don en la Rusia actual, fue llevada a Burghölzli en 1904 por su madre debido a sus problemas mentales, que duraban ya varios años. Jung la trató desde el principio y la diagnosticó de "histeria psicótica", presentando su caso en el Primer Congreso Internacional de Neurología y Psiquiatría en 1907 (Carotenuto 1986). La relación de ambivalencia con su padre, que la tiranizaba, tuvo un papel importante en el tratamiento. Spielrein estuvo ingresada como paciente en Burghölzli desde el 17 de agosto de 1904 hasta el 1 de junio de 1905. Después, Jung continuó tratándola como paciente privada. En 1908 empezó a mantener una relación sentimental con ella, sobre la cual la esposa de Jung informó a la madre de Spielrein quien, a su vez, quiso consultar con Bleuler sobre ello. Jung temió por su carrera y fue en busca de la ayuda

de Freud. “Es una historia terrible. Y en particular, porque demuestra la complicidad de los hombres frente a una mujer que ha sucumbido ante la seducción de un varón, una demostración de la doble moral victoriana. ...Jung y Freud condenaron por igual a Sabina Spielrein y apelaron a su razón y a su perspicacia para que viera que debía retirarse a favor de la carrera y el matrimonio de Jung”. (Carotenuto 1986).

Sabina Spielrein había empezado a estudiar medicina en la Universidad de Zúrich en 1905. A pesar de los problemas, continuó realizando su trabajo científico y terminó sus estudios médicos en Zúrich. En 1911 completó su disertación sobre el contenido psicológico de un caso de *dementia praecox*. Llegó a convertirse en una afamada psicoanalista siendo, entre otras cosas, la analista del prominente psicólogo experimental suizo Jean Piaget. Entre octubre de 1911 y abril de 1912 acudió a la Reunión de la Sociedad de los Miércoles en Viena. En 1912 se casó con el médico ruso Paul Scheftel, tuvo dos hijas y ejerció en varias ciudades de Suiza y Alemania, volviendo a su ciudad natal, Rostov, en la Unión Soviética en 1923. Con el apoyo de Freud llegó a ser miembro de la Sociedad de Psicoanalistas de Rusia, donde ejerció como psicoanalista infantil fundando un centro especial para niños hasta que Stalin prohibió el psicoanálisis en 1936. Spielrein continuó enseñando en la Universidad de Rostov hasta 1941, cuando ella y sus hijas fueron asesinadas por los nazis en la sinagoga de su localidad.

La historia del caso publicado por Spielrein en 1911 acerca de una mujer psicótica contiene sus ideas detalladas sobre las ideas delirantes religiosas y sexuales del caso y es una de las pocas disertaciones aparecidas en los inicios de la historia de la Psiquiatría y la Psicología en las que se expone un abordaje psicoanalítico a las psicosis. Según Lütkehaus (2002), el editor que recopiló los trabajos de Spielrein, “su propia enfermedad fue la base de sus conocimientos, la cercanía como base de la empatía”.

En 85 páginas Spielrein (1911/2002) nos cuenta la historia de su paciente, el contenido de sus ideas delirantes y los intentos de la terapeuta de influir en ella. La paciente estaba infelizmente casada y había tenido un aborto. Ella era protestante y su esposo era católico. Ella tenía miedo de que el hospital la “catolizara” y elaboraba imágenes sobre este tema. El “ardiente amor” que deseaba que sintiera su marido no podía hacerse realidad porque ella ya no albergaba sentimientos de amor hacia él y porque ya no era “pura”. Spielrein cogió los dibujos de la paciente y los tradujo el lenguaje de sus relaciones. La muerte del feto también representaba su ascendencia: la paciente también la utilizaba como un objeto sexual. Spielrein demuestra entonces como se usa ella misma para la transfe-

cia con su paciente, quien deseaba besarla y la pedía que curase su sexualidad para que pudiera unirse de nuevo con su marido. “No creo haber efectuado un análisis sistemático y exhaustivo de este caso, una paciente que muestra una disociación tan importante y sin ningún interés real por dar explicaciones verdaderas acerca su vida interior, que, por el contrario, se detiene en seco ante la verdad cruda y deja que sea el oyente quien la de sentido, un análisis que hace que llegar al fondo de las cosas sea, simplemente, una tarea imposible con nuestros medios actuales. ...Freud y Jung nos han enseñado que el sistema delirante de nuestros pacientes no carece, en modo alguno, de sentido, sino que sigue las mismas leyes de un sueño, por ejemplo, que siempre se revela a sí mismo al final como una organización de complejos con un sentido”. (Spielrein 1911/2002: 87).

En su obra 'Die Destruktion als Ursache des Werdens' (*La destrucción como la causa del llegar a ser*) Spielrein (1912/2002) nos acerca de nuevo la historia de una mujer esquizofrénica y demuestra que la destrucción es una parte de la energía vital, y una parte necesaria para crear una nueva vida. “Me vi obligada a ver que las principales características de una persona se basan en su propia escisión. Cuanto más cerca estemos del pensamiento consciente, más diferenciadas serán nuestras ideas. Cuanto más profundicemos en el inconsciente, serán más generales y típicas. La profundidad de nuestra psique no conoce un “Yo”, si no simplemente su suma, el “nosotros”.” (Spielrein 1912/2002: 106) Este es también el caso, precisamente, de los pacientes que sufren *dementia praecox*: Spielrein describe al filósofo Friedrich Nietzsche como un ejemplo de esa teoría (Spielrein 1912/2002: 117f). Ella define un instinto de preservar la especie que entra en contradicción con el instinto de autoconservación basándose en la observación de que se debe rendir una parte del propio mundo para entrar en la relación con los demás. Encuentra sus modelos literarios entre otros en la muerte y resurrección de Jesús y también en la saga de Nibelungos representada en la obra de Richard Wagner.

Utilizando el concepto de Jung, Spielrein habló sobre sus ideas respecto a la pulsión de muerte en la Reunión de la Sociedad de los Miércoles en Viena el 29 de noviembre de 1911. “La destrucción es, por tanto, la causa del llegar a ser. La antigua forma se debe destruir para que la nueva pueda tomar forma. En consecuencia, no existe un concepto absoluto de muerte, y lo que es la muerte con respecto a la forma antigua, es la vida para la nueva. La muerte en sí misma es, sin duda, horrible, pero en el servicio del instinto sexual es beneficiosa”. (Nunberg y Federn 1911/1979: 315-316) Freud se mostraba escéptico por las tendencias mitológicas de su artículo, demasiado influido, en su opinión, por Jung. En *Más allá del*

Principio del Placer (Freud, 1920), donde introdujo el instinto de muerte, Freud mencionó a Spielrein (“En un artículo rico en el contenido y pensamiento, pero, para mí, por desgracia no totalmente claro, Sabina Spielrein se ha adelantado a una buena parte de esta especulación. Describe el componente sádico de la pulsión sexual como “destrutivo”” (Complete Works XIII: 59, note 2). Freud mencionó la diferencia entre su teoría dual (sexualidad = vida), pero no volvió a comentar el enfoque de Spielrein. Para ella, la destrucción era algo inherente a la energía sexual. (Nitzschke 2000)

Ludwig Binswanger (1881-1966) *(versión modificada de Hoffmann, 1997)*

Ludwig Binswanger nació en una familia de rica tradición psiquiátrica. Su abuelo, que se llamaba igual que él, Ludwig Binswanger (1820-1880), era miembro de una familia judía de propietarios de pequeñas fábricas en el sur de Alemania. Estudió Medicina en Múnich y se convirtió en médico general y psiquiatra, pero no pudo entrar en el servicio médico gubernamental de Baviera porque era judío. Participó activamente en la revolución de 1848 en Múnich, luchando especialmente a favor de la igualdad de derechos de los judíos, lo que le causó aún más problemas.

Por aquella época, Suiza era más liberal que los estados alemanes. Tras su traslado a ese país, Binswanger trabajó como director del nuevo hospital mental cantonal de Münsterlingen, en Suiza, cerca de la ciudad fronteriza con Alemania de Constance. En 1857 compró la suntuosa Villa Bellevue en Kreuzlingen, muy cerca de Constance, y fundó un manicomio privado para pacientes mentales. En su clínica siguió la política de no contención del psiquiatra inglés John Conolly.

Bajo la dirección de su hijo Robert Binswanger, que fue director entre 1880 y 1910, el Sanatorio Bellevue creció, se construyeron más villas y la clase social de la clientela fue cada vez elevada, haciendo crecer la fama del lugar. En 1881, Josef Breuer, uno de los primeros mentores y colaborador de Freud, envió a su paciente Bertha Pappenheim, conocida como el caso Anna O. de Freud, a Bellevue para un tratamiento de aversión a la morfina. En los años siguientes, Freud envió a esa clínica varios pacientes que necesitaban tratamiento a largo plazo.

El joven Ludwig Binswanger creció en el entorno del sanatorio junto a sus pacientes. Después de sus estudios de medicina en Lausana, Heidel-

berg y Zúrich, ingresó en la Clínica Burghölzli. Jung supervisó su disertación y colaboró con él realizando experimentos de asociación. Binswanger visitó a Freud por primera vez acompañando a Jung en 1907. En 1907 y 1908 trabajó a las órdenes de su tío Otto Binswanger, profesor de neurología y psiquiatría en la Universidad de Jena, en Alemania.

En 1908, Ludwig Binswanger volvió a Kreuzlingen y fue a trabajar con su padre. Cuando éste murió en 1910, Ludwig se hizo cargo del sanatorio, trabajo que ejerció hasta su jubilación en 1956 (véase Hoffmann, 1996; 1997). Durante esos más de cuarenta años, el Sanatorio Bellevue fue uno de los escasos sanatorios psiquiátricos en los que el psicoanálisis se convirtió en el método principal de tratamiento de las psicosis. Personalidades muy populares, como el bailarín ruso Vaslav Nijinsky o el pintor Ernst Ludwig Kirchner, que creó 22 de sus grabados en madera más importante en Kreuzlingen, y muchos otros, recibieron tratamiento allí. Bellevue también se convirtió en uno de los centros de la vida cultural de la Europa Central: entre 1919 y 1932, Binswanger convocaba reuniones científicas periódicamente, a las que acudieron filósofos, psiquiatras y juristas. Para Binswanger, el psicoanálisis y la filosofía fueron medios importantes de entender a los pacientes. A pesar de todo, siempre se vio a sí mismo como un clínico.

Aunque trabajó codo a codo con Jung en 1907, Binswanger se mantuvo en contacto con Freud después de la escisión en 1914 del grupo de Zúrich. A pesar de sus diferencias, principalmente en los aspectos filosóficos, Freud y Binswanger siguieron siendo buenos amigos, una amistad que es evidente en las cartas que intercambiaron ambos (Fichtner 1992).

Binswanger trató a los pacientes psicóticos y adictos a sustancias mediante el psicoanálisis. No obstante, para él el tratamiento de la psicosis también incluía el uso activo de todos los recursos de su sanatorio: las enfermeras atendían y observaban a los pacientes, en ocasiones muy intensamente, e incluso participaban en confrontaciones físicas con ellos para sacar a flote las agresiones psicóticas del paciente en sus relaciones reales con otras personas. Como ejemplo de un caso documentado y publicado se puede citar el informe escrito por el enfermero Fritz Wieland sobre Vaslav Nijinsky: "En medio de su desesperación y gran ansiedad, se tira del pelo hasta que tengo que impedirle que siga haciéndolo. Después, puedo tranquilizarle hablándole y acariciándole. ... A las 10 en punto se ha puesto bruscamente de pie y ha empezado otra vez a tirarse del pelo y a susurrar de forma casi inaudible: "Me están matando". El paciente cierra los puños, se pone de pie y amenaza con golpear. Sólo puedo evitarlo sujetándolo con rapidez y después de hablarle durante algún tiempo, se ha

calmado. Después se acerca a mí, se sienta en mi regazo como un monito y me deja darle de comer". (Ostwald 1997: 311)

La forma en que Binswanger se enfrentó a la vida diaria de su sanatorio y cómo tuvo en cuenta la psicoterapia individual en su ejercicio profesional se demuestra en las líneas que escribió sobre la terapia utilizada en Bellevue: "De esta forma, se introdujo por primera vez una terapia sistemática bajo la dirección de mi esposa. ...En este caso, también intentamos evitar la uniformidad y los esquemas forzados y dejamos que prevaleciera la mayor individualización posible en cada uno de los aspectos del tratamiento: si el paciente debería trabajar en algo o no, si debería trabajar en la carpintería, en la sala del telar, en la sala de encuadernaciones, o en la granja, solo o con los demás, con o sin personal de asistencia, con este o aquel profesor, o si sería preferible la enseñanza privada de idiomas, literatura, historia o música, si debería continuar con su trabajo científico o artístico, o continuar o no recibiendo su correspondencia profesional, si sería mejor que dejara de trabajar en la clínica o fuera de ella, en la misma localidad o en otra alejada, etc.. Esta es sólo una pequeña muestra de las decisiones que el personal médico y asistencial deben tomar junto a los terapeutas ocupacionales con respecto al tratamiento de los pacientes". (Binswanger 1957: 32)

Binswanger indicó que los pacientes también continuaban el tratamiento ambulatorio en su consulta después de que el tratamiento en régimen de internamiento y su estancia en la clínica durante meses o incluso años. Las notas de los casos de Binswanger se encuentran en los Archivos de la Universidad de Tübingen y podrán consultarse sólo cuando transcurran algunos años.

En 1942, en plena Segunda Guerra Mundial, Binswanger publicó su *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins (Estar en el mundo)*, en el que formuló sus principios filosóficos que también regían su práctica clínica. La psicosis es una enfermedad que se manifiesta en el encuentro interpersonal y que puede tratarse también en ese encuentro interpersonal: "Lo que nosotros en psiquiatría etiquetamos con expresiones morales tan claras como irresponsabilidad o discurso evasivo, como charla "incontrolada" y, dependiendo de las demás características, diagnosticamos como un síntoma de deficiencia mental o demencia, un proceso esquizofrénico o una fuga de ideas maniaca, conciernen a la moral no menos que la esfera intelectual y se basa en cada caso de una forma particular de llevar la existencia histórica". (Binswanger 1942/1993: 295-6). Mediante el amor, y a través de nuevas relaciones objetales favorables, los psicóticos pueden volver a la salud de nuevo.

Karl Abraham (1877-1925) y otros colegas

Karl Abraham trabajó en Burghölzli entre 1904 y 1907, después de lo cual abrió la primera consulta psicoanalítica en Berlín, donde fundó más tarde el importante Instituto Psicoanalítico de Berlín.

Abraham describió los traumas libidinales como causas de enfermedades psicóticas, tanto en sus formas esquizofrénicas como maniaco-depresivas: por esta razón, consideraba que el tratamiento psicoanalítico era muy eficaz. En este caso, se limitaba, siempre con claras restricciones metódicas, a los casos que él mismo observaba y trataba y dejaba sistemáticamente claro que, en su opinión, las enfermedades psiquiátricas graves surgen de la combinación de factores constitucionales y experienciales, pero que el tratamiento psicoanalítico conduce a un fortalecimiento del ego y, en consecuencia, a una mejoría significativa. En la actualidad, este enfoque se ha convertido, una vez más, en un tópico evidente, ya que los trastornos de estrés postraumático, incluyendo los que tienen síntomas psicóticos, se han convertido en centro de atención y se han publicado trabajos sobre las modificaciones neurobiológicas de esos trastornos. Abraham ya describió lo que hoy es de sobra conocido: la compulsión de la repetición, los traumas psíquicos se reactivan inconscientemente en la enfermedad y el tratamiento y, por tanto, ponen en peligro el éxito de este último (Abraham 1907, 1907 a, 1912/1982).

Después del entusiasmo inicial, parece que las cosas se asentaron, principalmente en la escuela de Zúrich. "En esa escuela, fue evidente que, aunque existía una gran cantidad de "material" y los símbolos sexuales rebosaban en los esquizofrénicos, incluso el trabajo interpretativo más entusiasta no podía cambiar gran parte del proceso real de la enfermedad. En 1910 Alphonse Maeder había publicado un caso de depresión melancólica con un resultado sorprendentemente bueno pero este paciente, un granjero de las cercanías de Zúrich, había sido tratado ambulatoriamente y, por tanto, no podía compararse a los casos que habían estado hospitalizados porque suponían un grave peligro para sí mismos. No obstante, es probable que el caso de Maeder sea el primer informe detallado del éxito del tratamiento psicoanalítico de un paciente psicótico". (Müller 1958: 456)

No obstante, se publicaron varias observaciones psicoanalíticas de pacientes psicóticos en el *Yearbook of Psychoanalytic and Psico-Pathological Research*. En 1912 Jan Nelken describió el tratamiento durante ocho meses de un paciente catatónico cuyos complejos sexuales tuvieron una importancia central. El terapeuta usó las imágenes del paciente e hizo refe-

rencia a ellas basándose en temas bíblicos. Se analizaron las fantasías de incesto y los sentimientos de grandiosidad. Nelken relató las características delirantes y catatónicas de su paciente y las llevó al proceso terapéutico. También en 1912, S. Gebrelskaja publicó el caso de un paciente paranoide en el que la homosexualidad y el delirio de persecución fueron los temas más mordaces. Los contenidos psicóticos se interpretaron bajo el prisma de los resultados psicoanalíticos pero no había relato del tratamiento.

Resumen

Los primeros intentos por entender los síntomas de la esquizofrenia desde la vertiente psicoanalítica y de presentarlos como historias de casos proceden de los años inmediatamente anteriores a la Primera Guerra Mundial. La clínica de Eugen Bleuler en Zúrich fue la primera, y durante mucho tiempo, la única clínica psiquiátrica oficial que mostró un interés activo por las teorías de Freud. Después de la Primera Guerra Mundial, Binswanger en Kreuzlingen, Georg Groddeck (1866-1934) en Baden-Baden, István Hollós (1872-1957) en Budapest y Frieda Fromm-Reichmann en Heidelberg fueron los pioneros en Europa en el psicoanálisis de las psicosis de los pacientes ingresados.

Bibliografía

- Abraham, K. (1907) Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. In: Abraham K (1982) *Gesammelte Schriften*, herausgegeben von Johannes Cremerius. Frankfurt am Main: Fischer: 125-131.
- Abraham, K. (1907a) Das Erleiden sexueller Traumen als infantile Sexualbetätigung. In: Abraham K (1982) *Gesammelte Schriften* (cf. above), 165-179.
- Abraham, K. (1912) Ansätze zu einer psychoanalytischen Erforschung des manisch-depressiven Irreseins. In: Abraham K (1982). *Gesammelte Schriften* (cf. above), 146-162.
- Alexander, F., Selesnick S. T. (1965) Freud-Bleuler Correspondence. *Archives of General Psychiatry* 12: 1-9.
- Binswanger, L. (1912) Analyse einer hysterischen Phobie. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* III: 228-308.
- Binswanger, L. (1942) *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zurich: Max Niehans. Also in: Binswanger, L. (1993) *Ausgewählte Werke*, Band 2. Heidelberg: Asanger.

- Binswanger, L. (1957) Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen 1857-1957. Zürich: Selbstdruck.
- Bleuler, E. (1906) Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie der Psychosen. *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* 8: 316-318, 323-325, 338-340.
- Bleuler, E. (1910) Die Psychoanalyse Freuds. Verteidigung und kritische Bemerkungen *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* II: 623-730.
- Bleuler, E. (1911) *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* Leipzig: Deuticke. Unaltered reprint Tübingen: edition diskord, 1988. [In English: *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*; New York: Internat Univ. Press, 1950].
- Bleuler, M. (1951) Geschichte des Burghölzli und der psychiatrischen Universitätsklinik. In: *Regierungsrat des Kantons Zürich (ed.) Zürcher Spitalgeschichte* II: 377-425.
- Bleuler, M. (1979) (ed.) *Beiträge zur Schizophrenielehre der Zürcher Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Carotenuto, A. (1986) *Tagebuch einer heimlichen Symmetrie-Sabina Spielrein zwischen Jung und Freud*. Freiburg im Breisgau: Kore.
- Falzeder, E. (2004) Sigmund Freud und Eugen Bleuler. Die Geschichte einer ambivalenten Beziehung *Luzifer-Amor* 17: 85-104.
- Fichtner, G. (1992) (ed.) *Sigmund Freud-Ludwig Binswanger*. Briefwechsel 1908-1938. Frankfurt on the Main: Fischer.
- Freud, S. (1900) Die Traumdeutung. *Gesammelta Werke* II/III. London: Imago, 1940.
- Freud S (1920) Jenseits des Lustprinzips. *Gesammalte Werke* XIII. London: Imago (1940).
- Grebelskaja, S. (1912) Psychologische Analyse eines Paranoiden. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* IV: 116-140.
- Hoffmann, K. (1996) The Scientific Association of the Lake of Constance Psychiatrists. *International Forum of Psychoanalysis* 5: 271-276.
- Hoffmann, K. (1997) Ludwig Binswanger's Collected Papers-Introduction and Critical Remarks. *International Forum of Psychoanalysis* 6:191-201.
- Jung, C. G. (1907) Über die Psychologie der Dementia Praecox. In: Jung, C.G. (1990) *Psychogenese der Geisteskrankheiten*. Olten, Freiburg im Breisgau: Walter: 1-175.
- Jung, C. G. (1908) Der Inhalt der Psychose. In: Jung, C.G. (1990) In *Psychogenese der Geisteskrankheiten* (cf. above), 171-215.
- Jung, C.G. (1919) Über das Problem der Psychogenese bei Geisteskrankheiten In: Jung, C.G. (1990) *Psychogenese der Geisteskrankheiten* (cf. above), 235-252.
- Jung, C.G. (1928) Geisteskrankheit und Seele. In: Jung, C.G. (1990) *Psychogenese der Geisteskrankheiten* (cf. above), 253-259.
- Lütkehaus, L. (2002) Vorwort. Produktive Krankheit-lebendige Theorie. In: Spielrein S (2002) *Sämtliche Schriften* -Mit einem Vorwort von Ludger Lütkehaus. Gießen: psychosozial: I-VII.
- Maeder, A. (1912) Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* III: 479.

- Maier, H. W. (1923) Eugen Bleuler, Zur Feier seiner 25jährigen Tätigkeit als Ordinarius der Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Klinik in Zürich, April 1923. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 82: 1-9.
- Maier, H. W. (1941) Bleulers Leben und praktisches Wirken. Ansprache an der Trauersitzung des Psychiatrisch-Neurologischen Vereins in Zürich am 9. Februar 1940. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 46: 10-15.
- Marton, E. (2002) *Ich hieß Sabina Spielrein* [My Name was Sabina Spielrein] Film.
- Minder, B. (1994) Sabina Spielrein. Jungs Patientin am Burghölzli. *Luzifer-Amor* 7: 55-127.
- Müller, C. (1958) Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener. *Nervenarzt* 29: 456-462.
- Nelken, J- (1912) Analytische Beobachtungen über Phantasien eines Schizophrenen. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* IV: 504-562.
- Nitzschke, B. (2000) Sabina Spielrein-Die Liebe einer Psychoanalytikerin. In: Nitschke B: *Das Ich als Experiment: Essays über Sigmund Freud und die Psychoanalyse im 20. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 95-111.
- Nunberg, H, Federn, E. (eds.) *Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung* III, 1910-1911. Frankfurt on the Main: Fischer.
- Ostwald, P. (1991) *Vaslav Nijinsky - A Leap into Madness*. New York: Carol Publishing.
- Spielrein, S. (1911) Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox). *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* III: 329-400/Spielrein 2002: 11-97.
- Spielrein, S. (1912) Die Destruktion als Ursache des Werdens. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* IV: 465-503 / Spielrein 2002: 98-143.
- Spielrein, S. (2002) *Sämtliche Schriften* -Mit einem Vorwort von Ludger Lütkehaus. Gießen: Psychosozial.
- Spielrein, S- (2006) *Nimm meine Seele-Tagebücher und Schriften*. Edited by Traute Hensch. Berlin: edition Freitag.
- Walser, H. H. (1976) Psychoanalyse in der Schweiz. In: Eicke D (ed.) *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts* II. Zurich: Kindler: 1192-1218.
- Wehr, G. (1985) Carl Gustav Jung. Leben, Werk, Wirkung. Munich: Kösel.

El trabajo pionero de Paul Federn

Yrjö O. Alanen

A principios del siglo XX, algunos psicoanalistas de distintas orientaciones (como Jung, Maeder, Spielrein y el sueco Paul Bjerre; cfr. *Capítulos 4 y 12*) presentaron informes preliminares de casos de pacientes psicóticos tratados con psicoterapia. Sin embargo, el pionero más importante en este campo fue el fiel discípulo y colega de Freud, Paul Federn (1871-1950) de Viena. Durante mucho tiempo, Federn fue también el único psicoanalista europeo que mostró un interés permanente en desarrollar el tratamiento psicoanalítico de la psicosis.

Federn comenzó a tratar a su primer paciente esquizofrénico en 1906, una artista que había caído en un estado catatónico con agitación y alucinaciones hacía muchos meses. En las visitas al hospital, Federn se ganó la confianza de la paciente por su consideración. El tratamiento continuó con la paciente viviendo en la casa de Federn y con su esposa actuando como asistente terapéutica. La paciente se recuperó y más adelante se casó dos veces, sin sufrir recaídas. En muchos de sus casos posteriores, Federn consideró importante recurrir a asistentes maternas -algunas veces la madre o la hermana del paciente-, que se hacían cargo del paciente durante la terapia. La más conocida de estas asistentes fue la enfermera Ger-

trud Schwing, cuyo trabajo *Ein Weg zur Seele des Geisteskranken* (Una aproximación a la mente del psicótico), publicado en 1939, ha sido traducido a varios idiomas. Con ayuda de Federn, Schwing se convirtió en la primera enfermera miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Federn era un clínico sobresaliente, que además del trabajo en su consulta, conservó los contactos con la clínica psiquiátrica universitaria de Viena, dirigida primero por Wagner von Jauregg y luego por Pözl. Circula una anécdota según la cual el profesor Wagner von Jauregg - que recibió el Premio Nobel por su introducción del tratamiento antipalúdico para la sífilis cerebral - una vez le dijo a los padres de una jovencita a la que había diagnosticado esquizofrenia: "Su hija tiene una enfermedad incurable, pero tal vez el Dr Federn pueda ayudarla".

Federn, originariamente un internista, conoció a Freud a principios de siglo y fue uno de sus primeros discípulos en Viena. Freud fue el analista de Federn al estilo practicado entonces; según Weiss (1952) Freud fue para Federn una figura paterna a la que lo unía un sentimiento de gran lealtad. Federn sólo admitió a regañadientes la existencia de algunas discrepancias con los conceptos de Freud sobre la psicología del yo y la terapia psicoanalista de la psicosis, y siempre señaló que su trabajo era una continuación de la línea de pensamiento de Freud. Quizá se pueda reformular lo anterior subrayando que el trabajo de Federn en realidad *extendió* el psicoanálisis creado por Freud al tratamiento de la psicosis.

Los escritos científicos y las clases de Federn sobre psicoterapia de la psicosis fueron publicados después de su muerte en el libro *Psicología del yo y psicosis*, editado por su amigo y discípulo Edoardo Weiss (Federn , 1952). Es importante destacar que Federn, dentro de su producción relativamente extensa y además de dos breves trabajos en Alemania con indicaciones y técnicas para el psicoanálisis de la psicosis (1933), publicó los principales escritos sobre su amplia experiencia en Viena con la psicoterapia de la psicosis en la última década de su vida, ya en los EE.UU. El más importante de estos trabajos, *Psicoanálisis de la psicosis* (Federn , 1943), se publicó en tres partes (Los errores y cómo evitarlos; Transferencia, El proceso psicoanalítico). Se refiere a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco depresiva. El escrito *Principios de la psicoterapia en la esquizofrenia latente* (Federn , 1947) complementa esta publicación. Estos trabajos reflejan los puntos de vista de un clínico con una aguda capacidad de observación y una comprensión empática de sus pacientes, combinadas con una técnica pragmática siempre dirigida a hallar el mejor modo de ayudarlos.

Federn confiere una importancia central a la relación positiva entre el analista y el paciente psicótico: "En el momento en que un paciente psi-

cótico siente que Ud. lo entiende, es suyo". Demostró que la retirada de los pacientes esquizofrénicos de los objetos reales no es completa: son capaces (contrariamente a la idea de Freud) de establecer una relación de transferencia con su terapeuta, tanto con las partes sanas de su personalidad como con las afectadas. Si bien esta transferencia se puede romper fácilmente a causa de las frustraciones, también persistir durante toda la vida. La transferencia positiva es necesaria para el éxito de la terapia y en general no se la debe analizar; la transferencia negativa siempre debe ser interpretada, porque si esto no se hace, o se hace mal, es muy probable que el tratamiento se interrumpa. Federn es pesimista en cuanto a la posibilidad de trabajar a través de una psicosis de transferencia en la cual el analista se convierte en perseguidor, ya que esto le puede impedir seguir trabajando y conducir a la necesidad de cambiar de terapeuta.

Federn desarrolló su técnica terapéutica de modo tal que siempre respondiera a las demandas presentes del estado psicológico del paciente. Subrayó que los pacientes también tienen defensas valiosas con las que no se debe interferir, y que muchas veces es necesario reforzar la represión en vez de desenmascararla. La sinceridad del analista es inevitable ("no puede haber mentiras blancas con los psicóticos"). La técnica psicoanalítica clásica utilizada para tratar pacientes neuróticos, con asociaciones libres y el paciente tendido en un diván, debe ser necesariamente abandonada. Federn trató muchas veces a pacientes que se habían vuelto psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico clásico con uno de sus colegas, y en sus escritos presta mucha atención a los signos de psicosis latente o inminente que alertan sobre esta evolución desfavorable.

Cuando la transferencia positiva prevalece y se evitan los peligros, existen muchos puntos de partida para el trabajo analítico dirigido a ayudar a los pacientes psicóticos a "descifrar el significado de sus asombrosas producciones, utilizando la comprensión lógica y la autoobservación, y traducir con ellas una a una las surgidas de su inconsciente". Esto incluye la comprensión por parte del paciente de las heridas que le ha infligido el mundo exterior y de sus conflictos con ese mundo, así como los estados anteriores de su yo y las situaciones pasadas que han retornado y necesitan ser reprimidas, o reconocidas como recuerdos; y cómo las extrañezas y sinsentidos de su estado mental provienen de procesos específicos internos.

Durante el trabajo analítico, el psicoanalista primero comparte y acepta las falsificaciones psicóticas del paciente, sus dolores y temores. Cuando esté seguro de que el paciente se siente comprendido, el analista presentará la realidad verdadera, en contraposición con las falsifica-

ciones. Luego, gradualmente irá mostrando: 1) qué frustración, dolor o aprensión reales representan las falsificaciones; 2) qué temor, conflicto o frustración profunda es la causa primaria de las falsificación, y 3) qué cambio en los límites del yo hicieron posible el proceso de falsificación. Estos puntos constituyen la esencia del proceso analítico con un paciente esquizofrénico.

Federn afirma que cuando tratamos al esquizofrénico “tratamos en él a varios niños de diferentes edades”. Federn reconoce cabalmente la importancia del entorno familiar en la patogénesis de la esquizofrenia: “Toda psicosis se centra, conciente o inconcientemente, en conflictos o frustraciones relacionados con la vida familiar”. No obstante, no ve en la influencia de la familia exclusivamente aspectos negativos. “En ningún caso he podido tener éxito sin la cooperación constante de la familia o de alguien que asumió su lugar”... “A menos que las condiciones insatisfactorias en la vida familiar se modifiquen, la cura de los psicóticos se convierte en el infierno de Sísifo, y termina en la hospitalización en una familia sustituta”. Esto no quiere decir que no reconociera la importancia de factores constitucionales, algo que se deduce mejor de sus conclusiones sobre la psicología del yo.

Las ideas teóricas de Federn sobre el yo de un psicótico fueron creativas y en muchos aspectos han influido en la evolución posterior de la investigación psicoanalítica sobre la psicología del yo y el narcisismo. Esto todavía más cierto en relación con la psicología del *self* de Kohut (aun cuando Kohut no hace referencia al trabajo de Federn). Según Federn, la carga libidinal (catexia) del yo no aumenta con el abandono de los objetos externos, sino que más bien debería ser descrita como *demasiado débil* en el estado psicótico. En sus escritos, Federn típicamente ha enfatizado el aspecto fenomenológico del concepto del “yo”. Se aproxima a la “vivencia yoica”, cuya intensidad varía continuamente en todos los individuos, y por ejemplo es débil en los estados del sueño. La noción común de debilidad del yo como algo típico de los individuos psicóticos fue introducida por Federn. Toda psicosis, afirma Federn, es un trastorno mental del yo en sí: el yo de los psicóticos es incapaz de trazar un límite que permita diferenciar entre las fantasías internas y las experiencias externas. Las ideas delirantes y alucinaciones no son exclusivamente un intento por recuperar los objetos perdidos en un mundo de fantasía, también pueden ser consecuencia de una incapacidad más cualitativa del yo de trazar límites entre el mundo exterior “real” y las imágenes internas “imaginarias”. Federn también señala que los estados del yo se pueden reprimir y que funciones del yo más primitivas se pueden usar como defensa frente a las dificultades contemporáneas.

El trabajo de Federn se convirtió en el punto de partida para el desarrollo de la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos con orientación psicoanalítica. Algunos psicoanalistas consideraron que el método de Federn de incluir elementos de soporte en la terapia era quizá demasiado cauteloso, pero la mayoría de las veces el método conserva su valor en la práctica. Mi propia experiencia es que las sabias enseñanzas de Federn son muy importantes, tanto en mi trabajo con personas con esquizofrenia como en mis esfuerzos para ampliar el campo de los psicoterapeutas de la psicosis e incluir a profesionales sin una formación psicoanalítica específica, especialmente a las enfermeras psiquiátricas con una personalidad cálida y con talento para percibir la naturaleza de los problemas de los pacientes psicóticos. En esta aspiración, también fui estimulado por las palabras de Federn: "Me gustaría ver a las sociedades psicoanalíticas capacitando enfermeras, o al menos ayudando en su formación. No podemos esperar a que aparezcan excepciones como Gertrud Schwing entre las enfermeras o Anna Freud entre los pedagogos, porque se necesitan miles de estos colaboradores para combatir la psicosis generalizada" (Federn, 1943).

En este tema, como en muchos otros, Federn se adelantó a su tiempo. Al igual que Freud (y según Weiss) él también podía referirse a un periodo de "aislamiento espléndido" durante la primera década de su trabajo con pacientes psicóticos. Más adelante tuvo algunos seguidores, entre ellos el psicoanalista húngaro Istvan Hollós, autor del libro *Hinter der gelben Mauer* (Detrás de la pared amarilla), publicado en 1928. En los últimos años de su vida, el trabajo de Federn fue muy apreciado en los Estados Unidos.

Bibliografía

- Federn, P. (1943). Psychoanalysis of psychoses. I. Errors and how to avoid them; II. Transference, III. The psychoanalytic process. *Psychiatric Quarterly* 17:3-19; 246-257; 470-487.
- Federn, P. (1947). Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *Amer. J. Psychotherapy* 1:129-144.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses* (ed. and with an introduction by Edoardo Weiss). New York: Basic Books.
- Hollós, I. (1928). *Hinter der gelben Mauer*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Schwing, G. (1939). *Ein Weg zur Seele des Geisteskranken*. Zurich: Raschers Verlag.
- Weiss, E. (1952). Introduction (in Federn, 1952, pp. 1-21).

Pioneros del tratamiento de orientación psicoanalítica de las psicosis en los Estados Unidos

Ann-Louise S. Silver

Incluso antes de que Freud, Jung y Ferenczi llegaran a los Estados Unidos en 1909, a participar en la conferencia del vigésimo aniversario de la Clark University, el pensamiento psicoanalítico ya había influido en muchos estadounidenses que trabajaban con pacientes con enfermedades mentales graves. Muchos estaban impresionados por la esperanza de que tener un método para comprender el simbolismo de los delirios y los gestos no verbales de los pacientes les pudiera dar acceso a una comunicación cada vez más sólida con sus pacientes, lo que estimularía la restauración de la cohesión y la tranquilidad. Si podemos comprender los sueños, podemos comprender las psicosis; si se pueden resolver las neurosis, también se pueden las psicosis. Diversas formas de psicoterapia se habían hecho populares en las últimas décadas, incluyendo la hipnosis y la sugestión. “En este fermento terapéutico cayó precisamente el catalizador adecuado, el libro del psicoterapeuta suizo Paul Dubois *El Tratamiento Psíquico de los Trastornos Nerviosos* (1905),... [que] rápidamente [se convirtió en] la «Biblia» del naciente movimiento psicoterapéutico en los Estados Unidos” (Gach, 1980, pág. 143). Pero el libro de Dubois proporcionó el estímulo sin el marco conceptual que aportó Freud. “Los médicos estadounidenses estaban preparados para un modelo teórico que

explicaba los datos psicológicos desde una perspectiva psicológica y que prescribía una técnica clínica para sus pacientes” (Gach, 1980, pág. 145). La conmovedora autobiografía de Clifford Beers *A Mind That Found Itself* (Una mente que se encontró a sí misma), publicada en 1907, agitó la conciencia de los profesionales de la salud mental a la vez que encendió la chispa de la esperanza de más recuperaciones.

La atención de los pacientes con enfermedades mentales graves se realizaba en muchos pequeños manicomios de todo el país, de los que eran propietarios y directores médicos “alienistas”, que atendían a personas alienadas de sus comunidades. Muchos pacientes muy graves se quedaban en sus casas, con frecuencia secuestrados del mundo. Algunos estaban en casas de caridad o en cárceles, y otros vivían en hospitales públicos gestionados por los diferentes Estados. Sus superintendentes habían creado la Asociación de superintendentes médicos de instituciones estadounidenses para dementes (*Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*), fundada en octubre de 1844 en la casa de Thomas Kirkbride, superintendente del Hospital de Alienados de Pennsylvania (*Pennsylvania Hospital for the Insane*). Esta organización se transformó en la Asociación estadounidense de psiquiatría (*American Psychiatric Association*) en 1921. Durante la primera mitad del siglo XX las instituciones estatales se convirtieron en almacenes en los que se recogía tanto a ciudadanos estadounidenses “viejos” como a los muchos inmigrantes que tuvieron crisis en las exigencias de unas adaptaciones fracasadas. Los médicos se hundieron en su propia desmoralización, superados por los números y por las frecuentes barreras idiomáticas. Recomendando encarecidamente el libro de Constance McGovern (1985) *Masters of Madness: Social Origins of the American Psychiatric Profession* (Maestros de la locura: orígenes sociales de la profesión psiquiátrica estadounidense). Muestra una fascinante introducción de los orígenes del sistema hospitalario estatal y de la vida del alienista.

James Jackson Putnam

Se considera que James Jackson Putnam (1846-1918) es el primer estadounidense que se interesó en el psicoanálisis, tratando a un paciente neurótico en 1906, el mismo año en que escribió el primer artículo psicoanalítico que se publicó en inglés, “*Recent experiences in the study and treatment of hysteria at the Massachusetts General Hospital; with remarks on Freud’s method of treatment by «psycho-analysis»*” (“Experiencias recientes en el estudio y el tratamiento de la histeria en el Massa-

chusetts General Hospital, con referencias al método de Freud de tratamiento mediante «psicoanálisis») en la revista *The Journal of Abnormal Psychology*. En mayo de 1911 Putnam se convirtió en el primer presidente de la Asociación psicoanalítica estadounidense (*American Psychoanalytic Association*). Ernest Jones (1920, pág. 8) le atribuye el lanzamiento del movimiento de Higiene mental (*Mental Hygiene*) en los Estados Unidos, junto a Clifford Beers. Sobreviven 88 cartas entre Putnam y Freud. El libro de George Prochnik "*Putnam Camp: Sigmund Freud, James Jackson Putnam, and the Purpose of American Psychology*" (El campamento de Putnam: Sigmund Freud, James Jackson Putnam y el objetivo de la psicología estadounidense) da al lector una imagen de este gran hombre y de su tiempo, junto a un cuadro más amplio del tiempo que pasó Freud en los Estados Unidos.

Adolf Meyer

Pero el principal constructor de puentes intelectuales entre la psiquiatría europea y la estadounidense fue Adolf Meyer (1866-1950). Nacido en Suiza y formado en Burghölzli (August Forel fue su principal profesor de psiquiatría), llegó a los Estados Unidos en 1892, a los 26 años de edad, y trabajó estrechamente con John Dewey y George Herbert Mead en la Chicago School of the Social Sciences (que posteriormente inspiraría a Harry Stack Sullivan). En el momento de las Clark University Lectures, Meyer era Director del Instituto Patológico de los Hospitales Estatales de la ciudad de Nueva York. Trasladó el Instituto a la isla de Ward para estar más cerca de los pacientes hospitalizados. Fue redactor jefe del *Bulletin of the New York State Hospital*, donde encontramos los primeros trabajos psicodinámicos estadounidenses de tratamientos de pacientes diagnosticados de "demencia precoz", desde 1908. Meyer escribió el artículo editorial, comenzando: "Hay una idea muy generalizada de que no es fácil interesar a los médicos y a los estudiantes de medicina en las enfermedades mentales. En primer lugar, la formación médica habitualmente se orienta globalmente en la dirección opuesta a la consideración de las enfermedades mentales. En la poca formación que recibe el estudiante, existe la tendencia a que le hagan creer que no es científico pensar en los trastornos mentales en términos distintos a trastornos del propio cerebro, o trastornos cerebrales inducidos por enfermedades de diversos órganos internos ...la actitud de indiferencia fatalista de una inmensa mayoría de los médicos se justifica de forma eufemística y sistemática con ...excusas dogmáticas para la inactividad cuando no para la ignorancia" (Meyer,

1908, pág. 5-6). “Para que sea útil para el médico, debemos tener una *buen historia con atención especial a las primeras fases del desarrollo y a las posibilidades del tratamiento temprano*” (Meyer, 1908, pág. 8. Las cursivas son suyas). Instó al trabajo en equipo entre médico y paciente para desarrollar un conocimiento detallado de los factores que contribuyen a las dificultades del paciente, junto a la exploración de los puntos fuertes y los éxitos del paciente. Estos trabajos son llamativos en cuando al detalle de sus historias clínicas, así como por la inclusión de notas del proceso de sesiones particulares. Burbujean con el entusiasmo que comparten el terapeuta y el paciente hospitalizado a medida que profundizan en el conocimiento de la dinámica del paciente, seguida de una reintegración real (Silver, 2002). El fermento del personal se extendió desde estos hospitales de Nueva York al resto del país.

Meyer fue uno de los oradores en la famosa Conferencia del 20º Aniversario de la Clark University de 1909, donde recibió un doctorado honorífico junto a Freud, Jung, William James y aproximadamente otras 25 personas¹. Su presentación fue “*The dynamic interpretation of dementia praecox*” (La interpretación dinámica de la demencia precoz). Se opuso al dogma de Kraepelin del deterioro inevitable, y puso de relieve que las observaciones clínicas no justifican ese pesimismo. “... Encontramos en los datos factores que tienden a modelar o enmendar una vida: defectos específicos o trastornos inestables, con tendencias especiales y formas *habituales* de abordar mal o substituir problemas, y con un carácter especial que es propenso a caer en crisis de formas específicas”. (Meyer, 1948, págs. 251-2.) ... “La comodidad de trabajar bajo el refugio de las concepciones fatalistas y de herencia, degeneración y enfermedades cerebrales misteriosas (y el alivio de la responsabilidad con respecto a un conocimiento real de los cuadros clínicos para evitar progresos en los mismos que podrían evitarse), es una protección deseada inconscientemente...” (Meyer, 1948, pág. 257). “Me gustaría conseguir que todos sintieran la sagrado interés fundamental de los casos concretos” (Meyer, 1948, pág. 258).

Meyer, que era uno de los ocho fundadores de la *American Psychoanalytic Association*, que celebró su primera reunión en Baltimore, Maryland, el 9 de mayo de 1911, se fue mostrando cada vez más ambivalente sobre esta especialidad porque tenía la impresión de que Freud apoyaba

¹ Una interesante nota al pie de las Clark Lectures es que simultáneamente, Bertha Pappenheim, la famosa Anna O. de Breuer y Freud, estaba participando en un ciclo de conferencias en Canadá, Chicago y Nueva York, solicitando ayuda material para las mujeres pobres y sin estudios de Europa Oriental (Guttman, 2001).

de forma inadecuada a su analizando y emisario del psicoanálisis en los Estados Unidos, Horace Frink. Posteriormente se sintió desencantado con Ernest Jones, dos hombres que fueron víctimas de indiscreciones sexuales y de sus consecuencias (Edmunds 1988, Maddox 2006). “Meyer integró las funciones de docencia, investigación y asistencia de los pacientes. En la Phipps Clinic del hospital Johns Hopkins de Baltimore [que se abrió en abril de 1913] Meyer formó a dos generaciones de psiquiatras, elevó los niveles de calidad del diagnóstico y el tratamiento, y realizó una extensa investigación en neuroanatomía, neuropatología y psiquiatría. Sus principales contribuciones incluyen la propuesta de la doctrina de la psicobiología, la estandarización de las historias de casos, la reforma de los manicomios estatales y la contribución a la fundación del movimiento de higiene mental”. (ver <http://www.medicalarchives.jhmi.edu/sgml/AMG-BIO.htm>)

La Johns Hopkins University fue un lugar revolucionario, diseñado para superar las rígidas recomendaciones del Informe (Abraham) Flexner de 1910, también llamado Boletín N° 4 de la Carnegie Foundation. El informe instaba a introducir normas estrictamente científicas en la formación médica. Demostró que la mayoría de las facultades de medicina de los Estados Unidos estaba muy por debajo de estos niveles. La mitad de estas universidades se cerró en los años inmediatamente siguientes al informe. El informe se mostró muy entusiasta en relación con la universidad Johns Hopkins, que fue visitada por Flexner en diciembre de 1909, cuando se estaba proyectando la Phipps Clinic, su hospital psiquiátrico. Meyer siguió formando a la mayoría de los futuros jefes de los departamentos de psiquiatría de todos los Estados Unidos. Asentó la psiquiatría de los Estados Unidos sobre una base profesional firme. Su formación europea clásica, sus fuertes vínculos con los principales educadores de Europa, su comodidad en posiciones de liderazgo y en la didáctica y su inagotable energía le dieron más autoridad que la que gozó cualquiera de sus contemporáneos en psiquiatría. Insistió en que aquellos a los que formaba aprendieran psicodinamia; sin embargo, nunca trató a ningún paciente con psicoanálisis.

Incluso a principios de la década de 1900, la psiquiatría luchaba con la tensión entre las orientaciones y los énfasis biológicos y psicológicos. Meyer intentó mantener una posición intermedia, ecléctica e incluyente, “la mente y el comportamiento y los órganos como un todo biológico” (Lief, pág. vii). Alfred Lief, que editó los trabajos de Meyer, cita que Meyer le dijo, cuando planificaban este libro de sus trabajos seleccionados: “Lo principal es que tu punto de referencia siempre sea la vida en sí misma y no el pozo negro imaginario de lo inconsciente” (Lief, pág. vii). Mantuvo una actitud humilde en relación con todo lo que no conocemos. “Mi lucha en

este país se ha dirigido hacia una falsa concepción de la ciencia... La psiquiatría se debe fundamentar en la función y en la vida de las personas" (Lief, pág. viii). Meyer se había subido a su propio péndulo, pasando de un fuerte entusiasmo por el psicoanálisis en los primeros años del siglo XX hasta una posición de desilusión.

Isador Coriat (1875-1943), un alumno de Adolf Meyer en el Worcester State Hospital, publicó en 1917 el tratamiento con éxito de cinco pacientes que padecían esquizofrenia. Su libro de 1910 *Abnormal Psychology* (Psicología anormal) no está dedicado a Freud ni a Meyer, sino a Morton Prince (1854-1929). Prince había inaugurado en 1906 la revista *The Journal of Abnormal Psychology*, en la que se incluyeron artículos psicoanalíticos, y había puesto en marcha y presidido la *American Psychopathological Association*, fundada el 2 de mayo de 1910. Rosenzweig afirma: "... parece haber surgido como una fuerza dirigida a contrarrestar el abordaje freudiano" (Rosenzweig, 1992, pág. 209). Prince tenía un interés especial en la disociación, la histeria y el trastorno por personalidad múltiple, pero pensaba que Freud ponía un énfasis excesivo en las tensiones sexuales en éstas y en otras enfermedades.

Otro alumno de Meyer fue C. Macfie Campbell (1876-1943), el ayudante de Meyer en el *Psychiatric Institute*, en Ward's Island, N.Y. En 1909 publicó dos casos en los que los delirios de los pacientes eran claramente la realización de deseos. Dijo que cuando se descubre la historia del paciente, se hacen comprensibles los pasos del desarrollo de la psicosis. Dijo que debería haber llamado a su artículo "Un alegato a favor de un análisis más meticuloso de los casos de demencia precoz y las enfermedades relacionadas". Me hago eco de este alegato un siglo después. Campbell escribió cinco libros, uno titulado *Destiny and Disease in Mental Disorders: With Special Reference to the Schizophrenic Psychoses* (Destino y enfermedad en los trastornos mentales: con especial referencia a la psicosis esquizofrénica), publicado en 1935. De forma curiosa, la tercera sección se titula "Nuestra afinidad con el esquizofrénico". En este libro Campbell afirma: "En relación con la naturaleza del conflicto, a medida que se repasa una serie de casos, se encuentran los mismos temas una y otra vez; son los problemas fundamentales de la vida humana. Nos encontramos el impulso insistente de satisfacer los apetitos, especialmente el apetito sexual y todos sus componentes. Encontramos el intenso deseo de ser útil y de tener prestigio y de escapar de un sentimiento de culpa o de inferioridad. Encontramos el deseo irreprimible de establecer un vínculo sólido de afecto entre uno mismo y la familia y los amigos" (Campbell, 1935, págs. 87-88). "En la psicosis esquizofrénica parece tener un papel muy pequeño el peligro externo y el consiguiente miedo. Al paciente

no le preocupa la conservación de su vida, sino que está preocupado por la pregunta de la valía personal y por la relación entre él mismo y su grupo social" (Campbell, pág. 197).

Jelliffe y White

William Alanson White (1870-1937) y Smith Ely Jelliffe (1866-1945) tuvieron una enorme influencia en el comienzo del interés de los profesionales de tendencia psicoanalítica por las psicosis en los Estados Unidos William. Los dos se conocieron en 1897 mientras trabajaban en el Binghamton State Hospital; los dos fueron escritores que se criaron en Brooklyn, N.Y. Karl Menninger, fundador de la Menninger Clinic, atribuye a Jelliffe el haber prendido su interés por la orientación analítica (Burnham, 1983, pág. 157), y Jelliffe introdujo también en el psicoanálisis a White. Jelliffe es el creador del término "psicosomático". Trató a Eugene O'Neill y le animó a que escribiera su obra autobiográfica, *Long Day's Journey into Night* (Largo viaje hacia la noche) (Silver, 2001). Él y su esposa habían traducido el éxito de ventas de Paul Dubois, *Les psychonévroses et leur traitement moral* (1904), traducido al inglés en 1909 como *The Psychic Treatment of Nervous Disorders* varios años antes (Gach, 1980, pág. 145.). En 1907 él y White publicaron la obra de Jung *Psychology of Dementia Praecox* (Psicología de la demencia precoz) como el número 3 de su serie de monografías de la editorial *Nervous and Mental Disease Publishing Company*, "el primer libro freudiano publicado en los Estados Unidos" (Gach, pág. 142). En 1913, tan sólo un año después de la aparición de la revista alemana *Imago* y unos pocos meses antes de que comenzara la revista *Zeitschrift*, los dos pusieron en marcha la primera revista analítica estadounidense, *Psychoanalytic Review* (financiándola con su propio dinero).

Lamentablemente para ellos, su lugar en la historia se limitó a haber incluido las larguísimas conferencias Fordham de C.G. Jung en el primer volumen, con gran disgusto de Freud. Jelliffe había invitado a Jung a dar conferencias en la Fordham University de la ciudad de Nueva York, sin darse cuenta de que anunciaría su ruptura con Freud. Recomendando la fascinante biografía de Jelliffe de John Burnham (1983), que incluye la correspondencia de Jelliffe con Freud y con Jung. *The Psychoanalytic Review* fue una revista verdaderamente internacional, que incluyó nuevos artículos por los pioneros europeos del psicoanálisis junto a resúmenes de trabajos publicados en las conferencias psicoanalíticas que se celebraban allí y resúmenes de las revistas analíticas europeas. Se pone mucho énfasis en el psico-

análisis y las psicosis, porque William Alanson White era superintendente del Hospital Mental Federal St. Elizabeths. Muchos miembros del personal del Hospital St. Elizabeths aportaron artículos a *The Psychoanalytic Review*, y muchos se encontraban entre los primeros miembros del *Washington-Baltimore Psychoanalytic Institute*, que se escindió en 1946. Lucille Dooley era una de las dirigentes de este primer grupo, y ayudó mucho a Frieda Fromm-Reichmann cuando llegó en 1935 (Noble & Burnham, 1989/ 1968). La intensa vinculación psicoanalítica con los hospitales St. Elizabeth's y Sheppard and Enoch Pratt Hospital de Towson, Maryland, actualmente en los barrios residenciales del norte de Baltimore, crearon el ambiente necesario para el florecimiento de ideas con la llegada de Harry Stack Sullivan en diciembre de 1922 y de Frieda Fromm-Reichmann a Chestnut Lodge en 1935 (se analizará en el *Capítulo 7*).

Jelliffe escribió y habló con elocuencia y de forma prolífica; sus estudiantes le apodaron "Windy Jelliffe" ("Jelliffe el ventoso"). Jelliffe, uno de los fundadores de la *New York Psychoanalytic Society*, se vio expulsado porque apoyaba la realización del análisis por parte de personal lego, mantenía su interés en aplicar los conocimientos psicoanalíticos al tratamiento de las psicosis e intentó mantener una relación amistosa tanto con Freud como con Jung, especialmente a medida que el grupo de Nueva York se hizo cada vez más ortodoxo. La primera esposa de Jelliffe, Helena Leeming Jelliffe, que también tenía formación científica, le ayudó con las traducciones y las revisiones de libros para la revista, aunque no se le reconocieron por escrito sus contribuciones. Ella murió en 1916 de una hemorragia cerebral.

Edward Kempf (1885-1971) fue el primer psicoanalista del personal del hospital St Elizabeth's, adonde llegó en 1911 desde la Universidad Johns Hopkins. Incluso pensaba que era el primer analista del mundo que aplicó el análisis al tratamiento de las psicosis (Kempf, 1919). Su libro de texto de 1920, *Psychopathology* (Psicopatología), fue el primer libro de texto psicoanalítico estadounidense con aplicación de esta técnica en las psicosis. Puso de relieve que era necesario un método *activo* de análisis para ayudar al paciente psicótico a superar las actitudes supresoras de sus familiares (Silver, 2002, pág. 55). La biógrafa de Harry Stack Sullivan, Helen Swick Perry, atribuyó a Kempf la contribución a las ideas que formaron la base teórica y el trabajo clínico de Sullivan (Engel, 1990).

En la década de 1920 estaba asentándose el movimiento eugenésico, y sus defensores proponían el confinamiento de las personas no aptas desde el punto de vista mental a hospitales mentales en los que no se pudiera reproducir, o incluso se les esterilizaba "profilácticamente"

(Whitaker, 2002). Las personas hospitalizadas incluían a muchas procedentes del flujo de inmigrantes, algunos de los cuales tenían crisis nerviosas bajo la enorme tensión de esta transición, en la cual se habían frustrado sus esperanzas de seguridad económica y social, y a medida que luchaban por aprender inglés lo suficientemente bien para aventurarse fuera de su vecindario inmediato. El enorme número de hacinados, habitualmente en condiciones deplorables, hizo que fuera imposible mantener en estas instituciones estatales o públicas los estándares que establecieron Meyer y sus alumnos. Los pequeños manicomios privados, muchos de los cuales se habían cerrado después del informe Flexner, cambiaron de acuerdo con las filosofías terapéuticas de sus propietarios médicos y muchos mantuvieron una orientación psicodinámica. A medida que creció la popularidad del psicoanálisis, los médicos pudieron mantener consultas privadas lucrativas trabajando con personas con neurosis. Muchos médicos dejaron sus trabajos en los hospitales estatales para poner en marcha estas consultas, y el tratamiento de los pacientes mucho más difíciles, como los psicóticos, pasó a un segundo plano, porque la enseñanza psicoanalítica clásica mantenía que estos pacientes no podían ser analizados. Sin embargo, también se podían encontrar excepciones (*véase el Capítulo 7*).

Bibliografía:

- Beers, C. (1907). *A Mind That Found Itself: An Autobiography*. Norwood, MA: The Plimpton Press.
- Burnham, J. (1983). *Jelliffe: American Psychoanalyst and Physician and his Correspondence with Sigmund Freud and C. G. Jung*. W. McGuire (ed.), Chicago: University of Chicago Press.
- Campbell, C. M. (1935). *Destiny and Disease in Mental Disorders: With Special Reference to the Schizophrenic Psychoses*. Thomas W. Salmon Memorial Lectures. Nueva York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Edmunds, L. (1988). His master's choice. *The Johns Hopkins Magazine*. Baltimore: Johns Hopkins Press. págs. 40-49.
- Engel, M. (1990). Psychoanalysis and psychosis: The contribution of Edward Kempf. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*. 18(1): 167-184.
- Flexner, A. (1910). *The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada 1910*. Nueva York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Gach, J. (1980). Culture and complex: On the early history of psychoanalysis in America. En: E. Wallace, E. y L. Pressley, (eds.) *Essays in the History of Psychiatry: A Tenth Anniversary Supplementary Volume to the Psychiatric Forum*. Columbia, SC: Wm. S. Hall Psychiatric Institute of the South Carolina Department of Mental Health, págs.135-160.

- Guttman, M. (2001). *The Enigma of Anna O.: A Biography of Bertha Pappenheim*. Wickford, RI: Moyer Bell.
- Hale, N. (1971). *James Jackson Putnam and Psychoanalysis: Letters between Putnam and Sigmund Freud, Ernest Jones, William James, Sandor Ferenczi and Morton Prince, 1877-1917*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jung, C. (1907). *The Psychology of Dementia Praecox*. Tr. A. A. Brill and Frederick Peterson. *Nervous and Mental Disease Monograph Series, N° 3*. Nueva York: Journal of Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- Jones, E. (1920). James Jackson Putnam. *International Journal of Psychoanalysis*. 1:6-16.
- Kempf, E. J. (1919). The psychoanalytic of demnientia praecox. Report of a case. *Psychoanal. Review* 6:15-58.
- Lief, A. (ed.) (1948). *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two Selected Papers*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co.
- Maddox, B. (2006). *Freud's Wizard: Ernest Jones and the Transformation of Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Da Capo Press, Perseus Books.
- McGovern, C. (1985). *Masters of Madness: Social Origins of the American Psychiatric Profession*. Hanover, CT: University Press of New England.
- Meyer, A. (1908) How can our state hospitals promote a practical interest in psychiatry among the practitioners? *State of New York, State Hospitals Bulletin*. 1(1): 5-20. Utica, NY: State Hospitals Press.
- Meyer, A. (1948/1910). The dynamic interpretation of dementia praecox. En A. Lief, (ed.) *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two Selected Papers*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., págs. 247-259. También en *The American Journal of Psychology*, 21:385, julio de 1910.
- Noble, D. y Burnham, D. (1989/ impresión privada en 1968). A history of the Washington Psychoanalytic Institute and Society. Cap. 26. En A.-L. Silver (ed.): *Psychoanalysis and Psychosis*. Madison, CT: International Universities Press, pág. 537-573.
- Prochnik, G. (2006). *Putnam Camp: Sigmund Freud, James Jackson Putnam, and the Purpose of American Psychology*. Nueva York: Other Press.
- Putnam, J. (1906). Recent experiences in the study and treatment of hysteria at the Massachusetts General Hospital; with remarks on Freud's method of treatment by 'psycho-analysis'. *Journal of Abnormal Psychology*, 1:26.
- Rosenszweig, S. (1992). *Freud, Jung and Hall the King-Makeer: The Expedition to America (1909)*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Silver, A.-L. (2002). Psychoanalysis and Psychosis: Players and History in the United States. *Psychoanalysis and History*. 4(1), 45-66.
- Silver, A.-L. (2001). American psychoanalysts who influenced Eugene O'Neill's *Long Day's Journey into Night*. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*. 29(2), 305-318.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. Cambridge, MA: Perseus Books, pág. 42-72.

PARTE II

DEL PASADO AL PRESENTE

Avances en diferentes partes del mundo desde la década de 1940 hasta la actualidad

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Avances psicodinámicos en Estados Unidos desde la década de 1940 hasta la actualidad

Ann-Louise S. Silver y Laurie Stedman

Desde mediados de la década de 1930 hasta la de 1970 las perspectivas psicoanalíticas dominaron la literatura teórica sobre los abordajes terapéuticos de los trastornos psicóticos, aun cuando la mayoría de los psicoanalistas estaba de acuerdo con Freud en que las psicosis estaban más allá de los trastornos a los que se podía llegar mediante técnicas psicoanalíticas. Pensaban que el problema radicaba en el trastorno del paciente, que supone la “retirada de la catexia desde el mundo exterior”. Triste y lamentablemente, el paciente estaba fuera de nuestro alcance. Sin embargo, C. G. Jung y Karl Abraham escribieron con más optimismo sobre el tratamiento psicoanalítico de las psicosis, y Abraham se centró en la psicosis maniacodepresiva. Arlow y Brenner, en su clásico y muy estudiado libro *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory* (Conceptos psicoanalíticos y teoría estructural) (1964) manifestaba explícitamente su desacuerdo con Freud en relación con la retirada de la catexia del esquizofrénico.

La psicosis cultural de la guerra, que se expresa de forma prototípica en el Holocausto, dejó a las personas con una gran necesidad de explicaciones de la mente humana y de sus alteraciones. Sin embargo, la atmós-

fera de la guerra también alimentó una sensación de urgencia. “Entre 1937 y 1940 la utilización de la terapia insulínica y del electrochoque barrió los Estados Unidos con una sorprendente rapidez” (Grob, 1985, pág. 105.), sustituyendo a la utilización anterior de metrazol, aunque precediendo a la locura de la lobotomía prefrontal. A pesar de todo, la teoría psicoanalítica era el sistema más incluyente y meticuloso de explicación de que se disponía. Simultáneamente, continuos debates se centraban en si hay un trastorno unificado de la esquizofrenia y, en caso positivo, ¿es una reacción a un estrés intenso crónico, una enfermedad orgánica o una acumulación de patrones de conducta contraproducentes? ¿Todos somos vulnerables? ¿La “esquizofrenia” es un conflicto o un trastorno por déficit? ¿Por qué se diagnostica con mucha frecuencia en una cultura (o en una consulta) y con una frecuencia relativamente escasa en otras? Sin embargo, para la inmensa mayoría de los pacientes que padecen una psicosis, estas teorías apenas influyeron en sus vidas diarias en el seno de diversas instituciones. La eficacia se vio muy mermada por la competencia entre las diversas especialidades de salud mental, de modo que los médicos “defendían su terreno”, poniendo dificultades frecuentes al trabajo de psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y gestores de casos, muchos de los cuales habrían prosperado como terapeutas de los pacientes que luchaban con sus psicosis si hubieran tenido el apoyo adecuado. Actualmente estamos comenzando a ver la colaboración entre los abordajes psicodinámico y cognitivo-conductual, otra competencia contraproducente.

El abordaje existencial de la esquizofrenia se desarrolló principalmente en Europa. Se preguntaba cómo se siente el paciente, no cómo se comporta. Binswanger puso de relieve que el paciente se siente como si estuviera controlado desde fuera y que ha perdido su libertad. Minkowski puso énfasis en las distorsiones del tiempo y el espacio. Leslie Farber (1966), de Chestnut Lodge, contribuyó con artículos de orientación existencial que aparecieron en revistas dirigidas al público general, como *Atlantic Monthly*, *Harper's* y *Commentary*, informando de esta forma a los lectores en general sobre la importancia del psicoanálisis para el tratamiento de las enfermedades psicóticas.

La influencia fundamental de Sullivan y de Fromm-Reichmann

Pero los psiquiatras más influyentes de las décadas de 1940 hasta 1980 fueron la pareja improbable, Harry Stack Sullivan (1892-1949) y Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957). Sus personalidades y procedencias eran bastante diferentes. Su influencia se extendió mucho más allá de la dura-

ción de sus vidas y de sus localizaciones geográficas. La biógrafa de Sullivan, Helen Swick Perry, tituló su libro de 1982 *Psychiatrist of America: The Life of Harry Stack Sullivan* (El psiquiatra de los Estados Unidos: la vida de Harry Stack Sullivan). Compitió por el premio Pulitzer en la categoría de Biografía. Es notable porque muestra minibiografías de los autores que influyeron en Sullivan, y resume las diversas escuelas de pensamiento. Si se desea leer una integración excelente de los escritos de Sullivan y un análisis de su influencia, recomiendo la obra de Barton Evans III de 1996 *Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy* (Harry Stack Sullivan: teoría interpersonal y psicoterapia). La revolucionaria teoría interpersonal de la personalidad de Sullivan puso de relieve la influencia de la sociedad y de la cultura sobre el desarrollo de la personalidad del individuo, en la salud o en la enfermedad. Hacía hincapié en la ansiedad durante la lactancia y la infancia más que en los impulsos sexuales infantiles freudianos. Sullivan introdujo el concepto de autodinamismo y de inatención selectiva. La influencia de Sullivan sigue creciendo, como pone de manifiesto la popularidad primero de las teorías de las relaciones objetales y de la psicología del self y actualmente del psicoanálisis relacional, aunque con bastante frecuencia los autores más recientes no han rastreado el origen de sus ideas en sus publicaciones.

Un aura negativa rodeaba a Sullivan debido a su personalidad irascible, su problemático consumo de alcohol, su confesión de que en una ocasión había sufrido esquizofrenia y su probable bisexualidad. Y le gustaba estar en desacuerdo con los principios de la teoría freudiana. Era un crítico mordaz de sus propios escritos, lo que inhibía marcadamente su productividad. Y podía volver ese sarcasmo contra sus estudiantes, muchos de los cuales le temían y le odiaban. Pero podía ser profundamente empático. Evitó a Freud en sus escritos, ignoró la teoría de los impulsos y después fue ignorado por los teóricos psicoanalíticos. Los profesionales estaban preocupados de que ser "sullivaniano" pudiera ser malo para su futuro como profesional del psicoanálisis.

Pero Sullivan tenía alumnos que eran seguidores muy leales y que registraron, transcribieron y después organizaron y editaron póstumamente sus conferencias para su publicación (Sullivan 1953, 1954, 1956, 1962, 1964). Todos estos alumnos hicieron formidables contribuciones propias. Entre ellos se contaban Mabel Blake Cohen, Janet Rioch, David Rioch, Clara Thompson, Dexter Bullard, Sr., Otto A. Will, Jr. y Donald Burnham; Helen Swick Perry fue su consultora editorial. Las teorías de Sullivan fueron fundamentales para el desarrollo de las teorías de los trastornos de la personalidad, de la psicoterapia breve, de la terapia familiar y la psicoterapia de grupo orientadas a los sistemas.

Sus teorías formaron el puente de trabajo que unió la psiquiatría con las ciencias sociales, ya en la década de 1920, como pone de manifiesto el coloquio que organizó en 1939 en la *American Psychiatric Association*, encendiendo un nuevo interés erudito en escuchar realmente el habla de los psicóticos. En el libro publicado en 1944 *Language and Thought in Schizophrenia* (Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia), Kasanin, el editor del libro, introdujo el término psicosis esquizoafectiva para describir a los pacientes que al principio parecían “ser esquizofrénicos” pero que después se recuperaban.

Sullivan trabajó estrechamente con Edward Sapir, un prominente profesor de antropología cultural de la Universidad de Chicago, y con Harold Lasswell, un pionero de la psicología política. Sullivan introdujo el concepto de “operaciones de seguridad”. Se le recuerda principalmente por su aforismo, o “hipótesis de un genio”: “... todos nosotros somos más simplemente humanos que otra cosa, seamos felices y tengamos éxito, nos sintamos conformes y desapegados, tristes y con un trastorno mental, o lo que sea” (Sullivan, 1947, pág. 16.) Winnicott y Searles (1965) desarrollaron y amplificaron sus teorías de que la contratransferencia es ineludible, además de ser el método más importante para comprender al paciente. Y nuestra contratransferencia surge de nuestras propias experiencias de ansiedad y de nuestra procedencia cultural y de nuestros prejuicios y sesgos inculcados. Sullivan se había sentido impresionado por la congruencia de sus propias ideas con las de Sándor Ferenczi, a quien oyó hablar cuando Ferenczi fue a los Estados Unidos en 1926 (Silver, 1993).

“Sullivan emprendió durante toda su vida la búsqueda del ser maternal, y cuando se sentía apoyado era capaz de cuidar de forma profunda y empática de sus compañeros y sus pacientes por igual” (L. Stedman, inédito). Sus teorías ponen de relieve los graves efectos de la ansiedad materna sobre el desarrollo del niño. Él mismo era el tercer hijo de sus padres, todos nacidos en febrero, y los dos hijos mayores había muerto antes de cumplir el primer año, dos y cuatro años antes de su propio nacimiento. Hay algunos datos de que cuando tenía dos años y medio su madre fue hospitalizada después de intentar lesionarse a sí misma y a Harry. Su infancia fue muy solitaria. Tuvo un amigo una vez que empezó la escuela, un vecino, los dos muy brillantes. Esta amistad le salvó.

Sullivan fue al instituto con una codiciada Beca Regents, que se concedía al mejor estudiante de cada condado del estado de Nueva York. Pero en el instituto se mezcló con un grupo de estudiantes que robaban dinero del correo de otros estudiantes y fue expulsado durante un semestre.

Nunca volvió, reapareciendo en Chicago para ir a una Facultad de Medicina y Cirugía de Chicago. El Informe Flexner (1910) la describió como una facultad independiente, sin registros de las credenciales de ninguno de sus 33 estudiantes. La facultad cerró pocos años después de la publicación del informe, y Sullivan recibió el último diploma que se emitió. Trabajó en diversos puestos, llegando al St. Elizabeths Hospital, el Hospital Mental Estatal de Washington, D.C. dirigido por William Alanson White en 1921, a los 30 años de edad. White había sido el pionero en la utilización de psicoterapia dinámica para el tratamiento de las psicosis (véase el *Capítulo 6*). Sullivan publicó sus primeros trabajos sobre la esquizofrenia en la revista de White y Jelliffe *Psychoanalytic Review* (se pueden encontrar en Sullivan, 1947). Después trabajó durante ocho años en el Sheppard and Enoch Pratt Hospital, a cargo de una unidad para varones esquizofrénicos, que tenía un personal formado todo por varones, en el que se quitaba importancia al rol y al status y se les formaba para que fueran empáticos y no críticos. Se ponía énfasis en la validación y necesidad de seguridad personal. Las reacciones de transferencia eran intensas, y los resultados del tratamiento eran impresionantes. Clara Thompson fué psicoanalista de Sullivan y posteriormente una estrecha colaboradora.

En último término encontró a su madre tranquila, de la cual había escrito que era crucial para la estabilidad y futura salud mental del lactante, en Frieda Fromm-Reichmann. Ella tenía la norma de adoptar y apoyar a hombres de gran talento. “Solía llamarles mis víctimas”, según afirmó ella (Silver, 1989, pág. 475). Entre ellos se contaban Kurt Goldstein, Georg Groddeck, Erich Fromm (con quien estuvo casada más de cuatro años) y finalmente Sullivan. No tenía hijos, y deseaba tener hijos propios. Su trabajo póstumo, “*Loneliness*” (Soledad) (Fromm-Reichmann, 1959), habría sido respaldado totalmente por Sullivan.

Fromm-Reichmann llegó a Chestnut Lodge en Rockville, Maryland, en 1935, después de haber huido de Frankfurt, Alemania, hasta Alsacia-Lorena y después hasta Palestina. Su anterior marido, Erich Fromm, había entrado en contacto con Ernest Hadley, un estrecho colaborador de Sullivan, que estaba analizando al propietario y director médico del Lodge, Dexter Bullard, jubilado en aquel momento. Hadley preguntó a Bullard si podía utilizar a una inmigrante alemana-judía como ayudante para el verano y al principio dijo que no, pero cuando él y la otra única médica que había allí, Marjorie Jarvis, quisieron tomar las vacaciones a la vez en agosto, lo reconsideró. Cuando él y Fromm-Reichmann se conocieron, y vio lo bien que se expresaba y lo entusiasta y bien informada que estaba, entro en éxtasis. Era precisamente lo que necesitaba para hacer

que el hospital tuviera una orientación analítica. En un plazo de cinco años los médicos estaban pidiendo a voces ir al Lodge para recibir una formación avanzada, y había una impresionante lista de espera de pacientes cuyas familias veían al Lodge como su última esperanza. La biografía de Fromm-Reichmann, *To Redeem One Person Is to Redeem the World* (Redimir a una persona es redimir al mundo), por Gail Hornstein (2000), aporta una excelente visión de la vida y las contribuciones de Fromm-Reichmann.

Fromm-Reichmann era menuda (147 cm de altura) e intrépida. Las personas la trataban de forma natural con gran deferencia y respeto. Ella, igual que Sullivan, era muy franca, como queda claro por sus comentarios a los presentadores de las conferencias semanales del personal del Lodge (Silver y Feuer, 1989, págs. 23-45). Ponía de relieve la importancia del análisis del personal para cualquier persona que quisiera ser terapeuta de pacientes que sufrían esquizofrenia. El terapeuta debe estar lo más tranquilo y seguro posible, consciente de sus vulnerabilidades y de los aspectos contraproducentes de ponerse a la defensiva. Los pacientes psicóticos tienen una extraordinaria sensibilidad, y pueden detectar al instante las mentiras y maniobras de otras personas. Se debe ganar la confianza del paciente simplemente siendo fundamentalmente fiable, y se llega a esta situación mediante un incansable autoexamen. Su libro de texto, *Principles of Intensive Psychotherapy* (Principios de psicoterapia intensiva), era una lectura obligada para todo aquel que quisiera formarse en cualquier rama de la salud mental, desde 1950, cuando apareció, hasta principios de la década de 1980. Se ha seguido editando continuamente durante más de 50 años, y está lleno de perlas como: “el objetivo de la interpretación y de las preguntas interpretativas es llevar a la conciencia las experiencias y motivaciones disociadas y reprimidas, y mostrar a los pacientes cómo, de una forma desconocida para ellos mismos, el material reprimido y disociado encuentra su expresión en las comunicaciones verbales y los patrones de conducta, a los que matiza, igual que a sus acciones, actitudes y gestos” (Fromm-Reichmann, 1950, pág. 70).

A Fromm-Reichmann le gustaba dar charlas en reuniones profesionales, charlas que inspiraban al oyente para que intentara alcanzar un nivel superior de interacción humana. El Lodge se convirtió en el faro del mundo para el tratamiento psicodinámico de los pacientes graves. Bullard podía ser muy exigente en relación con las personas a las que contrataba. Sullivan nunca formó parte del personal del Lodge, aunque impartió una serie de seminarios semanales en la residencia de Bullards, en los terrenos del Lodge. Desde 1956, el Lodge comenzó a celebrar simposios anuales que se convirtieron en algo parecido a retiros religiosos para la comuni-

dad de salud mental, y atraían hasta 600 personas cada año. Sin embargo, más allá de eso el lugar era demasiado insular. No salíamos al encuentro de la comunidad de salud mental local con más frecuencia, ni fomentábamos un intercambio de personal, ni celebrábamos seminarios abiertos a la comunidad de salud mental local. El personal médico generalmente pensaba que trataba a pacientes mucho más graves que los que trataban los demás, aunque no creo que fuera así.^v Los trabajos seleccionados de Frieda Fromm-Reichmann se publicaron después de su muerte, y fueron editados por Dexter Bullard (1959).

Otros terapeutas del Chestnut Lodge

El personal del Lodge era extraordinariamente prolífico, generando una importante investigación y artículos técnicos y filosóficos. Donald Burnham, Arthur Gladstone y Robert Gibson publicaron *Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma* (La esquizofrenia y el dilema necesidad-miedo) (1969). Ping-Nie Pao publicó *Schizophrenic Disorders: Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View* (Trastornos esquizofrénicos: teoría y tratamiento desde una perspectiva psicodinámica) (1979). Clarence Schulz y Rose Kilgalen publicaron *Case Studies in Schizophrenia* (Casos clínicos en esquizofrenia) (1969). Schulz se había trasladado a Sheppard Pratt cuando se publicó el libro, aunque describe los tratamientos de Chestnut Lodge. Un trabajo que salió directamente de Sheppard Pratt (al igual que los primeros trabajos fundamentales de Harry Stack Sullivan) fue el popularísimo libro de Lewis Hill *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia* (Intervención psicoterápica en la esquizofrenia) (1955). El texto clásico de Alfred Stanton y Morris Schwartz *The Mental Hospital* (El hospital mental) (1954) aún y válida las teorías sociales de Sullivan y las habilidades clínicas de Fromm-Reichmann y su influencia, cuando muestra la dinámica de grupo de una unidad de Chestnut Lodge. Se podría considerar que este libro es una secuela de los trabajos de investigación de Sullivan de los años en que dirigió una innovadora unidad en el Sheppard and Enoch Pratt Hospital de Towson, Maryland, a principios de la década de 1920 (Sullivan, 1962). La escuela de psiquiatría de Washington (*Washington School of Psychiatry*), que fundó Sullivan en 1943, conserva su orientación académica interpersonal.

Harold Searles (su obra *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* [Artículos escogidos sobre esquizofrenia y temas relacionados] se publicó en 1965) trabajó de forma incansable, produciendo una obra extraordinaria, fundamentalmente honrada sobre sus respuestas

momentáneas a sus pacientes. Sus charlas en reuniones profesionales siempre atraían a multitudes que debían permanecer de pie, al igual que ocurría en sus “entrevistas excepcionales”, en las que él y el paciente con el que se reunía por primera vez cuando comenzaba la entrevista empezaban a abordar temas de los que el terapeuta a largo plazo nunca había oído. Acudí a una de estas sesiones en un auditorio en el que había cerca de 1000 personas. “¿Está usted bien?”, preguntó Searles cuando finalizó la entrevista. “No se preocupe por mí. Estoy bien. Me voy de compras”, respondió el paciente.

Otros Centros y Terapeutas

Aunque el área de Baltimore-Washington formó el centro del trabajo psicodinámico en psicosis, es evidente que no fue el único centro. En Boston, la Massachusetts Mental Health Clinic, bajo la dirección de Elvin Semrad en la función que desempeñó Fromm-Reichmann en el Lodge, y Jack Ewalt en el centro de Dexter Bullard, se convirtieron en un programa muy inspirador para los que se formaban en el sistema psiquiátrico de Harvard. Elvin Semrad (1909-1976) murió de repente los 67 años, igual que Frieda Fromm-Reichmann. Había ocupado el puesto de presidente de la *Boston Psychoanalytic Society*, fue Profesor de Psiquiatría en Harvard y Director Clínico en el Massachusetts Mental Health Center durante dos décadas. Semrad se había convertido en el profesor de psiquiatría más influyente del área de Boston y en uno de los profesores más importantes de su generación. Escribió o colaboró en más de 200 artículos. Nacido en Abie, Nebraska, se consideraba a sí mismo “tan sólo un patán de Nebraska” (Rako y Mazer, 1980, pág. 12) “...El paciente es el único libro de texto que necesitamos”, según afirmó también Semrad (pág. 13). Se había formado con John Whitehorn (1894-1973), sucesor de Adolf Meyer como Director del Departamento de Psiquiatría del Johns Hopkins Hospital. Whitehorn consideraba que la ansiedad estaba en el centro de todas las dificultades mentales, y que el interés del terapeuta en el paciente era la clave para la recuperación; era ambivalente sobre el psicoanálisis, igual que Meyer, aunque pensaba que era fundamental para fortalecer la psiquiatría dinámica.

Después de la muerte de Semrad, sus alumnos recopilaron sus concisos aforismos en un libro ya clásico, *Semrad; The Heart of a Therapist* (Semrad, el corazón de un terapeuta) (Rako y Mazer, 1980). Por ejemplo, en la presentación de un caso comentó: “No hay duda de que la génesis de su situación actual radica en su desarrollo, pero desde el punto de vis-

ta terapéutico éste no es el problema. El problema es el inmenso dolor al que no se puede enfrentar" (Rako y Mazer, 1980, pág. 139). "En relación con los pacientes esquizofrénicos ingresados: no he conocido aquí a ningún paciente que no tuviera alguna idea de qué dolor estaba intentando evitar. Y el problema es que no pueden soportar ese dolor y hacen todo tipo de tonterías para conseguir que alguien haga que mejore su situación, lo que parece muy infantil. Pero si lo pueden soportar ellos solos, no tienen por qué ser tan infantiles. No analizaría a nadie por problemas de evitación, por no ser capaz de soportar el dolor de su vida y los problemas alrededor de los cuales gira. Le ayudaría a desarrollar alguna estructura que le permitiera reconocerlo, soportarlo y ponerlo en perspectiva" (Rako y Mazer, 1980, pág. 169).

En Topeka, Kansas, Karl Menninger supervisó la Menninger Clinic, que ahora está en otro lugar. En Stockbridge, MA, el Austen Riggs Center se convirtió en una importante clínica y un centro de formación, especialmente con la llegada de Otto Will y Martin Cooperman desde Chestnut Lodge. Riggs es actualmente el único gran centro terapéutico que ha podido mantener un importante programa psicodinámico en el ambiente actual de los Estados Unidos. La Boyer House, de San Francisco, también administra tratamiento psicoterapéutico a los pacientes psicóticos. Hyman Spotnitz, M.D., residente en la ciudad de Nueva York y que sigue trabajando a mediados de la décima década, es el fundador de la escuela de Psicoanálisis Moderno. Ha puesto de relieve la importancia vital del psicoanálisis en el tratamiento de las psicosis, y ha formado a muchos profesionales en este trabajo, que habitualmente se realiza de forma ambulatoria, en las consultas de estos terapeutas y analistas. Proporciona una información clara y sensata en su libro de texto, *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient* (Psicoanálisis moderno del paciente esquizofrénico) (1969,1985). John Rosen, fundador de la escuela de Análisis directo, ha documentado su abordaje en el libro que lleva ese título (Rosen, 1953). Los pilares del ISPS-US Bertram Karon y Ravela Levin tuvieron la oportunidad de trabajar al comienzo de su carrera en su centro de tratamiento, que estaba situado en el condado de Bucks, al norte de Filadelfia.

Extensos estudios han revisado los efectos de los tratamientos psicodinámicos. El libro clásico de Bertram Karon y Gary Vandenbos *Psychotherapy of Schizophrenia: The Treatment of Choice* (Psicoterapia de la esquizofrenia: el tratamiento de elección) (1981) no sólo documenta la eficacia de este abordaje, sino que también enseña cómo se debe realizar. El libro de Robert Wallerstein *Forty-Two Lives in Treatment* (Cuarenta y dos vidas en el tratamiento) (1986) es "el programa de investigación en

psicoterapia más exhaustivo y ambicioso que jamás se ha concebido y realizado" (Wallerstein, pág. vii). Encontraron que los pacientes que recibieron abordajes psicoterapéuticos de apoyo tenían un resultado tan bueno como los que recibían tratamientos orientados a la introspección (el 60% tuvo un resultado moderadamente bueno a muy bueno con el tratamiento, aproximadamente igual que en el grupo analítico) (Wallerstein, pág. 725). El estudio Chestnut Lodge Follow-Up Study de Tom McGlashan fué famoso por haber descrito unos resultados inadecuados para los pacientes tratados entre 1950 y 1975 (McGlashan, 1984). Muchos de nosotros pensamos que había "puesto el listón" excesivamente alto para una mejoría moderada. Birgitte Bechgaard (2003) ha presentado una elegante refutación a las sombrías afirmaciones de sus artículos.

Silvano Arieti (1955), en su libro de gran éxito *Interpretation of Schizophrenia* (Interpretación de la esquizofrenia), estimuló los esfuerzos terapéuticos en los pacientes psicóticos, aunque puso de relieve que el trabajo es tan importante como la formación del terapeuta, a la vez que era pesimista sobre la tasa de éxito (Silver, 2005). Se había convertido en una autoridad mundial en psiquiatría gracias a su libro en varios volúmenes *American Handbook of Psychiatry* (Manual estadounidense de psiquiatría). L. Bryce Boyer (1983), de San Francisco, y Peter Giovacchini (1978), de Chicago (véase también el libro *Master Clinicians on Treatment of the Regressed Patient* [Principales médicos en el tratamiento del paciente regresivo] (1990), que editaron de forma conjunta), y Michael Robbins (1993), que estuvo anteriormente en la Massachusetts Mental Health Clinic y que actualmente trabaja en Amherst, MA, contribuyeron enormemente este campo a través de sus enseñanzas, su supervisión y sus escritos. La exploración de base clínica del "yo psicótico infantil" de Vamik Volkan (1995; Volkan y Akhtar, 1997) y su relación con la psicosis del adulto es uno de los avances recientes más interesantes para el conocimiento de la crisis psicótica. Tanto Volkan como Boyer muestran claramente no sólo la influencia de la tradición estadounidense en el tratamiento de las psicosis, sino también el de las teorías británicas de las relaciones objetales.

Por supuesto, hay otros muchos autores que no se mencionan aquí. Recomiendo al lector que consulte el Psychoanalytic Electronic Publishing Company's PEP Disk, Versión 6, para hacer una búsqueda de los muchos fascinantes artículos que se encuentran aquí. (www.pep-web.org)

A finales de la década de 1950 se consideraba que la clorpromazina era el tratamiento esperado durante tanto tiempo, cuando no la curación, de las psicosis. Simultáneamente, el interés del público se vio atraído por una oleada de interés en la desinstitucionalización, que desplazó a los pa-

cientes a la comunidad en alojamientos supervisados, con la provisión de la asistencia en centros comunitarios, y en 1963 el Presidente John F. Kennedy firmó la ley Community Mental Health Centers (CMHC) (Public Law #88-164). No transcurrió mucho tiempo antes de que la gente observara un rápido aumento del número de personas sin hogar y del número de personas con enfermedad mental que estaban internadas en las cárceles y prisiones del país, una enorme tragedia que todavía no se ha resuelto (Whitaker, 2002).

Después, la industria farmacéutica se hizo cada vez más agresiva en sus anuncios, y cada vez se implicó más y prestó más apoyo económico a la National Alliance for the Mentally Ill, una organización cuyos miembros son principalmente padres que tienen un hijo que lucha contra la psicosis. Se alzaron en armas contra el movimiento de culpar a los padres que inundó la literatura analítica. “La esquizofrenia, una enfermedad del cerebro” se convirtió en su lema compartido. Desde la década de 1980 hemos asistido a la marginalización de los abordajes psicodinámicos de las enfermedades psicóticas, lo que ha llevado al cierre de muchos hospitales, como Chestnut Lodge, y a la reconfiguración de las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, que las ha convertido en prolongaciones de las salas de urgencias, en las que se “estabiliza” a los pacientes en lugar de tratarlos con el objetivo incluso de que lleguen a conocerse a sí mismos. “Tratar” ha llegado a hacerse sinónimo de medicar. Durante algún tiempo, las recomendaciones de la *American Psychiatric Association* eran que no se debían administrar tratamientos psicodinámicos individuales ni familiares, ni siquiera combinados con fármacos.

Recientemente, un informe del *Medical Directors Council of the National Association of State Mental Health Directors* (julio de 2007) ha descrito las elevadísimas tasas de mortalidad en los pacientes que padecen psicosis en los diversos estados de los Estados Unidos, de modo que su esperanza de vida se acorta en 25 años. Mientras que algunos mueren por suicidio, accidentes, homicidios o el desgaste que produce vivir sin hogar, la inmensa mayoría muere por trastornos cardiovasculares y metabólicos. Me parece que los nuevos fármacos antipsicóticos, o su combinación con otros fármacos psiquiátricos, están claramente implicados. A medida que esta crisis se ha documentado, y cuando hemos descubierto que diversas compañías farmacéuticas suspendieron estudios que podrían haber advertido a la profesión médica de estos resultados, la comunidad psiquiátrica ha tenido que reconsiderar su impulso para mejorar la eficiencia. Estamos viendo una actitud cada vez más abierta en los miembros de la comunidad de investigadores psiquiátricos, que reconsideran la función del psicoterapeuta, sea cual sea su origen profesional o paraprofesional, y

la reciente convención de la *American Psychiatric Association* mostró indicios claros de un renacimiento del interés en la psicodinamia y la psicoterapia en general. Tal vez veamos también un aumento del interés de la psicoterapia por las psicosis.

Bibliografía

- Arieti, S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. Nueva York: Robert Brunner.
- Arlow, J. and Brenner, C. (1964). The psychopathology of the psychoses, cap. 10, en *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*. Nueva York: International Universities Press, págs. 144-178.
- Bechgaard, B. (2003). Lessons in how to ruin a study in psychotherapy effectiveness: A critical review of the follow-up study from Chestnut Lodge. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 31: 119-140.
- Boyer, L.B. (1983). *The Regressed Patient*. Nueva York: Jason Aronson.
- Boyer, K.L. B. & Giovacchini, P. L. (1990). *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Northvale N.J.: Jason Aronson.
- Bullard, D, (ed.) (1959). *Psychoanalysis and Psychotherapy. Selected Papers of Frieda Fromm-Reichmann*. Chicago: The Univ. Chicago Press.
- Burnham, D., Gladstone, A. and Gibson, R. (1969). *Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma*. Nueva York: International Universities Press.
- Evans, Barton, III. (1996). *Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy*. Londres: Routledge.
- Farber, L. (1966). *The Ways of the Will: Essays toward a Psychology and Psychopathology of Will*. Nueva York y Londres: Basic Books.
- Flexner, A. (1910). *The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada 1910*. Nueva York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Friedman, L. (1990). *Menninger: The Family and the Clinic*. Nueva York: Borzoi Book, para Alfred A. Knopf, Inc.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry*. 22:1-15.
- Fromm-Reichmann, F. (1989/1956 unpublished) Reminiscences of Europe. Cap. 22, en Silver, A.-L. (ed.) *Psychoanalysis and Psychosis*. Madison, CT: International Universities Press, págs. 469-481.
- Giovacchini, P. (1978). *Treatment of Primitive Mental States*. Nueva York: Jason Aronson.
- Grob, G. (1985). *The Inner World of American Psychiatry, 1890-1940; Selected Correspondence*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- Hill, L. (1955). *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hornstein, G. (2000). *To Redeem One Person Is to Redeem the World: the Life of Frieda Fromm-Reichmann*. Nueva York: The Free Press.
- Karon, B. and Vandenbos, G. (1981). *Psychotherapy of Schizophrenia: The Treatment of Choice*. Nueva York: Jason Aronson.
- Kasanin, J. (1944). *Language and Thought in Schizophrenia: Collected Papers*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- McGlashan, T. (1984). The Chestnut Lodge follow-up study: I & II. *Archives of General Psychiatry*. 41: 573-601.
- McGlashan, T. (1986a). The Chestnut Lodge follow-up study, III & IV. *Archives of General Psychiatry*. 43: 20-30, 167-176.
- McGlashan, T. (1986b). Predictors of shorter-, medium-, and longer-term outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 143: 50-55.
- National Association of State Mental Health Directors (July, 2006) *Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness*. http://www.nasmhpd.org/nasmhpd_collections/collection4/meeting_presentations/Summer%202006%20commish/NASMHPD%20Morbidity%20and%20Mortality%20Slides%20071006.pdf
- Pao, Ping-Nie (1979). *Schizophrenic Disorders. Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View*. Nueva York: International University Press.
- Perry, H. S. (1982). *Psychiatrist of America: The Life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Rako, S. and Mazer, H. (eds.) (1980). *Semrad: the Heart of a Therapist*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Robbins, M. (1993) *Experiences of Schizophrenia: An Integration of the Personal, Scientific, and Therapeutic*. Nueva York: Guilford Press.
- Rosen, J. (1953). *Direct Analysis: Selected Papers*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Schulz, C. G. & Kilgallen, R. K. (1969). *Case Studies in Schizophrenia*. Nueva York: Basic Books.
- Searles, H. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Nueva York: International Universities Press.
- Silver, A.-L. and Feuer, P. (1989). Fromm-Reichmann's contributions at staff conferences. Cap. 1 en Silver, A.-L. (ed.) *Psychoanalysis and Psychosis*. Madison, CT, International Universities Press, págs. 23-45.
- Silver, A.-L. (1993). Countertransference, Ferenczi, and Washington, DC. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 21(4), 637-654.
- Silver, A.-L. (2005). In the footsteps of Arieti and Fromm-Reichmann: Psychodynamic treatments of psychosis in the current era. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 33(4) 689-704.
- Spotnitz, H. (1969 and 1985). *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient: Theory of the Technique*, 2ª ed. Nueva York: Human Sciences Press.

- Stanton, A. and Schwartz, M. (1954). *The Mental Hospital*. Nueva York: Basic Books.
- Sullivan, H.S. (1947). *Conceptions of Modern Psychiatry*. Nueva York: W. W. Norton & Co.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (ed. por H. S. Perry y M. L. Gawel). Nueva York: W.W. Norton.
- Sullivan, H. S. (1954). *The Psychiatric Interview* (ed. por H. S. Perry y M. L. Gawel), Nueva York: W. W. Norton.
- Sullivan, H. S. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry* (ed. por H. S. Perry, M. L. Gawel y M. Gibbon). Nueva York: W. W. Norton.
- Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a Human Process* (ed. por H. S. Perry) Nueva York: W. W. Norton & Co.
- Sullivan, H. S. (1964). *The Fusion of Psychiatry and Social Sciences*. Nueva York: W. W. Norton,
- Volkan, V D (1995). *The Infantile Psychotic Self and Its Fates. Understanding and Treating Schizophrenics and Other Difficult Patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Volkan, V. D. And Akhtar, S. (eds.). *The Seed of Madness: Constitution, Environment, and Fantasy in the Organization of the Psychotic Core*. Madison CT: International Universities Press.
- Wallerstein, R. (1986). *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.

DESARROLLO EN GRAN BRETAÑA

I. La contribución de las innovaciones kleinianas al tratamiento de los pacientes psicóticos

Murray Jackson

La evolución de los conceptos fundamentales

El pensamiento psicoanalítico moderno sobre las psicosis se basa en la obra de Sigmund Freud, C.G. Jung y Karl Abraham.

Freud (1925) pensaba que los pacientes psicóticos estaban demasiado alejados de la realidad para ser accesibles al psicoanálisis, al menos como se practicaba en aquel momento, pero también pensaba que el estudio de sus mentes pagaría dividendos en forma de conocimiento. Observó que:

“tantas cosas que en las neurosis se deben buscar laboriosamente en las profundidades, en las psicosis se encuentran en la su-

perficie, visibles para cualquier ojo. Por ese motivo, los mejores pacientes para demostrar muchas de las afirmaciones del psicoanálisis proceden de la clínica psiquiátrica... a largo plazo incluso los psiquiatras no pueden resistir a la convincente fuerza de su propio material clínico”.

Jung, al contrario que Freud, tenía mucho contacto con los pacientes hospitalizados con alteraciones graves. Su experiencia personal de un episodio psicótico le ayudó a inspirar su obra y dio forma a su elaboración del concepto del arquetipo. Este concepto, que en general ha tenido poco interés para los psicoanalistas, recientemente ha atraído la atención de algunos psicoanalistas que consideran que tiene mucho en común con los conceptos de fantasía originaria (no reprimida) y del mundo interno de las relaciones objetales.

Abraham realizó psicoterapia individual en muchos pacientes maníacos-depresivos y esquizofrénicos. Su creencia de que las raíces de las psicosis se encuentran en los trastornos del desarrollo emocional temprano del niño inspiraron las exploraciones de Melanie Klein de la mente del lactante.

En la época de entreguerras el psicoanálisis floreció en los Estados Unidos, y la fundación de la Escuela de Psiquiatría de Washington (*Washington School of Psychiatry*) en 1936 por William Alanson White y Harry Stack Sullivan, así como el trabajo realizado en el Chestnut Lodge Hospital, inspiró a generaciones de psiquiatras. Desde esa base de Washington y algunos otros centros, muchos pioneros, en el pasado y en la actualidad, iniciaron un importante trabajo con pacientes psicóticos y elaboraron desarrollos teóricos tan diferentes como la psicología del ego (*ego-psychology*) y la psicología del sí mismo (*self-psychology*).

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la llegada al Reino Unido de Melanie Klein en 1926 y de Anna Freud en 1938 marcó el inicio de una era de contribuciones revolucionarias, con frecuencia claramente contradictorias, al desarrollo infantil y el tratamiento de los psicóticos. El tratamiento analítico de niños de dos y tres años de edad por Klein le llevó a conocer mejor el severo superyó “arcaico” que está implicado en muchos trastornos mentales del adulto. Pensaba que todos los lactantes deben pasar por un período de sentimientos destructivos innatos de odio hacia la madre “mala” imaginada, y cuando estos sentimientos quedan sin resolver forman un factor que contribuye a la aparición de una enfermedad psicótica en la adolescencia y la edad adulta. Consideraba que estos impulsos son una expresión innata y de motivación biológica del “instinto de muerte” de Freud, punto de vista que ha seguido siendo un objetivo central en el abordaje kleiniano de las psicosis.

Innovaciones kleinianas

Al comienzo de la Segunda Guerra Mundial, Klein (1881-1960) ya había situado con firmeza los dos primeros años de vida en el mapa del desarrollo mental como fuente de conflicto psíquico. Había explorado los procesos de formación simbólica y las primeras fases del complejo de Edipo y había refutado el concepto de Freud de una secuencia cronológica ordenada de las fases del desarrollo psicosexual (oral, anal, genital), al considerar que se superponían entre sí. Después volvió su atención a los estados psicóticos, que consideraba que estaban enraizados en la patología de la primera infancia, cuando se forma la matriz básica de la función mental y se adquiere la capacidad de pensar, hablar y elaborar símbolos, funciones que tienden a estar alteradas en las psicosis. A fin de comprender los mecanismos mentales implicados en la psicosis, pensaba que es necesario conocer el desarrollo temprano del yo (ego) y sus relaciones objetales. Sobre esta base conceptual publicó el primero de los tres artículos que iban a definir su innovador abordaje de los estados psicóticos y que constituirían la base de la escuela kleiniana.

En el primer artículo, "*A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*" (Contribución a la psicogenia de los estados maníacos-depresivos) (Klein, 1935), formuló el concepto de la posición depresiva, que posteriormente se convirtió en el dato definitorio de la teoría kleiniana. Desde el comienzo el lactante forma una imagen de un "pecho-madre" bueno (gratificante, nutritivo) y, en contraposición, uno malo (frustrante), y en circunstancias normales el lactante, al final del primer año de vida, llega a ser capaz de reconocer que estas "partes-objetos" son la misma. En ese punto ("posición") el lactante adquiere la capacidad de tener sentimientos de responsabilidad por el daño que ha realizado en su imaginación (que Klein llamó "fantasía"¹) a la madre mala, y una preocupación justificada desde el punto de vista psicológico por la supervivencia de ella comienza a sustituir a la preocupación por sí mismo y por su propia supervivencia (en lo que posteriormente describió como un mundo paranoide), y se movilizan motivaciones reparadoras, que dan lugar a deseos de reparar el daño que ha hecho en su fantasía². Klein observó lo que consideraba que eran sentimientos de depresión en este punto, y llamó a esta constelación psicodinámica la *posición depresiva*, un hito en el pro-

1 Klein seguía la utilización de la palabra "phantasy" (idea fantástica) de Freud para mantener la diferenciación de los procesos del pensamiento infantiles "originales" que nunca han sido conscientes, de los de la "fantasy" (fantasma), que son conscientes o están reprimidos en el inconsciente.

2 Winnicott llamo a la posición depresiva "la fase de preocupación".

ceso de maduración que no se debe confundir con la depresión clínica, afirmando que son los grados de éxito o de fracaso en la superación de esta posición lo que determina la normalidad relativa. Para los kleinianos este modelo estructural llegó a incorporar y sustituir al concepto de procesos primarios del pensamiento de Freud, y volvió a situar los orígenes del complejo de Edipo (que consideraba como el sistema organizativo fundamental de la personalidad) en el período de lactancia. Como es una "posición" omnipresente, esta constelación dinámica proporciona un vínculo conceptual entre el desarrollo del lactante y la psicosis del adulto. Klein describió varias defensas primitivas cruciales frente a la necesidad infantil (que también se encontrarán en fases posteriores de la vida) como la negación de la realidad psíquica, la disociación, la proyección y la introyección, a las que consideraba la base de la paranoia. Esto era la consolidación de su primera formulación de las ansiedades psicóticas infantiles, y observó que se puede considerar que los mecanismos obsesivos tienen una función importante en la modificación de estas ansiedades³. Cómo pensaba que todos los lactantes emplean estos mecanismos y que se los puede ver en el psicótico adulto, los denominó "ansiedades psicóticas"⁴.

En este artículo es donde explicó con más detalle las observaciones de Freud sobre la manía y formuló su concepto sobre las defensas maniáticas, que se emplean cuando no se puede dominar la posición depresiva, y que se ven en su forma más pura en la psicosis maniaca-depresiva. A fin de evitar el miedo de que el objeto resulte destruido, en la ideación fantástica, el sujeto niega la importancia del objeto, desacreditándolo de manera despectiva, y de una manera excitada y triunfante se disocia de la preocupación sobre su destino⁵. Al mismo tiempo, el reconocimiento inconsciente de su hostilidad destructiva da lugar a un hambre de objetos, que se verá claramente en la inquietud, la hipersexualidad y el pensamiento omnipotente del paciente maniaco-depresivo. Klein también hablaba de la hipomanía leve de las personas relativamente normales, y de la frecuente asociación de la patología maniaca en personas excepcionalmente creativas.

3 Surgieron malentendidos como consecuencia de la utilización de un término psiquiátrico para un proceso normal del desarrollo, a pesar del hecho de que Klein dejó claro que las ansiedades psicóticas infantiles simplemente eran similares a las del adulto, y no implicaban que el lactante fuera psicótico, sino que era la utilización excesiva de estos mecanismos lo que era patológico (véase Hinshelwood, 1989).

4 Véase en Jackson (2001) un ejemplo de las ansiedades infantiles subyacentes a la neurosis obsesiva-compulsiva de la vida adulta

5 El menosprecio maniaco del objeto también puede defender a la persona de la envidia del objeto, razonando que si el objeto está totalmente desprovisto de cualquier característica deseable no hay nada que pueda envidiar la persona. Véase una ilustración clínica en Jackson (1993).

El segundo artículo, "*Mourning and its relation to manic-depressive states*" (El duelo y su relación con los estados maníacos-depresivos) (Klein 1940), fue una secuela de la anterior. Después de haber sufrido una serie de dolorosas pérdidas personales y de haber luchado con su propio duelo, elaboró su idea de que el duelo a cualquier edad está asociado a la elaboración infantil normal de la posición depresiva. Concluyo que la persona doliente se ve obligada a revivir la amenaza, activa por primera vez durante la lactancia, de la pérdida de la madre, provocada por impulsos destructivos. La negación maníaca de la hostilidad hacia el objeto perdido puede llevar a una reacción de duelo patológico. La elaboración del duelo supone el reconocimiento repetido de los sentimientos tanto de amor como de odio hacia el objeto perdido, lo que lleva a la movilización de sentimientos de reparación⁶. Los miedos paranoides disminuyen, los sentimientos amorosos, como la pena y el pesar, superan al odio agresivo y a la queja vengativa, y por fin el objeto (integrado) queda instalado de forma permanente en el mundo interior de la persona como una figura predominantemente amante y compasiva. Este punto de vista contrastaba con el de Freud, según el cual el doliente debe romper de forma gradual el vínculo con el objeto amado perdido.

El tercer artículo, "*Notes on some schizoid mechanisms*" (Notas sobre algunos mecanismos esquizoides) (Klein, 1946), elaboró la idea de que los procesos normales del desarrollo de la lactancia subyacen a las psicosis y, junto a los dos trabajos previos, forma la base del trabajo posterior de Klein sobre las psicosis. En este artículo introdujo el *concepto de identificación proyectiva*, que es una elaboración del mecanismo ya conocido de la proyección. Este nuevo concepto pone de relieve la importancia del mundo interior de la persona, un espacio figurativo que contiene imágenes del propio yo y de sus objetos internos, representaciones imaginativas de otras personas y cosas, pasadas y presentes que están permanentemente activas y forman una parte influyente de su mundo interno. La identificación proyectiva, asociada a la escisión del self y el objeto pueden responder a motivaciones diferentes. Se ha considerado que es la base normal de la comunicación entre la madre y el hijo, y que es la base de la empatía. En su forma patológica constituye una creencia imaginativa omnipotente de que es posible transferir aspectos del propio yo, habitualmente, aunque no exclusivamente, los no deseados, al interior de la representación mental de otra persona o cosa. Se puede considerar que esto es un proceso evacuativo o atributivo de negación, en el que se expulsan elementos indeseados,

6 El concepto de Klein de reparación en la posición depresiva es una innovación de la máxima importancia, una que llevó a Rey a enseñar que la atención a los procesos de reparación es la fundamental de una buena psicoterapia.

dirigido a evitar la necesidad de reconocer una parte “mala” del propio yo. Este proceso modifica la percepción del objeto, que entonces puede ser visto como amenazante, y también del propio yo, que de esta forma se ha visto privado de un elemento necesario que ha sido condenado por el superyó, de acuerdo con el principio de idealización, como “todo bueno” o “todo malo”. La disociación, al contrario que la defensa más madura de la represión, elimina de forma eficaz los pensamientos y sentimientos indeseados (y partes del self) que ya no están disponibles para la conciencia de la persona, aunque sí están totalmente disponibles para un proceso de eliminación posterior mediante proyección.

Cuando Klein conoció la obra de Fairbairn (1952) adoptó su término “esquizoide” y dio a la posición paranoide el nuevo nombre de *posición paranoide-esquizoide*⁷. Esto suponía ampliar la connotación de “esquizoide” más allá de su uso habitual en psiquiatría y se centraba en los mecanismos de la disociación patológica del self y el objeto. Este trabajo indicaba una estrecha relación entre las psicosis maniaco-depresivas y esquizofrénicas, de acuerdo con la regresión y la progresión entre las posiciones paranoide-esquizoide y depresiva. En este modelo radica la profundidad de la fijación del conflicto, y la capacidad de regresión de la persona que determina los patrones clínicos, al contrario del punto de vista dicotómico, actualmente pasado de moda, de Kraepelin de la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva como entidades morbosas diferentes.

Después de la guerra, varios psiquiatras que habían adquirido mucha experiencia en el ejército británico quedaron bajo la influencia de Klein y continuaron su formación como psicoanalistas y realizaron importantes contribuciones a la teoría de las psicosis. Tom Main (1957) elaboró un contexto terapéutico de base psicoanalítica en el Cassel Hospital donde muchos pacientes psicóticos recibieron tratamiento psicoanalítico. W.R. Bion (1967), después de hacer importantes contribuciones a la teoría analítica de grupos en la Tavistock Clinic, siguió aplicando el trabajo de Klein a los trastornos psicóticos. John Bowlby (1988), al principio muy influido por Klein, pasó a criticar lo que consideraba el abandono por Klein de factores del apego y la separación y sentó la base para la teoría moderna del apego⁸.

7 Aunque Klein no estaba de acuerdo con algunos aspectos importantes de la obra de Fairbairn, le reconoció todo el mérito por las profundas implicaciones de su concepto de las reacciones objetales esquizoides. Rey ha ofrecido una descripción detallada y original de las características y la dinámica del pensamiento esquizoide desde una perspectiva kleiniana (Rey, 1994, Jackson, 2001 págs.313-316).

8 Si se ven las posiciones paranoide-esquizoide y depresiva como estados alternantes, de modo que uno tiende a predominar sobre el otro en la persona, se puede ver la relación con el concepto de apego inseguro y seguro. Véase una crítica detallada de la relación entre el psicoanálisis y la teoría del apego en Fonagy (2001).

Como este capítulo se centra en los desarrollos kleinianos y “postkleinianos”, no abordará con detalle las otras corrientes teóricas que surgieron de esta potente base. Sin embargo, se debe mencionar la sobresaliente obra de Thomas Freeman (1988), que, en una estrecha asociación con Anna Freud y sus seguidores, hizo una contribución fundamental al estudio y el tratamiento de los estados psicóticos graves en el contexto hospitalario. Freeman tuvo la extraña oportunidad para un psicoanalista británico de tener el control clínico completo de pacientes hospitalizados, e inspiró a muchos (incluyendo el autor), cuyos intereses teóricos puede en ocasiones haber diferido en algunos aspectos.

A finales de la década de 1950, la escuela británica de relaciones de objeto, tras haber descubierto el potencial del mecanismo de “identificación proyectiva” como herramienta para conocer las relaciones de objeto tempranas durante el desarrollo infantil, los mecanismos de defensa primitivos y los estados psicóticos de la mente, produjo una abundante literatura desde el grupo kleiniano que ha continuado hasta la actualidad. La obra de Hanna Segal, Herbert Rosenfeld, Donald Meltzer, Winnicott y Bion ha sido la más influyente. Entre las muchas nuevas ideas fértiles se encuentran el concepto de ecuaciones simbólicas de Segal y las descripciones de Rosenfeld de las relaciones de objeto narcisistas destructivas y omnipotentes. Winnicott, que inicialmente era seguidor de Klein, consideraba que la psicosis era la consecuencia de un fracaso del entorno materno afectuoso, en el que la madre fallaba en la protección del lactante a la exposición prematura de la realidad, una “vulneración” que puede fracturar su infantil y frágil sentido del self.

Bion consideraba este fracaso en términos de *contención materna*, en la que una madre mentalmente sana ayuda al lactante a adquirir la base de un sentido estable de la identidad y del dominio de fuertes tormentas afectivas. El estudió las consecuencias de este fracaso y concluyó que muchas manifestaciones psicóticas se deben a los ataques destructivos del self psicótico sobre la capacidad para un pensamiento autorreflexivo doloroso.

Bion formuló el concepto del self psicótico y no psicótico, lo que permitió conocer mejor el punto de vista ampliamente aceptado de que siempre se puede encontrar una isla de lucidez en la locura de la mente psicótica. Aplicó esta perspectiva a las mentes de personas normales, en las que vio una parte psicótica universal, aunque habitualmente no patogénica. Su obra prolífica y muy influyente incluyó el estudio de los orígenes del pensamiento conceptual, la formación y funciones de los delirios y las alucinaciones, la formación de la organización psicótica (que también es-

tudieron Rosenfeld y, posteriormente, John Steiner) y otros temas importantes para el conocimiento de los procesos psicóticos.

Los psiquiatras han criticado a veces a los autores kleinianos que han escrito sobre el campo de la psicosis esquizofrénica y de otras psicosis, por el hecho de que sus observaciones y terapias se basan en trastornos *boderline*, más que en las psicosis “verdaderas” que forman una gran parte de la psiquiatría clínica de la práctica hospitalaria. Aunque pueda haber justicia en esa crítica, no se puede aplicar a parte de la obra de Segal y Rosenfeld, que han descrito su experiencia con pacientes hospitalizados con psicosis graves. Sin embargo, los kleinianos mantienen que los pacientes *boderline* utilizan los mismos mecanismos psicóticos que los psicóticos más graves, y rastrean los orígenes de ambos hasta la patología infantil.

La Aplicación de los Conceptos Kleinianos a la Práctica Clínica

Por motivos complejos, los profesionales kleinianos rara vez publican su trabajo con los pacientes psicóticos hospitalizados. Cuando se fundó en 1947 el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*) británico, en 1947 en la Sociedad Psicoanalítica Británica (*British Psychoanalytic Society*), celosa de su independencia de la financiación estatal y de la franja de atención gestionada, decidió permanecer fuera de su patrocinio. Este es un destino han seguido posteriormente a algunas otras sociedades psicoanalíticas que, aunque se benefician de la provisión de la sanidad pública, se han visto sometidas a sus restricciones.

Esto ha significado que en el sistema sanitario británico los pacientes más graves se han visto privados en general de los psicoterapeutas más reconocidos y preparados y de la influencia psicoanalítica en la enseñanza y la supervisión de psiquiatras y psicoterapeutas que, aunque escasa, ha sido profunda.

Relativamente pocos profesionales kleinianos han tenido la oportunidad, o la responsabilidad, de ejercer el control clínico completo en el tratamiento de pacientes psicóticos hospitalizados. Como ya se ha mencionado, el Cassel Hospital prestó su apoyo a este tipo de trabajo durante muchos años, pero finalmente los cambios de la política hospitalaria pusieron fin a esta era de colaboración. Inspirada por la obra de Tom Hayward en el Shenley Hospital, se hizo mucho trabajo con pacientes psicóticos ambulatorios en “Villa 21” bajo la dirección de Michael Conran (1991), un psicoanalista del grupo “independiente” de la sociedad psicoanalítica. En el campo forense, los psicoanalistas kleinianos han influido

mucho en la promoción del conocimiento y la psicoterapia de los delinquentes, una proporción importante de los cuales son psicóticos. Hyatt Williams (1998) contribuyó ampliamente al conocimiento de las mentes de los asesinos, y Leslie Sohn y Patrick Gallwey han realizado desde hace mucho tiempo seminarios docentes sobre los criminales con trastornos graves y supervisión de psicoterapia psicoanalítica.

En el Maudsley Hospital había funcionado desde hacía mucho años una unidad de Psicoterapia Ambulatoria para la evaluación y el tratamiento de pacientes borderline y psicóticos, y las contribuciones de analistas kleinianos como Henri Rey y Michael Feldman han tenido un impacto significativo en la cultura esencialmente biomédica y psicosocial del Instituto de Psiquiatría.

En 1972 se puso en marcha una unidad hospitalaria experimental en el Maudsley Hospital, en colaboración con la Unidad de Psicoterapia Ambulatoria y el Instituto de Psiquiatría. Esta unidad, dirigida en colaboración con una unidad psiquiátrica convencional dirigida por el Profesor Robert Cawley, tenía el control completo de sus pacientes y se dedicaba a la aplicación de los principios psicoanalíticos a la evaluación y el tratamiento de un espectro lo más amplio posible de enfermedades psiquiátricas psicóticas y limítrofes. Inaugurada por el analista kleiniano John Steiner, y dirigida posteriormente por Murray Jackson durante 13 años, esta unidad fue única en el NHS. Defendía los modelos psicoanalíticos de conocimiento y tratamiento y durante muchos años fue productiva e influyente, y se ha descrito con detalle (Jackson y Williams, 1994). Se formaba a las enfermeras en conceptos psicodinámicos básicos y en los principios de la terapia mediante el control de las variables ambientales (*milieu therapy*), y se intentaba, con grados de éxito variables, crear una atmósfera de fondo psicoanalítico con la que la planta hospitalaria pudiera maximizar su función terapéutica. Sin embargo, a pesar de que en general se consideró que tuvo éxito, la unidad no sobrevivió a la jubilación de Jackson del NHS, y la planta se fragmentó y se reestructuró en líneas psicobiosociales, perdiendo su perspectiva psicoanalítica.

Fuera de este contexto experimental especializado, el trabajo de orientación clínica con pacientes psicóticos graves ha florecido en muchas partes de Inglaterra⁹, Escocia e Irlanda del Norte. En la actualidad Richard Lucas (2003), que ha escrito mucho sobre las psicosis maníaca-depresiva, puerperal y esquizofrénica, es el único analista kleiniano que trabaja como psiquiatra en el NHS con control clínico pleno de una planta hospita-

9 El centro de la Arbours Association es un notable ejemplo (Berke 1989).

laria y responsabilidades como otros psiquiatras generales hospitalarios. Otra fuente contemporánea de influencia de orientación kleiniana se encuentra en la obra de Brian Martindale (2007) quien, al tener acceso a recursos psiquiátricos de apoyo, se ha dedicado desde hace mucho tiempo a la integración del psicoanálisis con otras perspectivas teóricas y otros métodos terapéuticos. Los trabajadores kleinianos han hecho importantes contribuciones al tratamiento de los niños psicóticos, y el trabajo de la Tavistock Clinic se ha convertido en una importante fuente de aprendizaje y tratamiento.

La propagación del pensamiento kleiniano

Aunque la influencia del pensamiento kleiniano en la psiquiatría hospitalaria británica contemporánea ha sido escasa, los puntos de vista kleinianos sobre la naturaleza y los estados primitivos de la mente característicos de los pacientes borderline y psicóticos han sido muy influyentes mucho más allá de los límites del Reino Unido donde se desarrollaron.

En los Estados Unidos, pioneros como Searles (1965, 1986), Ogden (1989), Boyer (1983), Grotstein (1985, 2001) y Volkan (1995; Volkan y Akhtar, 1997), y en Argentina David Rosenfeld, Jorge Badaracco y otros muchos, han aceptado cada vez más la teoría kleiniana y “neokleiniana” para su trabajo con pacientes psicóticos.

Contribuciones a esferas no clínicas

Los avances kleinianos también han ido mucho más allá del ámbito de la clínica y han hecho contribuciones importantes a la Teoría Social (Alport, Rustin), y a aspectos de la cultura como el arte, la estética y la literatura. Los autores kleinianos también han contribuido de forma extensa a la exploración de la dinámica inconsciente de la violencia política (Covington, Williams y cols., 2003).

Discusión

Actualmente la asistencia psiquiatría británica es principalmente un dispositivo para la atención de pacientes psicóticos, con aportaciones psicoanalíticas directas relativamente escasas. Por tanto, tiene particular importancia el objetivo de la ISPS de establecer puentes sobre este vacío, que cada vez es mayor. En los últimos años ha habido un alejamiento de la

ISPS de su base psicoanalítica, y aunque los autores que trabajan en la terapia cognitivo-conductual han hecho muchos avances para ayudar a aliviar el malestar de muchos pacientes psicóticos, y los psiquiatras han hecho muchos avances en la detección y el tratamiento de los primeros episodios de psicosis, se corre el riesgo de que la importancia del psicoanálisis quede en una situación marginal.

En la visión general anterior he puesto énfasis en que por mucho que estén implicados otros factores de vulnerabilidad, y por mucho que la experiencia posterior favorezca u obstruya el desarrollo normal, los kleinianos y los teóricos de la relación de objeto creen que las semillas de las psicosis posteriores se deben encontrar en la relación madre-hijo durante el primer año de vida. Sin embargo, el hecho de centrarse en las raíces más profundas de desarrollo no resta importancia a la contribución de ramas de procesos posteriores y enraizados menos profundamente. Cuando se enfrentan a material psicótico, actualmente muchos kleinianos intentan vincular la situación actual del paciente con la experiencia infantil temprana, y puede ser útil especular al comienzo de una psicosis sobre cómo podría haber sido la experiencia del paciente durante la lactancia y la relación madre-hijo¹⁰. No siempre es fácil descubrir la confirmación de privación emocional, depresión materna, trauma, maltrato físico y sexual y otros factores potencialmente psicotocógenos, y con frecuencia dichos datos pueden surgir únicamente en el transcurso del tratamiento, cuando se puede ver cómo los factores patogénicos tempranos han influido en las fases posteriores del desarrollo de manera epigenética y cómo continúan ejerciendo su influencia en el trastorno actual del paciente.

La tradición kleiniana de presentar el material detallado de los casos para ilustrar los escritos puede ayudar a dar vida a algunas de sus formulaciones más difíciles y abstractas. La experiencia de alguna psicoterapia personal puede permitir a muchos profesionales resolver suficientemente aquellos conflictos que pudieron haber influido en su elección de esta especialidad exigente, pero gratificante. Llevar a cabo la psicoterapia individual de un paciente psicótico seleccionado bajo la supervisión de un experto puede ser una experiencia docente importante tanto para el paciente como para el terapeuta. Aprender a escuchar al paciente psicótico, aprender de él y hablar con él no es una habilidad que se pueda conseguir fácilmente, aunque la calidad de la relación del terapeuta con el pa-

10 La formación en la observación "naturalista" de los lactantes se inició con la analista kleiniana Esther Bick. Su método, que se centra en verificar las conclusiones de Klein sobre el primer año de vida, se ha convertido en un requisito mundial para las instituciones psicoanalíticas y psicoterapéuticas dinámicas (Magagna y cols., 2005).

ciente depende de ello. Los procesos de contratransferencia pueden ejercer sobre el terapeuta poderosas presiones que le llevarían a responder de formas no terapéuticas, y cuanto más consciente sea de los aspectos irracionales y “psicóticos” de su propia personalidad, mejor será su conocimiento del paciente y más seguro estará éste en sus manos. La recompensa que tiene el terapeuta por este autoconocimiento será su mayor libertad y confianza en su trabajo y su capacidad de trabajar más con pacientes psicóticos en el futuro, si así lo decidiese. La psicoterapia, con o sin tratamiento farmacológico, con mucha frecuencia puede resolver un episodio psicótico agudo con bastante rapidez aunque, cuando ya se ha conseguido esto, al terapeuta le queda la tarea de evaluar el carácter de la personalidad subyacente del paciente. Se puede encontrar que varía desde una personalidad normal hasta un trastorno grave de la personalidad, lo que hace preciso que el terapeuta reconozca que algunas personalidades están tan afectadas que son inaccesibles a la influencia psicoterapéutica, por lo que si se continúa ignorándolo puede hacerles más daño que beneficio.

Grotstein (2001) ha formulado la idea del “psicoanálisis rehabilitador”, al reconocer el hecho de que la recuperación de un episodio psicótico puede dejar al paciente con recuerdos de pesadilla, que le llevarán a luchar para olvidarlos. Aunque algunos pacientes mostrarán su deseo de conocer el significado de lo que les ha ocurrido, muchos temen que hablar sobre su experiencia les produzca una recaída. Algunos viven con un sentimiento de predestinación de lo que consideran una alteración biológica insignificante, que puede desbordarles. Se puede considerar que estos estados son trastornos de estrés postraumático, cuya gravedad depende mucho del nivel de comprensión que hayan recibido del episodio psicótico. Los maníacos-depresivos que se han recuperado de un episodio de manía o hipomanía pueden tener que enfrentarse al deprimente reconocimiento de que era una enfermedad grave lo que ellos pensaban era una plena buena salud. Esto puede inducir a una desesperación suicida y contribuir a un giro hacia una depresión psicótica.

Aprender a utilizar con confianza los conceptos psicoanalíticos con los pacientes psicóticos es una habilidad difícil de aprender, que precisa muchos años de experiencia. Aunque se base en la investigación, es una actividad muy diferente del abordaje “basado en la evidencia” de la investigación médica. Entre las muchas vías de aprendizaje de un importante y útil conocimiento psicodinámico se encuentra el taller (o seminario) de psicosis, que para muchos autores es el dispositivo más útil de docencia o aprendizaje. Este taller debe ser dirigido por un clínico con experiencia,

que tenga suficiente conocimiento del modelo psicoanalítico. Los miembros pueden proceder de todos los estamentos profesionales que trabajan con pacientes psicóticos, y pueden presentar material para su discusión dentro del grupo.

En este contexto de seminario o taller, los participantes pueden mejorar su capacidad para escuchar a los pacientes psicóticos y para considerar el significado y la importancia que tiene para el paciente aquello que ellos están oyendo. Los principales temas que se pueden explorar de una forma racional y controlada en este contexto son el establecimiento del contacto emocional inicial con el paciente, la formación de una base de confianza futura, el descubrimiento de la importancia crucial de la transferencia y la contratransferencia, la interrelación de las partes psicótica y no psicótica de la personalidad, y la descodificación de las comunicaciones simbólicas extrañas o incomprensibles. Adquirir estas habilidades puede ser muy gratificante, pero también puede ser, con frecuencia, emocionalmente impactante para el terapeuta, particularmente si trabaja de forma aislada, por lo que ese contexto grupal le puede ofrecer un apoyo poderoso. (Garelick y Lucas 1996, Lucas 2003).

Cuando un psiquiatra psicoanalítico ve por primera vez a un paciente con la finalidad de realizar una evaluación o un tratamiento en presencia de las enfermeras y de otros miembros del equipo multiprofesional que le ayudan, se pueden descubrir algunos procesos poderosos y significativos, como ilustran los ejemplos siguientes:

- Un paciente vino al hospital después de haberse cambiado legalmente el nombre a Jesucristo, quejándose de que estaba enfadado con Dios. Pronto quedó claro que no podía afrontar su gran estrés actual que incluía su incapacidad para manejar sus asuntos económicos. De esta forma psicótica esperaba que, al cambiar de nombre, Dios le ayudaría. Sin embargo, estaba decepcionado y furioso por descubrir que este cambio de identidad no había resuelto sus problemas económicos. Ahora el psiquiatra podría empezar a entender que el problema esencial era su dificultad psicótica en la lucha por afrontar esta situación con sus escasos recursos mentales, y no simplemente el estrés evidente de un trastorno económico.
- Cuando ingresó, un paciente dijo, enfadado: “soy el hermano mayor de Dios”. El psiquiatra respondió que realmente debería estar “cansado de que su hermano pequeño se llevará toda la publicidad”. El paciente se detuvo, sonrió, y se estableció una calidez mutua a partir de ese momento. Previamente se había llevado el coche de su hermano y lo había empotrado en una pared, afortunadamente sin ninguna lesión

grave para él. Pensó que era omnipotente, que en aquel momento podía hacer cualquier cosa¹¹.

- Un psiquiatra con experiencia de un hospital escandinavo le dijo a un paciente esquizofrénico crónico joven que al día siguiente le entrevistaría un especialista visitante invitado. Durante muchos meses había establecido un contacto muy escaso con él, que se sentaba en su silla rasgueando la guitarra y sonriendo vagamente. No respondió a mi invitación de hablar, por lo que le pregunté qué había soñado la noche anterior. Para mi sorpresa, sonrió abiertamente y dijo que había soñado con dos elefantes hablando por teléfono. Le dije que me preguntaba si había pensado que estos dos psiquiatras pesos pesados habían hablado por teléfono ayer para organizar esta reunión inesperada. Se echó a reír, dejó la guitarra y empezó a hablar libremente.

Los ejemplos comparables se podrían multiplicar hasta el infinito. Los cito para ilustrar la interrelación entre las partes psicótica y no psicótica de la personalidad y para mostrar cómo es posible establecer un contacto emocional cálido inmediato con estos pacientes. Algunos momentos ocasionales de humor ofrecen cierto alivio a la exposición constante de tragedia y confusión. Por ello es tan importante el contacto cálido inmediato y establecer desde el comienzo una relación humana y humanitaria entre los dos participantes y el personal auxiliar.

Muchos escollos esperan al entrevistador sin experiencia que puede verse tentado de disfrutar de sus momentos de lucidez. Cuando se establece un contacto emocional con un paciente, habitualmente se seguirá, antes o después, por un movimiento regresivo que se puede considerar como la lucha de la parte psicótica de la personalidad para recuperar el control de la mente del paciente.

- El contacto gratificante con el joven guitarrista llevó al comienzo de una posible exploración de su negación de su terrible situación. Sin embargo, poco después volvió a coger la guitarra y empezó a mostrar su sensación de superioridad y desprecio por el entrevistador y el personal. No se debe considerar esto simplemente como un revés, sino más bien a la ilustración de como el podría responder en un ensayo de psicoterapia individual.
- Una entrevista con una mujer esquizofrénica crónica había sido conmovedora y esclarecedora tanto para la paciente como para el personal. Sin embargo, la enfermera que la acompañó de nuevo a la planta

11 Debo estos dos ejemplos a Richard Lucas.

refirió que la paciente le había dicho que nunca había oído tantas tonterías, y que el psiquiatra debía estar loco. Esta expulsión proyectiva de la conciencia dolorosa de su locura en el momento de marcharse ilustra el hecho de que las defensas son viejos amigos a los que no se renuncia a la ligera. He enseñado que se puede esperar esta reversión, y con frecuencia he advertido tanto a los pacientes como al personal de que se produciría tarde o temprano.

Lucas ha descrito muchos ejemplos dramáticos de negación y sumisión, que muestran el poder de la parte psicótica y la necesidad de intervenir siempre que sea posible. El concepto de narcisismo destructivo omnipotente de Rosenfeld permite de conocer mejor las características de control de la parte psicótica¹².

Conclusiones

Los ejemplos anteriores son tan sólo algunas de las formas más evidentes en las cuales se puede aprender una buena técnica entrevistadora que se puede aplicar a diversos contextos con pacientes psicóticos. Los modernos avances en el psicoanálisis, basados en el trabajo original de Freud, la teoría de la relación de objeto en general y los avances kleinianos y "neokleinianos" en particular, han transformado nuestra comprensión de la psicopatología psicótica de forma revolucionaria.

Los conceptos psicoanalíticos, y particularmente los que se presentan en este capítulo, pueden ayudar a los profesionales que trabajan con pacientes psicóticos al menos de tres formas:

- Ayudan a dar significado a las comunicaciones confusas o extrañas, y esto puede ser un alivio para todas las partes implicadas. Al avanzar en la comprensión de las preocupaciones y problemas del paciente, ayudan a reducir el riesgo de conductas inadecuadas hacia el paciente por parte de los profesionales y de comportamientos agresivos inesperados de los pacientes hacia el personal. El contacto estrecho con los pacientes psicóticos puede ser muy inquietante en todas las situaciones, incluso para las personas más maduras y los profesionales de la salud mental que tienen que atenderles pueden verse expuestos a considerables tensiones emocionales. El personal de enfermería en particular tiene que enfrentarse no sólo a la exposición del impacto repetido de la tragedia humana, sino también con mucha frecuencia a los procesos proyectivos de los pacientes. El trabajo que está orientado por estos

¹² Este control "estilo mafioso" fue presentado brillantemente en la película "Una mente maravillosa".

principios basados en los conceptos de proyección y contratransferencia puede ayudarles a aumentar su confianza en su labor.

- Los conceptos expuestos en este capítulo pueden ser el fundamento para la creación y la puesta en práctica de planes terapéuticos globales. Una perspectiva de base psicoanalítica permite emplear diversas modalidades terapéuticas de una forma verdaderamente complementaria y racional. Se pueden utilizar con seguridad psicoterapia individual, terapia conductista, cognitiva, cognitiva-analítica, familiar o analítica grupal, y procedimientos psicofarmacológicos, cuando sea apropiado para las necesidades y las capacidades del paciente en un momento determinado del tratamiento.
- Estos conceptos permiten distinguir a los pacientes psicóticos que probablemente se beneficien de una psicoterapia individual o del psicoanálisis formal durante un tiempo suficiente de aquellos otros que no, y pueden también a ayudar a comprender por qué una forma de tratamiento resulta beneficiosa y otra no lo es.
- Ayudan a la detección temprana de la psicosis incipiente, en la que el deterioro de la función del yo puede pasar desapercibida o se puede confundir con un talento imaginativo precoz (de Masi 2003).

La transformación simbólica de los niveles primitivos de los procesos mentales de las primeras fases de la vida en formas superiores cada vez más abstractas va creando una estructura de niveles y una diversificación de las funciones mentales, que en condiciones normales da lugar a una estructura mental estable y flexible. Cuando este desarrollo adopta formas patológicas, éstas pueden permanecer incrustadas en el mundo interno, y pueden reactivarse con posterioridad si la persona afronta particulares situaciones estresantes en su mundo externo o interno. Esta reactivación requiere la movilización e intensificación de los mecanismos de defensa en un intento de abordar la crisis. En los casos más extremos estas defensas emergentes llevan a un estado de confusión de la realidad interna y externa y del sentido del self a la que llamamos psicosis.

El entendimiento psicoanalítico contemporáneo de los trastornos psicóticos ha avanzado mucho desde las obras fundacionales de los grandes pioneros, Freud, Jung y Abraham. Los desarrollos kleinianos desde la última guerra mundial han tenido un gran impacto en los psicoterapeutas que trabajan en el Reino Unido, en otras partes de Europa y países escandinavos, y en los Estados Unidos. Han ofrecido una perspectiva nueva y una orientación terapéutica relativamente optimista que aporta nuevo interés para el médico y nueva esperanza para los pacientes psicóticos.

Bibliografía

- Alport, G. F. (1989). *Melanie Klein and Critical Social Theory*. New Haven y Londres: Yale University Press.
- Bell, D. (ed.) (1999). *Psychoanalysis and Culture: a Kleinian Perspective*. Londres: Tavistock Clinic Series. Duckworth,
- Bell, D. (ed) (1997). *Reason and Passion: A celebration of the Work of Hanna Segal*. Londres: Tavistock Clinic Series. Duckworth,
- Berke, J. H. (1989). *The Tyranny of Malice*. Londres: Simon & Schuster.
- Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts*. Londres: Heinemann
- Bléandonu, G. (1994). *Wilfred Bion: His Life and Works*. Londres: Free Association Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Implications of Attachment Theory*. Londres: Routledge.
- Boyer, L. B. (1983). *The Regressed Patient*. Nueva York: Jason Aronson.
- Conran M (1991). Running on the spot, or can Nursing really change? *Psychoanalytic Psychotherapy* 5, 2, 109-114
- Covington, Williams y cols., (eds) (2002). *Terrorism and War: Unconscious Dynamics of Political Violence*. Karnac Books: Londres.
- De Masi F (2003). On the nature of intuitive and delusional thought. *Internat J Psycho-Analysis* 84:1149-70.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Londres: Tavistock.
- Fonagy, P. (2001). Attachment Theory and Psychoanalysis. pp. 84-92. Nueva York: Other Press.
- Freeman, T. (1988). *The Psychoanalyst in Psychiatry*. Londres: Karnac Books
- Freud S (1925). An Autobiographical Study. *Standard Edition* 20, pág.60.
- Garelick , A. y Lucas, R. N. (1996) The role of a psychosis workshop in general psychiatric training. *Psychiat. Bulln. Royal College Psychiatrists* 20: 425-9.
- Grotstein, J. S. (1985). *Splitting and Projective Identification*. Londres: Jason Aronson.
- Grotstein J S (2001). A rationale for the psychoanalytically-informed psychotherapy of schizophrenia and other psychoses: towards the concept of 'rehabilitative psychoanalysis'. En: *A Language For Psychosis* ed. P. Williams. Londres: Whurr Publishers
- Hinshelwood, R. D. (1989). *A Dictionary of Kleinian Thought*. Londres: Free Association Books.
- Jackson, M. (1993). Manic-depressive psychosis: Psychopathology and individual psychotherapy within a psychodynamic milieu. *Psychoanalytic Psychotherapy* 7(2):103-133.
- Jackson, M. (2001). *Weathering the Storms; Psychotherapy for Psychosis*. Londres: Karnac y Nueva York: Other Press
- Jackson, M. y Williams, P. (1994). *Unimaginable Storms: a Search for Meaning in Psychosis*. Londres: Karnac Books

- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states: en *The Writings of Melanie Klein*, Vol.1:262-289.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states: en *The Writings of Melanie Klein The Writings of Melanie Klein*, Vol.1, 344-369.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. En *The Writings of Melanie Klein Vol. 3*, 1-24.
- Klein, M. (1957). Envy and Gratitude, en Melanie Klein: *Envy and Gratitude and Other Works* 1997. Londres: Vintage.
- Lubin, A. J. (1996). *Stranger on the Earth: A psychological Biography of Vincent van Gogh*. Nueva York: Da Capo Press.
- Lucas, R. (2003). Psychoanalytic Controversies: the relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.* 84. 3-15
- Magagna, J., Bakalar, N. et.al (eds).2005). *Intimate Transformations: babies with their families*. Londres: Karnac,.
- Main, T.F. (1957). The Ailment. *British Journal of Medical Psychology*; 30,129-145.
- Martindale B, (2007). Psychodynamic contributions to early interventions in psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment* vol.13, págs.34-42.
- Meltzer, D. (1994). *Sincerity and Other Works*. Londres: Karnac Books
- Mitchell, J. (1986). *The Selected Melanie Klein*. Londres. Penguin Books.
- Ogden, T.H. (1989). *The Primitive Edge of Experience*. Nueva York: Jason Aronson.
- Resnik, S. (2005). *Glacial Times*. Londres : Routledge.
- Rey, J. H. (1994). *Universals of Psychoanalysis in the Treatment of Psychotic and Borderline States*. Londres: Free Association Books
- Rosenfeld. H. A. (1987). *Impasse and Interpretation*. Londres: Tavistock Publications
- Rustin, M. (1991). *The Good Society and the Inner World*. Verso: Londres.
- Searles, H. F. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Londres: the Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Searles, H. F. (1986). *My Work With Borderline Patients*. Londres: Jason Aronson.
- Segal, H. (1981). *The Work of Hanna Segal*. Londres: Jason Aronson
- Spillius, E. (ed) (1988). *Melanie Klein Today* Vol 1: Mainly Theory. Vol 2: Mainly Practice. New Library of Psychoanalysis. Londres y Nueva York: Routledge
- Volkan, V. (1995). *The Infantile Psychotic Self and its Fates*. Londres: Jason Aronson.
- Volkan, V., y Akhtar, S. (eds), (1997). *The Seed of Madness*. Madison: International Universities Press.
- Williams, A. H. (1998). *Cruelty, Violence and Murder: Understanding the Criminal Mind*. Londres: Karnac Books.
- Winnicott,,D.W. (1975). *Through Pediatrics to PsychoAnalysis*. Londres, Hogarth.

II. Psicoterapias de las Psicosis Esquizofrénicas en el Reino Unido

David Kennard

Tratamiento de la esquizofrenia en el National Health Service

En el Reino Unido las psicoterapias para los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han dado un importante paso hacia delante en los últimos 10 años con la incorporación de la práctica de basada en la evidencia al Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*). La terapia cognitiva-conductual y las intervenciones familiares están autorizadas desde 2002 como tratamientos que deben estar disponibles para los pacientes del NHS y para sus familias. Esto se decidió por un proceso mediado por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (*National Institute for Clinical Excellence, NICE*), que fue establecido por el gobierno en 1999 para asesorar sobre los aspectos clínicos y de coste-efectividad de los tratamientos de diversas enfermedades, de acuerdo con los puntos de vista de paneles de expertos sobre los datos procedentes de estudios de investigación (se da la máxima prioridad a los tratamientos en los que hay datos de eficacia obtenidos en estudios aleatorizados y controlados) y buena práctica recomendada. Las directrices del NICE determinan en gran medida qué prestaciones puede suministrar el NHS y cuáles no. En 2002 el NICE publicó sus Directrices sobre Esquizofrenia, que recomendaban que:

“Las psicoterapias deben ser una parte indispensable de las opciones terapéuticas disponibles para los usuarios de los servicios y para sus familias en un intento de fomentar su recuperación. Los tratamientos para los cuales se dispone de los mejores datos de eficacia son la terapia cognitiva-conductual y las intervenciones familiares. Estos tratamiento se deben utilizar para prevenir las recaídas, reducir los síntomas, aumentar la introspección y fomentar el cumplimiento del tratamiento farmacológico”.

En otra parte del texto, en relación con el período post-agudo precoz, a la vez que se recomienda la TCC y el trabajo familiar, las directrices afirman que: “No se recomienda el asesoramiento y la psicoterapia de apoyo... Sin embargo, se deben tener en consideración las preferencias de los usuarios de los servicios, especialmente si no se dispone a nivel local de otras psicoterapias más eficaces”.

Esto sugiere que los compiladores de las directrices, aunque dan prioridad a los tratamientos basados en la evidencia, eran conscientes de que podrían ser más importantes otros factores, como qué querían los pacientes y de qué se disponía realmente. Es una lástima que su recomendación sobre esas alternativas parezca tan poco entusiasta, más aún si se tiene en cuenta que no se mencionan los abordajes psicodinámicos o de grupo. La omisión de los abordajes psicodinámicos no es algo que llegue por sorpresa. Una de las principales diferencias entre los abordajes psicoanalítico y cognitivo-conductual es que aunque ambos afirman basarse en datos científicos, el primero toma sus datos de la observación clínica en contextos terapéuticos, mientras que el segundo los toma de la investigación sistemática utilizando observaciones cuantificadas de muestras comparativas. Se ha señalado (Hinshelwood, 2002) que los estudios aleatorizados no son la forma más adecuada para evaluar la psicoterapia, que esencialmente se refiere más a relaciones que a técnicas. En el momento de escribir este texto, el NICE está realizando una actualización de las Directrices que está previsto que se publique a principios de 2009. Cuatro miembros de ISPS UK están en el Grupo de Elaboración de las Directrices, por lo que puede haber cierta esperanza de que influyan en el abordaje para la evaluación de los datos sobre las psicoterapias. Mientras tanto, se puede considerar que el hecho de que el NICE recomiende alguna forma de psicoterapia para las psicosis es un paso más positivo hacia delante que un abordaje puramente farmacológico.

TCC en las psicosis

La Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) evolucionó en el Reino Unido en la década de 1980 por la fusión de la terapia comportamental de la década de 1950 con la terapia cognitiva de la década de 1970. Inicialmente se centraba en el tratamiento de la depresión y de diferentes tipos de trastornos de ansiedad, como crisis de angustia, TOC y el TEPT, pero pronto se intentó aplicar la TCC a los síntomas psicóticos (Fowler y Morley, 1989). A mediados de la década de 1990 se había realizado suficiente trabajo que permitió la publicación de varios libros importantes sobre la TCC en las psicosis (Fowler y cols., 1995; Chadwick y Trower, 1996; Kingdon y Turkington, 1994)¹.

¹ Los términos terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual se utilizan de forma indistinta en cierta medida. Una de las principales diferencias es la magnitud en la cual se realizan las tareas conductuales prácticas entre las sesiones de terapia.

Los profesionales de la TCC consideran que su abordaje tiene como objetivo ayudar a la persona con psicosis a conocer y dar sentido a sus experiencias y que tiene como objetivo conseguir la colaboración entre el paciente y el terapeuta en lugar de utilizar un estilo más didáctico, interpretativo o agresivo. Se pone un énfasis particular en implicar al paciente en un análisis detallado de los delirios y las alucinaciones, una vez que se ha establecido una alianza terapéutica, con el objetivo de estimular al paciente para que busque explicaciones alternativas que puedan hacer que las alucinaciones o los delirios sean comprensibles y tratables. Se ha declarado que los objetivos generales de la TCC en las psicosis son la reducción de la angustia y la discapacidad producidas por los síntomas psicóticos, la reducción de los trastornos emocionales y el fomento de la participación activa del paciente en el abordaje del riesgo de recaída y la discapacidad social (Fowler y cols., 1995.)

Abordajes centrados en la familia

El interés en el trabajo con las familias de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia comenzó en el Reino Unido en la década de 1950, y se asoció a una potente mezcla de teoría psicoanalítica (en particular Winnicott), filosofía existencial y crítica sociológica de la sociedad. El pionero mejor conocido fue R. D. Laing, que se convirtió en una figura icónica de la antipsiquiatría en la década de 1960, y que reconoció a Bowlby, Bateson y Goffman como sus principales influencias. Laing dejó su impronta en los abordajes psicológicos de las psicosis en dos aspectos principales. Afirmaba con elocuencia que lo que los pacientes psicóticos decían era significativo y se les debía escuchar y entender. No creo ser el único que pertenezca a una generación de profesionales de la salud mental cuyo interés en la locura y su significado estuvo avivado por los inspiradores escritos de Laing. La otra forma en la que Laing dejó su impronta fue planteando la opinión de que la culpa de la psicosis de una persona joven la tienen la familia y la sociedad en sentido general, cuyos mensajes contradictorios, comunicación desconcertante e intentos de lavar el cerebro a su hijo o hija para hacerles entrar en la conformidad, hicieron que la "locura" fuera la única forma de abordar esta situación. Los datos publicados de Laing eran una serie de 11 estudios de casos (Laing y Esterson, 1964). Lamentablemente, esto contribuyó a un rechazo generalizado de los abordajes psicológicos de la psicosis por parte de las familias de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Los puntos de vista de Laing también fueron rechazados por el sistema, y se utilizaron como base del tratamiento sólo en algunos centros, como el Shenley Hospital y Kingsley Hall

(véanse detalles más adelante). Este patrón de rechazo por el sistema psiquiátrico se repitió posteriormente en los Estados Unidos, donde Loren Mosher puso en marcha el proyecto Soteria (véase Capítulo 23) de acuerdo con las ideas de Laing, a pesar de los datos de gran calidad sobre su eficacia (Mosher y Burti, 1994).

Aproximadamente al mismo tiempo la Unidad de Psiquiatría Social del *Medical Research Council* de Londres estaba iniciando un abordaje bastante diferente para el estudio del efecto de las familias sobre la evolución de la enfermedad de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Este trabajo de John Wing, George Brown, Jim Birley, Christine Vaughan y Julian Leff llevó al concepto de “emoción expresada” que se ha convertido en la piedra angular del trabajo psicoeducativo con las familias. Este trabajo está tan bien documentado que aquí sólo lo voy a describir brevemente (Brown y cols., 1962, Brown y cols., 1972, Leff and Vaughn, 1985). Los investigadores encontraron una interacción entre los fármacos, las recaídas, el tiempo transcurrido en contacto con la familia y el nivel de emoción expresada en la familia. Con los fines de la investigación, se definió la emoción expresada por tres componentes: *comentarios críticos* sobre el paciente durante las entrevistas con los cuidadores, expresiones de *hostilidad* (incluyendo ira intensa y rechazo) y *sobreimpliación* alimentada por una mezcla de ansiedad y culpa, que lleva a los familiares a intentar hacer todo lo posible para compensar los efectos de la enfermedad. Los pacientes que tenían mucho contacto directo con familias con niveles elevados de emoción expresada tenían mayor probabilidad de recaer. Se les podía proteger frente al riesgo de recaída con fármacos y también educando a las familias sobre la naturaleza de la esquizofrenia y sobre la función de la familia en su tratamiento.

Los defensores de la psicoeducación familiar han estado muy influidos por su deseo de distanciar su abordaje de los modelos de terapia familiar que identificaron a la familia como la única causa de la crisis psicótica (véase Kuipers y cols., 2002; McFarlane 2000). Así, se dice claramente a las familias que la esquizofrenia tiene una base biológica, se muestra empatía a los familiares por la carga de atender a alguien que sufre de esquizofrenia, y los profesionales trabajan de una forma abierta y cooperativa con la familia, compartiendo la información que tienen y ayudando a la familia a trabajar en base a sus puntos fuertes. Se considera que el tratamiento farmacológico es una parte central del tratamiento.

Este abordaje del trabajo con las familias se ha convertido en la base de las Intervenciones Psicosociales (véase más adelante), aunque ha recibido críticas. Una crítica (Kuipers y cols., 2002) es que el concepto de emo-

ción muy expresada es confuso si se considera que significa que los familiares deben suprimir todas sus emociones. Los niveles elevados de calidez son buenos para los pacientes, y los familiares con "baja EE" hacen más que simplemente no alterar al paciente. Para citar a Kuipers y cols. (2002): "Mientras que los familiares con elevada EE desprecian las experiencias psicóticas del paciente como «tonterías», «es tan sólo tu imaginación» o «el médico dice que estás loco», los familiares con baja EE reconocen la realidad de las experiencias del paciente. Sin embargo, dejan claro que no comparten estas experiencias". Por el contrario, tienen diversas estrategias de afrontamiento; por ejemplo, "un padre cuyo hijo afirmaba que había micrófonos en los pomos de las puertas le dio un destornillador y le pidió que desmontara los pomos para comprobarlo".

Otra crítica menos fácil de resolver es que las familias pueden experimentar como un doble mensaje el intento de distinguir entre la familia como posible factor que contribuye a la recaída pero no como influencia causal. "El mensaje puede llegar a algunas familias, como de hecho lo hace, como: «usted no tiene la culpa de la enfermedad de su hijo/hija, es simplemente que las personas como usted parecen provocar más esquizofrenia, por lo que habrá que enseñarle a comportarse de forma diferente»" (citado en Johnstone, 1993). Johnstone afirma que hay similitudes entre el modelo de "culpa" en el que se decía que los familiares daban mensajes contradictorios y la forma en la que los equipos de tratamiento familiar se comportan con las familias (Johnstone, 1993).

Intervenciones Psicosociales

En la década de 1990 se introdujeron en el *National Health Service* las psicoterapias para los pacientes con "problemas de salud mental graves"², mediante el desarrollo de las Intervenciones Psicosociales (IPS). Se adoptó el término IPS de modo que se refiriera a una combinación de trabajo familiar psicoeducativo y técnicas de tratamiento psicológico basadas en TCC para los individuos, dentro de un marco de evaluación orientada al resultado, gestión de casos e intervención precoz.

Desde 1992 la formación de los profesionales en salud mental en habilidades englobadas bajo el encabezamiento IPS se ha realizado en cursos uni-

2 Es interesante como al mismo tiempo que los trabajadores familiares utilizan la terminología de dolencia biológica y enfermedad para tranquilizar a los cuidadores de que ellos no tienen la culpa, los defensores de la IPS se unen a los que mantienen que las etiquetas de enfermedad son estigmatizantes e incluso los trastornos más graves se deben describir como problemas, aunque sea como problemas graves.

versitarios que tienen como objetivo enseñar a los miembros de todas las profesiones de la salud mental las habilidades para trabajar con pacientes con problemas graves de salud mental de acuerdo con los datos de investigación sobre las intervenciones eficaces (Brooker, 2001). La evaluación inicial de estos cursos encontró que las habilidades de las enfermeras mejoraban y que sus pacientes mostraban reducciones significativas de la gravedad de los síntomas y aumento del desempeño de funciones sociales. Esto generó un impulso suficiente que permitió que se estimara que en 2001 había en el Reino Unido 27 programas de formación universitaria para estudiantes no licenciados y 5 programas de posgraduados. A pesar de esta expansión, el número de profesionales formados ha sido tan sólo una gota en el océano del personal del NHS. En 2001 Brooker calculó que se había formado en abordajes de IPS a 600 profesionales de la salud mental, y en 2005 una estimación aproximada informal (Brabban, comunicación personal) era que el 1%-2% del personal de salud mental tenía información suficiente para poder ofrecer a los pacientes con psicosis un curso de TCC.

Una evaluación más reciente de estos cursos ha llevado a unas conclusiones más confusas. Brooker y Brabban (2005) identificaron 37 estudios que intentan evaluar la formación en IPS para trabajar con pacientes con psicosis. Encontraron mejores habilidades clínicas y una actitud más positiva y esperanzada con la adopción de un modelo de recuperación, aunque también encontraron que la capacidad de los participantes de poner en práctica las nuevas habilidades en su situación laboral dependía del apoyo de los gerentes y de otros miembros del equipo, de tener cargas de trabajo pequeñas y de disponer de tiempo necesario para realizar las intervenciones, y de tener acceso a una buena supervisión clínica local. También necesitaban habilidades y confianza para implicar a las familias y para ofrecer intervenciones significativas que satisficieran sus necesidades (lo que puede no ser sencillo a la luz de las críticas a que se ha hecho referencia más arriba), y la capacidad de integrar las técnicas conductuales del trabajo familiar en una gama más amplia de marcos conceptuales dentro de un equipo clínico.

Abordajes grupales y abordajes comunitarios terapéuticos

Al contrario de los abordajes de base científica que propone el NICE y de los datos publicados que han generado, lo que se presenta a continuación es más anecdótico. Se basa en mis impresiones de 30 años trabajando como psicólogo clínico y analista de grupos, de mi anterior trabajo como editor de la revista *Therapeutic Communities* y de mi trabajo actual como presidente de ISPS UK.

A partir de esas observaciones parece que el interés en la utilización de grupos para ayudar y apoyar a los pacientes con psicosis, y más recientemente a sus cuidadores y sus familias, ha sido notablemente intenso y persistente, aunque probablemente se haya comunicado de forma insuficiente en el Reino Unido. Se pueden identificar cinco hilos argumentales: el abordaje de la comunidad terapéutica, el análisis grupal modificado, los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda y las terapias artísticas (que son tanto individuales como de grupo).

En las décadas de 1950 y 1960 surgieron dos tipos bastante diferentes de comunidades terapéuticas en el Reino Unido para pacientes con psicosis (Kennard, 1998). En algunos de los grandes hospitales mentales los superintendentes médicos elaboraron el "abordaje de comunidad terapéutica". Se trataba de un intento de humanizar la calidad de vida de los internos a largo plazo, devolviéndoles cierto control sobre sus vidas, con actividades significativas y responsabilidad compartida en diversos aspectos de la vida de la unidad hospitalaria (Clark, 1964, 1965, Mandelbrote, 1965). Este abordaje prácticamente desapareció con el cierre de la mayoría de los hospitales mentales grandes. El otro tipo se asoció al movimiento de la antipsiquiatría, liderado sobre todo por R D Laing y Joseph Berke entre otros, en Kingsley Hall, en el East End londinense, y David Cooper en Villa 21, en el Shenley Hospital. Ambos proyectos fueron pequeños y tuvieron una vida breve aunque tuvieron una influencia duradera, especialmente por la inspiración que dieron a Loren Mosher para crear Soteria en California. Actualmente persiste en el Reino Unido una rama directa de Kingsley Hall: el *Arbours Crisis Centre*, establecido por Joseph Berke, ofrece a seis huéspedes un apoyo continuo no farmacológico con supervisión psicoanalítica (Berke y cols., 1995).

Más recientemente se ha desarrollado una amalgama de estos abordajes para pacientes que se recuperan de psicosis, inspirándose en el modelo de residencia de transición de la *Richmond Fellowship* y en los fundamentos filosóficos del movimiento de la antipsiquiatría (Tucker 2000). Community Housing and Therapy (CHT), iniciado en 1994, gestiona seis proyectos residenciales en Londres y en sus alrededores, y *Threshold* gestiona cuatro CT en Belfast.

Dos de los pioneros de los experimentos fundacionales de la comunidad terapéutica en la década de 1940, W. R. Bion y S. H. Foulkes, pasaron a desarrollar métodos de grupo que han tenido una enorme influencia en los abordajes psicoterápicos de las psicosis, en el Reino Unido y en otras partes del mundo. Aunque su trabajo con grupos fue breve, la influencia de Bion en los abordajes de grupo en la salud mental ha sido generaliza-

da. Tanto su técnica como sus escritos sobre el desempeño de funciones sobre supuestos básicos en pequeños grupos (Bion, 1960) han sido un punto de referencia constante para los trabajadores con grupos, no siempre con buenos resultados. Una de mis primeras experiencias con grupos fue participar en un grupo dirigido por un psiquiatra joven en una planta de varones de estancia prolongada. Después de haber convocado la sesión con aproximadamente 20 pacientes, el grupo se reunió durante una hora en un silencio casi total. Algún tiempo después comprendí que este estilo bastante poco útil de facilitación del grupo era probablemente el uso inadecuado del método que había desarrollado Bion como herramienta docente innovadora en un contexto bastante diferente.

Aunque Foulkes es menos conocido por sus escritos sobre las psicosis, su método de análisis de grupos ha tenido una influencia creciente en la práctica de la salud mental mediante el desarrollo de un programa de formación acreditado por el *Institute of Group Analysis* fundado en 1971. Cada año aproximadamente 200 profesionales realizan sus cursos de introducción de un año en Inglaterra y Escocia, aunque un indicador tal vez más importante ha sido una serie de talleres realizados de forma conjunta por el IGA y por ISPS UK trabajando con la psicosis en grupos. Cada taller atrajo a 50 participantes de diversas disciplinas de la salud mental y hubo un gran número de solicitudes, lo que indica el deseo de desarrollar este tipo de trabajo.

En la práctica se sabe que las técnicas analíticas precisan la adaptación para el trabajo con la psicosis, y en el campo del trabajo con grupos el modelo más eficaz combina elementos de abordajes educativos, psicodinámicos e interpersonales (Kanas, 2000). Se han desarrollado grupos de psicoterapia analítica de grupo modificada como grupos semanales abiertos con incorporación progresiva de los participantes en entornos de hospital de día y de hospitalización para pacientes con antecedentes prolongados de psicosis (Brownbridge, 2006; Cañete y Ezquerro, 1999). Estos grupos dan a los pacientes la oportunidad de discutir en profundidad sus experiencias personales, pero utilizan principios analíticos de grupo de manera flexible. "El método fomenta un espacio compartido dirigido al diálogo, la comprensión y la integración. Esto es crucial en grupos de pacientes psicóticos. Como los miembros del grupo saben qué se siente al ser psicótico, su experiencia está validada y, a su vez, se puede redefinir e integrar como parte de sus experiencias vitales. Se atenúan las estrategias defensivas de «sellado»". (Cañete y O'Carrol, 2003)

Estos hallazgos clínicos se confirman por datos del principal investigador del Reino Unido en este campo, que encontró una ligera correlación

negativa entre las interpretaciones orientadas a la transferencia y la capacidad de respuesta de los pacientes en grupos de pacientes con enfermedad mental grave, aunque también encontró que los miembros del grupo valoraban los intentos del terapeuta de hacerles sentir aceptados y ayudarles a explorar los efectos de la enfermedad mental sobre sus vidas como seres humanos (Kapur, 1999).

En diversos hospitales de día psiquiátricos también se utilizan habitualmente grupos puramente psicoeducativos, que dan a pacientes con psicosis información y apoyo en un formato temporal limitado de 8 sesiones. Se ha encontrado que estos grupos implican a pacientes que otros servicios no ha podido implicar, y actúan en algunos casos como trampolines para que los pacientes realicen más trabajo individual en relación con aspectos relacionados con la experiencia de la psicosis o sus consecuencias (Smith, comunicación personal, 2002).

Después del trabajo de Romme y Escher (1989, 1993) sobre la prevalencia de la percepción de voces en la población general, comenzaron a establecerse en el Reino Unido grupos para personas que oyen voces y que pueden o no tener un diagnóstico de esquizofrenia. El primer grupo de *Hearing Voices* se formó en Manchester en 1988, y se estableció una red nacional *Hearing Voices Network* que ofrece guía a cualquier persona que quiera establecer un grupo, y tiene una página web muy utilizada, www.hearing-voices.org. Diversos grupos de *Voice Hearers*, en algunos casos codirigidos por un usuario del servicio y un profesional, se reúnen en diferentes partes del país. La red pone mucho énfasis en el respeto de la propia explicación del individuo sobre su experiencia de oír voces.

Terapias Artísticas

Grandison (2002) escribe que “la historia de la terapia artística está unida inseparablemente a la práctica de la terapia artística en las psicosis”, que comenzó en los grandes manicomios en la década de 1940 y se reconoció formalmente como una profesión sanitaria en 1980. Los departamentos de terapia artística de los hospitales mentales proporcionaban un espacio creativo separado alejado de la sala, y a veces podían ofrecer sesiones diarias de actividades autodirigidas en las que los pacientes podían utilizar el contexto y sus materiales en la forma que quisieran (Killick, 1996). Con el paso del tiempo han surgido tratamientos que utilizan diferentes modalidades expresivas, lo cual se refleja en el creciente número de miembros de ISPS UK, que incluye actualmente terapeutas artís-

ticos, terapeutas dramáticos y terapeutas del baile y el movimiento, a los que se conoce de forma colectiva como “terapeutas artísticos”.

Con el cierre de los grandes hospitales mentales y el desplazamiento de la asistencia a la comunidad, los terapeutas artísticos han tenido que adaptarse al empleo en contextos especializados (Killick y Schaverin, 1997). Estos contextos incluyen servicios especializados de salud mental para Niños y Adolescentes, Adultos, Adultos Ancianos, Trastornos del Espectro Autista y Criminales. Muchos terapeutas artísticos también tienen formación en psicoterapias verbales y, aunque la mayoría tiene una orientación psicodinámica, hay diferencias en cuanto al abordaje, que están determinadas en parte por la naturaleza del grupo de pacientes y en parte por los modelos teóricos. Es un campo en desarrollo y siguen apareciendo nuevas síntesis. Los ejemplos recientes incluyen a McNeilley (2006), que ha elaborado un modelo de terapia artística analítica de grupo que intenta superar la división que identifica entre los terapeutas artísticos directivos y no directivos; Compton (2005), que ha elaborado una síntesis de terapia musical y terapia analítica cognitiva en su trabajo con criminales de minorías étnicas; y Casson (2004), que ha elaborado nuevas técnicas basadas en la terapia dramática, el psicodrama y la psicología del self para personas que oyen voces.

Intervención Precoz

En los últimos años, uno de los avances más enérgicos e inspiradores en el tratamiento de las psicosis ha sido el movimiento de Intervención Precoz (*Early Intervention*) o Psicosis Precoz (*Early Psychosis*). Utilizando como base el trabajo pionero de Falloon de la década de 1980, cuando se formó a médicos de familia de Buckinghamshire para que reconocieran los signos precoces de la psicosis y derivaran a los pacientes a equipos de salud mental (Falloon, 1984), y el de otros pioneros en Escandinavia y en Australia (véanse capítulos en Martindale y cols., 2000), el movimiento coincidió con la fundación de la *International Early Psychosis Association* (IEPA) en Australia en 1998. En el Reino Unido, *Early Intervention* adquirió impulso en 2002, el año en el que se presentó la Declaración de Psicosis Precoz de Newcastle (*Newcastle Early Psychosis Declaration*) en el lanzamiento del *National Institute for Mental Health in England* (NIMHE), y también el año en el que los médicos y los asesores sanitarios del gobierno del Reino Unido se encontraban entre las personas que asistieron a la tercera conferencia internacional de la IEPA en Copenhague. Aunque la IP incluye toda la gama de abordajes biológicos y psicológicos, los cinco objetivos de la Declaración de Psicosis Precoz, que se volvió a pu-

blicar en 2004 con declaraciones de apoyo del gobierno del Reino Unido y de la OMS, son predominantemente psicosociales³. Son:

- Concienciar a la comunidad: superar el estigma, el prejuicio y la discriminación
- Mejorar el acceso y la implicación de los servicios sanitarios: reducir la duración de la psicosis no tratada y la utilización del internamiento involuntario para los primeros ingresos
- Fomentar la recuperación y la readquisición de una vida normal: superar la exclusión social
- Fomentar la implicación familiar y el apoyo de los cuidadores: superar los sentimientos de alienación e impotencia de los familiares
- Formación de los profesionales: superar el pesimismo y la desesperanza en el personal de atención primaria

En todo el país se han desarrollado diversos proyectos para poner en práctica estos objetivos. Éstos son algunos ejemplos:

Concienciar a la comunidad: “*On the Edge*” es un galardonado programa de educación en salud mental que ha recorrido escuelas e institutos. Es un juego interactivo desarrollado por la compañía de teatro *Exstream Theatre Company* y por el psiquiatra rehabilitador Glenn Roberts, que muestra qué les ocurre al estudiante, a sus amigos y a su familia cuando el estudiante empieza a experimentar una psicosis. El proyecto tiene como objetivo reducir el estigma y permitir que los jóvenes soliciten ayuda precozmente, y ha obtenido el apoyo del *Royal College of Psychiatrists* y del Grupo Parlamentario Multipartidista de Salud Mental (*All Party Parliamentary Group on Mental Health*).

Mejorar el acceso y la implicación de los servicios sanitarios: el servicio de intervención precoz de Birmingham, establecido en 1995, proporciona alternativas más aceptables al ingreso hospitalario tradicional en pequeños hogares de reposo con apoyo durante 24 horas por un pequeño grupo de personal (Taylor 2003); el servicio *Lambeth Early Onset (LEO) Service* en el sur de Londres proporciona un seguimiento durante dos años a personas jóvenes que experimentan su primer episodio de psicosis, ofreciendo

3 Los principales impulsores de la Declaración de Psicosis Precoz en el Reino Unido han sido la psicóloga clínica Jo Smith y el MG/cuidador David Shiers, que posteriormente han sido nombrados directores conjuntos de un Programa Nacional de Intervención Temprana en las Psicosis (National Early Intervention in Psychosis Programme) copatrocinado por el NIMHE y por Rethink. La declaración completa se puede leer en formato pdf en la página web de Rethink www.Rethink.org

TCC para los síntomas persistentes, grupos vocacionales, grupos sociales e intervenciones de apoyo para los cuidadores/familias.

Fomento de la recuperación y de una vida normal: Hay diversos proyectos que vinculan los servicios de salud mental con servicios como *Youth Enquiry Service* y *Connexions*, que ofrecen consejo e información sobre educación, alojamiento, orientación profesional y desarrollo personal.

Fomento de la implicación de la familia y apoyo de los cuidadores/ formación de los profesionales: En realidad estos dos aspectos con frecuencia van juntos. Cada vez se reconoce más que los cuidadores necesitan reconocimiento, ayuda y apoyo, en particular en el período de máxima crisis alrededor de un primer ingreso en el hospital, aunque también se reconoce que la práctica clínica habitual con frecuencia ignora las necesidades (e incluso la presencia) de los familiares (Fadden, 1997, Hardcastle y cols., 2007). Fadden estableció *Meriden*, el Programa Familiar de los West Midlands (*West Midlands Family Programme*), en 1988 para ofrecer los servicios de trabajadores de salud mental de primera línea con formación en cómo trabajar con familias, con el objetivo de que pensar en las necesidades de las familias llegue a ser parte de la cultura clínica. Hasta 2005 *Meriden* había proporcionado este tipo de formación a 2000 personas.

En la última década se ha abordado la tensión entre los dos abordajes de terapia familiar e intervención familiar (con su compromiso de no considerar que la familia necesita una terapia) en un intento de integrar lo mejor de ambos abordajes. Utilizando como base la evaluación de Fadden de los trabajos pioneros de Falloon (Fadden, 1997, Falloon y cols., 1984), Burbach y Stanbridge (1998) desarrollaron un programa de formación para equipos que proporciona Servicios de Apoyo Familiar en el condado de Somerset. El reconocimiento de que la formación en abordajes terapéuticos según un manual no dota a los terapeutas de la flexibilidad suficiente para implicarse con la amplia gama de familias con las que entran en contacto lleva a que su curso combine teorías y técnicas de TCC, intervención familiar y terapia familiar básica que permiten a los alumnos establecer relaciones terapéuticas con una amplia gama de familias. Los primeros indicadores de éxito han generado un considerable interés en este trabajo, a medida que se contratan más terapeutas familiares para los Equipos de Intervención Precoz en todo el país. Otras dos influencias sobre la práctica de los terapeutas de familia británicos que trabajan en el área de las psicosis son el abordaje Diálogo Abierto (*Open Dialogue*) de Seikkula (2005) y la aplicación a las psicosis de la Terapia Narrativa (*Narrative Therapy*) de Michael White (Webster, comunicación personal).

A pesar del impresionante impulso de los servicios de Intervención

Precoz, o tal vez por ello mismo, hay también cierta resistencia o cinismo entre los profesionales. Martindale (2002) identificó otros dos orígenes de este fenómeno. Uno es el miedo de que una consecuencia de la IP pudiera ser la creciente colonización de la angustia humana por las compañías farmacéuticas. Martindale lo contrarresta con la opinión de que salvo que haya datos de que los tratamientos sean peligrosos, el objetivo de reducir la duración de la psicosis no tratada está plenamente justificado según criterios humanitarios, siempre que se base en los principios de desarrollar una relación duradera, implicar a las familias lo antes posible y utilizar las menores dosis de fármacos necesarias. La otra resistencia procede de la preocupación de que a medida que la IP adquiera más impulso, restará recursos a otros servicios para enfermedades mentales crónicas. Ésta es inevitablemente una preocupación en un momento en el que muchas Fundaciones del NHS están recortando servicios y exigen que los proveedores de servicios consideren que la intervención precoz, la prevención de las recaídas, los servicios intrahospitalarios y el apoyo a más largo plazo pertenecen al mismo paraguas asistencial.

La función del sector voluntario y de las organizaciones benéficas de salud mental

Este capítulo no debe finalizar sin mencionar la importante función que tiene el sector del voluntariado, que es una fuerza vibrante en el Reino Unido. El sector del voluntariado incluye servicios especializados que con frecuencia dependen para sus ingresos de financiación regulada por ley, aunque tienen la independencia de desarrollarse fuera del marco general del NHS. Los ejemplos incluyen *The Retreat*, *Arbours*, CHT y *Threshold*, todos los cuales proporcionan entornos vitales terapéuticos especializados para pacientes con psicosis. También hay diversas organizaciones benéficas de salud mental que ofrecen información y apoyo para los pacientes que sufren trastorno mental (un término que prefieren las organizaciones de usuarios de los servicios) y para sus cuidadores/familiares, y que tienen una función importante en la elaboración de campañas a favor de los derechos de los pacientes con enfermedad mental y que influyen sobre las políticas gubernamentales. La más destacada en el campo de los pacientes afectados por enfermedades mentales graves es *Rethink* (antiguamente *National Schizophrenia Fellowship*). Otras organizaciones incluyen MIND y SANE. Todas ellas disponen de líneas de ayuda telefónica y páginas web con abundante información y vínculos para los usuarios de los servicios, los familiares y los profesionales (www.Rethink.org www.mind.org.uk www.sane.org).

Conclusión

Al volver a leer este capítulo me sorprendió cuánto no sabía antes de empezar a escribirlo y cuánto he aprendido al investigar sobre este tema: leyendo, buscando en Internet y hablando con pacientes. Me considero un psicólogo clínico razonablemente bien informado con una amplia gama de contactos profesionales. Esto indica que un estado de ignorancia mutua del trabajo de los demás puede ser una característica habitual en el escenario británico en lo que se refiere a los abordajes psicológicos de las psicosis. Esto no es demasiado sorprendente cuando se considera nuestra procedencia. La mayor parte de los lectores probablemente tenga al menos cuatro procedencias, cada una de las cuales proporciona un cierto campo de visión pero también un posible conjunto de puntos ciegos. Las cuatro son nuestra Profesión (psiquiatría, psicología, enfermería, diferentes terapeutas artísticos, etc.), nuestro Sector laboral (estatal, privado, beneficencia), nuestro Contexto laboral (hospital, comunidad) y nuestra Orientación terapéutica (psicodinámica, cognitiva-conductual, sistémica). Tan sólo estos factores generan 72 combinaciones, y los lectores pueden pensar que he dejado fuera algunas categorías. Es poco sorprendente que no sepamos quién habita en todos los demás espacios y qué hace, lo que puede ayudar a explicar por qué los usuarios de los servicios y sus familias encuentran un mundo tan confuso cuando intentan dar sentido a lo que les dicen diferentes servicios y profesionales.

Esta fragmentación nos plantea a todos una pregunta y un reto inmediatos: debemos tener mayor conocimiento de los diversos servicios que se ofrecen, o al menos debemos saber cómo es de limitado nuestro conocimiento. El aspecto positivo de esta situación es el gran número de iniciativas terapéuticas de que se dispone, algunas de las cuales se han descrito más arriba, y que incluyen los muchos cursos de formación para el personal que trabaja con pacientes que sufren psicosis y sus familias, el número de nuevos proyectos de servicios, el desarrollo a nivel nacional de equipos de intervención precoz, el entusiasmo y el apoyo mutuo de grupos de diferentes terapeutas que trabajan con pacientes con psicosis, y el mayor perfil que se ha dado a algunas psicoterapias (en comparación con ningún perfil) en la directriz del NHS sobre esquizofrenia. Pero esta plétora de iniciativas también tiene aspectos negativos. Existe el riesgo de desilusión a medida que comienzan a desvanecerse las esperanzas idealizadas de una nueva iniciativa; de rivalidad o de errores de percepción mutuos entre profesionales o movimientos terapéuticos, que nos impiden aprender unos de otros; y de evitar la tarea inmensa pero bastante menos

estimulante de llegar a la mayoría del personal de salud mental que sigue trabajando con muy poco conocimiento de algunos de los abordajes psicológicos de que disponemos para tratar las psicosis.

Para poder seguir creyendo en el futuro, debemos seguir apoyándonos unos a otros en grupos y comunidades que están elaborando mejores formas de estar y trabajar con las psicosis, aunque debemos evitar ser vistos como detentadores exclusivos de la verdad, de una forma que ignore o aliene a los potenciales aliados en otras terapias y disciplinas.

Bibliografía

- Berke J, Masoliver C and Ryan T (eds.) (1995) *Sanctuary: The Arbores Experience of Alternative Community Care*. Londres, Process Press.
- Bion WR (1961) *Experiences in Groups*. Londres, Tavistock.
- Brooker C (2001) A decade of evidence-based training for work with people with serious mental health problems: Progress in the development of psychosocial interventions. *Journal of Mental Health*. 10, 17-31.
- Brooker C and Brabban A (2005) *Measured Success*. Londres, National Institute for Mental Health in England.
- Brown GW, Monck EM, Carstairs GM and Wing JK (1962) Influence of Family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventative and Social Medicine*. 16, 55-68.
- Brownbridge G (2006) Group Analysis as Psychosocial Intervention for Psychosis. 15th International ISPS Conference, Madrid.
- Brown GW, Birley JLT and Wing JK (1972) Influence of Family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Burbach FR and Stanbridge RI (1998) A family intervention in psychosis service integrating the systemic and family management approaches. *Journal of Family Therapy*, 20, 311-325.
- Casson J (2004) *Drama, Psychotherapy and Psychosis: Dramatherapy and Psychodrama with People Who Hear Voices*. Londres, Brunner-Routledge.
- Cañete, M. and Ezquerro, A. (1999) "Group-Analytic Psychotherapy of Psychosis", *Group Analysis* 32: 507-514.
- Chadwick P D and Trower P (1996) *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Clark DH (1964) *Administrative Therapy*. Londres, Tavistock.
- Clark DH (1965) The therapeutic community - concept, practice and future. *British Journal of Psychiatry*. 111, 947-54.

- Compton Dickinson S (2005) "Rapping at the door: songs of innocence and experience with ethnic minority offenders" 11th world congress of music therapy.
- Fadden G (1997) Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programmes: A major cause for concern. *Journal of Mental Health*. 6, 599-612.
- Falloon IRH, Boyd JL and McGill GW (1984). *Family Care of Schizophrenia*. New York, Guilford.
- Fowler D and Morley S (1989) The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: a preliminary study. *Behavioural Psychotherapy*. 17, 123-134.
- Fowler D, Garety P A, and Kuipers E (1995) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
- Grandison S (2002) Arts Therapies and ISP SUK. *ISPS UK Newsletter*. 3, 8-9. June 2002.
- Hardcastle M, Kennard D, Grandison S and Fagin L (2007) *Experiences of In-patient Mental Health Care: Narratives from Service Users, Carers and Professionals*. Londres, Brunner-Routledge.
- Hinshelwood R D (2002) Symptoms or Relationships. *British Medical Journal*. 324, 292-293.
- Johnstone L (1993) Family management in "schizophrenia": Its assumptions and contradictions. *Journal of Mental Health*. 2, 255-269.
- Kanas N (2000) Group therapy and schizophrenia: an integrative model. In *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Edited by Martindale M, Bateman A, Crowe M and Margison F. Londres, Gaskell.
- Kapur R (1999) Clinical Interventions in Group Psychotherapy. In *Group Psychotherapy of the Psychoses*. Edited by V L Schermer and M Pines. Londres, Jessica Kingsley.
- Kennard D (1998) *An Introduction to Therapeutic Communities*. Londres, Jessica Kingsley.
- Killick K (1996) Unintegration and Containment in Acute Psychosis. *British Journal of Psychotherapy*. 13, 232-242.
- Killick K and Schaverin J (1997) *Art, Psychotherapy and Psychosis*. Londres, Routledge.
- Kingdon D G and Turkington D (1994) *Cognitive Behaviour Therapy of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Kuipers E, Leff J and Lam D (2002) *Family Work for Schizophrenia: A practical guide*. Londres, Gaskell.
- Laing RD and Esterson A (1964) *Sanity, Madness and the Family*. Londres, Tavistock.
- Leff J and Vaughn CE (1985) *Expressed Emotion in Families*. New York, Guilford Press
- Mandelbrote, BM (1965) The use of psychodynamic and sociodynamic principles in the treatment of psychotics. *Comprehensive Psychiatry*. 6, 381-387.
- Martindale B, Bateman A, Crowe M and Margison F (2000) *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Londres, Gaskell.
- Martindale B (2002) Report of the International Early Psychosis Association Conference, Copenhagen, Sept. 2002. *ISPS UK Newsletter* November pp 6-7.

- McFarlane WR (2000) Psychoeducational multi-family groups: adaptations and outcomes. In *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Edited by Martindale M, Bateman A, Crowe M and Margison F. Londres, Gaskell.
- McNeilly G (2006) *Group Analytic Art Therapy*. Londres, Jessica Kingsley.
- Mosher LR and Burti L (1994) *Community Mental Health: A Practical Guide*. New York, WW Norton.
- National Institute for Clinical Excellence (2002) *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. Londres.
- Romme M and Escher S (1989) Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*. 17, 357-359.
- Romme M and Escher S (eds.) (1993) *Accepting Voices*. Londres, MIND Publications.
- Seikkula J and Trimble D (2005) Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process*. 44(4) 461-475.
- Taylor K (2003) Early Intervention in Psychosis - Local report. *ISPS UK Newsletter* July pp 4-6.
- Tucker S (2000) *A Therapeutic Community Approach to Care in the Community*. Londres, Jessica Kingsley.

El desarrollo de la psicoterapia de las psicosis en la Europa central de lengua alemana

I. SUIZA

Klaus Hoffmann

Precisamente al no pedir la cura del paciente, el terapeuta le da tácitamente la confianza de que la posibilidad de curación radica en él, en el paciente, y solamente por eso se lo toma absolutamente en serio. ... Este rechazo de la noción clínica de la curación, de las estadísticas de curaciones y de la propia ambición del terapeuta, constituye la máxima exigencia personal para el terapeuta que solamente podrá satisfacer con un grupo terapéutico que le dé apoyo. A menudo este apoyo es la única satisfacción a la que puede aspirar como recompensa a su prolongado esfuerzo. El resto no está en sus manos.» (Meerwein 1957: 253)

1. Continuidad a pesar del nacionalsocialismo: el sanatorio Bellevue de Kreuzlingen y el Burghölzli de Zurich

*Principios clínicos y filosóficos de Ludwig Binswanger
(versión abreviada de Hoffmann 1997)*

El nacionalsocialismo provocó la huida y emigración de Alemania hacia EE.UU. de algunos psicoanalistas famosos que habían trabajado con pacientes psicóticos, destacando la de Frieda Fromm-Reichmann, que había dirigido un sanatorio en Heidelberg en los años 20. Su trabajo en el sanatorio de *Chestnut Lodge* fue muy conocido en Suiza y en el mundo de habla germana durante la década de 1950 (v. Hoffmann y Elrod, 1999).

Ludwig Binswanger (v. Capítulo 4) escribió en 1942, en plena era del nacionalsocialismo, sus «Formas básicas», *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins* (Binswanger, 1942/1993), en las que formuló la filosofía del diálogo de Martin Buber: *mediante una transformación del yo-tú básico en el tú-yo básico*, como la fundación de las ciencias de psiquiatría y el psicoanálisis. Un planteamiento que hoy es aceptado universalmente en el ámbito del tratamiento psicoanalítico de las psicosis, la psiquiatría infantil y la teoría de la relación de objetos. Incluso con pacientes con graves afecciones mentales, el intermedio, el espacio de encuentro, puede ser sujeto de una terapia verbal y no verbal. Binswanger siguió en contacto con psicoanalistas alemanes emigrados y los americanos, por ejemplo Leslie Farber, el director de psicoterapia de *Chestnut Lodge*, Edith Weigert, cuyo artículo conmemorativo de Fromm-Reichmann apareció en alemán como prólogo a la edición provisional de los escritos de Fromm-Reichmann (Weigert, 1978), y Morris Schwartz, uno de los autores del estudio *Chestnut Lodge* (Stanton y Schwartz, 1954). Es decir, Binswanger siguió en contacto con el entorno de discusión de la terapia basada en el psicoanálisis. También siguió en contacto con el neurólogo y antiguo jefe de Fromm-Reichmann, Kurt Goldstein, que había huido de Berlín a Nueva York.

Der Mensch in der Psychiatrie («La persona en psiquiatría») se publicó por primera vez en 1957 y contiene un resumen de las recomendaciones de Binswanger para hacer un buen trabajo psicoterapéutico y psiquiátrico. El terapeuta tiene que exponerse existencialmente. Citando a Kierkegaard: «El médico de un asilo para enfermos que es lo bastante tonto para creer que seguirá sano durante toda la eternidad y que su parte de razón está garantizada contra todos los peligros de la vida, en ciertos aspectos aún es más listo que los psicóticos, aunque a la vez es más tonto que ellos y nunca se curará» (Binswanger (1957/1994:57). Dio apoyo a las psicoterapias intensivas de los pacientes esquizofrénicos realizadas fuera

de Estados Unidos y las comparó con su propia práctica terapéutica: «A este respecto la psiquiatría ha hecho un gran progreso, precisamente en los últimos años, al no contentarse con enfrentarse al paciente mental “con amable indiferencia” ni con hablar sólo con él para revisar sistemáticamente la historia de su vida -lo que hoy sigue siendo una norma de trabajo para la psiquiatría-. Los psiquiatras han empezado a aplicar activamente este principio, como hizo el propio autor muchos años atrás con el análisis de una fobia histérica y con muchos otros casos. ... Cuantos más intentos de este tipo se hagan -por cierto, igual que los modernos métodos curativos físicos y químicos de la psiquiatría, desarrollados bajo el signo de la comunicación existencial y no bajo el signo de la ambición psico y fisioterapéutica y de la rutina terapéutica- más probable será que el propio paciente mental cambie su papel de luchador a ciegas y sufridor silencioso de cada fase de su enfermedad por el de un socio existencial, por ejemplo, no solamente el de un ser humano sano, sino el de un ser humano» (Binswanger 1957/1994: 71-72).

Es fácil comprender por qué Franco Basaglia, uno de los fundadores de la Psiquiatría democrática de Italia, se interesó por la forma de psicoanálisis elaborada por Binswanger. También psiquiatra académico reconocido, en las décadas de 1950 y 1960 desarrolló el psicoanálisis de las psicosis. Binswanger recibió incluso la medalla Kraepelin del Instituto Max Planck de Munich. Hasta su muerte fue miembro de pleno derecho de la Sociedad suiza de psicoanálisis (lo que también implicaba serlo de la Asociación internacional del psicoanálisis, IPA). Entre los psicoanalistas de esos años tuvo mucho contacto con Gustav Bally, quien reconoció que Binswanger aportaba un planteamiento filosófico al psicoanálisis.

Binswanger se retiró en 1956. Su hijo Wolfgang Binswanger dirigió el sanatorio Bellevue hasta que tuvo que cerrar en 1979 por problemas financieros y de gestión. Norman Elrod trabajó allí desde 1960 hasta 1968. A principios de la década de 1960 fundó una comunidad de pacientes en la villa *Landegg* del sanatorio *Bellevue*, donde vivían 23 pacientes sin cuidados de enfermería. Tenían que cuidar de sí mismos ayudados por unos terapeutas que les dedicaban mucho tiempo.

Gustav Bally (1893-1966), un puente importante entre la terapia psicoanalítica de las psicosis de Suiza y el movimiento psicoanalítico internacional

El psicoanalista suizo Gustav Bally empezó su carrera psiquiátrica en Burghölzli (Zurich), adquirió su formación analítica en Berlín en la década

da de 1920 y volvió a Suiza al principio de la era nazi. El 27 de febrero de 1934 objetó enérgicamente la presidencia de Jung de la Asociación internacional de psicoterapia médica general, que era un organismo que avalaba la ideología nazi, en el artículo «*Deutschstämmige Psychotherapie*» (Psicoterapia de ascendencia germana) publicado en el *Neue Zürcher Zeitung*. En las décadas de 1940 y 1950 tuvo como alumnos, entre otros, a los importantes terapeutas de la esquizofrenia Gaetano Benedetti, Martti Siirala y Johannes Cremerius. Bally desempeñó un importante papel para conseguir que la Asociación psicoanalítica alemana volviera a la IPA, sobre todo dando apoyo a Alexander Mitscherlich y a la fundación de la revista *Psyche*. Bally fue miembro de la facultad de medicina de la Universidad de Zurich desde 1956 y presidente de la Sociedad de psiquiatría suiza desde 1956 hasta 1958.

Bally consideraba la contratransferencia y la acción del terapeuta como los puntos centrales del psicoanálisis de psicóticos. «Esta “técnica nueva” consiste en abandonar la posición objetivista y arriesgarse a una asociación incondicional con el paciente. Expresado en el lenguaje de los psicoanalistas: el médico tiene que “actuar” con el psicótico. Si lo hace, no sólo se dirige al paciente con toda su razón, sino con todo su corazón. Entonces experimenta lo que Sullivan ya había observado, contrastando con Freud: “El psicótico no solamente no es incapaz de una transferencia, sino que su transferencia es de una fuerza y absolutismo bastante especiales”» (Bally 1956; también en Elrod 2002: 858).

El gran interés de Bally por propagar la terapia psicoanalítica de las psicosis puede verse en su introducción y organización, junto al analista existencial Medard Boss, de la formación psicoterapéutica continuada de los médicos residentes de *Burghölzli* a principios de 1948. Boss (1941) había entrevistado a colegas psiquiatras que aplicaban terapias de choque sobre sus propios sueños y encontró que el tema del poder estaba en un primer plano. En 1947 obtuvo el título de catedrático de la Universidad de Zurich en el campo de la psicoterapia e ingresó en la Sociedad suiza de análisis existencial. Esta última fue una de las organizaciones fundadoras de la Federación internacional de sociedades psicoanalíticas (IFPS) de 1962.

Para Bally la experiencia psicótica era un fenómeno humano general que tenía que ver con el miedo a dar sentido a las relaciones interpersonales. Hizo una descripción diferenciada de las ventajas e inconvenientes de los fármacos psiquiátricos y de los tratamientos de choque: «Las herramientas mencionadas han provocado la práctica desaparición de la intranquilidad y la agresión de nuestras clínicas. Pero también tiene el efecto de que los médicos y el personal se han vuelto más sensibles al

comportamiento agresivo y que la clínica ya no tolera la originalidad psicótica de los pacientes. En el proceso de tendencia hacia la integración social se les “obliga a ponerse en la fila” ... pero esto sólo puede ser atribuido al psicoanálisis hoy en día, si a la relación interpersonal se la reconoce como una posible portadora de factores curativos y si la se toma en serio científicamente » (Bally en Elrod 2002:855).

2. Práctica psicoterapéutica, investigación y formación con pacientes psicóticos en el Hospital Psiquiátrico Universitario de Burghölzli de Zurich, durante la década de 1950

La psicóloga y psicoanalista de Ginebra Marguerite Séchehayé ejerció una gran influencia con sus descripciones de la curación de «Renée», entre otras cosas con su método de satisfacción simbólica del deseo (Séchehayé 1947; v. *Capítulo 10*). Por invitación de Manfred Bleuler, Séchehayé presentó su planteamiento durante unas conferencias en la clínica psiquiátrica universitaria de Zurich. También fue significativa la aceptación obtenida por algunos de sus trabajos publicados en EE.UU. (Brody y Redlich 1952).

Igual que su padre 40 años atrás, el director de *Burghölzli*, el profesor Manfred Bleuler, asumió los conceptos del psicoanálisis, curiosamente sobre todo el análisis directo de John Rosen (1953), por entonces quizá el más conocido de los terapeutas de las psicosis y cuyo método fue abandonado después, con todo acierto (Masson 1988, Hoffmann y Elrod 1999). Se prestó menos atención a Fromm-Reichmann. Algunos terapeutas como Benedetti, Elrod, Siirala y Christian Müller trataron a los pacientes esquizofrénicos con terapias individuales y de grupo, resaltando que era esencial la creación y el mantenimiento de una relación terapéutica que aprovechara todos los conocimientos psicoanalíticos disponibles. Veinticinco años después Bleuler resumía este periodo de la siguiente forma: «Vimos muy claro que siempre es posible buscar la salud del esquizofrénico y encontrar una relación personal con él, igual que con una persona sana. Aunque no se llegara a descubrir la posibilidad de tratar a la mayoría de esquizofrénicos con el psicoanálisis, por lo menos se desarrolló una motivación muy poderosa para tratarlos con medios menos exigentes» (Bleuler 1979: 7). En un estudio sistemático de casos de 94 pacientes tratados con psicoterapia (Müller 1961) se observó una clara mejora objetiva en muchos de ellos y en algunos la psicoterapia permitió alcanzar curas impresionantes. El éxito dependía mucho de los conocimientos y el compromiso del terapeuta.

A menudo se plantearon muchas dudas sobre la eficacia del tratamiento psicoanalítico de las psicosis, con el argumento de que los que se habían tratado con éxito en realidad no sufrían psicosis en absoluto puesto que eran capaces de responder a la psicoterapia, algo cuya falsedad demostraron Walter Bräutigam y Müller (1962) utilizando como ejemplo el caso de «Renée» de la Sra. Séchehay, un caso de Benedetti, el caso de Hans Zimmermann de Elrod y un paciente esquizofrénico crónico tratado por Müller. Los tratamientos psicoanalíticos en las instituciones, individuales y en grupo, son caros y deben defenderse no solamente de la resistencia del paciente, sino a menudo también de la de los colegas y las enfermeras. Incluso dentro del movimiento psicoanalítico, sobre todo en la IPA, la terapia de las psicosis siguió siendo controvertida durante mucho tiempo (Faugeras 2000).

3. Desarrollos clínicos y metodológicos: Gaetano Benedetti (nacido en 1920)

Gaetano Benedetti, nacido en 1920 en Catania (Sicilia), llegó a la clínica de Zurich en 1947; y en 1950 Manfred Bleuler lo mandó a Nueva York con John N. Rosen. Se formó en el análisis durante seis años con Bally. En 1953 obtuvo el título de Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Zurich. En el 1956 lo nombraron profesor de Psicohigiene y Psicoterapia en la Universidad de Basilea, donde trabajó hasta que se jubiló en 1985.

En su autobiografía (1994) Benedetti se expresa muy críticamente con Rosen, confirmando la crítica que ya existía en EE.UU. (Masson 1988): «Estaba impresionado por el optimismo de Rosen, su participación, la valentía de sus interpretaciones (a menudo arbitrarias y abrumadoras), por la fuerza de su personalidad y la decisión con la que se mantenía tras sus pacientes. Pero también detecté rápidamente los aspectos de poder de su «análisis directo» que intentaban romper la resistencia a base de fuerza. Cuando la resistencia era muy tenaz, se combatía a golpes (físicos). Rosen decía que de esta forma se rompía el superego destructivo. Sólo seguí su ejemplo en una ocasión, fue la única concesión en mi vida de la que todavía hoy me avergüenzo. El método de Rosen dejó poco rastro en mi actividad posterior, aunque en Europa fui considerado un «estudiante de Rosen» durante mucho tiempo» (Benedetti 1994: 40).

En Basilea, Benedetti no pudo seguir con la psicoterapia intensiva de los esquizofrénicos en la Clínica Universitaria tal como había podido hacer en Zurich: la psiquiatría universitaria de Basilea estaba orientada casi exclusivamente a los fármacos psiquiátricos. Benedetti trabajó a las órde-

nes de Raymond Battégay en la clínica ambulatoria, donde no sólo pudo realizar una actividad totalmente independiente, sino que durante casi 30 años formó a toda una generación de jóvenes psiquiatras mediante coloquios, seminarios, conferencias y cursos de formación (Benedetti 1994; 45). En un artículo en inglés, Benedetti describía los extraordinarios resultados terapéuticos con pacientes esquizofrénicos publicados por una de sus estudiantes, Bertha Neumann, que trabajaba en Milán (Italia) (Benedetti, 1969). En la década de 1970 Benedetti y Johannes Cremerius fundaron la *Assoziatione di Studi Psicoanalitici (ASP)*, que se incorporó a la IFPS in 1989.

«Por un lado, trabajar con enfermos mentales es una situación definida por determinadas normas “técnicas” que se pueden aprender y practicar; por otro lado, es una situación con un ser humano en el sentido más simple y absoluto. ... ambas cosas son ciertas, la necesidad de la técnica y la capacidad de abertura a un espíritu que rompa con todas las normas técnicas» (Benedetti en Elrod 2002: 923).

Para Benedetti, la fragmentación del ego, su desorganización, su desintegración y su pérdida de la capacidad de diferenciar, son aspectos fundamentales de la psicopatología esquizofrénica («se me cae la piel de la cara; tengo los brazos y las piernas separados del tronco; la sangre se me transforma en agua; caigo al vacío...»); Benedetti 1983: 159). El terapeuta puede responder con la contratransferencia: entre las hipótesis básicas, sueños y contratransferencias del terapeuta, en los casos favorables puede surgir una evolución que tiene un efecto estructurador sobre el mundo interno fragmentado del paciente. En su pensamiento psicoterapéutico dialogante, Benedetti empleó conceptos como contraidentificación, dualidad, verse reflejado, sujeto transicional. El terapeuta debe ser capaz de percibir las profundas alteraciones psíquicas en la otra persona y en sus propios altibajos internos. Durante este proceso el paciente puede adquirir «un sentimiento de indivisibilidad del sufrimiento y la verdad». El inconsciente del terapeuta es un factor esencial para la recuperación del paciente.

Benedetti presenta con detalle sus ideas del tratamiento de la esquizofrenia en su trabajo *Todeslandschaften der Seele* («Paisajes muertos de la mente»), aparecido en 1983: «De cuando en cuando, estos procesos aún sin delimitar que (el terapeuta) ha adquirido, puede devolverlos al paciente tras haber sido “filtrados” a través de él; esto sucede sobre todo al comunicar sus propios sueños. De esta forma estos aspectos psicopatológicos pasan a través del metabolismo psíquico del terapeuta; durante este proceso, experimentan una sublimación y al mismo tiempo una aber-

tura hacia horizontes de comunicación en los que el paciente se atreve a entrar» (Benedetti 1983: 306f) «Si pensamos en la fragilidad de los vínculos del ego, sobre los cuales Federn ya escribió hace décadas, también podemos imaginar que el esquizofrénico, por un lado, no solamente es mucho más vulnerable que los que estamos sanos, sino que por otro lado también es mucho más abierto y receptivo a todos los aspectos inconscientemente percibidos que le influyen, procedentes del terapeuta, la familia y la sociedad como tal ...» (Benedetti 1983: 179; v. también Schelling, 1998).

El surgimiento de una psicosis de transferencia es visto sistemáticamente por Benedetti como una condición previa importante para la curación: «Igual que la posibilidad de que el enfermo se desarrolle con su relación con el terapeuta, digamos que hoy en día las ideas persecutorias ya no se consideran como el fin terrible de la psicoterapia, sino más bien como un paso importante del proceso psicoterapéutico, e incluso como una condición sine qua non de la curación psicoterapéutica» (Benedetti 1957: 115). El método de Benedetti refleja una nueva identidad del paciente a través de la propia contratransferencia del terapeuta, en la cual se pueden abordar mejor los conflictos psicóticos.

En 1956 Benedetti y Christian Müller organizaron el Simposio Internacional de Psicoterapia de la Esquizofrenia, que hasta 2006 se había organizado 15 veces (Alanen et al., 2006). En la década de 1960, Benedetti presentó en Italia el trabajo de Sullivan y Fromm-Reichmann, y llegó a traducir los *Conceptos de la psiquiatría moderna* de Sullivan al italiano.

Durante el Primer Simposio Internacional de Psicoterapia de la Esquizofrenia de 1956, en Lausana, Benedetti ofreció un resumen de la investigación sociológica, psicológica y psicoterapéutica de la esquizofrenia de 1951 a 1956. Entonces ya quedó bastante clara la estrecha relación entre estas disciplinas, así como la inclusión en la psicoterapia de las cuestiones sociales y orientadas al grupo. «Ahora la mayoría de autores ya relacionan estos trastornos esquizofrénicos iniciales de la propia percepción y del contacto con la falta de una aceptación adecuada de los otros seres humanos, de unos cuidados significativos, de un modelo parental que dé sentido a la vida en unos términos en que solamente el niño puede adquirir esas cualidades que después transformarán verdaderamente a un recién nacido en un ser humano» (Benedetti, 1957:109).

En 1971 de Benedetti publicó en *Psychiatrie der Gegenwart* («Psiquiatría del presente») el capítulo «*Psychodynamik als Grundlagenforschung der Psychiatrie*» (La psicodinamia como investigación básica en psiquiatría). Habrían de pasar casi 30 años hasta que sus descubrimientos vol-

vieran a aparecer en el discurso profesional, ahora por la vía de la neurobiología actual y la investigación del apego.

4. Desarrollos clínicos y filosóficos: contra la separación de las escuelas terapéuticas. Norman Elrod (1928-2002)

Norman Elrod, nacido en 1928 en San Luis (EE.UU.) trabajó como psicólogo en *Burghölzli* desde 1951 hasta 1957; en el hospital de Basilea con Benedetti desde 1957 hasta 1959; en el sanatorio *Bellevue* de Binswanger de 1960 a 1968; y finalmente en la consulta privada. En 1979 fundó y después dirigió el Instituto de psicoanálisis (IfP), que se incorporó como miembro de pleno derecho a la IFPS en 1998.

Desde su experiencia como psicoterapeuta en hospitales analizó los diferentes intereses implicados en el tratamiento psicoanalítico en ellos. Las enfermeras pueden estar interesadas en un buen funcionamiento diario de las comidas, el trabajo y la ergoterapia, pero a los pacientes puede que sólo les interese que les dejen en paz y no les molesten. Los administradores y las mutuas sanitarias pueden estar interesados en un tratamiento rápido y eficaz, pero puede que los pacientes sólo quieran que les cuiden, aunque sea durante meses. Para Elrod, el psicoanálisis tiene que ser consciente de estos conflictos y ser un defensor del paciente. De hecho, no sólo los psicoterapeutas académicos sino las enfermeras e incluso el personal de limpieza pueden ser muy útiles en sus encuentros casuales con los pacientes. Es importante encontrar las fuerzas terapéuticas del individuo, del grupo de la planta, de la institución y del entorno social, y movilizarlas para este fin.

Coincidiendo con las experiencias de Fromm-Reichmann y Stanton y Schwartz (1954), Elrod escribió destacados trabajos teóricos y estudios de casos. Expresó el convencimiento de que precisamente la terapia de la psicosis debe tomar en serio las *subjetividades individuales, colectivas y sociales*, y que eso no sólo es una cuestión de la psicoterapia individual cualificada, sino también de la psicoterapia de grupo, de la actitud de todos los participantes en el tratamiento y de la actitud de la institución en su conjunto (Rostek 2003: 290).

En 1927 Elrod publicó un estudio del caso de su paciente Hans Zimmermann: *Zur Phänomenologie der Besserung in der Psychotherapie* («Criterios de mejora en psicoterapia»), del que ya había comunicado algo de 1956 en el Primer Simposium Internacional de Lausana (Elrod 1957/2002). En esta monografía describió el curso de un tratamiento que volvió a revisar dieciocho años y medio más tarde en una continuación

del estudio del caso (Elrod 2002: 377-424). Elrod entró intensamente en el mundo de las imágenes del paciente y recurrió a sus símbolos como una forma para curarle. De esta manera, Zimmermann fue comprendiendo cada vez más su propia biografía y lo que provocaba en él y en su entorno. Los pensamientos y actos de locura también tienen sentido, sobre todo cuando aparecen en una entrevista terapéutica. Las experiencias de aburrimiento, enfado, despedirse de lo soñado y echar de menos ideas de felicidad forman parte de esto, igual que el valor para confiar al terapeuta asuntos vergonzosos, locos y perversos. Los objetivos formulados por Elrod eran «aumentar la competencia vital» y adaptación social, incluyendo la subjetividad individual, colectiva y social. En 1974, dieciocho años y medio después de su tratamiento, Hans Zimmermann era considerado un hombre sano, tanto por sí mismo como por el resto de la gente (Elrod 2002: 377). «Mostraba una enorme capacidad para aprovechar al máximo cualquier situación y ser agradecido, no de una forma trillada, sino concreta» (Elrod 2002: 380). Cuando la terapia ha tenido éxito el paciente y el terapeuta pueden estar mutuamente agradecidos por las experiencias vividas mientras trabajaban juntos.

Elrod aplicaba tanto psicoterapias individuales como de grupo, que siempre documentaba ampliamente, en parte con grabaciones en cinta. También publicó historias de casos de tratamientos fracasados y analizó los fallos. El entorno se adecuaba muy individualmente, entrevistas cara a cara, paseos, comidas, viajes en común. Tenían una importancia fundamental la penetración psicoterapéutica de la vida diaria por un lado, y la reflexión filosófica por el otro. Adoptó los conceptos corrientes de trabajo con contra-transferencia (Heimann 1950) y le preocupaba ubicar al terapeuta y al paciente en la sociedad, constituida por el presente y formada históricamente.

En un ensayo dedicado a Ludwig Binswanger con ocasión de su 80º cumpleaños, Elrod formuló cuatro principios para acceder al mundo de los sentimientos y los pensamientos del paciente esquizofrénico a pesar de la soledad fundamental de estos pacientes: «a) ignorar temporalmente las investigaciones causales de las ciencias médicas y naturales; b) no terapia o encuentro; c) causalidad y terapia; d) lo paradójico» (Elrod 1961/2002: 432ff). El énfasis sobre los hechos no excluye las características históricas, típicas del acceso psicoanalítico, sino que pone la relación existencial entre el paciente y el terapeuta en un primer plano. El terapeuta - y este es un punto central de nuestro trabajo en una situación esquizofrénica crónica- adopta así una posición paradójica: puede plantear la cuestión de la causa del malestar del paciente o bien pasar de ella, puede tratar al paciente a la vez que puede encontrarse con él considerándolo simplemente otro ser humano...» (Elrod 1961 / 2002: 435).

Los trabajos de Elrod están recogidos en el volumen de 1.150 páginas titulado *Psychotherapie der Schizophrenie* («Psicoterapia de la esquizofrenia») que Norman Elrod publicó poco antes de su muerte en 2002.

5. Requisitos para los contextos hospitalarios. Christian Müller (nacido en 1921), Fred Singeisen (1909-1982), Johannes Cremetrius (1918-2002)

Desde 1961 hasta 1987 Christian Müller fue Profesor de psiquiatría y Director del Hospital Psiquiátrico Universitario de Lausana. Igual que Ludwig Binswanger, siguió con una tradición familiar: su padre, Max Müller, fue profesor de psiquiatría de la Universidad de Berna y director médico de un gran hospital y su abuelo también había sido psiquiatra. Christian Müller fue miembro de la Sociedad psicoanalítica Suiza, una rama de la IPA. En 1979 fue coeditor de un libro que tuvo gran influencia, *Psychiatrie der Gegenwart* (con K.P. Kisker, J.E. Meyer, E Strömrgren). A Müller le interesaba mucho la historia y durante muchos años fue editor de la revista *Schweizerische Medizinhistorische Zeitschrift* (Revista suiza de historia de la medicina) Gesnerus.

Mientras trabajaba en *Burghölzli* durante la década de 1950, Müller publicó uno de los primeros informes de un caso de éxito de tratamiento psicoterapéutico de un paciente con una esquizofrenia grave (Müller 1955). En el segundo Simposium ISPS subrayó la necesidad de un abordaje terapéutico integral: «No se trata de ir cogiendo cada uno de los enfermos para sacarlos de la masa pacientes institucionales y curarlos, sino que tenemos que penetrar en toda la atmósfera de la institución, pues en definitiva nuestro trabajo tiende a una transformación de todas las condiciones de asistencia del enfermo mental... Es esencial que la terapia de la esquizofrenia se mantenga en manos de un "grupo con la misma orientación terapéutica"» (Müller 1960: 292-294).

En el cuarto Simposium ISPS de Turku (Finlandia), Müller (1972) abordó las resistencias de los pacientes esquizofrénicos a la psicoterapia. Mencionó argumentos generales a menudo avanzados, como la excesiva inversión de tiempo, el hecho de que solamente algunos esquizofrénicos pudieran aprovecharse de esta forma de tratamiento o que los resultados del tratamiento no son esencialmente diferentes de los de otros métodos. Sin embargo, refiriéndose al interés evidentemente disminuido por el tratamiento de orientación psicoanalítica de los pacientes psicóticos, también planteó las motivaciones inconscientes del terapeuta: «Creo que has-

ta ahora se ha prestado muy poca atención a las fantasías inconscientes del terapeuta que orbitan alrededor del problema del narcisismo. En términos más concretos, me parece que la precaución actual ante la aplicación de los métodos psicoanalíticos... tiene sus raíces aquí. La cuestión es el miedo a las frustraciones que el terapeuta no haya superado en sí mismo; el miedo a una agresividad incontrolada como reacción a los insultos narcisistas» (Müller 1972:78). «Ninguno de los materiales de esta presentación se debe interpretar como una acusación, porque todos nosotros, incluido yo mismo, somos actores protagonistas. *Mea res agitur*. Mi intención es simplemente recordarnos que no debemos cerrar los ojos ante las fuerzas que nos gobiernan a cada uno y, en el marco del autoanálisis continuo, comprobar constantemente nuestra relación y nuestros encuentros con el esquizofrénico» (Müller 1972:82).

Desde 1951 hasta 1974 Fred Singeisen fue el Director de la Clínica Psiquiátrica Cantonal de Wil. Examinó con ojos críticos la comunidad terapéutica sobre una base analítica y promulgó esas ideas al público especializado. En 1976, con ocasión del centenario de Freud, rindió tributo al significado del psicoanálisis en la terapia de prevención de las psicosis, en un ensayo que también se publicó en la revista de enfermería *Praktische Psychiatrie* pratique en la que trabajó activamente durante más de 20 años (Red 1992: 8): las enseñanzas de Freud transmiten en su conjunto un conocimiento más profundo del ser humano, de sus fundamentos mentales y de sus relaciones con el entorno. Saber cómo surgen los trastornos mentales también desvela la forma de prevenirlos. Es lo que debemos pretender al crear las condiciones lo más sanas posible para que los seres humanos convivan entre sí y al dar la información correspondiente para evitar influencias ambientales perjudiciales, como los errores de educación. Así es como psicoanálisis ha allanado el camino a la *psicohigiene* (1956: 127)

A principios de los años 60 el psicoanalista alemán Johannes Cremerius trabajaba en Wil; en la década de 1970 fundó la ASP en Milán, junto a Benedetti. En uno de sus artículos que versaba sobre los procesos dinámicos del personal asistencial, especialmente de la resistencia y la transferencia durante el tratamiento psicoanalítico de un paciente esquizofrénico, Cremerius describe de forma impresionante su trabajo intensivo en constante diálogo con las enfermeras (Cremerius, 1963). Trata sobre una de las pocas descripciones psicoanalíticas de un tratamiento psiquiátrico agudo que incluía el uso de la fuerza (como el uso de grilletes y la alimentación forzada) a causa del peligro de que el paciente se autolesionase. Cremerius explica cómo fue disminuyendo el distanciamiento del personal sanitario hacia el paciente a medida que aumentaba

el conocimiento de sus afectos y «... cuando les permití que expresasen sus antiguos enojos, el rechazo disminuyó» (Cremerius 1963:688). En aquella época ya se podían encontrar los requisitos esenciales para una psicoterapia cualificada del paciente ingresado: «En base a nuestras experiencias llegamos a la conclusión de que la terapia de las psicosis del paciente ingresado, sin una observación simultánea del entorno dinámico que rodea al paciente, pierde valor como herramienta de investigación porque el fenómeno a observar no se puede aislar lo suficiente. Bajo el punto de vista terapéutico, ignorar el entorno equivale a ignorar la esterilidad en una operación quirúrgica. Con esto no solamente corre peligro el paciente, sino también el personal sanitario.... Las enfermeras disfrutaban cada vez más de su trabajo. Se sienten como verdaderas colaboradoras del médico y están encantadas de poder abandonar su papel de «guardianas». Los enfermos, hasta ese momento ininteligibles para ellas, se convierten en seres con dificultades y problemas que, para su sorpresa, descubren que no son distintos de los suyos propios» (Cremerius, 1963:703-704).

Luc Ciompi, un antiguo colaborador de Müller, introdujo en 1984 en el hospital psiquiátrico de la Universidad de Berna el planteamiento de la Soteria del que fuera pionero Loren S. Mosher, en parte siguiendo los ejemplos dados por H. S. Sullivan en la década de 1930. Los pacientes psicóticos agudos se incorporan a una pequeña unidad parecida a una familia, formada por seis a ocho pacientes. Este trabajo se explica en el *Capítulo 23*.

6. Impacto en otros países europeos

A principios de la década de 1950 los psicoterapeutas de la esquizofrenia suizos defensores del psicoanálisis también tuvieron un gran impacto en muchos otros países europeos, sobre todo en la Europa del norte y en Italia. La mayor fuente de influencia fueron los seminarios dirigidos por Benedetti, así como sus escritos. El psiquiatra finlandés Martti Siirala se convirtió en un estrecho colaborador de Benedetti, igual que sus colegas Kauko Kaila y Allan Johansson, tras recibir formación psicoanalítica en Suiza. En 1958 Siirala fundó en Helsinki el Instituto psicoanalítico *Therapeia*, un miembro del IFPS. En su país natal, Italia, la influencia de Benedetti era poderosa y duradera, abarcaba desde el Instituto IFPS de Milán hasta los psiquiatras sociales que abogaban por el movimiento psiquiátrico democrático, como Paolo Tranchina y Paolo Serra (1981). El desarrollo de Italia se explicará en el *Capítulo 11* y el de los países del norte de Europa en el *Capítulo 12*.

7. Resumen

En Suiza, en las décadas de 1950 y 1960 el psicoanálisis, el análisis existencial y la fenomenología vivieron un intercambio de ideas muy vivo precisamente a causa de las experiencias de terapias de psicosis. En las décadas de 1980 y 1990 estos planteamientos quedaron al margen del trabajo clínico cotidiano, no sólo a causa de cuestiones conflictivas de la política de la profesión (Hoffmann 1999). Lamentablemente la terapia de grupo también se suplantó en muchos sitios por una forma de comunidad terapéutica que ponía los intereses del equipo por delante de los intereses del paciente, lo que hace preponderar a aspectos pedagógicos y tiene un efecto desprofesionalizador (Hoffmann 2005). Las estancias cada vez más cortas de los pacientes, incluso graves, en las clínicas psiquiátricas, desplazaron las tareas psicoterapéuticas de medio y largo plazo a los pacientes ambulatorios, donde apenas se encuentran algunos psicoterapeutas debidamente formados.

En 1983 Benedetti resumió el desarrollo de la terapia de las psicosis con menos escepticismo y poniendo el énfasis en el discurso psicoanalítico interno como sigue: «El desarrollo de la psicoterapia de las psicosis en las dos últimas décadas muestra hasta qué punto se han aunado las contribuciones de los psicoanalistas freudianos, la psicología analítica de Jung, el análisis existencial de Binswanger y el análisis de transaccional americano» (Benedetti 1983:303). Eso corresponde a la situación de la política de la profesión: por lo menos tres institutos que surgieron del tratamiento psicoanalítico de las psicosis en Suiza (ASP, Milan; IfP, Zurich; Therapie, Helsinki) son miembros de la IFPS; los importantes psicoanalistas Binswanger, Bally, Cremerius, Singeisen y Müller eran o son miembros de la IPA. Quizá el interés psicoanalítico por estas terapias puede impulsar no solamente la investigación contemporánea (psiquiatría infantil, investigación del apego, conceptos de mentalización) y también contribuir a un diálogo más intensivo entre los grupos psicoanalíticos internacionales; lo que a su vez podría llevar a que más profesionales volvieran a interesarse en este tipo de relaciones con sus pacientes y con otros profesionales que trabajen en este campo.

Bibliografía

- Alanen, Y.O., Silver, A.-L.S., and González de Chávez, M. (2006). *Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychoses*. Madrid: Fundación para la Investigación y tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. - Can be bought by Karnac Books, London.
- Bally G (1956) Gedanken zur psychoanalytisch orientierten Begegnung mit Geisteskranken. *Psyche* 10: 437-447. Reprinted in Elrod N (ed.) (2002) *Psychotherapie der Schizophrenie* (Psychotherapy of Schizophrenia). Zurich: Althea: 853-66.
- Benedetti G (1957) Die soziologische, psychologische und psychotherapeutische Schizophrenieforschung 1951-1956. In: Benedetti G, Müller C (ed.) (1957) *1. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie. Vorträge und Diskussionen*. Basel, New York: Karger: 106-28.
- Benedetti G (1961) Dialektische Begriffspaare in der Psychotherapie“ (Dialectical pairs of concepts in psychotherapy. *Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und medizinische Anthropologie* 9: 304-17. Reprinted in: Elrod N (ed.) (2002): 923-42.
- Benedetti, G. (1969). Rehabilitation and psychotherapy with schizophrenic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 17:11-19.
- Benedetti G (1983) *Todeslandschaften der Seele*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benedetti G (1979) Psychodynamik als Grundlagenforschung der Psychiatrie. In: Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgen E (ed.) (1979) *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer: 43-89.
- Benedetti G (1994) Mein Weg zur Psychoanalyse und zur Psychiatrie. In: Hermanns LM (ed.) *Psychoanalyse in Selbstdarstellungen II*. Tübingen: edition diskord.
- Binswanger L (1942) *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Newly issued by Max Herzog and Hans-Jürg Braun. Heidelberg: Roland Asanger, 1993.
- Binswanger L (1957) Der Mensch in der Psychiatrie. Pfullingen: Neske. In: Holzhey-Kunz (ed.) (1994) *Ludwig Binswanger. Ausgewählte Werke*. Vol. 4 (*Der Mensch in der Psychiatrie*). Heidelberg: Asanger: 57-72.
- Bleuler M (1979) Einleitung. In: Bleuler M (Hrsg.) (1979) *Beiträge zur Schizophrenielehre der Zürcher Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli (1902-1971)*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft: 1-10.
- Bräutigam W, Müller C (1962) Zur Kritik der Schizophreniediagnose bei psychotherapeutisch behandelten Kranken. *Nervenarzt* 33: 342-9.
- Brody EB, Redlich FC (Eds.) (1952) *Psychotherapy with Schizophrenics*. New York: International Universities Press.
- Cremerius J (1963) Beobachtungen dynamischer Prozesse beim Pflegepersonal, insbesondere von Widerstand und Übertragung, während der psychoanalytischen Behandlung einer Schizophrenen. *Psyche* 16: 686-704.

- Elrod N (1957) *Zur Phänomenologie der Besserung in der Psychotherapie*. Basel, New York: Karger. 2. ed. Munich: Kindler, 1974; reprinted in Elrod N (ed.) (2002): 75-372.
- Elrod N (1961) Das Problem des Sich-Kennen-Lernens in der chronisch schizophränen Situation . Für Ludwig Binswanger zu seinem 80. Geburtstag in Verehrung gewidmet . *Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und medizinische Anthropologie* 8: 90-124. Reprinted in: Elrod N (ed.) (2002): 429-81.
- Elrod N (ed.) (2002) *Psychotherapie der Schizophrenie*. Zurich: Althea.
- Faugeras P (2000) Übersetzen als Dimension der Begegnung (1997) In: Rachel B. *Die Kunst des Hoffens*. Begegnung mit Gaetano Benedetti . Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 28-46.
- Heimann P (1950) On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 31: 81-4.
- Hoffmann K (1997) Ludwig Binswanger's Collected Papers-Introduction and Critical Remarks. *International Forum of Psychoanalysis* 6:191-201
- Hoffmann K, Elrod N (1999). Frieda Fromm-Reichmann: On her contribution to psychoanalysis and psychiatric theory. *International Forum of Psychoanalysis* 8:13-18.
- Masson JM (1988) *Against Therapy*. New York: Atheneum.
- Meerwein F (1957) Die Bedeutung der Anstalt für die Gegenübertragung des Therapeuten . In: Benedetti G, Müller C (ed.) (1957) *1. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie. Vorträge und Diskussionen*. Basel, New York: Karger: 248-53.
- Müller C (1955). Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen. *Psyche* 9:350-69.
- Müller C (1960). Die psychiatrische Klinik und die Psychotherapie der Schizophrenen. In Benedetti G, Müller C (ed); *2. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie* Basel, New York: Karger, 291-6.
- Müller C (1961) Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik. Versuch einer katamnestic Übersicht. *Nervenarzt* 32: 354-68.
- Müller C (1972). The problem of resistance to psychotherapy of schizophrenic patients. In D. Rubinstein & Y.O. Alanen (eds): *Psychotherapy of Schizophrenia*, Amsterdam: Excerpta Medica: 77-82.
- Müller C (1981). Der Behandlungsplan als Herausforderung in der institutionellen Psychiatrie. In R Battegay (ed): *Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie. Zu Ehren von Professor Dr. Med. Gaetano Benedetti*, Bern: Huber:10-18.
- Napolitani F (1963) Experiment einer Psychotherapie der Psychosen, durchgeführt in einer durch Patienten selbstverwalteten Abteilung. *Bibl. Psychiat. Neurol* {ausschreiben} . 118: 23-29.
- Red H (1992) 100 Jahre Psychiatrie in Wil. Einige Überlegungen zu diesem Jubiläum. Wil: Kantonale Psychiatrische Klinik.
- Rosen JN (1953) *Direct Analysis. Selected Papers*. New York: Grune & Stratton.
- Rostek H (2003) Obituary - Norman Elrod (November 22, 1928 - July 1, 2002). "Unity and Conflict of Opposites". *International Forum of Psychoanalysis* 12: 289-95.

- Schelling WA (1998) Das Unbewusste und die Einheit in der Begegnung mit den Todeslandschaften der Seele. Zum Werk von Gaetano Benedetti. (The unconscious and the unity in the encounter with the dead landscapes of the mind. On the work of Gaetano Benedetti). *WzM* 50: 132-43.
- Séchehaye. M. - A. (1947/1951), La réalisation symbolique. *Revue Suisse de Psychanalyse. et de la psychol. Appliqué, Suppl.* 12.
- Singeisen F (1956) Sigmund Freud und die Psychoanalyse (Sigmund Freud and psychoanalysis). *Praktische Psychiatrie pratique* 35: 122-27.
- Stanton AH, Schwartz MS (1954) *The Mental Hospital*. New York: Basic Books.
- Tranchina P, Sera P (1981) Community Work and Participation in the new Italian Psychiatric Legislation. 7th *International Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia*, Heidelberg.
- Weigert E (1978) Foreword. In: Fromm-Reichmann F (1978) *Eine Auswahl aus ihren Schriften* (A selection from her writings). Stuttgart: Klett-Cotta: 7-14.

II. ALEMANIA Y AUSTRIA

Stavros Mentzos

II.1. Alemania

Concepción psicodinámica de las psicosis: pros y -¡sobre todo!- contras

El general, muchos psicoanalistas suponen (y en parte por motivos convincentes) que en Alemania y en Austria la psiquiatría tiene escaso margen para un concepto psicodinámico de las psicosis e incluso menos para la correspondiente psicoterapia. Se supone que la inmensa mayoría de psiquiatras representan un concepto significativamente biológico, o por lo menos abogan por una visión puramente descriptiva, aunque destaquen la aceptación del modelo biopsicosocial.

Sin embargo, eso sólo es cierto en parte. Ya durante la primera mitad del siglo XIX, psiquiatras como Karl-Wilhelm Ideler (1795-1860) examinaron intensamente el conflicto intrapsíquico de casos de psicosis. Ideler habla, p.ej., del antagonismo de los impulsos afectivos (*Gemütstriebe*), de la afectividad conflictiva (*Gemütszustand*) o de las contradicciones lógicas de la consciencia, etc. (Scharfetter, 2006, p. 26). Sorprendentemente, Wilhelm Griesinger (1817-1869), que habitualmente sólo es conocido por equiparar la enfermedad mental a la enfermedad cerebral, también escribió en 1861 sobre las causas psicológicas de la enfermedad mental: se consideraban las fuentes más frecuentes y prolíficas de locura (Scharfetter, 2006, p.30), considerada una consecuencia de algún cuadro previo emocional y afectivo de naturaleza patógena, no de un ejercicio intelectual. Griesinger anticipó nuestro concepto «moderno» de la psicosis como trastornos psicósomáticos del cerebro (Mentzos, 2000): según él, estos estados afectivos raramente son un resultado directo, es mucho más frecuente que sean un resultado indirecto, «derivado de desviaciones de los procesos orgánicos normales ... de los que el trastorno mental ha evolucionado como resultado secundario» (Griesinger 1861, p. 170-172).

Cuanto más nos acercamos a 1900, al cambio de siglo y a la fase siguiente, más nos encontramos con la escasez cada vez mayor de afirmaciones positivas sobre el papel de la psicodinamia, tanto en Alemania como en Austria. Esto se debe principalmente a la gran influencia de Emil Kraepelin (1856-1926), el enfático protagonista de la visión somatogénica.

Por lo tanto, el mayor significado recae en los descubrimientos y la influencia internacional de Sigmund Freud y los terapeutas psicoanalíticos de las psicosis que trabajaron a principios del siglo XX, p.ej. Paul Federn,

al que se ha dedicado un capítulo especial en este volumen. En la década de 1920 Ernst Simmel abrió la primera clínica psicoanalítica en Berlín-Tegel. Durante la década de 1930 fue destruida por los nazis, junto con otros intentos y proyectos similares. Muchos psicoterapeutas que alcanzarían fama internacional, p.ej. Frieda Fromm-Reichmann, tuvieron que abandonar Alemania o Austria (v. Happach & Piegler, 2000). El interés y la dedicación a las psicosis volvieron a crecer después de 1945 bajo la influencia de Suiza, que había evitado el nacionalsocialismo.

Primeros pasos en Alemania tras la guerra

No fue sino hasta la década de 1950 cuando gradualmente los psicoanalistas y los psiquiatras con tendencia psicodinámicas empezaron a hacer los primeros intentos por aplicar un tratamiento psicoterapéutico de las psicosis. Sin embargo, salvo raras excepciones, la mayoría de los analistas de la Asociación psicoanalítica alemana (DPV), de la Sociedad psicoanalítica alemana (DPG) y de otros grupos, como los seguidores de Jung y de Adler, no demostraron estar suficientemente motivados o preparados para tratar los casos de psicosis de esta forma.

De todos modos, hubo unos cuantos «luchadores solitarios». Ya en 1954 W. Th. Winkler publicó artículos sobre la esquizofrenia que contemplaban el psicoanálisis y en 1956 publicó un artículo sobre los factores psicodinámicos de la estructura de la esquizofrenia en el primer simposio ISPS de Zurich (Winkler, 1954, 1954a, 1957).

En Munich, Paul Matussek (1919-2003) obtuvo el primer avance tangible que tuvo un eco en otros campos: aquel claro planteamiento psicodinámico de las psicosis por parte de un profesor universitario (desde 1956 en adelante) constituía un territorio completamente nuevo, especialmente viniendo de un hombre que previamente había investigado en el campo de la psiquiatría clásica representada por Kurt Schneider, de Heidelberg. Matussek era Director del Departamento de Investigación de Psicopatología y Psicoterapia de la sociedad Max Planck de Munich (v. Matussek, 1982). Sus contribuciones (relacionadas no solamente con la esquizofrenia sino también con las psicosis depresivas) se centraron en la psicodinámica de las psicosis que previamente se habían etiquetado como «endógenas». Enfrentado a la alternativa de seguir con la investigación de la fenomenología psiquiátrica de la percepción delirante o entrar en un método de tratamiento mental que en Alemania se había etiquetado de absurdo (concretamente el trabajo incipiente de la psicoterapia), escogió esto último y acabó valorando su decisión como un punto de inflexión crucial en su vida (Pohlen, 2004).

El ámbito inicialmente limitado de la «psicodinamización» en psiquiatría

Bajo la influencia personal de Matussek se había creado la expectativa de que la psiquiatría en general y, sobre todo, las clínicas psiquiátricas universitarias, ahora se podrían impregnar del pensamiento psicoanalítico o psicodinámico. Lamentablemente no fue así. En Alemania los planteamientos psicodinámicos solamente obtuvieron elogios y reconocimiento, sobre todo bajo la influencia de la Comisión de Investigación para la Reforma de la Psiquiatría de 1971, en el campo de la psiquiatría social, que floreció por todo el mundo en la década de 1970. Sin embargo, por ese lado tampoco se estimulaba la psicoterapia psicodinámica de las psicosis. Los institutos psicoanalíticos privados, que habían crecido considerablemente, no estaban preparados ni interesados para enseñar u ofrecer la psicoterapia de las psicosis. Probablemente el motivo que se escondía tras esta reserva también era una cuestión de política profesional: el miedo de los psicoanalistas a provocar una controversia abierta entre las poderosas instituciones de psiquiatría y las universidades. El Departamento de Psicoterapia y Psicósomática de la Universidad de Francfort, dirigido por el autor de esta contribución desde 1971 hasta 1995, fue una de las pocas excepciones. La evolución de la psiquiatría universitaria en Alemania fue totalmente distinta de la seguida por la esfera de la psicósomática universitaria: en las décadas de 1970 y 1980 casi todas las universidades alemanas habían creado departamentos de psicósomática basados en principios psicodinámicos.

A pesar de esta gran resistencia oficial por parte de la psiquiatría académica tradicional, dentro de la asociación de psiquiatras, la DPGN (Sociedad alemana de neurología y psiquiatría) se hacían contribuciones ocasionales a los principios psicodinámicos mediante conferencias o de alguna otra forma. Eberhard Jung, el director de un gran Instituto Clínico de Berlín-Spandau, hizo grandes trabajos diagnósticos y terapéuticos basados en principios analíticos hasta su jubilación en 2000. En las décadas de 1970 y 1980 hubo profesores universitarios que se mostraron abiertos a la psiquiatría basada en los principios psicodinámicos y psicoanalíticos, como Kisker en Hannover, Meyer en Gotinga, Haimann en Tubinga (y hoy en día Mundt en Heidelberg, Emrich y Machleidt en Hannover, etc.). Sin embargo, fueron y siguen siendo una minoría. A finales de la década de 1980, en los departamentos psiquiátricos de las universidades se intensificó la tendencia en favor de los métodos biológicos y descriptivos del abordaje y el tratamiento, en parte bajo la influencia de la psiquiatría americana.

La reacción en contra de los «outsiders»

De todos modos no es necesario contemplar con pesimismo la situación actual de la psicoterapia de las psicosis en Alemania. Actualmente la psicoterapia basada en ideas psicodinámicas se enseña, se investiga y se pone en práctica en Alemania mucho más que en cualquier tiempo pasado. ¿Cómo se ha llegado a esto?

El empeño fracasado de integrar los principios psicodinámicos en la psiquiatría universitaria de la década de 1980 de hecho provocó malestar y generó una reacción en contra. Se constituyeron muchos centros psicoterapéuticos fuera de las universidades y en ellos empezó a desarrollarse la terapia de las psicosis. Esto sucedió en hospitales (predominantemente en hospitales no universitarios) en los que el director, orientado a la psicodinámica o incluso psicoanalista formado, hizo posible este desarrollo. Desde finales de la década de 1980 y principios de la de los 90, se fundaron institutos de formación por toda la nación, diseñados para aplicar sistemáticamente este proyecto. Estas iniciativas y otros empeños similares que existen actualmente en muchos lugares representan un desarrollo extraordinariamente importante en el área de las psicosis de los últimos 20 años en Alemania. Actualmente existen clínicas implicadas, como las de Tiefenbrunn junto a Gotinga (Streeck, Dümpelmann), Hamburgo-Bergedorf (Piegler), Stuttgart (Weiss), Hamburgo-Eppendorf (Aderhold) o Friedberg / Hessen (Putzke), en las que en parte se practica la psiquiatría orientada a la psicodinámica y la correspondiente psicoterapia. También se han fundado centros de ámbito nacional como los de Munich o Frankfurt Am Main, en los cuales muchos candidatos interesados, la mayoría de ellos psicoterapeutas y psicoanalistas, reciben una formación ulterior en el campo de la psicoterapia de las psicosis.

La situación actual: formación y terapia clínica y ambulatoria

Actualmente en Alemania existe la situación paradójica siguiente: la mayoría de clínicas psiquiátricas universitarias inclinadas a un planteamiento predominantemente biológico descriptivo, siempre han tendido a una actitud hasta cierto punto hostil a la psicodinámica y el psicoanálisis. En ellas se pone un mayor énfasis en la terapia del comportamiento que en la psicología profunda o en la terapia de orientación psicoanalítica. Sin embargo, por otro lado han surgido los centros que hemos mencionado,

fuera de las universidades y de las clínicas universitarias, con métodos de tratamiento predominantemente psicodinámicos y con las correspondientes actividades de formación. Su prioridad radica en el tratamiento ambulatorio. El autor de esta contribución, por ejemplo, supervisa una clínica psiquiátrica con pacientes internados, pero dedica una buena parte de su tiempo a la supervisión grupal de los tratamientos de las psicosis de los pacientes ambulatorios de las consultas de psiquiatras y psicoanalistas que han seguido esta formación especializada de la psicoterapia.

Mencionaré algunos de estos centros, si bien necesariamente de forma breve.

- a. En Munich, a principios de la década de 1990 se fundó el Grupo de Estudio Supraregional para la Formación en Psicoterapia de las Psicosis, centrado tanto en clases teóricas como en la casuística y en seminarios de supervisión de tratamiento individual de pacientes ambulatorios psicóticos, así como en la terapia familiar y de grupo y tratamientos de pacientes hospitalizados en clínicas. Tienen una gran demanda de formación por parte de médicos, psicólogos y otros profesionales de clínicas psiquiátricas. Hacen bloques de sesiones tres veces al año a las que acuden muchos terapeutas (100-200) que así tienen la oportunidad de obtener una supervisión prolongada de sus pacientes psicóticos donde ellos viven y trabajan, a menudo lejos de Munich.
- b. El Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicodinámica de Alemania del Norte (NAPP) también tiene varios años de existencia. Sus miembros son desde psiquiatras interesados en la psicodinámica hasta psicoanalistas y personal de enfermería de diversas ciudades del norte de Alemania. Su empeño predominante es reforzar el tratamiento de los pacientes hospitalizados con aspectos psicodinámicos, acompañado simultáneamente de procesos en grupo; aquí la correspondiente formación especial del personal de enfermería tiene una relativa prioridad (v.p.ej. Heltzel, 2006).
- c. La clínica psicoterapéutica orientada al psicoanálisis de Tiefenbrunn (junto a Gotinga) ha conseguido fama durante décadas por su tamaño y la calidad de la formación especializada que ha venido y sigue ofreciendo. Inicialmente bajo la influencia de Heigl y Heigl-Evers, después con Streeck, que sigue siendo el director de la clínica, y con la importante colaboración de Dümpelmann, han hecho evolucionar algunos conceptos cruciales para modificar la psicoterapia basada en el psicoanálisis para el tratamiento de trastornos graves. En este contexto debemos mencionar el principio de «respuesta» en lugar interpretaciones dirigidas hacia el inconsciente, así como al modelo de Gotinga de

la terapia de grupo. Sin embargo, en las primeras fases solamente se trató un pequeño número de pacientes psicóticos. Desde que en 1991 se inaugurara una unidad con 43 camas, se han desarrollado funciones y programas especializados para el tratamiento psiquiátrico y psicoanalítico de pacientes psicóticos, dirigidos por Dümpelmann. Están realizando investigaciones sobre los factores etiológicos traumáticos de los estados psicóticos, un tema que hasta la fecha no está recibiendo la consideración que merece en la literatura especializada internacional.

- d. Una colaboración significativa de los psicoanalistas que actuaban bajo los auspicios del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Alemana (DPV) de Kassel (incluidos Kipp, Georgios y Sybille Stylos) condujo a la introducción de los principios psicodinámicos en el tratamiento de los pacientes psicóticos en el hospital psiquiátrico de la ciudad de Kassel.
- e. Otros métodos similares sobre los principios psicodinámicos del tratamiento de los pacientes psiquiátricos y psicóticos están siendo iniciados por el hospital General de Hamburgo-Bergedorf, cuyo director es Piegler.
- f. El Proyecto Psicosis de Francfort. Desde principios de los años 80 nuestros propios esfuerzos dentro de la estructura del Departamento de Psicoterapia y Psicósomática de la Universidad de Francfort han acabado por permitir el surgimiento del Proyecto Psicosis de Francfort, elaborando el concepto de la estructura "dilemática" de la dinámica de las psicosis. Las actividades y los resultados del proyecto psicosis de Francfort se han publicado en varias ocasiones (p.e. Mentzos, 1991, 1992, 1995). Sin embargo, tras la jubilación del director, el departamento sufrió drásticas reducciones y el proyecto ya no se podía realizar allá. Pero gracias a la iniciativa privada del antiguo director y de muchos de los antiguos empleados ya formados que habían pasado a la clínica privada, se fundó una sociedad con el mismo nombre (Proyecto Psicosis de Francfort) que desde 1998 ha publicado una serie de artículos bajo el título «*FORUM de Terapia psicoanalítica de las psicosis*» (dos volúmenes al año). La secretaria de la FPP (Gudrun Liehr-Völker) organiza periódicamente conferencias y, ocasionalmente, congresos así como supervisiones de tratamientos de psicosis de pacientes ambulatorios de la zona del Rin y el Meno. Cooperamos estrechamente con el grupo de formación de Munich.

Frecuentemente el concepto de estructura dilemática de la psicodinámica desarrollado en este Proyecto Psicosis de Francfort ha sido valorado positivamente y, en parte, integrado, en Alemania y en otras zo-

nas de Europa de habla alemana (v. Mentzos, 2002). De este círculo de psicoterapeutas de las psicosis orientados psicoanalíticamente han surgido muchos profesionales que podrán seguir desarrollandola en la teoría y en la práctica: Günter Lempa (1992, 2003, 2005; ahora en Munich), Heinz Böker («*Psychoanalyse und Psychiatrie*» 2006), en Burg-hölzli, Zurich); Thomas Müller (Hanau junto a Francfort del Meno), Norbert Matejek, Elisabeth Troje, Alois Münch y Franziska Lorenz-Franzen. La mayoría de ellos también ha participado activamente en el trabajo editorial de FORUM.

- g. El eco positivo y los resultados teóricos y prácticos de los programas de Munich y de Francfort culminaron con la introducción de un programa similar en la Clínica Charité de Berlín de la Universidad Médica, en otoño de 2005. Inicialmente dirigido por Juckel y ahora bajo el liderazgo de Dorothea von Haebler, se ofrecen dos bloques de formación al año que obtienen una amplia resonancia y una aprobación general por parte de un gran número de psiquiatras y otros profesionales (v. Haebler et al., 2007). El Departamento Psiquiátrico de Charité se centra en la investigación de las fases prodrómicas de la esquizofrenia en adolescentes.
- h. Entre otros centros representativos de un planteamiento psicodinámico para tratar a los pacientes psicóticos mencionaré el Departamento psiquiátrico de la clínicas de la ciudades de Frankfurt-Höchst, dirigido por Peter Hartwich (2004); Friedberg/ Hessen (Michael Putzke); el Instituto de psicología de la Universidad de Würzburg (Lang); y Schultze-Jena en Hamburgo. Volkmar Aderhold (antiguo director médico asistente de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Hamburgo-Eppendorf) ha intentado aplicar en Alemania el tratamiento escandinavo integrado (v. Aderhold et al. 2003).

La psicoterapia de orientación kleiniana ha sido favorablemente aceptada por algunos colegas psicoanalistas de Alemania, especialmente para el tratamiento individual de los pacientes ambulatorios. También se han aplicado métodos neokleinianos en algunos hospitales, p.ej. en el departamento de medicina psicosomática del hospital Robert-Bosch de Stuttgart (Heinz Weiss, Claudia Frank). La influencia de Klein está relacionada con la intensa actividad supervisora de Rosenfeld, Britton, Melzer y otros psicoanalistas británicos neokleinianos.

Aparte de estas listas, existen numerosos colegas y clínicas por toda la nación, desde Bremen hasta Reichenau (Hoffmann) y de Colonia (e.g. Matakas, 1991; Meyer) hasta Dresde, que también han intentado introducir los principios psicodinámicos en el tratamiento psiquiátrico.

Consideraciones teóricas: concepto de la estructura dilemática de la psicodinamia

Freud suponía que en las raíces de la psicosis había un conflicto, aunque no como en las causas de las neurosis radicadas en las instancias estructurales ego - id - superego. Por lo tanto, los síntomas psicóticos se consideraban una expresión de un intento de «resolver» este conflicto (v. Capítulo 3). Esto recuerda nuestro concepto de *La estructura dilemática de la psicodinámica* (Mentzos, 1992, 2002) y otros conceptos psicoanalíticos, como los formulados por Racamier o por Melanie Klein. Incluso aunque los antagonismos psíquicos postulados en estos conceptos difieran entre sí (punto de vista de Freud: «ego frente a realidad»; punto de vista de Racamier: «narcisismo frente a antinarcisismo»; punto de vista de Melanie Klein: «tendencias destructivas o mortales frente a libido»), comparten el concepto de conflicto o dilema, algo que no sólo tiene una importancia teórica sino también práctica. Además nuestro punto de vista de la confrontación de «la propia identidad desde el apego unificador hasta la inmersión en la unificación total» (normalmente una situación temporal que es dialécticamente superable con el tiempo, pero que en condiciones desfavorables, se hace rígida y psicótica; v. Mentzos 1992, 2002) parece más próximo a la hipótesis de Freud, de que en el caso de Schreber su paranoia iba en función de la resistencia al amor homosexual. Hoy en día ya no creemos que las psicosis puedan tener esta función particular de resistencia a la homosexualidad, pero evidentemente Freud acertó en el punto central del antagonismo intrapsíquico de la esquizofrenia cuando reconoció el problema de poner en peligro al self mediante un objeto atractivo y deseable a la vez que peligroso.

Terapias de familia y de grupo

Inicialmente los conceptos de la terapia de familia se desarrollaron predominantemente en EE.UU. y Gran Bretaña después de la II guerra mundial, para después extenderse rápidamente durante las décadas de 1950 y 1960 a muchos otros países, incluida Alemania. En seguida se implementaron no sólo en los casos neuróticos y psicósomáticos, sino también en trastornos psicóticos concretos: correspondía a la prioridad de lo psicosocial y los resultados se consideraron un éxito. En las décadas siguientes la terapia familiar y la terapia de grupo de hecho se han extendido sobre todo a los pacientes ambulatorios más que al tratamiento de pacientes psicóticos hospitalizados. Había distintas direcciones y escuelas

de pensamiento, tanto teóricas como prácticas. Inicialmente se dio prioridad a los métodos sistémicos y orientados al psicoanálisis, mientras que después en las clínicas psiquiátricas se fue aplicando cada vez más la terapia cognitiva conductual, que es la que hoy constituye la tendencia dominante.

Helm Stierlin y el grupo que surgió alrededor de él en Heidelberg tuvieron una influencia definitiva para que se estableciera y se extendiera *la terapia sistemática orientada a la familia*. Sin lugar a dudas también hubo otros terapeutas familiares y de grupo antes de Stierlin, pero él fue la figura más visible de EE.UU. en la década de 1970, el responsable de importar los métodos conocidos y empleados allí, además de desarrollar él mismo la teoría y la práctica del tratamiento de las psicosis. Mediante innumerables publicaciones, conferencias, seminarios, etcétera, ha ejercido una gran influencia, que todavía persiste hoy en los países de habla alemana. Siguiendo sus pasos, Fritz B. Simon y Arnold Retzer han intensificado, hecho avanzar y especializado la terapia familiar sistémica, tanto la teoría como la práctica. Incluso aunque Stierlin, y aún más enfáticamente, los posteriores representantes de la teoría y de la práctica sistémica, se hayan distanciado en su mayoría del psicoanálisis, han conservado muchos conceptos e ideas del psicoanálisis, ya sea directa o indirectamente (v. *Capítulo 17* de Helm Stierlin).

Paralelamente a la terapia familiar de casos de psicosis que desarrollaron Stierlin y sus colegas, así como otros espíritus independientes y disidentes, siempre ha existido una *terapia familiar y de grupo orientada al psicoanálisis*. Indico especialmente el abundante trabajo de terapia familiar y de grupo realizado en la zona de Munich por Frank Schwarz, antiguo colega de Matussek (Schwarz, 1983, 2000; Schwarz y Meier, 2001) y el libro editado por Sandner (1986). En el entorno de Horst Eberhard Richter, en Giessen, se hicieron muchas terapias de familia y de grupo, si bien para tratar principalmente casos neuróticos y psicósomáticos. Lo mismo se puede decir de la clínica universitaria de psicoterapia de Maguncia, dirigida hasta hace poco por S. O. Hoffmann. Pero en Giessen, Terje Neraal ha implementado una terapia familiar de la psicosis basada en el psicoanálisis que todavía se aplica hoy intensamente y que se muestra especialmente interesante. Sobre todo desde que está empezando a revelar, igual que el Proyecto Psicosis de Francfort, que es un modelo similar de bipolaridad y de dilema. En varias publicaciones (p.ej. Neraal, 2001) demuestra de qué forma se puede aplicar este modelo para el análisis de la dinámica familiar. Revela p.ej. estructuras de temas bipolares, como trabajar diferencias específicas frente a la detección de similitudes, o tratar el miedo al aislamiento frente al miedo a la pérdida de autonomía.

La terapia de grupo basada en el psicoanálisis fue y sigue siendo practicada hoy en día en Berlín, p.ej. durante muchos años por Greve, que no recurre a las interpretaciones, sino que pone énfasis en la aceptación de los pacientes y sus problemas, y espera un desarrollo espontáneo de la dinámica dentro del grupo, la cual de hecho sigue un curso psicodinámico, con muchos éxitos terapéuticos. En el marco de su actividad clínica, Eberhard Jung también ha aportado una terapia de grupo intensiva orientada analíticamente aunque con una técnica modificada similar.

II.2. Austria¹

Terapia psicoanalítica de la psicosis hasta 1938

Durante el siglo XIX, mucho antes de surgir el psicoanálisis, en Austria igual que en Alemania había psiquiatras preparados para contemplar los aspectos psicógenos y psicodinámicos de los casos de psicosis. La primera consideración genuinamente psicoanalítica surgió con Sigmund Freud. El propio Freud era extremadamente reservado respecto a las posibilidades de la técnica psicoanalítica con pacientes psicóticos, pero él mismo se ocupó intensamente de la psicosis a nivel teórico.

A pesar de la reserva de Freud para aplicar los métodos psicoanalíticos en los casos de psicosis (v. *Capítulo 3*) algunos de sus seguidores de Austria siguieron aplicando la terapia en esos casos, por ejemplo Paul Federn (v. *Capítulo 5*), Tausk, Karl Landauer, Paul Schilder y Edward Bibring. Los dos últimos fueron directores sucesivos del Departamento de pacientes ambulatorios para el tratamiento de las psicosis de la Asociación Vienesa de Psicoanálisis. En un mensaje personal, la señora Rössler-Schüleín ha recordado que en 1925 Schilder describió cómo un individuo, que había regresado un nivel inferior, a pesar de todo retuvo los patrones del desarrollo superior, pues incluso en la fase más profunda de la regresión, el individuo adulto no cayó en una organización psicológica comparable a la de un niño. En aquella época Schilder estaba ocupado escribiendo su *Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage* («Psiquiatría sobre bases psicoanalíticas») y era profesor asistente de la Clínica Psiquiátrica y Neurológica Universitaria de Viena bajo la dirección de Wag-

¹ El autor se siente profundamente en deuda con los colegas austríacos por su amable información personal, especialmente con **Theodor Meissel** (Gugging, Clínica psiquiátrica Nord Donau, Viena) y con **Hemma Rössler-Schüleín** (Asociación vienesa del psicoanálisis), a quienes quiero expresar desde aquí mi gratitud sincera. También me gustaría agradecer a **Eberhard Gabriel** la información que me ha proporcionado.

ner-Jauregg. Federn trataba pacientes psicóticos en su consulta privada y en estrecha colaboración con la Clínica Universitaria de Viena. Meissel es de la opinión que el importante trabajo teórico de Helene Deutsch sobre las relaciones humanas se puede haber inspirado particularmente en su trabajo en las salas de psiquiatría y con pacientes psicóticos.

Evolución posterior

Esta evolución, en conjunto positiva y prometedora, se detuvo bruscamente y se destruyó cuando la Alemania nazi se anexionó Austria en 1938. En la fase siguiente a la guerra apenas algunos de los analistas de mayor renombre estaban comprometidos con el tratamiento de las psicosis. Por ejemplo, Hans Strotzka, que sin embargo trabajaba predominantemente en el campo de la psiquiatría social y Raoul Schindler, que introdujo conceptos analíticos de la psicosis en la década de 1950 y colaboró con Benedetti y Christian Müller en Suiza (Meissel: comunicación personal; v., p.ej. Schindler, 1960). Desde la década de 1970 ha habido varias instituciones psiquiátricas en las que los analistas se esforzaban por considerar e integrar los aspectos psicodinámicos en su trabajo psiquiátrico diario. En primer lugar y más importante, debemos citar los esfuerzos del gran Hospital Psiquiátrico de Gugging (norte de Viena), avalados por sus directores, primero Alois Marksteiner, y actualmente Gerd Eichberger (v. Meissel y Eichberger, 2002). En esa misma clínica Leo Navratil hizo grandes esfuerzos durante mucho tiempo en el campo de la terapia artística (creación): la gran colección de arte de pacientes esquizofrénicos ha recibido elogios en todo el mundo. Rainer Danzinger fue de Graz a Gugging, después a Salzburgo y finalmente volvió a Graz, donde asumió la responsabilidad de dirigir el gran Hospital Sigmund Freud durante varios años. Allá, Gert Lyon ha dirigido un importante departamento piloto de pacientes ambulantes desde la década de 1970.

Según Rössler-Schüleín, a nivel de la psiquiatría universitaria se perpetuó una actitud tradicional de animosidad hasta la década de 1980. «El mérito de crear una institución duradera con equipos multifuncionales e intentar la psicoterapia basada en el psicoanálisis con pacientes psicóticos pertenece por completo a los analistas activos en psiquiatría social, p.ej. Otto Hartmann, que propagó la aplicación práctica de conceptos psicoanalíticos a los procedimientos clínicos habituales» (Rössler-Schüleín: comunicación personal sobre el trabajo de Hartmann en 1980). No fue sino hasta la década de 1980 cuando «se integraron dentro de la Asociación Vienesa de Psicoanálisis los desarrollos de los 50 años anteriores, como las teorías de relaciones objetales de la escuela angloamericana» (Rössler-

Schülein: comunicación personal). Después de aprobarse la Ley de Psicoterapia en 1991, la psicoterapia pasó a formar parte del sistema de salud público de Austria, ofreciendo a los analistas que ejercen en la práctica privada la oportunidad de tratar a pacientes psicóticos con métodos psicoanalíticos. En 2004, p.ej. Daphne Stock, publicó un estudio de un caso de un paciente psicótico joven. En los últimos años Rössler-Schülein ha sido testigo de la tendencia de muchos analistas de Viena hacia las modernas técnicas kleinianas «porque aportan un procedimiento técnico consistente en el tratamiento de las psicosis y trastornos graves de la personalidad». Basándose en otros contactos con colegas austríacos, el autor de esta contribución tuvo la impresión de que otras orientaciones, como las de Francfort o de Munich están ganando cada vez más influencia.

Muchos de los colegas activos de Austria han participado en la formación de psicoterapia en Munich, brevemente bosquejada en la sección de Alemania. Estos intercambios continuos aportan un beneficio recíproco. En el área de la terapia de familia y de grupo de Austria, igual que en Alemania, existen muchos esfuerzos prometedores que no se han podido revisar con mayor detalle en este capítulo.

II.3: Conclusiones finales

Las instituciones clínicas y ambulatorias, igual que los psicoterapeutas de las clínicas privadas citados más arriba, representan simplemente una parte de una selección aleatoria del abanico de trabajo terapéutico con pacientes psicóticos que se hace en Alemania y en Austria. Aparte de la breve descripción de las fases iniciales de la primera mitad del siglo XX, el objetivo ha sido describir la orientación actualmente predominante, y los esfuerzos y programas concretos en marcha para intentar avanzar futuros desarrollos.

La magnitud y la consolidación de la terapia psicodinámica o psicoanalítica de pacientes con trastornos psicóticos sufrió una interrupción brusca y violenta debida al régimen nacionalsocialista, que dejó un hueco que sólo se pudo llenar con dolorosos esfuerzos. Sin embargo, hoy en día esas consecuencias negativas del nacionalsocialismo no solamente se han eliminado definitivamente, sino recuperado, e incluso debe admitirse un avance en ciertos aspectos, por ejemplo, en comparación con Norteamérica. Debemos admitir que, con pocas excepciones, en las Clínicas Universitarias y los Hospitales Psiquiátricos de Alemania y Austria el enfoque es bastante biológico y unilateral (como en Norteamérica actualmente). Sin embargo, en los últimos 20 años, en innumerables clínicas y

ambulatorios, no universitarios, , las psicoterapias de las psicosis han ganado mucho terreno.

También se debe tener lo siguiente en cuenta: hasta hace poco (puntualmente incluso hasta hoy) no solamente ha habido una actitud escéptica y a veces incluso hostil de la psiquiatría académica, obstruyendo el camino de una terapia de las psicosis más global, sino también un cierto dogmatismo rígido del propio psicoanálisis. Uno tiene la impresión de que no solamente tienen efectos adversos las resistencias y los desafíos externos, sino también los efectos negativos de las luchas desfavorables e improductivas entre las distintas escuelas del psicoanálisis. Nunca ha habido, y hoy en día todavía no lo hay, un consenso general sobre la etiopatogenia, psicodinámica y psicoterapia de las psicosis dentro y entre las distintas escuelas del psicoanálisis. Pero me parece que actualmente esto está cambiando. Incluso donde difícilmente pueden haber cambiado mucho los conceptos teóricos oficiales, uno tiene la impresión de que el resultado de las experiencias en esta tarea difícil de la psicoterapia con pacientes psicóticos, ha sido una fuerza impulsora de un desarrollo y una práctica con procedimientos increíblemente similares. Los grandes avances en este campo, y la tendencia cada vez mayor a la cooperación, indican claramente un futuro positivo y prometedor.

Bibliografía

- Aderhold, V., Alanen, Y.O., Hess, G. Hohn, P (eds) (2003). *Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*, Giessen : Psychosozial-Verlag.
- Bister, W. (1965): *Symptomwandel bei Schizophrenen in psychotherapeutischer Sicht. Über mitmenschliche Kommunikationsweisen Schizophrener*. Enke, Stuttgart.
- Bister, W. (1976): Über das neue Verständnis für die schizophrenen Psychosen. In: Eicke, D. (Ed.): *Die Psychologie .des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kintler.
- Böker, H. (2006) (Ed.): *Psychoanalyse und Psychiatrie*. Springer: Heidelberg.
- Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. *Gesammelte Werke*, VIII, S. 239320. London: Imago. 1945.
- Griesinger, W. (1861): *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. 2. Auflage. Krabbe, Stuttgart.
- von Haebler, D, Müller, T, Matejek, N (eds). (2007). *Perspektiven unxd Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie*. Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Band 17. Giessen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Happach, C., Th. Piegler (2000): Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen. *Psychotherapeut* 45, S. 39 - 43, Springer.

- Hartwich, P., M. Grube (2003): *Lehrbuch der Psychosentherapie*. 2. Auflage. Steinkopf, Darmstadt.
- Hellinger, G. (1994): *Ordnungen der Liebe*. Ein Kursbuch. Carl Auer, Stuttgart.
- Heltzel, R. (2006): Psychodynamische Aspekte in der stationären Behandlung psychotischer Patienten. In: Böker, H. (Ed.): *Psychoanalyse und Psychiatrie*, S. 265 - 278. Springer, Heidelberg.
- Kisker, K. (1960): *Der Erlebniswandel des Schizophrenen*. Springer, Berlin.
- Lempa, G. (1992): Zur psychoanalytischen *Theorie der psychotischen Symptombildung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Lempa, G. (2005): Schizophrenie-Screening und anschließende Frühintervention. Kritische Überlegungen aus psychodynamischer Sicht.
- In: Juckel, G., E. Troje: Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen prodromalzustand. *Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie*, Band 13, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Matakas, F. (1991): *Neue Psychiatrie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Matussek, P. (1982): Geschichte und Entwicklung der Forschungsstelle Psychotherapie und Psychodynamik von Schizophrenen. *Bericht des Max-Planck-Instituts München*, Heft 4/82.
- Meissel, T & Eichberger, G (eds). (2002). *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie*, Linz: edition pro mente.
- Mentzos, S. (1991): *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Mentzos, S. (1992): *Psychose und Konflikt*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Mentzos, S. (1995): *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Mentzos, S. (2002): Psychoanalyse der Psychosen. In: *Psychotherapie im Dialog* 3: 223-229.
- Müller, Th. (2006): Traumgedanken - Wahngedanken. Im Druck. Erscheint im *Jahrbuch der Psychoanalyse* 2006.
- Pohlen, M. (2004): Im Memorium Paul Matussek., 75, S. 496 - 497.
- Retzer, A. (1994): *Familie und Psychose. Zum Zusammenhang von Familieninteraktionen und Psychopathologie bei schizophrenen, schizoaffektiven und manisch-depressiven Psychosen*. G. Fischer, Stuttgart.
- Sandner, D. (Ed.) (1986): *Analytische Gruppentherapie mit Schizophrenen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Scharfetter, C. (2006): Psychodynamik vor Freud. In: Böker, H. (Ed.): *Psychoanalyse und Psychiatrie*. S. 23 - 32. Springer, Heidelberg.
- Schilder, P (1928). *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Company.

- Schindler R (1960). Das psychodynamische Problem beim sogenannten schizophrenen Defekt. In G. Benedetti & C. Müller (eds): 2. *Internationale Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie*, ss. 276-288. Basel: Karger.
- Schwarz, F. (1983): Psychoanalytische Familientherapie bei schizophrenen Psychosen. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 28, S. 73 - 79.
- Schwarz, F. (2000): Empirische Studien zur psychodynamischen Psychosentherapie. *Forum der Psychoanalyse* 8, S. 123 - 129.
- Schwarz, F., Chr. Maier (Ed.) (2001): *Psychotherapie der Psychosen*. Georg Thieme, Stuttgart.
- Stierlin, H. (1975): *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Klett, Stuttgart.
- Weber, G. (Ed.) (1993): *Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Gert Hellingers*. Carl Auer, Heidelberg.
- Winkler, W., Th. (1954): Krisensituationen und Schizophrenie. *Nervenarzt* 25, S. 500 ff.
- Winkler, W. Th. (1954a): Zum Begriff der Ich-Anachorese beim schizophrenen Erleben. *Arch. Psychiat. und Neurologie* 192, S. 234 ff.
- Winkler, W. Th. (1957): Bericht über den Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung bei einer katatonen Schizophrenie. In: S. Karger (Ed.): *Internat. Symposium Psychotherapie der Schizophrenie*, S. 162, 1956. Basel, N. York.

Contribución de algunos psicoanalistas franceses al punto de vista clínico y teórico de la transferencia en el tratamiento psicodinámico de las psicosis

Jean-Max Gaudillière y Francois Davoine

Este capítulo está dedicado a un estudio del trabajo de varios médicos y teóricos franceses interesados por el punto de vista psicoanalítico de las psicosis en los últimos cincuenta años. En última instancia, esta historia concreta se ha visto muy marcada por los resultados políticos de la Segunda Guerra Mundial en Francia. No pretendemos hacer una lista exhaustiva con todos los autores franceses que se han dedicado al asunto, y de forma deliberada estamos dispuestos a tomar la responsabilidad de nuestra parcialidad, y de nuestra decisión de prescindir de cualquier orden cronológico. Más bien seguiremos la senda de nuestra propia formación, en el curso de la cual conocimos a Gaetano Benedetti, le invitamos a dar conferencias en Francia en 1988, y desde entonces participamos en casi todos los symposiums organizados por la ISPS, antes de unirnos formalmente a la asociación.

Nuestro primer encuentro con Gaetano Benedetti fue al principio de la década de los años ochenta en los Estados Unidos, con motivo de la jubilación de Otto Will, ya fallecido. Con respecto a las características concretas del psicoanálisis en Francia en aquel momento, hay que subrayar ya que no había en ese momento traducción al francés de la obra de Bene-

detti, y que era casi obligatorio cruzar el Atlántico para conocer a tan destacado psicoanalista, aunque vivía a menos de seis horas en coche desde París. Es algo que tuvimos que volver a experimentar muchas veces. Profundamente impresionados por su discurso en el Austen Riggs Center, decidimos invitarle a París al comienzo de 1985, y descubrimos que se trataba de su primera invitación profesional a Francia. A partir de ese momento dimos un seminario anual sobre su obra y empezamos a traducir y publicar algunos de sus artículos al francés; también empezamos a traducir sus libros. (Acerca de Benedetti, cf. *Capítulo 9*).

Cuando invitamos a Gaetano Benedetti, organizamos varios seminarios: uno de ellos, en el Hospital Psiquiátrico público Paul Guiraud en Villejuif (en los suburbios de París). Invitamos a algunos compañeros psicoanalistas que compartían con nosotros el mismo tipo de experiencia con Benedetti. Uno de los invitados resaltó de inmediato y llamó la atención por su diálogo directo con él, después de su presentación clínica; se llamaba Françoise Dolto.

M.-A. Sechehaye y Françoise Dolto

Antes de entrar en la descripción de la situación y el desarrollo del psicoanálisis de la esquizofrenia en Francia, nuestro idioma, por una vez, nos da la oportunidad de echar un vistazo más allá de nuestras limitaciones. Por eso debemos trasladarnos a Suiza, en la época de la primera publicación de la obra de M-A Sechehaye (1887-1964) en francés. Recordemos que, después de todo, los primeros encuentros organizados por Gaetano Benedetti y Christian Müller en Lausanne fueron en alemán y en francés, antes de pasarse al universal inglés.

La principal obra teórica de Sechehaye, *'La Réalisation Symbolique'* (La realización simbólica) fue publicada en 1947. Poco después se publicó *'Le Journal d'une Schizophrène'* (Diario de una esquizofrénica) (Sechehaye, 1950), y en ediciones ulteriores aparecieron imágenes de la película que se hizo (1968) a partir de los recuerdos de Renée (la paciente), con un comentario de su terapeuta.

Nos sorprende la extraordinaria libertad y la valentía de la Sra. Sechehaye. Nunca tuvo miedo de la impresionante regresión, ni de los delirios de su joven paciente. Como terapeuta, actúa muy cerca de cada momento importante de la transferencia psicótica, incluso en el momento de la regresión fetal. Consiguió imponer su voluntad para curar a Renée, aunque fue necesario hospitalizarla varias veces. La Sra. Sèchehaye no duda

en compartir algunos aspectos de la vida cotidiana con su paciente, o en utilizar una alimentación concreta para estar en contacto con Renée. La analista se vio ayudada en gran medida por sus estudios de las descripciones del desarrollo psíquico de los niños realizadas por Jean Piaget (1951).

En el último capítulo, en el que se recogen sus conclusiones sobre los recuerdos de Renée, escribió (la traducción es nuestra): "Conceptualización dinámica del proceso de desintegración de la esquizofrenia: estamos ante una paciente que, como Renée, ha llegado al punto de una profunda regresión a los estados primitivos de su evolución, ¿por qué no analizar estos fenómenos a la luz de la teoría de Piaget?. A partir de esa comparación podríamos llegar a la conclusión (y esto es hermoso) de que lo que a nuestros ojos puede ser un proceso de disgregación puede ser, en determinadas condiciones, un proceso de reconstrucción". En este momento no estamos tan lejos de las formulaciones de Benedetti. No hay duda de que podemos reconocer la misma energía en la obra de Christian Müller (1982).

La obra de Sechehaye parece un prefacio de la investigación y las intervenciones clínicas que posteriormente se dieron en Francia. Hasta su estilo puede introducirnos en la obra y la personalidad de Françoise Dolto, quien empezó a practicar el psicoanálisis con niños trastornados en 1938, y fundó la Ecole Freudienne de Paris con Jacques Lacan.

Françoise Dolto (1908-1988) ocupa en Francia prácticamente el mismo puesto que D. W. Winnicott en Inglaterra: procedente de una familia (su apellido de soltera era Murette) que trabajó de forma especialmente activa en la Resistencia, empezó a trabajar con niños al comienzo de la Segunda Guerra Mundial. Desde ese momento empezó a demostrar su genialidad en el trabajo psicoanalítico, incluso con niños extremadamente difíciles, aparentemente fuera del alcance de cualquier familiar o profesional. Fue al mismo tiempo eficaz, rigurosa y realmente comprometida con la transferencia, pero reprendiendo claramente a cualquier que atacara la "causa de los niños", término que ella acuñó (Dolto, 1971, 1971a). Solía expresarse sin hacer uso de jerga alguna y, como Winnicott durante la guerra, condujo un muy popular programa de radio en directo en la década de los años 70: respondía como analista a las preguntas de los padres ansiosos, pero sin palabras demagógicas, ni débiles. Rápidamente su voz se convirtió en un punto de referencia para muchas personas, la mayoría lejanas al campo del psicoanálisis.

Además Françoise Dolto se acostumbró a elaborar su teoría a partir de la experiencia directa de la transferencia, como muestran el siguiente

ejemplo. En una reunión de trabajo habíamos invitado a varios hechiceros Sioux a París, tras haber colaborado con ellos sobre una base clínica en varios veranos en Dakota del Sur. Pedimos a Françoise Dolto que escuchara a Águila Alce describir, con la ayuda de su amigo Stanley Pájaro Rojo, un caso muy difícil que había tenido que tratar en el hospital del Estado a petición de los médicos convencionales. En el marco de su propio contexto cultural, y de la ceremonia de curación que tuvo que representar con un niño moribundo, Joe describió cómo vio iluminarse el cuerpo del niño en la oscuridad de la habitación del hospital, y cómo le dio a beber agua después de la ceremonia. El niño terminó por recuperarse más adelante; hasta pudo comer algo aquella misma tarde, tras varios días de marasmo. Ya conocíamos la historia, y nos preguntábamos cómo reaccionarían los analistas parisinos. Françoise Dolto respondió: "No me sorprende lo que nos han contado sobre sus propios sentimientos durante la ceremonia de curación dedicada a un niño incapaz de expresar nada con palabras, ni siquiera con los ojos. Tengo exactamente la misma experiencia con los niños que sufren, que en determinadas circunstancias pueden verse prácticamente catatónicos. Cuando un paciente así no puede expresar sus sentimientos, ni prácticamente sentirlos, me pongo en su lugar y, a través de mi cuerpo, siento las oposiciones más primitivas, como luz/oscuridad, frío/calor, etc., y se las expreso a él".

Jacques Lacan

Prácticamente desde el principio de su compromiso profesional con los niños, Françoise Dolto estuvo en contacto con las enseñanzas de Jacques Lacan (1901-1981) - fue una de las pocas personas que le tuteaba. Su vida abarcó los mismos decenios del siglo XX, y podemos considerar que son los principales predecesores en nuestro campo de trabajo.

Lacan nunca elaboró una teoría clara de la transferencia psicótica. Prefirió detener su investigación justo antes de llegar a "la cuestión de la posible manipulación de la transferencia en la psicosis" (véase esa 'cuestión' en sus *Ecrits*; Lacan 1966). Consideró que este trabajo de reinterpretación de Freud era una inmensa tarea dedicada a volver a encontrar las raíces de los descubrimientos freudianos: el inconsciente y la represión, unidas a una teoría del lenguaje, etc. El tema de la psicosis en el psicoanálisis sería analizado más adelante. El solía bromear sobre su experiencia con la psicosis como psicoanalista. "Naturalmente que he tratado con psicoanálisis a algunos pacientes psicóticos. Curé a alguno de ellos, pero no sé cómo lo hice".

Puede que su formación como psiquiatra, de gran reputación ya antes de la Segunda Guerra Mundial, y el hecho de que fuera miembro del grupo surrealista durante una época, fueran las claves de su aproximación a la locura. Durante años siguió presentando pacientes en público, en el hospital psiquiátrico de Sainte Anne en París, como hacía Gaetan Gatien de Clérambaut, el único maestro que reconoció. Por otro lado, en línea con un enfoque psicoanalítico, organizó varias conferencias de trabajo dedicadas al análisis de las psicosis en el centro que había creado, la Ecole Freudienne de Paris (que optó por disolver unos meses antes de morir). No obstante la mayor parte de su enseñanza sobre la psicosis procede de sus seminarios orales, especialmente de dos de ellos: Las psicosis, en el que habló del caso freudiano de Schreber, y La ética del psicoanálisis (Lacan, 1986), donde hace una reflexión muy profunda sobre los textos de las tragedias griegas clásicas y sobre antropología.

Mediante la reinterpretación de Freud y Schreber, Lacan elaboró conceptos fundamentales, que son útiles para el analista para determinar dónde se encuentra en el viaje transferencial con la locura. Lacan acuñó el término "exclusión del nombre del padre" como traducción del *Verwerfung* freudiano. La famosa tríada, *simbólico, imaginario y real*, terminó en las enseñanzas de Lacan con el misterioso y provocador nudo borromeo: cuando se corta uno de los tres círculos que representan a estos tres dominios los otros dos se aflojan, y de ahí surge la locura en sí. El concepto de lo real es especialmente interesante en nuestro campo, en cuanto a que designa un orden sin nombre, palabra ni imagen. No hay duda de que en la transferencia tenemos que ser muy precisos para reconocer lo que ocurre en los límites de estas tres categorías.

Lacan nos ayuda a profundizar, comentando algunas tragedias griegas de Sófocles, Antígona y Edipo en Colono. Estas obras maestras nos abren un importante campo que Lacan denomina "el espacio entre dos muertes", un espacio y un tiempo a los que podemos aproximarnos entre el momento de la muerte biológica y el momento en el que según el ritual se puede escribir el nombre en una lápida. Si pensamos en los evidentes vínculos que existen entre la locura y el trauma, ¿cómo podemos negar este lección elemental que nos enseñan los veteranos de guerra o quienes han sobrevivido a ataques o a catástrofes naturales?.

Pero podemos comprender que todos estos conceptos son realmente exigentes, y no podemos respaldar ningún tipo de reduccionismo, al menos al margen de la teoría de Lacan íntegra. Por ejemplo, considerar la negación del nombre del padre como rasgo semiológico para hacer un diagnóstico de psicosis es simplemente una tontería.

Gisela Pankow y Piera Aulagnier

Con frecuencia el estilo de Lacan fue gongoriano y provocativo. En ocasiones le vimos actuar con ferocidad con personas a las que no respetaba, incluso algunos de sus alumnos. Pero uno de los psicoanalistas más importantes en nuestro terreno llegó a ser más fiero de otra forma. Françoise Davoine, para quien fue su mentora durante algunos años, solía bromear diciendo: 'Después de experimentar la personalidad y el compromiso de Gisela Pankow (1914-1998), no volví a tener miedo de un paciente psicótico'. Era de origen alemán, y después de estudiar medicina en este país, empezó a trabajar como psicoanalista en París al principio de la década de los años cincuenta.

Hasta el final de su vida dirigió también un seminario clínico en el hospital psiquiátrico público de Saint Anne. Durante algunos años probablemente fue la única persona de París capaz de aceptar el reto de tratar con psicoanálisis a los pacientes más perturbados, incluidos los manifiestamente psicóticos, contra los preceptos del análisis clásico (Pankow, 1969). Esto lo hizo en su consulta privada. Aunque no era de trato fácil, solía supervisar a muchos discípulos, incluidos psiquiatras que trabajaban en hospitales públicos, que además eran psicoanalistas en ese período de la historia del tratamiento de la psicosis en Francia. Una de las personas a las que supervisó fue el director médico de nuestra unidad, Edmond Sanquer. Se respetaban mucho. Es evidente que el paisaje cambió de forma radical después de este período, como se demuestra por el hecho de que al principio de la década de los años 70 el 80% de los psiquiatras practicaban el psicoanálisis, cosa que sólo ocurre con el 5% en la actualidad. Quizás necesitemos la fuerza y el valor de otra Gisela Pankow.

Hay una historia que puede ilustrar cómo solía abordar la transferencia psicótica, en la inmediatez y la proximidad, lo que constituyen los principios de Thomas Salmon de la psiquiatría hacia delante. Un día entró en la sala de espera y observó que el siguiente paciente ya tenía una pierna fuera del balcón; era un séptimo piso. Tranquila, con su fuerte acento alemán, le preguntó: "¿Qué haremos con su cadáver?". El paciente regresó y hablaron de ese importante tema en una sesión. Sobre los intentos de suicidio solía decir a sus colegas y a sus pacientes que, cuando están tratando de matarse, están evidentemente tratando de matar algo en su interior, no de acabar con sus vidas.

Para explicarlo, y para poner la idea en el contexto de la transferencia, le gustaba utilizar modelos de arcilla. Ponía las monstruosas figuras crea-

das por sus pacientes en una mesita entre ella y sus pacientes y decía: "¡Denme monstruos!. Soy una traficante de monstruos." Su marco teórico general trataba de la imagen del cuerpo, pero además lo utilizaba como representación interpretable de los accidentes de la historia del linaje. Probablemente era capaz de intervenir con tanta eficacia en la transferencia porque hablaba de su propia historia, profundamente marcada por las dos Guerras Mundiales. Recordamos a otra psicoanalista alemana en el exilio, Frieda Fromm-Reichmann, cuando declaró en Chetnut Lodge: "Aun en el caso de la catatonia más regresiva, cuando uno dice que no hay transferencia, en realidad todo es transferencia". En ese mismo sentido Gisela Pankow acuñó el término de un "injerto de transferencia". Mantuvo su independencia hasta su muerte, y organizó la transmisión de su conocimiento mediante varios libros y numerosos artículos, dando una buena idea de su estilo y su eficacia.

Hablemos ahora de una tercera psicoanalista, Piera Aulagnier (1923-1990). Llama la atención el hecho de que, al igual que Gisela Pankow, naciera en el extranjero (en Italia durante el período fascista de Mussolini) y que también empezara a trabajar en Francia como psicoanalista. Habiendo formado parte del primer instituto creado por Jacques Lacan, ella lo abandonó al cuestionarse los métodos utilizados para formar a los psicoanalistas. Pero siguió inspirada por las enseñanzas de Lacan en la elaboración de su propio punto de vista psicoterapéutico con respecto a la psicosis. Sus libros son buena muestra de su exigente precisión a la hora de presentar su trabajo clínico. Escribió *The Violence of the Interpretation* (La violencia de la interpretación, Aulagnier, 1975), dedicado al campo de la transferencia, aunque no mediada por completo por los medios de representación convencionales. Así fue capaz de distinguir el clásico "significante" lacaniano, accesible a las formaciones del inconsciente reprimido, del "pictograma" que se utiliza cuando se interrumpe la cadena del lenguaje y su transmisión. Pero murió pronto y sus enseñanzas quedaron limitadas, aunque fue maestra de algunos analistas en el 'Quatrième Groupe', el cuarto grupo, que creó con algunos compañeros, cuando se separó de Lacan.

P. C. Racamier, Claude Barrois y otros

Paul-Claude Racamier (1924-1996) participó en el comienzo de los Symposiums de la ISPS iniciados por Gaetano Benedetti y Christian Müller. Dirigió varios Servicios de psiquiatría en Francia y Suiza y escribió un número impresionante de libros y artículos dedicados al psicoanálisis

de la psicosis. En uno de los más conocidos, titulado *The Psychoanalyst without any Couch* (el psicoanalista sin diván), explora la especificidad y la posibilidad de la labor psicoanalítica en el marco del hospital. También publicó un libro especial sobre los pacientes esquizofrénicos (Recamier, 1980). Pensamos que es importante hacer hincapié en su último libro, *The Genius of the Origins* (El genio de los orígenes): subraya la eficacia negativa de los trastornos cognitivos y cómo la locura sirve de piedra de toque para poner de manifiesto tales manipulaciones de la mente, el alma y el cuerpo del otro.

Racamier no da muchos detalles de su forma personal de entender este campo, pero sí suficientes para demostrar la fuerza de su implicación en el proceso de transferencia. Nunca utilizó tal descripción como parte de una etiología, y sabemos que probablemente esta actitud sea la base de cualquier posible intervención inspirada por el psicoanálisis en este dominio formado en cierto grado por rasgos como por la violencia, el retraimiento, la exclusión, la forclusión, la negación y la erradicación..

También queremos citar la obra de Claude Barrois. Fue director de psiquiatría en el Hospital Militar de *Val de Grâce* en París durante muchos años, hasta que se jubiló, y fue también un psicoanalista muy sensible, uno de los pocos practicantes capaces de tratar y explorar los traumas de guerra como psicoanalista (Barrois, 1993; Barrois, 1998), y de explicar sus conexiones con la locura.

Sidney Stewart (1920-1998) llevó a cabo toda su carrera como psicoanalista en París; es uno de los pocos supervivientes de la Marcha de Bataan y de los campos japoneses durante la Segunda Guerra Mundial (Stewart, 1990). Tenemos aquí la oportunidad de mencionar también el papel de su mujer, Joyce MacDougall quien, aparte de su sobresaliente trabajo, sin duda interpretó la misión de "*porteur*" importante, ayudando a algunos psicoanalistas franceses a cruzar las fronteras y a entrar en contacto con los clínicos y teórico ingleses, estadounidenses y de Europa del norte. También merece la pena mencionar al psiquiatra Georges Daumezon (1912-1980), responsable de un Servicio del hospital de Sainte Anne hasta su muerte. Fue maestro de muchos psiquiatras jóvenes abiertos al psicoanálisis en el contexto de un hospital psiquiátrico público.

Naturalmente, hay muchos otros autores importantes que no hemos citado en esta corta presentación. Hemos elegido a estos entre quienes nos dieron herramientas indispensables para lograr los objetivos de la ISPS y que estaban de acuerdo con los principios de Benedetti, o que al menos no estaban en contra. Tras más de treinta años en hospitales psiquiátricos y en consultas privadas, nuestra propia obra (Davoine y Gaudilliere,

2004) nosotros pretendemos continuar la genuina línea abierta por nuestros predecesores, quienes consideraban la transferencia en el proceso psicodinámico de las psicosis como un proceso de coinvestigación con el paciente, explorando las “áreas muertas” (Benedetti,1983) que representan las rupturas en la fábrica social, en orden a regenerar las capacidades perdidas para el lenguaje y la historia (Freud,1939,a).

Bibliografía

- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Barrois, C. (1993). *Psychanalyse du guerrier*. Paris: Hachette.
- Barrois, C. (1998). *Les Névroses traumatiques*. Paris: Dunod.
- Benedetti G (1983) *Todeslandschaften der seele*. Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht.
- Davoine, F. and Gaudillière, J.-M. (2004) *History beyond Trauma*. New York: Other Press.
- Dolto, F. (1971). *Psychanalyse et Pédiatrie*, Paris: Editions du Seuil.
- Dolto, F. (1971a). *Le cas Dominique*, Paris: Editions du Seuil.
- Freud S.(1939,a) *Moses and Monotheism*. Standard Edition XXIII
- Lacan, J, (1966). *Ecrits*. Paris: Editions du Seuil. In English: *Ecrits, A Selection*, New York: Norton 1959-1960.
- Lacan, J. (1986). *Séminaire VII: L'éthique de la psychanalyse, 1959-1960*. Paris: Editions du Seuil. In English: *The Seminar of Jacques Lacan Book VII The Ethics of Psychoanalysis*, transl. D. Porter, New York: Norton, 1977.
- Müller. C. (1982). *Etudes sur la psychothérapie des psychoses*. Toulouse: Privat.
- Pankow, G. (1969). *L'Homme et sa psychose*. Paris: Editions Flammarion.
- Piaget, J. (1951) *Play, Dreams and Imitation in Childhood*, transl. C. Gattegno and F. M. Hodgson, New York: Norton.
- Racamier, P. C. (1980). *Les Schizophrènes*. Paris: Payot.
- Racamier, P. C. (1992) *Le Génie des origines*. *Psychanalyse et Psychoses*. Paris: Payot.
- Secheyave, M.-A. (1947). *La Réalisation Symbolique*. In *Revue de Psychanalyse et de Psychanalyse Appliquée*, n°12, Berne.
- Secheyave, M.-A. (1950). *Le journal d'une Schizophrène*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Stewart, S. (1956). *Give Us This Day*. New York, Avon, 1980.

ITALIA: la Ley de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y el Desarrollo de Estrategias de Psicoterapia

Marco Alessandrini y Massimo di Giannantonio

Las reformas legislativas

En mayo de 1978 el Parlamento Italiano aprobó la Ley de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica (Ley de 13 de mayo de 1978, n° 180). El 23 de diciembre de ese mismo año la ley fue incorporada a una legislación sobre asistencia sanitaria más exhaustiva (ley n° 833). La única diferencia entre las dos es que en la ley 180 se fijó un tope de 15 camas por planta de psiquiatría, mientras que en la ley 833 se encomienda al plan de seguridad social, establecido en cada Región, la tarea de fijar el número de camas (Cazzullo, 2000).

Estas grandes reformas dieron lugar a una larga serie de innovaciones e ideas que se originaron principalmente en ciudades concretas como Gorizia, Arezzo y Perugia. No hay duda de que muchos conocen el nombre de Franco Basaglia (1924-1980) que en 1962 dirigía el hospital psiquiátrico de Gorizia puso en marcha un proceso de renovación que alcanzó su cota máxima con el establecimiento de la primera “comunidad terapéutica” italiana, inspirada en la de Maxwell Jones en el Reino Unido (Basaglia, 1982; Colucci y Di Vittorio, 2001).

En aquel entonces, estas experiencias se contemplaban a la luz de una ideología política basada en el comunismo; la idea era sustituir las únicas instalaciones existentes, los hospitales psiquiátricos, por una gran red de "Centri Territoriali" (centros territoriales). Hoy en día esos centros reciben muchos nombres diferentes, dependiendo de las regionales italianas, aunque el más habitual es el de "Centro di Salute Mentale" (C.S.M.; o Centro de Salud Mental). Antes los pacientes solían ser ingresados en hospitales psiquiátricos durante un período de tiempo no especificado, sin recibir tratamiento ni rehabilitación reales (lo que contribuía a su caída en un completo aislamiento social). Ahora sólo pueden ser ingresados en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, y sólo unos pocos días. La ley 180 había revolucionó la psiquiatría italiana.

Hay Centros de Salud Mental por todo el país, a menudo independientes y distantes de los hospitales públicos. Su misión es proporcionar tratamiento y rehabilitación, y realizar actividades dirigidas a la inclusión social del paciente, ya sea desde el hogar del paciente o en el seno de su propio entorno ambulatorio. Los pacientes psiquiátricos tienen que ser exactamente iguales que los demás pacientes médicos, y deben recibir un tratamiento intensivo en régimen ambulatorio y territorial, con el objetivo final de recobrar su vida normal en la sociedad. La psiquiatría basada en los hospitales psiquiátricos ha sido sustituida por otra "de base territorial" (Berti Ceroni y Paltrinieri, 1996).

Centros operativos

Desde 1978 hasta ahora, la historia de la psiquiatría italiana se ha caracterizado por un agrio debate y una discusión político-cultural sobre el cumplimiento de la ley 180. Los hospitales psiquiátricos han sido cerrados y ya no existen; pero la red de 'Centros Territoriales' sólo se ha desarrollado parcialmente. Por esto dichas redes muestran muchas deficiencias, y se han creado algunos espacios para prácticas de rehabilitación-tratamiento que resultan muy inconsistentes y heterogéneos (Rossi Monti, 1994).

Básicamente, cada Azienda Pubblica Ospedaliera (hospital público) tiene su propio *Dipartimento di Salute Mentale* (D.S.M, 'Departamento de Salud Mental') y su Director. A su vez, el Departamento engloba a cierto número de centros terapéuticos, a los que son remitidos los pacientes en función de las características del trastorno que presenten en ese momento.

El primero de esos centros, aunque no el más importante, es la unidad de urgencias psiquiátricas (denominado '*Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*' - S.P.D.C.). Se encuentra físicamente dentro del hospital público, y se utiliza para ingresar a pacientes con trastornos agudos, durante períodos cortos de tiempo. La hospitalización también puede ser ordenada por la ley; pero en estos casos concretos no puede durar más de siete días, según la ley 180.

El segundo tipo de centro es el C.S.M., centro de salud mental (ya mencionado), formado por varias 'Unità Operative' (unidades operativas) y se suele encontrar, como ya hemos indicado, apartado del hospital público; la idea es que los pacientes ingresados se encuentren en un entorno lo más diferente posible al del hospital convencional.

De las unidades operativas que forman parte del centro de salud mental, la '*Unità Territoriale*' (U.T., unidad territorial) es con mucho la más importante, y el 'núcleo' del Departamento. De hecho en la unidad territorial trabajan psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales; realizan visitas en régimen ambulatorio, psicoterapia, actividades a domicilio, formación vocacional y actividades de integración laboral. Estos profesionales asisten a los pacientes, y exploran su vida y su dinámica psíquica y relacional para organizar un proyecto terapéutico personalizado. En caso necesario, la Unidad organiza una estancia de corta duración en la Sala de urgencias para superar un problema agudo temporal. Además, es la Unidad la que remite al paciente a otras Unidades Operativas del Centro de Salud Mental, si es necesario para el proyecto terapéutico personalizado establecido para cada paciente individual.

Por lo general las demás Unidades Operativas se encuentran en el mismo edificio que el Centro de Salud Mental (o en su vecindad) y casi siempre incluye el hospital de día (H.D), para el tratamiento de trastornos subagudos y para evitar hospitalizar a los pacientes con trastornos agudos; y el Centro del Día (C.D.), para rehabilitar a los pacientes con trastornos más crónicos. Por último, los demás centros de tratamiento que pertenecen al Departamento de Salud Mental, a los que el paciente puede ser remitido desde la Unidad Territorial, son: la Comunidad Terapéutica (C.T), a la que los pacientes deciden ir voluntariamente para vivir unos meses o hasta 2 a 3 años, y para recibir un tratamiento más intensivo y de base comunitaria; las Casas de Familia (C.F.), para alojamiento de larga duración, es decir, para paciente con escasas posibilidades de inclusión social a corto plazo. En esencia, las Casas de Familia son un entorno residencial integrado en el contexto urbano y social; en él los pacientes participan en actividades de rehabilitación de intensi-

dad progresiva. La finalidad de los denominados '*Gruppi Appartamento*', G.A. grupos en apartamento) es similar. En dichos apartamentos los pacientes, todavía bajo el control de la Unidad Territorial, pueden pasar períodos de tiempo corto o incluso largos para ayudarles a separarse de la familia, en cuanto estén preparados para ello, y para conseguir un empleo. Como los pacientes conviven con otras personas en estos apartamentos, es frecuente que se desarrolle una solidaridad mutua. Por último, en algunas regiones, p. ej., en el Piamonte, en algunos casos los pacientes van a vivir durante una temporada con una familia ajena a la suya, para favorecer su autonomía e iniciar un nuevo proceso de identificación apoyado en un contexto de relaciones mejores que las anteriores (Aluffi, 2001).

Por lo tanto el actual modelo italiano está enteramente centrado en el tratamiento y la rehabilitación del paciente mediante múltiples centros coordinados por un mismo Departamento, acogiendo en la mayor parte de los casos proyectos individuales establecidos por la Unidad Territorial del Centro de Salud Mental. En la mayor parte de los casos, un psiquiatra de la Unidad Territorial desarrolla una relación terapéutica y personal continuada con el paciente individual; se convierte en su médico de referencia y, lo que es más importante, es quien prepara, en colaboración con el paciente, los diferentes pasos del proyecto terapéutico.

Dificultades actuales

Aunque este modelo parece muy innovador sobre el papel, ha sido puesto en práctica de forma muy incompleta. Hay dos puntos débiles principales. El primero es que no existen centros de tratamiento en todos los Departamentos de Salud Mental; y algunos no son públicos (gestionados por el gobierno), sino que son gestionados por empresas privadas. Así puede ocurrir que un paciente sea indebidamente "aparcado" en centros de día o en una Casa de Familia, que no tienen un interés real por la inclusión social del paciente. En segundo lugar, esta situación puede darse cuando los miembros del personal de la Unidades Territoriales o de los Centros de Salud Mental carecen de la adecuada formación psicoterapéutica y profesional; o incluso, cuando la tienen pero no forman parte de un equipo. Esa es la razón de que las intervenciones psicoanalíticas, sistémicas, cognitivas y de grupo coexistan con otras técnicas "espontáneas", sin que exista diálogo entre los miembros del personal, y sin utilizar dichas técnicas de forma integrada.

En resumen, la situación italiana resulta bastante fragmentada y heterogénea si nos fijamos en los diferentes Departamentos de Salud Mental de una misma región, y aun más si se tienen en cuenta los Departamentos de diversas Regiones. De hecho todavía no siempre existe toda la gama de centros de tratamiento y, cuando sí existe, no cumplen necesariamente los requisitos legales, quizás por alojarse en edificios inadecuados o más sencillamente por carecer del personal suficiente. Lo más frecuente es que no haya un Departamento que adopte el mismo modelo psicoterapéutico para amalgamar las diversas técnicas terapéuticas administradas por el personal. Además, el uso de psicofármacos se ha convertido en norma y muchos psiquiatras de las Unidades Territoriales de los Centros de Salud Mental no desarrollan proyectos de psicoterapia para sus pacientes sino que se limitan a controlar los síntomas con fármacos.

El papel de las psicoterapias

En la mayor parte de los casos la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos se aplica en los Centros de Terapia (aunque en grado insuficiente), casi siempre en las Unidades Territoriales de los Centros de Salud Mental. Pero en muchos casos la psicoterapia no se puede aplicar en dichos centros, por que el personal está demasiado ocupado o porque las organización de las diversas actividades es caótica (Bonfiglio, 1999). Esto explica por qué la psicoterapia suele ser administrada por especialistas en consultas privadas, donde pueden ofrecer tratamientos más precisos y continuados. A veces pasa que un especialista que acepta a un paciente con esquizofrenia en su consulta privada para darle un tratamiento de psicoterapia también trabaja de un centro de terapia público y, cuando el paciente dispone de medios, el terapeuta puede sugerirle el tratamiento privado. En Italia, la sanidad pública es prácticamente gratis. Los especialistas que tienen consultas privadas cobran a sus clientes por sus servicios.

En la actualidad no hay ningún centro de terapia en ninguna región en el que esté especialmente bien desarrollada la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos, o donde haya un proyecto de investigación al respecto. Se practica en todas partes pero de forma diseminada y fragmentada, gracias principalmente a los esfuerzos de los terapeutas individuales. Por ejemplo, existen en Roma unidades de psiquiatría en hospitales, o centros de salud mental enteros en los que, gracias a la habilidad de psiquiatras-gestores individuales, todos los miembros de personal, incluido enfermería, reciben una formación de psicoterapia con orientación psicodinámica (o, en ocasiones, sistémico-relacional). En estos casos es frecuente que ha-

ya un *equipo* y que todo el mundo siga un modelo de psicoterapia homogéneo (Ferruta, 2000).

En Trieste, la iniciativa inicial de Fraco Basaglia ha creado profundas raíces y el modelo "territorial" global parece bastante original, con una actividad psicoterapéutica enteramente dedicada a la inclusión social. En esencia, según el modelo de Trieste, la psicoterapia no tiene como objetivo la modificación intrapsíquica del paciente esquizofrénico, sino la posibilidad de inducir al paciente a "adaptar" su funcionamiento psicótico al contexto social, desempeñando una misión crítica, autoafirmativa y transformadora respecto al contexto. De hecho, según este modelo, la psicoterapia no tiene una orientación definida (psicodinámica, sistémico-relacional, etc.), sino el objetivo de fomentar la autoestima de los pacientes y su capacidad de empatizar, mejorando sus habilidades para tomar decisiones y potenciando sus características positivas. De esta forma los pacientes adquieren la capacidad de ajustarse a la realidad social aun siendo "diferentes", y de estimular a la propia sociedad a reconocerlos, aceptarlos e incluso ayudarlos.

En otros sitios, por ejemplo en Milán (y, como ya hemos indicado, en Roma), y en algunas otras ciudades, la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos sigue la vía "clásica", psicodinámica (Correale y Rinaldi, 1997) o sistémico-relacional (Covini y cols., 1984) en la mayor parte de los casos. Sin embargo es infrecuente que estos dos puntos de vista se integren entre sí. El tratamiento en grupo es menos frecuente, aunque se hace, y está basado en su mayor parte en el enfoque de Foulkes (Di Maria y Lo Verso, 1995), o en procedimientos estrictamente rehabilitadores, como el modelo de Spivak. La experiencia de Gaetano Benedetti, como en parte la de Cremerius, ha alcanzado gran popularidad en Milán y en la Lombardia, y en cierta medida en Perugia (Benedetti, 1980; 1991; 1992). Pero en estas ciudades nunca se ha hecho, o sólo se ha hecho parcialmente, un esfuerzo real de investigación, elaborando procedimientos evaluados con la subsiguiente proposición de modelos operativos.

Nos queda por mencionar dos modelos prevalentes que son especialmente frecuentes en Lombardia, en otros puntos del norte de Italia y, más esporádicamente, en otras ciudades. El primer modelo es el que siguen los centros de terapia públicos (operados por el Gobierno): está centrado en la psicoterapia aplicada por un *equipo*. El centro de salud mental, y en particular el personal de la unidad territorial, celebran reuniones mensuales y hablan con los pacientes para "contener" y "transformar" los contenidos psíquicos "impensables" que el personal propone a los pacientes, mediante una especie de "sueño" en grupo. Es evidente que esta forma de actuar

procede de las teorías psicodinámicas, con especial hincapié en la obra de Bion. De hecho en Italia se estudia mucho a Bion, gracias también a la Società Psicoanalitica Italiana, S.I.P.), a la que pertenecen muchos psiquiatras de Centros de Salud Mental. Este modelo ofrece a los pacientes a la vez psicoterapia psicodinámica individual y psicoterapia familiar psicodinámica o sistémico-relacional y el conjunto de recursos de rehabilitación adicionales disponibles en los diversos Centros de Tratamiento del Centro de Salud Mental (Hospital de día, Centro de día, etc.). Por último, son frecuentes las terapias de grupo inspiradas en Foulkes o en el psicoanálisis, o con referencia a Salomon Resnik (a menudo presente en la zona de Venecia para impartir talleres de formación). También se utilizan técnicas expresivas, como el psicodrama (de Moreno, de Jung, etc.), terapias teatrales y terapias artísticas utilizando, por ejemplo, figuras de plastilina.

El segundo modelo es el de los Centros de Tratamiento privados. Operan al margen de los Centros de Tratamiento (gestionados por el Gobierno) y se presentan a sí mismos con una "opción" diferente, es decir, ofrecen un conjunto de actividades que los Centros públicos no siempre pueden ofrecer. Por ejemplo, ofrecen la posibilidad de que madre e hijo pasen más tiempo en apartamentos especiales en los que, con el apoyo del terapeuta, recrean una fase simbiótica, temporal pero intensa, para "reparar" sus experiencias simbióticas previas insatisfactorias (Ferrero, 1998). En este caso los modelos psicodinámicos de referencia son los de Klein, Mahler, Kohut, Benedetti, Zapparoli (1987, 2002) y muchos otros autores, incluida la escuela francesa representada por Lacan, Racamier y Sassolas. La psiquiatría fenomenológica también ha tenido mucho éxito en los Centros de Terapia territoriales, donde se utiliza mucho (Rossi Monti, 1994).

Algunas experiencias están inspiradas en las estrategias de la terapia cognitiva y son seguidas por las comunidades terapéuticas residenciales de orientación cognitiva, en la línea propuesta por Carlo Perris (Perris, 1989). Por último, algunas comunidades terapéuticas adoptan una estrategia doble, psicodinámica (inspirada principalmente por Kernberg) y sistémico-relacional (Cancrini, 1999).

Conclusiones

En Italia no hay un único modelo para la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos, ni se ha fundado una estrategia específica y realmente innovadora. Lo que vemos es un cuadro muy contradictorio, debido indu-

dablemente al cumplimiento parcial de la ley 180 y a la inexistencia de programas de formación sistemáticos para el personal. Pero por ese mismo motivo constituye una realidad dinámica y provocadora, en la que las propuestas internacionales más avanzadas son bien recibidas y reelaboradas en un estilo original.

Aparte del modelo de Trieste, que es muy original y que goza ya de gran estabilidad, otros modelos, basados principalmente en autores como Mahler, Bion, Benedetti, Kohut y Lacan, también son originales e innovadores; pero no han logrado estabilidad y popularidad suficientes para ser propuestas como "modelos" adecuados. Puede que en un futuro cercano veamos aparecer modelos italianos más estructurados y fuertes para la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos. El primer modelo descrito anteriormente, es decir, el seguido por los Centros de Terapia (gestionados por el Gobierno) muestra rasgos uniformes donde ha sido adoptado, con algunas diferencias según los diversos contextos. Hemos de subrayar especialmente la atención que se tiene en proporcionar psicoterapia psicodinámica individual, junto con las reuniones semanales de los equipos, que también se llevan a cabo de acuerdo con enfoques psicodinámicos.

Otros rasgo común es la parte del tratamiento que el equipo de trabajo hace por sí mismo, todo un conjunto de intervenciones terapéuticas y de rehabilitación disponibles en los Centros de Terapia públicos. En realidad, estas intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras enriquecen las modalidades psicodinámicas individuales; ofrecen al paciente un gran número de oportunidades concretas en los que respecta a formación profesional, tutorías del trabajo, vida independiente y desarrollo social. Además estas intervenciones ofrecen un auténtico contexto grupal, que les hace abiertas a una evaluación continuada.

Un tercer rasgo es la creciente atención a la familia. Si la familia está dispuesta a realizar alguna forma de terapia, se organiza una de tipo sistémico-relacional o psicodinámica, dependiendo de las circunstancias. Incluso si la familia rechaza participar en esta opción terapéutica, queda la opción de los grupos de apoyo, en los que pueden participar las familias de los pacientes.

Pero en la actualidad el auténtico reto de la psicoterapia de los pacientes esquizofrénico no es elaborar modelos "originales". De hecho esos modelos ya existen, debido en su mayor parte a la intersección, probablemente única en Europa, entre el modelo "territorial" inaugurado por la ley 180 y la diseminación de las prácticas psicoterapéuticas. Combinando estas últimas con la red de Centros Territoriales, se logra que la psicoterapia, especialmente la orientada psicodinamicamente, nunca se limite al

tratamiento individual. Todos los miembros del personal, a saber, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, se convierten en una especie de "familia terapéutica ampliada" para el paciente, a quien ofrecen trabajo, les facilitan condiciones de vida y promueven su integración social. El verdadero desafío es comprobar si estas experiencias pueden hacer frente eficazmente a la masiva penetración del enfoque neurobiológico reduccionista. Los laboratorios farmacéuticos se inclinan mayoritariamente por éste último, y son ellos quienes financian los institutos de investigación de las universidades. Y es importante subrayar que varios Centro de Terapia públicos (gestionados por el Gobierno) pertenecen a Universidades locales (que también pertenecen al Gobierno).

Bibliografía

- Aluffi G. (2001) *Dal manicomio alla famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Basaglia F. (1982). *Scritti*, vol. I (1953-1968) e vol. II (1968-1980). Torino: Einaudi..
- Benedetti G. (1980). *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Torino: Einaudi.
- Benedetti G. (1991). *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Benedetti G. (1992). *Psychotherapie als existentielle Herausforderung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (Italian edition: *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Milano: Raffaello Cortina; 1997).
- Berti Ceroni G., Correale A. (eds.). (1999). *Psicoanalisi e psichiatria*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bonfiglio B. (1999) *Uno psicoanalista al "servizio". Psicoanalisi nei Centri di Salute Mentale*. Roma: Borla.
- Cancrini L. (1999). *La luna nel pozzo. Famiglie, comunità terapeutiche, controtransfert e decorso della schizofrenia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cazzullo C.L. (2000). *Storia breve della psichiatria italiana*. Milano: Masson.
- Colucci M., Di Vittorio P. (2001). *Franco Basaglia*. Milano: Bruno Mondadori.
- Covini A., Fiocchi E., Pasquino R., Sellini M. (1984). *Alla conquista del territorio. Processo di trasformazione sistemica di un centro psichiatrico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Correale A. Rinaldi L. (eds.) (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Milano: Raffaello Cortina.
- Di Maria F., Lo Verso G. (eds.) (1995). *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferrero P., (1999). *Psicosi. Programma di trattamento, percorso di vita*. Milano: Franco Angeli.

- Ferruta A. (2000). *Un lavoro terapeutico. L'infermiere in psichiatria*. Milano: Franco Angeli.
- Perris C. (1989). *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*. New York: The Guilford Press. (Italian edition: *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996).
- Rossi Monti M. (ed.) (1994). *Manuale di psichiatria nel territorio*. Firenze: La Nuova Italia.
- Zapparoli G.C. (1987). *La psicosi e il segreto*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Zapparoli G.C. (2002). *La follia e l'intermediario*. Bergamo: Dialogos.

EUROPA DEL NORTE: avances en los países escandinavos

*Jukka Aaltonen, Yrjö O. Alanen, Johan Cullberg,
Svein Haugsgjerd, Sonja Levander y
Bent Rosenbaum*

Los países escandinavos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) comparten características culturales que impregnan a las actividades psiquiátricas por medio de congresos, publicaciones, visitas de intercambio y proyectos de investigación. Los estados del bienestar nórdicos han apoyado de manera especial el desarrollo de la psiquiatría comunitaria.

Pero cada país tiene su propia historia al respecto. Por eso describiremos la investigación y las prácticas psicoterapéuticas dedicadas a la esquizofrenia en cada uno de los países, excepto en la pequeña Islandia (bien conocida por su tradición en epidemiología psiquiátrica iniciada por Helgason, 1964). Concluiremos con un repaso conjunto.

SUECIA: DESDE BJERRE AL PROYECTO PARACAÍDAS

Sonja Levander y Johan Cullberg

Pioneros del tratamiento psicodinámico de las psicosis

En Suecia, el desarrollo precoz de la psicoterapia para pacientes psicóticos siguió los pasos de los crecientes conocimientos del movimiento psico-

analítico. Poul Bjerre (1876 - 1964) fue el primero en introducir el psicoanálisis en Suecia. En 1910 conoció a Freud, y en 1911 dio una conferencia sobre el psicoanálisis en la Asociación de Médicos de Suecia. Su obra, rica y accesible, formada por ocho volúmenes de *Collected Psychotherapeutic Papers* (Bjerre, 1933 - 1944) contribuyó considerablemente al creciente interés por la psicoterapia en Suecia. Formuló un modelo psicoterapéutico/psicoanalítico, la "psicosíntesis", subrayando el proceso de autocuración de la psique y su lucha innata por la integridad. Entendió los síntomas psicóticos como una solución provisional relacionada con el proceso de curación.

El caso más conocido de Bjerre fue el de una paciente paranoide que le consultó en 1909 por padecer síntomas persecutorios desde hacía diez años (Bjerre, 1991). Un elemento crucial de sus problemas era la correspondencia que durante 20 años había mantenido con un hombre al que nunca había visto, pero por quien se sentía completamente obsesionada. Cuando por casualidad conoció a su amante de fantasía el hechizo se rompió: la persona idealizada no existía en la realidad. La paciente recibió cuarenta sesiones, en días alternos. Bjerre escribió que no ahorró ningún esfuerzo por intentar persuadirla para que aceptara la realidad de la situación. Ella experimentó un gran alivio cuando los síntomas desaparecieron y "su contacto con el mundo exterior llegó a ser completamente realista". La paciente le pidió a Bjerre que publicara el caso.

Después de Bjerre varios psicoterapeutas suecos publicaron su trabajo con pacientes psicóticos, suscitando interés y un vivo debate entre profesionales y autores no científicos. En la década de los años cincuenta Torsten Herner (1908 - 1996), quien participó en el primer simposio de la ISPS en Suiza, desarrolló un modelo teórico basado en su punto de vista de la situación existencial del ser humano, la "dialéctica existencial", y en un trabajo de terapia con una paciente. Presentó su modelo en *The Challenge of Schizophrenia* (El desafío de la esquizofrenia) (Herner, 1982).

El modelo de tratamiento de Palle Villemoe, "psicoterapia estructuradora del ego" (Villemoes, 2002), está basado en la definición que dio Lacan de las psicosis: como seres humanos, el orden simbólico del lenguaje nos engarza en una red de tiempo, normas, generaciones y sexo, todo lo cual se expresa en nuestra historia personal. Al igual que Herne, describe un método para ayudar a pacientes psicóticos a revivir períodos de su infancia; en boca de Villemoes, "intentamos que se subordinen al complejo de castración entrando en el orden simbólico lingüístico, con el tiempo como estructura básica".

Barbro Sandin es una importante pionera en la psicoterapia de pacientes psicóticos. A mediados de la década de los años setenta empezó su

labor clínica como trabajadora social en un hospital de salud mental en Säter, Suecia, sin haber recibido formación formal en psicoterapia. Su primer paciente, que había recibido un diagnóstico de esquizofrenia a la edad de 14, conoció a Sandin cuando llevaba 9 años en el hospital. En la actualidad trabaja como psicólogo, tras 12 años de terapia con ella.

Sandin llegó a dirigir la unidad de un hospital pequeño tratando principalmente a pacientes con esquizofrenia crónica. Más adelante abrió una unidad privada para pacientes similares. Ha presentado en libros y artículos su punto de vista de que la psicosis es el resultado del bloqueo o la obstrucción del desarrollo normal por experiencias infantiles impredecibles y amenazantes. La obra de Sandin fue muy debatida en los medios de comunicación suecos, y persiste al respecto una gran controversia entre los psiquiatras.

Johan Cullberg y Sonja Levander estudiaron siete casos de diagnósticos claros de esquizofrenia, tratados con psicoterapia intensiva por Sandin o por sus colaboradores (Cullberg y Levander 1991). Entrevistaron a pacientes que no se habían recuperado del todo, y los compararon con los que sí se habían recuperado. Aquéllos presentaban más síntomas negativos y alucinaciones de más larga duración en sus historias clínicas anteriores al tratamiento

En otro estudio (Levander y Cullberg, 1994), Barbro Sandin y cinco de sus primeros pacientes fueron entrevistados sobre su forma de trabajar como terapeuta y sobre el proceso terapéutico. En general fue descrita como una psicoterapeuta psicodinámica afirmativa. Sus primeros pacientes dijeron de ella que era fuerte y convincente. Les había enfrentado directamente con hechos de su infancia que tenían dificultad para aceptar, y les había hecho ver la relación entre estas experiencias y sus psicosis. Los pacientes hablaron también sobre la "terapia del hundimiento", una especie de libre imaginación, en la que con sólo unas preguntas se abrían a sentimientos de los que no se habían dado cuenta antes, y que posteriormente integraban con una comprensión verbal.

Sandin nos contó que pensaba que ella tenía "potentes aspectos masculinos" que le daban responsabilidad y resistencia ante las reacciones de ansiedad de los pacientes en el proceso terapéutico. Pensaba que estas funciones eran especialmente importantes para los pacientes varones que carecían de un padre fuerte o adecuado en el entorno doméstico de la infancia. Las funciones maternas de la psicoterapia tenían que ser aportadas por el resto del personal.

Sandin ha llevado a cabo 30 a 35 psicoterapias de larga duración con pacientes esquizofrénicos muy perturbados, y ha sido responsable de la

formación de equipos terapéuticos completos que trabajan en diferentes partes de Suecia. Sus ideas están publicadas (en sueco) en *Den zebrarandiga pudelkärnan* (Sandin, 1986). Rolf Sjöström (1985, 1990) ha publicado estudios de seguimiento de los pacientes tratados por Sandin y sus discípulos.

Psicoterapia cognitiva

Carlo Perris (1928 - 2000) introdujo la psicoterapia cognitiva en Suecia y creó estrategias especialmente adaptadas a los pacientes psicóticos. Fue autor de varios libros, como *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients* (Psicoterapia cognitiva con pacientes esquizofrénicos) (Perris, 1989) y, en colaboración con Patrick McGorry, '*Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice*' (Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico-práctico) (Perris y McGorry 1990). Perris fue muy activo durante muchos años formando a psicoterapeutas cognitivos, y puso en marcha varios centros de tratamiento con enfoque cognitivista, en los que se trataba también a pacientes psicóticos.

Giacomo d'Elia también trabaja en el campo cognitivo, pero está más orientado hacia las intervenciones psicopedagógicas (PPI). Enseña, asesora y apoya a unidades psiquiátricas de diversas partes del país.

La Soteria de Nacka

'*Nacka Soteria*' nació en 1993. Se trata de una unidad pequeña parecida a una casa, situada fuera de la zona del hospital, en la que residen los pacientes que experimentan su primer episodio psicótico. Se inspiró en el psiquiatra suizo Luc Ciompi (cf. *Capítulo 23*). Los miembros del personal trabajan para establecer relaciones terapéuticas de confianza con los pacientes, administrándoles el mínimo de medicación antipsicótica. La base teórica del tratamiento es el supuesto de que la experiencia psicótica constituye una crisis existencial para el paciente, quien por consiguiente necesita una intervención psicoterapéutica en crisis. Otra suposición es la de que la persona psicótica transmite aspectos importantes de sus problemas a través de su pensamiento, su conducta y sus síntomas. En las primeras etapas de la psicosis el personal ayuda a los pacientes a describir sus problemas con palabras que puedan ser entendidas también por su entorno: la "tarea de formular el problema" (Levander, 2002). Esta descripción, resultado de la estrecha cooperación con el paciente (y con su familia, si es

posible), es la base del plan de tratamiento individual. En la mayor parte de los casos, de esta forma se logra comprender mejor el núcleo de los problemas vividos.

Las 'Nacka Soteria' se encuentran a disposición de todos los pacientes de la zona que tengan un primer episodio psicótico, y se lleva con flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes durante su particular camino hacia la recuperación, ofreciendo distintos tipos de apoyo, psicoterapia y rehabilitación. La evaluación al cabo de cinco años (Lindgren y cols., 2006) demostró su éxito en términos de recuperación y satisfacción de los pacientes. Por desgracia, los recortes económicos de los últimos años han reducido muchísimo las posibilidades de ofrecer este tipo de asistencia con internamiento y continuidad, que es de vital importancia para los pacientes psicóticos.

El proyecto Paracaídas

Se trata de un proyecto multicéntrico que engloba a 175 pacientes que sufrieron su primer episodio en las zonas de captación de una quinta parte de la población sueca, y que fue dirigido por Johan Cullberg y Sonja Levander. Se han hecho varias evaluaciones a lo largo de cinco años, que abarcan una variedad considerable de factores biológicos y psicosociales (Cullberg y cols., 2002; Cullberg y cols., 2006.) Su principal objetivo es desarrollar la asistencia psiquiátrica en los diferentes centros, para que se adapten mejor a las necesidades individuales de los pacientes psicóticos.

La asistencia y el tratamiento se guiaron por seis directrices o principios.

1. Acceso fácil; no se envía a los pacientes a otro médico, ni los pacientes que necesitan tratamiento tienen que esperar tiempo.
2. Intervención y enfoque psicoterapéutico de la crisis, dirigidos a hacer más comprensible la experiencia de la psicosis. La formulación que implica la aclaración del problema junto con el paciente forma la base del plan de tratamiento.
3. Cooperación con la familia, especialmente en los primeros meses.
4. No hacer cambios de personal o de filosofía de tratamiento durante los cinco años del proyecto. Integración del tratamiento en diferentes fases de la evolución de la enfermedad.
5. Poca medicación antipsicótica, si es necesaria.

6. Residencias para crisis en las que se presta asistencia las 24 horas del día en un entorno pequeño y parecido a una casa, sin normas hospitalarias estrictas y con tiempo para la atención y el apoyo individuales.

La necesidad de ingresar a los pacientes y de administrarles medicación antipsicótica ha disminuido significativamente en comparación con el grupo que recibió el tratamiento habitual. Pero no se observaron diferencias significativas en la comparación con una unidad universitaria sociopsiquiátrica de alta calidad, aunque los costes del tratamiento fueron significativamente menores en el grupo Paracaídas (Cullberg y cols., 2006). Ahora se han abierto unidades comunitarias similares en otras partes de Suecia, y está aumentando el “tratamiento adaptado a las necesidades” con los pacientes psicóticos. Parece que el foco de la investigación se desvía desde los resultados de la psicoterapia individual al tratamiento total de la situación, quizás centrándose menos en la curación en sí y más en buscar las formas de facilitar a los pacientes el desarrollo de su propia capacidad de recuperación..

El libro de Cullberg *Psykosser - ett humanistiskt och biologiskt perspektiv* (Cullberg, 2000; en inglés *Psychoses - an Integrated Perspective*, 2006, y en español “*Psicosis: una perspectiva integradora*”, Fundación para la Investigación y tratamiento de la Esquizofrenia. Madrid, 2007) ofrece una perspectiva integrada e influyente de las psicosis y su tratamiento.

La ISPS en Suecia

En 1991 Estocolmo acogió el X Simposium de la ISPS con el tema “Factores que facilitan el tratamiento de la esquizofrenia y factores que lo obstruyen”. Fueron invitados expertos en una amplia gama de puntos de vista. Hubo aproximadamente 700 participantes. Barbro Sandin (1997) y Johan Cullberg (2003) han sido nombrados Miembros Honorarios Vitalicios de la ISPS. En 2002 se fundó la ISPS de Suecia en Estocolmo.

Notas finales

Los terapeutas psicodinámicos que hemos mencionados fueron pioneros fuertes y dotados para el tratamiento de las enfermedades mentales, e inspiraron a otros muchos con la esperanza de encontrar una solución al misterio de la esquizofrenia. No obstante, los resultados actuales no difieren mucho de otros proyectos realizados recientemente en diferentes partes del mundo: son mejores que el tratamiento habitual, pero aún un

número considerable de pacientes con esquizofrenia no se recuperan. Los métodos de los pioneros raramente se aplican al trabajo psiquiátrico general, aunque hayan generado vivos debates en círculos amplios, y sus interesantes hipótesis hayan invitado a seguir investigando. En bastantes ocasiones estas han quedado sin confirmar por grupos diferentes a los que las crearon.

Como ocurre en otros países, el debate actual sobre el tratamiento óptimo de los pacientes psicóticos tiene dos aspectos: Uno, entre quienes defienden la ciencia biológica (con el apoyo de la industria farmacéutica) y quienes abogan por tratamientos psicológicos. El clima ha sido duro y las discusiones acaloradas. Otro, dentro de quienes defienden el tratamiento psicológico y debaten dos líneas de pensamiento, la psicodinámica y la cognitiva/conductual..

Probablemente el obstáculo más importante para la utilización del tratamiento psicodinámico de la psicosis haya sido la exigencia de resultados basados en evidencias, que son difíciles de aplicar a las cuestiones de la investigación psicodinámica. Los parametros cognitivistas parecen adaptarse mejor a las normas Cochrane (2006).

Esta forma polarizada de entender las psicosis ha sido perjudicial. Afortunadamente la tendencia actual es hacia un tratamiento más exhaustivo y "adaptado a la necesidades", de acuerdo con la concepción de Alanen y cols. (1991), utilizando los métodos tradicionales que tienen muy en cuenta a la familia y a la situación social de los pacientes.

La reducción de la polarización se puede apreciar de forma indirecta en el creciente interés de los psicoanalistas por supervisar a terapeutas individuales y a equipos completos que atienden a pacientes psicóticos. También se han puesto en marcha proyectos de investigación por grupos de psicodinamia / psicoanálisis que trabajan con pacientes psicóticos y, en la última década, algunos centros nacionales y regionales han empezado a impartir cursos sobre la psicoterapia de las psicosis.

NORUEGA - UNIDADES DE PSICOTERAPIA INTENSIVA

Svein Haugsgjerd

El psicoanálisis fue introducido en Noruega durante la década de los años treinta por personas que se formaron en Viena y Berlín, especialmente por el filósofo y primer profesor de psicología de la Universidad de Oslo, Harald Schjelderup. Después de la Segunda Guerra Mundial las

relaciones entre el pequeño núcleo de psicoanalistas noruegos y la Asociación Psicoanalítica Internacional estuvieron limitadas durante casi dos decenios debido a la presunta influencia de Wilhelm Reich, quien vivió en Oslo desde 1935 hasta 1939.

Probablemente la idea de aplicar la psicoterapia con base psicoanalítica a los pacientes psicóticos fue el resultado del período de estudio del psiquiatra y psicoanalista Trygve Braatøy en la Clínica Menninger, Topeka, Kansas entre 1949 y 1951, y a la invitación de Braatøy a Milton Wexler a visitar Oslo durante varios meses en 1952, y a la influencia de ambos en psiquiatras y psicólogos más jóvenes.

Esta tendencia estuvo también capitaneada por el sucesor de Braatøy en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Ullevål de Oslo, Herluf Thomstad, quien fue muy influido por Tom Main y Maxwell Jones, y quien organizó su servicio de Psiquiatría como una comunidad terapéutica a partir de 1969, y por Harald Frøshaug en el Hospital Mental Dikemark cerca de Oslo, perteneciente a un grupo de líderes cristianos y humanistas en psiquiatría que fueron seguidores del punto de vista biopsicosocial de Adolph Meyer, y que eran también favorables al psicoanálisis y al existencialismo, cuya influencia fue creciendo a lo largo de la década de los años sesenta.

Endre Ugelstad y Jarl Jørstad

En la siguiente generación de psiquiatras interesados en la psicoterapia de la esquizofrenia, los más influyentes fueron Endre Ugelstad y Jarl Jørstad

Endre Ugelstad (1920-1996) fue uno de los tres jóvenes psicoanalistas que rompieron con la Sociedad Noruega del Psicoanálisis, afiliada a la IPA (a la que el regresó más adelante), para fundar el Instituto de Psicoterapia, un centro de formación muy influyente afiliado al William Alanson White Institute y a la Federación Internacional del Psicoanálisis. Fue el pionero de la psicoterapia y la psicoterapia de grupo aplicadas a pacientes esquizofrénicos ingresados en el Hospital Mental Gaustad de Oslo, y asistió a los Symposiums internacionales de la ISPS a partir de los años cincuenta, estrechando relaciones personales con importantes participantes de todo el mundo (Benedetti, Müller, Lidz, Alanen, Freeman y Stierlin), incluyendo también a otros colegas influidos por otras concepciones, p. ej., Medard Boss, Luc Ciompi y el grupo inglés de estudio del psicoanálisis de Anna Freud.

Jarl Jørstad (1922-2006) fue Psiquiatra Jefe de la Unidad Lien, orientada psicoterapéuticamente, del Hospital Dikemark, y fomentó el que muchos jóvenes colegas estudiaran la psicoterapia de la esquizofrenia, como Per Vaglum, Eivind Haga y Bjørn Østberg. Posteriormente Jørstad fue el sucesor de Thomstad en el Departamento de Psiquiatría de Ullevål. A la influyente conferencia anual de Dikemark fueron invitados conferenciantes como Benedetti, Szalita, Otto Will, Ruth y Theodore Lidz, Alanen, Stierlin, Wynne, VandenBos, Gunderson, Vaillant y McGlashan.

El Symposium de la ISPS del año 1975 tuvo lugar en Oslo, bajo la presidencia conjunta de Jørstad y Ugelstad. Fueron invitados representantes de grupos nuevos en la ISPS: el grupo de terapia familiar de Milán (Selvini Palazzoli), el movimiento de Psiquiatría Democrática de Perugia, Italia, el nuevo tratamiento psicoeducativo (Carol Anderson) y el grupo psicoanalítico neokleiniano (Donald Meltzer). En los siguientes veinte años, Meltzer fue invitado cada dos años por diferentes grupos noruegos.

Unidades de psicoterapia intensiva, desarrollo de la investigación y la formación

La aparición del interés por la psicoterapia de la esquizofrenia, creado por la conferencia de 1975, fue seguida por tres acontecimientos importantes:

1. La creación de pequeñas unidades de psicoterapia intensiva para pacientes esquizofrénicos,
2. La investigación sobre el tratamiento psicosocial de los estados psicóticos.
3. La creación de programas de formación establecidos para este tipo de trabajo.

Estas unidades pequeñas florecieron durante un período limitado, desde finales de la década de los años setenta hasta 1990, aproximadamente. La de Lien, en Dikemark Sykehus, dirigida por Jørstad, fue la primera unidad especializada, y empezó a funcionar a finales de la década de los años sesenta. Per Vaglum puso en marcha la investigación científica observando las diferentes respuestas terapéuticas entre los pacientes de la unidad (una mezcla de pacientes con esquizofrenia y de drogadictos).

Endre Ugelstad fue el primero en administrar un programa de tratamiento psicosocial intensivo de duración limitada para pacientes esqui-

zofrénicos jóvenes (de 40 años de edad como máximo) en el Hospital de Gaustad. Este programa de investigación marcó el comienzo de los proyectos de investigación de Ugelstad (Ugelstad, 1978). En 1977 a Ugelstad le sucedió Svein Haugsgjerd, que entonces estaba en formación psicoanalítica. Junto con otros colegas que estudiaban psicoanálisis y psicoterapia, como Per Anthi, Anne Kristin Rustad, Marie Hulleberg, Sidsel Gilbert y Sigrid Næss, creó una pequeña unidad de psicoterapia intensiva, Kastanjobakken, en el Hospital de Gaustad. La filosofía del tratamiento se vio influida por las ideas de Bion y Meltzer y por el trabajo de los centros terapéuticos suecos y daneses, especialmente los relacionados con Barbro Sandin. Esta unidad existió durante unos 15 años (cf. Haugsgjerd, 1983). Al cabo de diez años, el psicoanalista Sverre Varvin (1991) demostró en su estudio sobre la evolución que un tercio de los pacientes, todos esquizofrénicos crónicos jóvenes, mejoraron de manera considerable. Esta unidad fue la primera de aproximadamente una docena de unidades especiales que se crearon en Noruega durante la década de los años ochenta, pero que cerraron durante el siguiente decenio, debido en parte a

- a) que los resultados no cumplieron las grandes expectativas,
- b) la influencia de ideas terapéuticas basadas en la investigación, como la psicoeducación,
- c) una mayor atención a la relación coste-beneficio y
- d) una desviación de los intereses profesionales hacia la neuropsiquiatría y la psicofarmacología.

La repercusión de esta época se tradujo en una generación de psicoterapeutas y psicoanalistas jóvenes interesados en la teoría de las relaciones objetales y en las teorías neokleinianas. En 1980 se formó una asociación no educativa, la *H. W. Major Association* (en honor del fundador de la psiquiatría en Noruega) para el avance del psicoanálisis de los trastornos psicóticos. Muchos psicoanalistas franceses, británicos y sudamericanos dieron conferencias a esta asociación, que hizo contactos pioneros con psicoanalistas de Europa del Este, los Estados Bálticos y Rusia.

Endre Ugelstad, junto con Alanen en Finlandia, Sjöström en Suecia y Rosenbaum en Dinamarca pusieron en marcha el *estudio multicéntrico nórdico (NIPS)* sobre el desarrollo y los resultados obtenidos con la psicoterapia en pacientes psicóticos ingresados por primera vez (Alanen, Ugelstad y cols., 1994). Ugelstad fue muy activo en el ulterior desarrollo de la ISPS, que había empezado en la década de los años cincuenta (cf. Alanen, Silver y González de Chávez [eds], 2006). En Noruega fundó también el *Centro para la rehabilitación y el tratamiento psicosocial de los*

trastornos psicóticos, SEPREP, que llegó a ser una importante organización en toda Noruega, que facilitaba un programa de formación multidisciplinar. Los actuales directores del SEPREP son Torleif Odland, Sidsel Gilbert, Torleif Ruud, Tore Sørлие y Jan Olav Johannessen. Sørлие y Johannessen, junto con muchos otros, también han sido determinantes en la rama noruega de la ISPS.

Un logro importante fue el establecimiento de un gran proyecto de investigación sobre la *intervención precoz en la psicosis*, TIPS, fundado en Stavanger por Johannessen, Tor Ketil Larsen y Gerd-Ragna Bloch Thorsen, ayudados por Vaglum y MacGlashan, (Larsen y cols., 1996; 2006; Larsen lo describe con detalle en el *Capítulo 21*). También hay miembros del proyecto TIPS en Roskilde, Dinamarca, y en el centro de tratamiento Lien, en Oslo. El grupo de Stavanger organiza la conferencia anual "Días de esquizofrenia", que tiene una gran audiencia.

Otros proyectos de investigación importantes han sido el estudio de Paul Møller (2000) sobre los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia y el de Håvard Bentsen (1998) sobre el tratamiento psicoeducativo de la familia. Son interesantes las contribuciones de Tom Andersen (1995) y de Jaakko Seikkula (cf. de la parte finlandesa) al tratamiento por redes orientadas hacia los sistemas, y la aplicación de Kjær de la terapia personal de Hogarty y el tratamiento cognitivo-conductual aplicado a pacientes esquizofrénicos.

El Profesor Björn Rishovd Rund y sus colaboradores (Rund y cols., 2005) han hecho estudios importantes sobre los defectos cognitivos en la esquizofrenia y su relevancia para el tratamiento.

En 2000 se celebró con gran éxito el XIII simposio de la ISPS en Stavanger, dirigido por Johannessen y Bloch Thorsen.

DINAMARCA - PROGRESO POR MEDIO DEL TRABAJO EN PROYECTOS

Bent Rosenbaum

La obra pionera de Vanggaard

En la década de los años cincuenta Thorkil Vanggaard (1910-1998) regresó a Dinamarca desde los Estados Unidos, tras finalizar su formación

psicoanalítica. Escribió sobre la psicoterapia orientada psicoanalíticamente de la esquizofrenia, con referencias a Knight, Bak, Eissler, Federn, Fromm-Reichmann, Rosen, Sechehaye y Wexler, (Vanggaard, 1955) abordando los siguientes temas:

1. Establecimiento del contacto con respuestas afectivas y agresivas.
2. Interpretaciones de la dinámica y del contenido.
3. La cualificación personal del terapeuta.
4. La búsqueda de la curación completa.

Llegó a la conclusión de que aunque la curación era cuestionable, quedaba fuera de toda duda la posibilidad de la adaptación social de los pacientes esquizofrénicos mediante psicoterapia psicoanalítica.

Vanggaard no trató personalmente a personas con esquizofrenia, pero le interesaba la fenomenología de la esquizofrenia borderline (su denominación preferida era la de 'pseudoneurosis esquizofreniforme') (Vanggaard 1958, 1978). El clarificó la fenomenología, el método de psicoterapia aplicable a este grupo de personas, y los inconvenientes con que los terapeutas tropezarían inevitablemente. Vanggaard subrayó que la creación del contacto emocional con el paciente tenía que tener una base narcisista. Lograr que el paciente sienta que "(el terapeuta) me comprende, así que debe ser como yo" es un paso importante. Esta relación se hace muy personal, y no es fácil transferirla a otros terapeutas. Es a través de la propia comprensión, (comunicada discretamente) y no expresando la propia comprensión través de la interpretación, como se abre el camino de la identificación y el contacto narcisistas para el paciente. La interpretación de los contenidos psicosexuales debería evitarse, porque ello que significaba decirle al paciente lo que él/ella ya sabía, y tampoco se debía inducir culpa y vergüenza en el paciente.

Otros psiquiatras formados en los Estados Unidos regresaron a Dinamarca con un enfoque analítico. El Hospital Risskov de Aarhus, dirigido por el Profesor Erik Strömngren, creó un centro de psicoterapia psicoanalítica prolongada en régimen ambulatorio para pacientes esquizofrénicos.

Desarrollo regional e inspiraciones del extranjero desde 1970 en adelante

Copenhague, Roskilde y Aarhus fueron los epicentros de las inquietudes y desarrollos habidos en la psicoterapia de las psicosis.

Psicoterapia individual y de grupo

Se desarrolló cierto optimismo hacia la psicoterapia individual con personas con psicosis. Durante diez años, a partir de mediados de la década de los años setenta, los analistas de grupo ingleses llevaron a cabo cursos teóricos y supervisiones con regularidad. Aunque la enseñanza no iba dirigida hacia los pacientes psicóticos, sus fundamentos kleinianos y winnicotianos dieron apoyo e inspiración a la psicoterapia de los psicóticos, y en un país tan pequeño la influencia se extendió rápidamente a varios departamentos de psiquiatría. Continuaba el énfasis en la creación del contacto emocional con el paciente, principalmente sobre una base narcisista y con una actitud no interpretativa. Pero estos principios se discutían ahora a la luz de conceptos como la identificación proyectiva, la contención, el entorno acogedor y las fantasías del terapeuta. Las opiniones de Murray Cox (Cox y Theilgaard, 1987), inspiradas en sus experiencias con psicóticos criminales en Broadmoor, Inglaterra, formaron parte de la herencia danesa.

Asociaciones y actividades educativas

El contacto del noruego Major-Forening con el psicoanalista Donald Meltzer dió lugar a la celebración de cursos de supervisión dos veces al año durante dos décadas y a una organización hermana, *Psicosis y psicoterapia*, establecida en Dinamarca. Desde 1983 hasta 1996 hubo seminarios 3 a 5 veces al año, y se convirtió en el foro de debate y supervisión más importante para la psicoterapia de las psicosis, con aproximadamente 100 miembros y una organización dirigida por Bent Rosenbaum. Se supervisaron muchos casos en el contexto grupos amplios, y los boletines informativos con artículos cortos eran indicativos de su intensa actividad. De los numerosos visitantes extranjeros, probablemente Murray Jackson y Meltzer fueron los más influyentes. Niels Ernst, director de orientación analítica de una pequeña institución parecida a una residencia para niños autistas en Dinamarca, contribuyó de forma importante a los seminarios de supervisión.

En 1979 Benedetti fue invitado a Dinamarca por Lars Thorgaard y dirigió un importante seminario con conferencias y supervisión de casos, que posteriormente fue publicado en danés. Benedetti regresó en la década de los años noventa a Aarhus; que para entonces contaba con una larga tradición de tratamiento de pacientes psicóticos con psicoterapia. El carismático y perseverante psicoterapeuta Torben Bendix había tenido una gran influencia al pedir que la supervisión fuera llevada a cabo con sesiones de psicoterapia grabadas en audio, lo que se convirtió en una tradición en Dinamarca Occidental. El libro de Bendix *"Give me a thought*

on which I can concentrate" (Déme un pensamiento en el que me pueda concentrar), no disponible en inglés, dio pública evidencia de que era posible tratar a los psicóticos con psicoterapia.

Contemporaneamente, y como resultado de la íntima relación con los psicoterapeutas de la psicosis noruegos, Jens Bolvig Hansen organizó seminarios sobre la psicoterapia de las psicosis en la parte occidental de Jutlandia, el denominado Taller de psicoterapia de Brønderslev (que comenzó en 1984). En el Hospital Sct. Hans de Roskilde, la directora de psicología Birgitte Brun fue la principal organizadora de la psicoterapia para pacientes con perturbaciones crónicas y para adultos con psicosis desde la infancia (Brun, Pedersen y Runberg, 1993).

El proyecto NIPS en Dinamarca

En la década de los años ochenta se pusieron en marcha dos importantes proyectos de investigación que influyeron en la atmósfera y el aprendizaje relacionados con la psicoterapia de las psicosis.

En 1981, durante el simposio de la ISPS en Heidelberg, tuvo lugar una reunión de los principales investigadores en psicoterapia nórdicos en un agradable 'Wein und Bierstube', que dio lugar al *NIPS, Nordic Investigation of the Psychotherapy of Psychosis* (Investigación sobre la psicoterapia de las psicosis en los países nórdicos). Los pacientes estudiados tenían entre 18 y 45 años de edad y habían recibido el diagnóstico de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme o psicosis esquizoafectiva (DSM-III) por primera vez. Bajo el liderazgo de Bent Rosenbaum, Roskilde se convirtió en el participante danés, y ocho terapeutas¹ se reunieron durante casi 10 años para comentar y evaluar los resultados (Bechgaard y Winther, 1989; Lauritsen, 1989; Rosenbaum, 1989; Rosenbaum y Burgaard, 1993; Rosenbaum, Bechgaard, Borberg, y cols., 1994; Rosenbaum y cols., 1994; Alanen y cols., 1994)

El grupo danés tenía varias características exclusivas. En primer lugar, confeccionar un manual de psicoterapia con normas estrictas para la redacción de cada sesión, facilitando el resumen de la investigación y la comparación de las sesiones. En segundo lugar, también se podían investigar las sesiones individuales y el ciclo de terapéutico completo, mediante el proceso de supervisión (Rosenbaum, 1989; Bechgaard y cols., 1989).

1 Bent Rosenbaum (director del proyecto), Birgitte Bechgaard, Steen Borberg, Lars Burgaard, Anne Lindhardt, Laurits Lauritsen, Haakon Lærum, Jørgen Nystrup, Gerda Winther.

El proyecto nacional danés sobre la esquizofrenia

La organización “Psicoterapia y psicosis” y otras iniciativas condujeron a la idea de una plataforma educativa danesa en la que se pudiera enseñar la psicoterapia de las psicosis. El Departamento de psicoterapia de Aarhus estableció un ciclo educativo de dos años de duración, con supervisión y teoría como parte del programa. Algunos años después se adoptó una iniciativa similar en Copenhague.

Los participantes en las reuniones de Hilleröd en 1996 eran profesionales dedicados a la psicoterapia de las psicosis de diferentes hospitales de toda Dinamarca. El proyecto NIPS ya había publicado sus resultados, y se había acordado que había que crear una red de muchas unidades psiquiátricas si tenía que haber una investigación a mayor escala de la primera crisis o episodio psicótico, así como reforzar los fundamentos de la psicoterapia de las psicosis. Se creó el *Proyecto nacional danés sobre la esquizofrenia (DNS)*, con los siguientes objetivos:

- i. Establecer una red de servicios psiquiátricos que ofrecieran intervenciones precoces sistemáticas para el primer episodio de los pacientes con esquizofrenia.
- ii. Desarrollar instrumentos de investigación de calidad y formas de tratar a estos pacientes, y garantizar una estrategia de tratamiento integrado eficaz, que incluyera la colaboración con los servicios de atención primaria, así como el desarrollo y la integración de muchos elementos de tratamiento, que constituyen el “tratamiento habitual”.
- iii. Investigar desde el punto de vista científico:
 - a) Dónde y cómo se produce el encuentro de los servicios de salud mental con las personas que sufren el primer episodio de psicosis de tipo esquizofrénico
 - b) Las características de los pacientes que padecen un primer episodio de psicosis esquizofrénica, y si los diferentes métodos de tratamiento dan lugar a resultados diferentes.

Fue una investigación prospectiva, longitudinal y multicéntrica (16 centros, que abarcan el 45% de la población de Dinamarca)². Participaron 562 pacientes con un primer episodio de psicosis de tipo ICD-10 F-2 que fueron llegando a lo largo de dos años y que recibieron tratamiento con:

² El grupo investigador estaba formado por: Bent Rosenbaum (líder del proyecto), Lars Burgaard (luego sustituido por Anne Køster), Susanne Harder, Per Knudsen, Matilde Lajer, Anne Lindhardt, Kristian Valbak y Gerda Winther.

1. Psicoterapia psicodinámica de apoyo, complementando el “tratamiento habitual”,
2. Programa de tratamiento integrado, asertivo, psicosocial y psicoeducativo, o
3. “Tratamiento habitual”.

El grupo de tratamiento con psicoterapia psicodinámica de apoyo estuvo formado por 119 pacientes que participaron en una psicoterapia individual de apoyo programada y organizada con arreglo a un manual (una sesión de 45 minutos por semana, durante un período de 1 a 3 años) y/o psicoterapia de grupo (una sesión de 60 minutos por semana, durante un período de 1 a 3 años).

El grupo de tratamiento integrado estuvo formado por 139 pacientes que participaron en un programa de dos años de duración consistente en tratamiento comunitario asertivo, tratamiento multifamiliar psicoeducativo con el método de McFarlane [que consiste en que 4 a 6 familias (incluidos los pacientes) se reúnen durante hora y media cada quince días durante un año y medio], formación en técnicas sociales, gestión de la medicación, autocuidado, afrontamiento de los síntomas y desarrollo de técnicas de conversación, de solución de problemas y de resolución de conflictos.

En el seguimiento realizado al cabo de uno y dos años las dos intervenciones específicas lograron mejores resultados que el tratamiento habitual, y en general el tratamiento integrado fue el que dio mejores resultados (Rosenbaum y cols., 2005; 2006). Pero es igualmente interesante la enorme actividad a la que ha llevado todo el proyecto. Dos veces al año, entre treinta y cincuenta terapeutas y evaluadores se reúnen para mejorar la validez y fiabilidad de las puntuaciones, y para intercambiar conocimientos y experiencias en relación con la psicoterapia de las psicosis. Los terapeutas siguen un manual para la psicoterapia individual (Rosenbaum y Thorgaard, 1998) y de grupo (todavía por traducir) de las psicosis.

Una pequeña muestra del DNS entró a formar parte del estudio TIPS (uniendo New Haven, Stavanger y Roskilde), y otra mayor procedió del estudio danés OPUS (que engloba a Copenhague y a Aarhus). El significado de esta vinculación tiene importancia. Se dieron a conocer las ideas de McFarlane sobre el trabajo con muchas familias a largo plazo, y se completó el programa ya existente de formación de corta duración (ocho sesiones) para parientes (Buksti y cols., 2006). En concreto, el estudio OPUS demostró las ventajas de las técnicas asertivas para el primer episodio de esquizofrenia, especialmente en la prevención de suicidios y en

la reducción de ingresos hospitalarios y de síntomas (Petersen y cols., 2005; Thorup y cols., 2006).

Tratamiento del entorno ("Milieu therapy")

El interés por el tratamiento del entorno para las psicosis empezó en la década de los años setenta. El proyecto de Brigitte Brun combinaba el tratamiento psicodinámico del medio con métodos pedagógicos/educativos para adultos que eran psicóticos desde la infancia. Aunque llevaban ingresados muchos años, se lograron algunos resultados notables como que los pacientes tuvieran su propio apartamento y abandonaran el hospital.

El tratamiento del entorno fue progresivamente fomentado por los viejos hospitales estatales, en los que se establecieron unidades especiales para su desarrollo y para la psicoterapia de los pacientes psicóticos de larga duración. Munke Wulff fue cautivado por las ideas de Maxwell Jones y Yalom, y el personal y los pacientes colaboraron en las tareas cotidianas de limpieza, compra y cocina de alimentos para ellos y para sus invitados. La unidad tenía su propia economía y normas estrictas sobre la participación en las tareas y reuniones.

Red de ISPS

La red del DNS condujo a la primera iniciativa danesa de la ISPS. En 1999 un taller nórdico de la ISPS se tituló "La subjetividad y el tratamiento de la psicosis", y a él acudieron más de 100 participantes. Entre los oradores estuvieron Josef Parnas, Johan Cullberg, Anne Stefenson, Paul Möller, Klaus Lehtinen y Svein Haugsgjerd. La subjetividad como parte de la psicopatología y las expresiones creativas del psicótico y de las funciones del terapeuta fué fundamental en la inauguración de la ISPS danesa (marzo de 2006, Copenhague) (véase www.isps.org).

Bent Rosenbaum, antiguo miembro de la ISPS, se encuentra en la actualidad en el Board internacional de la ISPS, y con sus colegas organizará el XVI Congreso de la ISPS en Copenhague en 2009.

Agradecimiento

Gracias a Per Knudsen, Anne Køster, Kristian Valbak, Gerda Winther, Birgitte Bechgaard y Lars Thorgaard por ampliar mi memoria con datos históricos e información adicionales.

FINLANDIA: CONTINUOS ESFUERZOS POR COMPARTIR EL ESPACIO DE LA COMPRENSIÓN

Jukka Aaltonen y Yrjö O. Alanen

Inicios

En Finlandia, la historia de la psicoterapia aplicada a pacientes psicóticos empezó en la década de los años cincuenta. El interés creció rápidamente, con mucha actividad en las siguientes décadas. Un factor clave inicial fue la dirección del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Helsinki (Hospital Lapinlahti) por el Profesor Martti Kaila entre 1948 y 1968. Al contrario que la mayor parte de los departamentos universitarios escandinavos, él apoyó los enfoques psicodinámicos también en el estudio y el tratamiento de la esquizofrenia. A partir de finales de los años 60 y durante dos décadas, los directores de los departamentos de psiquiatría de tres universidades finlandesas (K. A. Achte, Yrjö O. Alanen, Veikko Tähkä) contaban con formación psicoanalítica, y los otros dos (Erik E. Anttinen y Pekka Tienari) tenían una orientación psicodinámica. Todos ellos habían “crecido” en el entorno de Lapinlahti y los trastornos esquizofrénicos estaban entre sus intereses. Alanen, Tähkä y Tienari (muy conocido en todo el mundo por su exhaustivo estudio sobre la adopción, cf. *Capítulo 1*) completaron su formación con estancias en los Estados Unidos.

Un factor aún más importante fue el desarrollo de grupos de formación psicoanalítica. En 1951 varios psiquiatras y psicólogos jóvenes fundaron la "Asociación para la promoción del psicoanálisis en Finlandia", que organizó encuentros clínicos con destacados seminarios dirigidos por psicoanalistas visitantes extranjeros. Para la psicoterapia de la esquizofrenia, la visita de Gaetano Benedetti en 1954 tuvo una notable e inspiradora influencia .

Un grupo nuclear de los fundadores de esta asociación fué a Estocolmo para recibir formación psicoanalítica y regresaron después a Finlandia. Bajo la dirección de Veikko Tähkä (cf. su principal obra, *Mind and Its Treatment* [La mente y su tratamiento], 1993) se puso en marcha el programa de formación psicoanalítica finlandés en Helsinki y, en 1967, la Asociación Psicoanalítica Finlandesa, que creció rápidamente, fue aceptada oficialmente como miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Los programas de formación se centraron en la teoría y el método psicoanalíticos clásicos, y durante mucho tiempo no incluyeron el tratamiento de los trastornos psicóticos.

Fuera de la IPA, Martti Siirala (un psiquiatra que regresó a Finlandia tras recibir formación en Suiza (cf. *Capítulo 9*) fundó la Therapeia Foundation, otro centro de formación en psicoanálisis. Pronto se unieron a él otros dos psicoanalistas formados en Suiza, Kauko Kaila y Allan Johansson. Al principio el programa de formación de Therapeia era bastante informal: Siirala, Kaila, Johansson y el psiquiatra y autor Oscar Parland (un psiquiatra de más edad del hospital Nikkilä cerca de Helsinki) dirigían los seminarios sobre psicosis juntos, convirtiéndolos en experiencias muy vivas e interesantes (Pirkko Siltala, comunicación personal 2006). Progresivamente Therapeia fue organizando una formación psicoterapéutica más formal, incluida una formación psicoanalítica reglada de 6 años. En 1973, Therapeia fue aceptada en la IFPS (Federación internacional de sociedades psicoanalíticas).

Las relaciones entre ambas organizaciones fueron algo tensas, pero los dos se complementaban entre sí: la IPA proporcionaba una formación psicoanalítica sólida y exhaustiva centrada en los trastornos neuróticos y narcisistas, mientras que los estudiantes de Therapeia aprendían además psicoterapia orientada al psicoanálisis de pacientes psicóticos así como de los trastornos psicósomáticos. Sin embargo había cooperación entre algunos miembros de estas asociaciones, especialmente en el campo de la psicoterapia y la terapia familiar para las psicosis. Durante la década de los años setenta un grupo de veinte a treinta psicoterapeutas de Turku y Helsinki organizaron, dos veces al año, dos días de talleres cerrados, en los que se abordaban de forma intensiva incluso los aspectos más personales relacionados con la psicoterapia individual de los pacientes esquizofrénicos.

Los terapeutas de las psicosis de Therapeia

Martti Siirala llegó a ser conocido en todo el mundo como filósofo orientado al psicoanálisis, y como experto en patologías sociales, mientras que Kauko Kaila y Allan Johansson fueron psicoanalistas orientados explícitamente a la clínica. Siirala (nacido en 1922) describió cómo su experiencia con el tratamiento de tres pacientes esquizofrénicos en Zurich bajo la supervisión de Gaetano Benedetti, le condujo, en realidad le obligó, a articular el tratamiento desde un punto de vista mayoritariamente humano, en el sentido de "antropológico". Su primera concreción fue un apasionado informe sobre el encuentro con la esquizofrenia como situación básica del ser humano (Siirala, 2000).

La antropología terapéutica de Siirala estuvo presente en su primer libro sobre la esquizofrenia (Siirala 1961). Las citas de una lectura ulterior

pueden dar una pequeña descripción de algunos datos cruciales del pensamiento de Siirala (2000):

- El psicoanálisis significa **reencontrar** el núcleo del tratamiento en general.
- El psicoanálisis significa la **restitución** del contacto perdido con el mensaje que contiene la enfermedad.
- El contacto implica escuchar el mensaje con lealtad, lo que supone una apertura gradual sólo cuando se encuentra la **voluntad de compartir** ese proceso entre seres humanos. Aquí, lo que es más humano desde el punto de vista natural resulta ser una excepción, comprobar que dicho proceso de escucha y señal de solidaridad se topan con enormes y variadas resistencias en el seno de la comunidad humana, no sólo desde el lado de la medicina y de la psiquiatría sino , lamentablemente y a menudo, también del psicoanálisis.
- Lo que compartimos son las cargas que han sido transferidas a los hombros de un paciente individual; una vez que él o ella han encontrado la voluntad de compartir, que entonces merece el nombre de "terapia". Ser un paciente en este sentido, significa entrar en el propio sufrimiento como en una transición hacia una nueva esperanza, desde un callejón doloroso, repetido, sin salida y sin rostro, a caminar hacia algún lugar.

Se puede encontrar una idea más exhaustiva del pensamiento de Siirala en su libro, *'From Transfer to Transference'* (Siirala 1983).

La influencia considerable de Kaila (1920-1987) se debía a su intuición como médico y supervisor de psicoterapias individuales de pacientes psicóticos y a su liderazgo en una comunidad terapéutica para pacientes psicóticos en el Hospital de Lapinlahti.

Johansson (1921-1987) tenía un talento natural para trabajar con pacientes psicóticos. Sus primeros trabajos (antes de su formación en Suiza) sobre la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos en el Hospital Kupitta de Turku los hizo en solitario y en un ambiente de desconfianza. Uno de estos tratamientos apareció en la publicación alemana *Psyche* (Johansson, 1956). En la década de los años ochenta publicó (en finlandés) un libro sobre sus experiencias, con información de seguimiento de muchos de sus pacientes, algunos de ellos tratados durante 30 años (Johansson, 1985). Además de Benedetti, su maestro, el estuvo influido por terapeutas de las psicosis americanas, especialmente por Fromm-Reichmann y por Searles. Johansson tuvo una repercusión significativa en el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica de pacientes con esquizofrenia en Finlandia.

En la siguiente generación de psicoterapeutas de la psicosis de la Fundación Therapeia hemos de mencionar especialmente a Pirkko Siltala (cf. Siltala 1971), Marja-Leena Heinonen, y a los terapeutas de familia Heimo Salminen y Katriina Kuusi. Además de Parland, otros psiquiatras de hospital formados en Therapeia promovieron actividades psicodinámicas en sus instituciones (Esko Orma en Helsinki, Mikko Roine en Espoo, Heikki Majava en Imatra).

El grupo de Turko y los comienzos del modelo de tratamiento adaptado a las necesidades de los pacientes

En 1968 Yrjö O. Alanen, un psicoanalista formado por la IPA e investigador del entorno familiar de los pacientes esquizofrénicos (Alanen 1958, 1980) llegó a ser profesor de psiquiatría en la Universidad de Turku y director médico de la Clínica Psiquiátrica de Turku, parte del sistema psiquiátrico comunitario de Turku (población: 170.000 personas). Hizo un gran esfuerzo por llevar la psicoterapia de las psicosis a la cultura académica y por establecer una formación sistemática en la psicoterapia psicodinámica individual y familiar de la esquizofrenia. También dirigió el desarrollo de la investigación sobre la esquizofrenia y sus sistemas de tratamiento orientados a la psicoterapia como parte de las organizaciones sanitarias públicas, incluidos los hospitales y centros ambulatorios municipales. La dimensión social próxima al contexto cotidiano del paciente ha sido siempre una característica de casi todos los proyectos de psicoterapia de la esquizofrenia realizados en Finlandia.

Alanen puso en marcha reuniones de supervisión de la psicoterapia de las psicosis con los residentes y psicólogos, y fundó el "*Proyecto de la esquizofrenia de Turku*" con sus colaboradores (al principio con Viljo Räköläinen, Simo Salonen, Aira Laine, Ville Lehtinen, más adelante con Jukka Aaltonen, Raimo Salokangas, Klaus Lehtinen, Riitta Rasimus, Juhani Laakso, Anneli Larmo, Ritva Järvi, Tapio Aaku, Hilikka Virtanen y Matti Keinänen). La fundación del proyecto se basó en dos objetivos:

1. La gran variabilidad de las necesidades terapéuticas significaba que era necesario desarrollar un sistema de tratamiento que fuera suficientemente exhaustivo.
2. El tratamiento orientado a la psicoterapia debe desarrollarse de modo que pueda aplicarse de forma general a la asistencia psiquiátrica pública.

La formación y la supervisión del trabajo sacaron a relucir las capacidades de los miembros individuales del equipo multiprofesional, tanto

los que trabajan con los pacientes individualmente como los que se ocupaban de las familias. Se establecieron relaciones terapéuticas y las unidades hospitalarias se convirtieron gradualmente en "comunidades psicoterapéuticas" (Alanen, 1997). La farmacoterapia en dosis pequeñas o moderadas era considerada un tratamiento auxiliar en apoyo de las terapias psicosociales. Los estudios de seguimiento de todos los pacientes esquizofrénicos ingresados por primera vez permitieron evaluar los resultados.

Durante la década de los años setenta, el objetivo era claramente el tratamiento psicodinámico individual llevado a cabo a muchos niveles, dependiendo de la formación y de las capacidades de los terapeutas. Se observó que la enfermería psiquiátrica (afable y conocedora de los problemas de los pacientes esquizofrénicos) constituía una reserva terapéutica que a menudo no se utilizaba bien (cf. el estudio de seguimiento de Aaku y cols., 1980). Se confirmó la variabilidad de las necesidades terapéuticas de los pacientes (Alanen y cols. 1986).

La formación en terapia familiar sistémica, establecida en 1978 (cf. más adelante) condujo a notables innovaciones en las prácticas terapéuticas. Inspirados por esta formación, los psiquiatras Rökköläinen, K. Lehtinen y Virtanen, y la enfermera de planta Rasimus empezaron en 1981 a organizar reuniones del equipo terapéutico con todos los pacientes psicóticos de nuevo ingreso y con sus familiares u otras personas cercanas a ellos. Pronto observaron que además de la considerable cantidad de información relevante que conseguían y que ayudaba a planificar el tratamiento, las propias reuniones también tenían una función terapéutica notable, que propiciaba a menudo una mejoría rápida del estado psicótico del paciente. Enseguida estas reuniones fueron denominadas "reuniones de terapia" y también se realizaban en fases posteriores del tratamiento. Además de este gran aumento del trabajo centrado en las familias, se mantuvieron las psicoterapias individuales cuando estaban indicadas y en pacientes motivados (cf. la figura en Alanen y cols., 2000, pág. 240).

En el estudio de Klaus Lehtinen (1993a) quedó clara la mejoría en el pronóstico. En comparación con la cohorte de 1976-1977, el porcentaje de pacientes ingresados por primera vez con diagnósticos DSM-III de trastorno esquizofrénico, esquizofreniforme o esquizoafectivo que al cabo de 5 años de seguimiento no presentaban síntomas psicóticos manifiestos y podían trabajar aumentó en la cohorte de 1982-1983 de un 40% a un 60%, y el número promedio de días de estancia en el hospital por paciente disminuyó de 272 a 132 días.

Con estos avances, los principios más importantes de la estrategia de adaptación a las necesidades se especificaron de la forma siguiente: (Alanen y cols. 1991, Alanen 1997):

1. Las actividades terapéuticas se planean y llevan a cabo con flexibilidad y de forma individual en cada caso, para poder conocer las necesidades reales y cambiantes de los pacientes y de las personas que se encuentran en sus redes personales (habitualmente, la familia). La estrategia centrada en la familia es importante para aliviar tensiones en los miembros de la familia causadas por la psicosis; y porque el pronóstico de las psicosis esquizofrénicas depende especialmente de las interrelaciones familiares y de las actitudes hacia los pacientes de los miembros de la familia (y/o de otras personas significativas para ellos).
2. En el tratamiento predomina una actitud psicoterapéutica y un diálogo abierto.
3. Las diferentes actividades terapéuticas deben complementarse entre sí y no excluirse mutuamente.
4. El tratamiento debe lograr y mantener la calidad de un proceso continuo.
5. Es importante la evaluación del seguimiento de los pacientes individuales y el desarrollo de unidades de tratamiento y del sistema terapéutico en su conjunto.

El logro concreto más importante fueron las *reuniones de terapia*, en las que los miembros del personal, el paciente y sus familiares desde el mismo comienzo del proceso terapéutico intentan conjuntamente una comprensión psicológica y relacional de la enfermedad, y también diseñan conjuntamente los planes terapéuticos más factibles. Estas reuniones fueron cruciales para las diferentes comprensiones terapéuticas. He aquí lo que constituye la esencia del enfoque finlandés en varios niveles: un esfuerzo continuo basado en la cultura de una comprensión compartida, primero entre los terapeutas, y ahora entre los diversos miembros del personal, el paciente y sus familiares, todos a la vez. Aaltonen y Rökköläinen (1994) lo han descrito (en una unidad hospitalaria) como 'la imagen compartida que guía el proceso de tratamiento'.

La principal obra de Alanen, *Schizophrenia - Its Origins and Need-Adapted Treatment*, (La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente) fue publicada en 1997, y ha sido traducida a otros cuatro idiomas europeos. (Hay una edición española

publicada por la Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia). Rökköläinen tuvo un papel importante en el desarrollo de la estrategia. También estudió los factores psicodinámicos que afectan al inicio de las psicosis y los factores protectores que afectan a su resultado (Rökköläinen 1977, Rökköläinen y cols. 1979). K. Lehtinen (1993b) amplió su análisis a un examen general de la importancia de la terapia de familia en la esquizofrenia, y Salokangas (1978, Salokangas y cols., 1991) amplió los estudios de seguimiento de las cohortes de Turku al proyecto nacional sobre esquizofrenia. Aaltonen (1982) empezó sus estudios analizando la base de un proceso de tratamiento centrado en la familia en la asistencia psiquiátrica ambulatoria. Salonen (1979, 1989, 2002) siguió una línea psicoanalítica más clásica, al estudiar la psicodinamia interna de los pacientes esquizofrénicos y el proceso de identificación primaria. Larmo (1992) estudió la repercusión de la psicosis de los padres en la familia y los hijos, basándose en la teorías psicoanalíticas de las relaciones objetales.

El Proyecto Nacional sobre esquizofrenia, 1981 a 1987. Equipos multiprofesionales para las psicosis

En Finlandia se llevó a cabo un programa nacional para el estudio, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos, entre 1981 y 1987 (Consejo Médico Estatal de Finlandia, 1988; Alanen y cols., 1990; Tuori y cols., 1998). Alanen presidió el principal grupo de trabajo. Hubo dos subproyectos principales. El primero fue el de los pacientes esquizofrénicos nuevos (NSP), dirigido por el equipo de Turku, en el que se aplicó la técnica de adaptación a las necesidades del pacientes (que ya hemos descrito) a otros contextos de psiquiatría comunitaria. El establecimiento de *equipos multiprofesionales para las psicosis agudas* fue la herramienta más importante para llevar a la práctica la técnica de adaptación a las necesidades de los pacientes. Estos equipos, consistentes en un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social o un enfermero, fueron creados en Finlandia en los 80 y 90, en más de la mitad de los distritos de salud mental (Tuori et al.1998)

El segundo subproyecto, dirigido por el Profesor Erik E. Anttinen y el psicólogo Markku Ojanen, se dedicó al desarrollo de la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos de larga duración fuera de los hospitales. Anttinen y cols., en particular la enfermera Leena Salmijärvi, habían desarrollado en la década de los años setenta las comunidades terapéuticas *Sopimusvuori* para pacientes psiquiátricos ingresados a largo plazo en la

región de Tampere (Anttinen 1983). Las actividades se basaban en un espíritu humanista y psicodinámico, con una especial apreciación de las relaciones de compañerismo. Este punto de vista tuvo una considerable influencia en Finlandia y también en Suecia.

Programas de formación en psicoterapia

El IV Simposio de la ISPS en Turku en 1971 (Rubinstein y Alanen, 1972; cf. Alanen y cols., 2006), el seminario de Otto Will sobre psicoterapia en 1971 y el seminario sobre terapia de familia de Helm Stierlin en 1972 fueron importantes experiencias de aprendizaje para los psicoterapeutas de las psicosis finlandesas. El profundo compromiso de Will con el mundo interno y externo de los pacientes psicóticos y la innovadora forma de Stierlin de integrar los conceptos del psicoanálisis con sus modelos transaccionales aumentaron mucho nuestra comprensión de los pacientes esquizofrénicos y de su tratamiento.

Pero se puso de manifiesto la necesidad de programas de formación sistemáticos. En 1978 la Asociación Finlandesa para la Salud Mental puso en marcha en Helsinki y Turku un *programa de formación en terapia de familia* multiprofesional de tres años de duración, con un año de formación de futuros profesores mediante seminarios dirigidos por terapeutas de familia bien conocidos que fueron invitados a Finlandia (Stierlin y Michael Wirsching de Heidelberg, Arnon Bentovim y Alan Cooklin de Londres); posteriormente los seminarios fueron dirigidos por otras personas procedentes de ambos lados del Atlántico. La formación fue sistémica (combinada con la comprensión psicodinámica) y pronto se extendió a diferentes partes de Finlandia, con las familias de los pacientes esquizofrénicos como uno de los objetivos principales. En 1988 se había establecido un programa de formación multiprofesional avanzada de 6 años de duración. El psicoanalista y terapeuta de familia Aaltonen se hizo Profesor en terapia de familia en la Universidad Jyväskylä, desde donde fomentó los programas de formación en psicoterapia tanto en terapia de familia como en terapia psicodinámica individual, dedicados a los trastornos psicóticos. Junto con muchos otros profesores con experiencia, llevó a cabo una exhaustiva supervisión nacional de los equipos que se ocupaban de las psicosis.

En 1993, Aaltonen, Rökköläinen y Alanen establecieron una *formación avanzada de nivel especial en psicoterapia individual de los trastornos mentales severos (psicóticos o borderline)* (cf. Aaltonen y cols., 2002), lo que dio lugar a una asociación especial para este fin. Otros profesores han

sido los psicoanalistas Gustav Schulman (quien representa a la orientación Kleiniana) y Matti Keinänen (cf. su innovador libro *Psychosemiosis as a Key to Body-Mind Continuum*, 2005).

El proyecto API

El STAKES (Centro Nacional de investigación y desarrollo para el bienestar y la salud) organizó un proyecto de investigación y desarrollo multicéntrico denominado API (tratamiento integrado de las psicosis agudas), que fue llevado a cabo entre 1992 y 1998 (Ville Lehtinen y cols., 1996, 2000; Aaltonen y cols. 2000) para evaluar la factibilidad de la estrategia de adaptación a las necesidades de los pacientes. Otro objetivo fue evaluar el papel del tratamiento con neurolépticos cuando se hace una aplicación máxima de las medidas psicosociales y psicoterapéuticas en el tratamiento de los primeros episodios de psicosis.

Los siguientes elementos fueron incluidos en el tratamiento inicial de todos los pacientes:

1. De manera habitual tanto los pacientes como sus familias y otras personas importantes para ellos fueron incluidos en las todas las situaciones que conforman el plan de tratamiento.
2. A los pocos días de recibir a los pacientes, el equipo multidisciplinar para casos específicos de psicosis ponía en marcha un análisis de la situación centrada en la familia y en el entramado social del paciente, y proporcionaba continuidad terapéutica mientras fuera necesario. Se asignaba un miembro del personal a cada paciente, quien era responsable de las entrevistas individuales, del tratamiento de las crisis y, en ocasiones, de psicoterapia individual más intensiva y prolongada.
3. Un elemento importante del proceso de tratamiento fueron las reuniones de terapia que inicialmente se celebraban varias veces por semana, y posteriormente a intervalos mayores. El paciente y, habitualmente, su familia, participaban con regularidad, y cuando estaba indicado participaban otras personas significativas para el paciente.

Basándose en estos hallazgos, se definieron dos nuevos principios psicoterapéuticos de la estrategia adaptada a las necesidades (Aaltonen y cols., 2000):

1. Un énfasis en la pericia habilidades y terapéuticas horizontales que busca conscientemente cruzar los límites y las barreras profesionales de diferentes sectores.

2. La desritualización del tratamiento y el uso del “diálogo abierto”. La mejor forma de aprovechar la experiencia de todos los miembros del personal consiste en hacerlo en un entorno en el que los rituales sean mínimos y los pacientes gocen de un grado de libertad considerable para elegir tratamiento, que a menudo se lleva a cabo en el domicilio del paciente.

En la terapia de familia intentamos romper la cadena multigeneracional de trastornos y ayudar a la familia a empezar una cadena de mejor entendimiento. La terapia familiar es importante para mejorar el pronóstico tanto como método psicoterapéutico independiente, como cuando se integra con otras formas de psicoterapia mejorando la eficacia de las mismas (Lehtinen, V. y cols., 2000).

Las experiencias con la estrategia sin neurolépticos se analizarán en el *Capítulo 20*.

El proyecto API dió lugar a más de 40 recomendaciones sobre cómo crear la estrategia de adaptación a las necesidades del paciente y mantenerla viva desde el punto de vista de la psicoterapia (Aaltonen y cols., 2000). Una de ellas fue que el personal debería tener una formación continuada en diferentes métodos de psicoterapia, surgidos de las necesidades del trabajo clínico. Hay que garantizar la capacidad de compartir la comprensión entre distintas generaciones del personal, del mismo modo que se intenta la comprensión mutua de la cadena multigeneracional en las familias.

Otros proyectos

1) El proyecto de Lapland Occidental (WLP¹)

El más innovador de los proyectos locales tuvo lugar en una zona de captación de 75.000 habitantes. El WLP fue establecido en 1987 en cooperación con la Universidad de Jyväskylä (Profesor Aaltonen) y los directores locales, a saber, el director médico J. Keränen y el psicólogo Jaakko Seikkula. Se modificó el marco de trabajo de la estrategia de adaptación a las necesidades de los pacientes y fue bautizada como *Estrategia de diálogo abierto* (ODA) (Aaltonen y cols. 1997, Seikkula y cols. 1996, 2003; cf. *Capítulo 17*).

¹ No se trata del Lapland ártico sino del extremo septentrional del Golfo de Botnia, formado por dos ciudades pequeñas y la parte inferior del curso del río Tornio, que conforman la parte suroccidental de la provincia de Lapland

El objetivo del WLP fue desarrollar un modelo de tratamiento psiquiátrico exhaustivo centrado en la familia y en la red personal, en el límite entre los sistemas de tratamiento ambulatorio y hospitalario, mediante:

- Impartir a todos los miembros del personal psiquiátrico multiprofesional local a cargo de la asistencia ambulatoria y hospitalaria, y durante el trabajo, un curso de formación, de tres años de duración, sobre terapia familiar sistémica y orientada a la red personal de relaciones del paciente, es decir, saturar el sistema psiquiátrico municipal de tratamiento con técnicas de terapia de familia.
- Más adelante se puso en marcha, durante el trabajo, un curso de formación sobre terapia psicodinámica individual, de dos años de duración.
- Se establecieron en todos los centros de tratamiento psiquiátrico, equipos multidisciplinares móviles para las psicosis agudas, y equipos específicos para casos (con personal de los dispositivos ambulatorios y hospitalarios) para las crisis psicóticas y otras crisis psiquiátricas graves.

Los principales resultados del proyecto WPL se pueden resumir así:

- a) En total, el 70% al 80% de todo el personal de los dispositivos hospitalarios y ambulatorios (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería de psiquiatría y de salud mental) han recibido formación a nivel de especialista en alguna forma de psicoterapia.
- b) El número de pacientes esquizofrénicos hospitalizados a largo plazo enseguida se redujo a cero, la única zona de captación psiquiátrica en Finlandia que lo conseguía (Tuori, 1994);
- c) Se produjo una reducción radical de las indicaciones de tratamiento hospitalario (Keränen, 1992);
- d) Una reducción del tratamiento hospitalario involuntario (Seikkula 1991);
- e) Un cambio de los trastornos esquizofrénicos hacia evoluciones finales menos severas y,
- f) Han aumentado las posibilidades de los tratamientos psicoterapéuticos.

2) *El proyecto Kainuu*

Mauno Saari (2002) estudió el resultado de la asistencia psiquiátrica en otra zona de captación psiquiátrica pequeña, antes y después de estable-

cer equipos para las psicosis agudas (1992-1996) en el tratamiento de los trastornos mentales agudos graves. El trabajo del equipo de psicosis fue más provechoso y rentable que el tratamiento psiquiátrico convencional. Se ha puesto en marcha un nuevo subproyecto siguiendo las líneas del WPL (véase antes).

Entre la investigación realizada por el departamento de psicología de la Universidad de Jyväskylä, destaca por su interés la dedicada a la técnica narrativa en la terapia de familia de las psicosis agudas, de Holma y Aaltonen (1995, 1997, 1998; Holma 1999). La investigación y las actividades en terapia de familia seguirán bajo la dirección del Profesor Jaakko Seikkula, compañero y sucesor de Aaltonen.

En Finlandia se ha utilizado poco la orientación cognitiva-conductual en los trastornos psicóticos, excepto en algunos proyectos vinculados con la rehabilitación de pacientes hospitalizados a largo plazo. No obstante K. Lehtinen, que ahora trabaja en Tampere, ha incluido elementos conductistas en su nuevo proyecto en relación con los pacientes ingresados por primera vez. Eeva Iso-Koivisto (2004) estudió la experiencia subjetiva del primer episodio psicótico. Basándose en la terminología kleiniana, llegó a la conclusión de que los pacientes y las familias con actitudes en las que predominaba una postura paranoide-esquizoide, es decir, una tendencia a atribuir las causas de sus perturbaciones a factores externos, se benefician del enfoque psicoeducativo; mientras que en quienes adoptan la postura depresiva de Klein, la terapia psicodinámica funciona mejor. No obstante, con frecuencia sólo es posible la exploración interna correspondiente a la postura depresiva cuando se ha establecido una relación terapéutica de empatía,.

Notas finales

En Finlandia, la historia de la psicoterapia de los pacientes psicóticos se ha caracterizado desde el principio por los continuos esfuerzos de compartir la comprensión de diferentes aspectos y dimensiones de la psicosis que involucran a psicoterapeutas de diferentes tradiciones psicoanalíticas, terapeutas de familia y recientemente a todos los miembros del personal de las zonas de captación psiquiátrica.

Desde la década de los años setenta, la influencia crucial para este desarrollo ha sido la estrategia de adaptación a las necesidades de los pacientes, y de sus diversas aplicaciones a los sistemas públicos de salud mental. Estos avances en la cultura psicoterapéutica no se importan al

por mayor a un área, sino que se crean a partir de sus propios recursos, por lo que se adaptan a las necesidades desde su mismo comienzo. Esta estrategia global ha conducido a unos avances positivos más amplios, como el aumento del capital social y una actitud más favorable de la población local hacia la asistencia psiquiátrica, cambiando el papel de los pacientes y sus familiares de objetos a sujetos de la definición de sus necesidades.

El uso de equipos multiprofesionales ha demostrado ser una ayuda eficaz en todos los tipos de crisis psiquiátricas agudas en centros en los cuales diferentes prácticas psicoterapéuticas tienen un rol ya establecido como parte de su cultura terapéutica. Además, un sistema psicoterapéutico para los trastornos mentales más severos puede tener también una influencia muy positiva en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos menos graves y en las actividades preventivas.

También ha habido reveses. El Proyecto Nacional sobre la esquizofrenia tuvo éxito en sus objetivos en los diez años que van de 1982 a 1992. El número de pacientes esquizofrénicos nuevos y de larga duración en los hospitales finlandeses descendió un 60%, y el número de miembros del personal que trabajaba en asistencia ambulatoria pasó de 2,7 a 5,1 por 10.000 habitantes, lo que supuso un considerable aumento de actividad (Tuori y cols., 1998). Pero en ese punto una difícil depresión económica en Finlandia produjo un resultado desastroso: se siguió reduciendo el número de camas hospitalarias, pero se detuvo el desarrollo de la asistencia ambulatoria e incluso ésta empezó a declinar. El personal con formación en psicoterapia encontró más difícil mantener esas tareas, acordes con su formación y capacidades profesionales, en entornos terapéuticos cargados de demandas y estresados. Este problema es especialmente importante en las grandes ciudades. En zonas de captación más pequeñas y menos pobladas la situación ha sido más fácil controlar.

Otro problema es la reducción del número de profesores con formación en psicoterapia en los departamentos de psiquiatría de las universidades. También pueden darse pasos atrás en la dirección de los distritos comunitarios: el personal con formación psicoterapéutica ha tenido que defender las formas avanzadas de psicoterapia porque sus nuevos jefes carecen de esta formación y no entienden su trabajo. En la actualidad hay signos alentadores que son producto de la mayor integración de la investigación psiquiátrica internacional. La mejor garantía para futuros avances sería la popularidad y el aumento de los programas multiprofesionales de formación en psicoterapia centrados en los pacientes con esquizofrenia y en las personas próximas a ellos.

DESARROLLO EN EUROPA DEL NORTE: RESUMEN

Aunque con grados variables de entusiasmo, el desarrollo de la psicoterapia de la esquizofrenia en los países escandinavos ha seguido las mismas líneas básicas. El interés por el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes esquizofrénicos aumentó después de la Segunda Guerra Mundial, y se adquirieron conocimientos de otros países con tradiciones más avanzadas (Estados Unidos, Gran Bretaña, Suiza) mediante viajes de estudio combinados con largos períodos de formación, y con seminarios nacionales dirigidos por expertos extranjeros. El punto de vista predominante fue la psicoterapia de orientación psicoanalítica dirigida a comprender los problemas de los pacientes. Esto ha seguido siendo básico, aunque también existen otras orientaciones.

Al principio, la psicoterapia individual ocupó una posición dominante. Posteriormente se desarrollaron las áreas de terapia de familia, de grupo y del medio. La terapia de grupo fue utilizada principalmente en Dinamarca, la terapia de familia sistémica-psicodinámica en Finlandia, las unidades hospitalarias adecuadas para la psicoterapia intensiva en Noruega, y las residencias terapéuticas fuera de los hospitales, en Suecia. Ha habido desacuerdos sobre la esquizofrenia y su tratamiento entre investigadores y terapeutas orientados a la biología y a la psicoterapia, sobre todo en Suecia. En general estas disputas han amainado, y lo habitual es el tratamiento con neurolépticos en dosis bajas; y en Suecia en la actualidad hasta se recomiendan oficialmente los hogares para crisis como tratamiento de elección para jóvenes con psicosis.

El factor más importante que tienen en común y que ha influido en el cambio es el desarrollo de técnicas de psicoterapia en el marco de la *psiquiatría comunitaria*, en correspondencia con las crecientes demandas de la sociedad del bienestar escandinava, para garantizar la igualdad de los ciudadanos en sus necesidades sociales y su asistencia médica. En lo que respecta a la psicoterapia de las psicosis, los *proyectos de trabajo* han tenido una influencia capital. Se han establecido proyectos orientados a la psicoterapia en todos los países nórdicos, algunos afectando a todo el país (como los proyectos nacionales de Finlandia y Dinamarca) o a centros de más de un país. Además de sus resultados formales, estos proyectos han tenido un efecto estimulante muy importante los equipos multiprofesionales de salud mental, debido tanto a las actividades innovadoras que realizan como a la sensación de que se valora un trabajo que a menudo no es reconocido suficientemente. Aumentar las capacidades terapéuticas especialmente del personal de enfermería ha sido un objetivo central, parti-

cularmente en Finlandia donde se han desarrollado *programas de formación multiprofesional en psicoterapia*.

El principal objetivo ha sido el desarrollo del *tratamiento de los pacientes con un primer episodio de psicosis*, basándose en la gran importancia del tratamiento precoz para el pronóstico de los pacientes. Recientemente se han puesto en marcha estudios multinacionales dirigidos a mejorar la detección precoz de las psicosis, sobre todo en el centro Stavanger de Noruega. (cf. *Capítulo 21*).

Los proyectos aplicados a zonas o áreas de captación en su totalidad subrayan las diferencias en las necesidades terapéuticas de los diferentes pacientes. Puede que un tratamiento concreto no sea el que mejor cumple las necesidades de todos los pacientes. Esta experiencia ha llevado a la *estrategia de adaptación a las necesidades de los pacientes*, desarrollada por primera vez en Finlandia. La importancia de una intervención inicial - y también continuada- centrada en la familia y el entorno en el pronóstico del paciente se ha visto reforzada por los hallazgos de diversos proyectos finlandeses, y suele ser la condición previa para que una psicoterapia individual tenga éxito. El proyecto sueco Paracaídas siguió las mismas pautas, con una especial atención a establecer residencias terapéuticas fuera de las hospitales. En este campo la *Soteria* de Nacka, cerca de Estocolmo, fué pionera en la Europa del Norte.

Empezamos nuestro resumen refiriéndonos a las influencias de los psicoterapeutas escandinavos que hace unos cincuenta años buscaron conocimientos y técnicas en otros países, y que luego han sido capaces de realizar un trabajo propio. ¿Estamos ahora en el momento de que las experiencias de los países nórdicos estimulen este avance en el resto del mundo?

Bibliografía

- Aaku, T., Rasimus, R., & Alanen, Y. O. (1980). Nursing staff as individual therapists in the psychotherapeutic community. *Yearbook Psychiatria Fennica*, pp.: 9-31. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.
- Aaltonen, J. (1982). *Basis for family-centred treatment process in psychiatric outpatient care* [in Finnish, with English summary]. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. C, Vol. 35* (Turku, Finland).
- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1994). The shared image guiding the treatment process. A precondition for integration of the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (Suppl. 23): 97-102.
- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Keränen, J. (1997). Western Lapland Project: a comprehensive family- and network-centred community-psychiatric project. Presented

- in the Twelfth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia, London.
- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J., & Lehtinen, V. (2000) *Skitsofrenian hoito on ryhmätyötä* (The Treatment of Schizophrenia is Team Work [in Finnish with English summary]). Stakes Reports 257. Helsinki: Stakes.
- Aaltonen, J., Keinänen, M., Rökköläinen, V. & Alanen, Y. (2002) An advanced specialist-level training programme in psychodynamic individual psychotherapy of psychotic and borderline patients: The Finnish Approach. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*. 5: 13-30.
- Alanen, Y. O. (1958). *The Mothers of Schizophrenic Patients*. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 33 (Suppl. 124).
- Alanen, Y. O. (1980). In search of the interactional origin of schizophrenia. The Stanley R. Dean Award Lecture. In: C. K. Hofling & J. M. Lewis (Eds.), *The Family, Evaluation and Treatment* (pp. 285-313). New York: Brunner/Mazel.
- Alanen, Y.O. (1997) *Schizophrenia -Its Origins and Need- Adapted Treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 363-72.
- Alanen, Y. O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R., & Kaljonen, A. (1986). *Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Alanen, Y.O., Ugelstad, E., Armelius, B-Å., Lehtinen, K., Rosenbaum, B., & Sjöström, R. (1994). *Early Treatment for Schizophrenic Patients. Scandinavian Psychotherapeutic Approaches*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Anttinen, E. E. (1983). Can the vicious circle of chronicity and institutionalization be broken? *Yearbook Psychiatria Fennica*. pp. 21-31. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.
- Bechgaard, B. & Winther, G. (1989). *Group supervision: The group process as research instrument. A manual*.
- Bentsen, H (1998). *Predictors of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia and related psychoses*. Doctoral thesis, Oslo.
- Bjerre, P. (1911). Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia. In *Jahrbuch fuer Psychoanalytische Forschungen*, Vol 3.
- Bjerre, P (1933 - 1944) *Samlade Psykoterapeutiska Skrifter* (Collected Psychotherapeutic Papers). Bonniers, Stockholm, Sweden.
- Brun, B., Pedersen, E. W., & Runberg, M. (1993). *Symbols of the Soul: Therapy and Guidance through Fairy Tales*. London: Jessica Kingsley.
- Buksti, A., Mundkner, R., Gade, I. R. H., Tvarnø, K., Gøtze, H., & Haastrup, S. (2006). Important component of a short-term family group programme. From the Danish National Multicenter Schizophrenia Project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60: 213-19.
- Cochrane standards* (2006). Updated software; www.cochrane.org; August 10, 2006.

- Cox, M. & Theilgaard, A. (1987). *Mutative Metaphors in Psychotherapy*. London: Tavistock.
- Cullberg J. (1991). Recovered versus non-recovered schizophrenic patients among those who have had intensive psychotherapy. *Acta Psychiatr Scand*. 84:242-5.
- Cullberg J. (2000/2006). *Psykosr - ett biologiskt och humanistiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur, (2000). *Psychoses - an Integrated Perspective*. London: Routledge, 2006. "Psicosis: una perspectiva integradora". Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid. 2007.
- Cullberg J, Levander S, Holmqvist R et al. (2002). One-year outcome in first episode psychotic patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatr Scand* 106:276-85.
- Cullberg J, Levander S (1991) Fully recovered schizophrenic patients who received intensive psychotherapy. A Swedish case-finding study. *Nord J Psychiatry* 45:253-62
- Cullberg J, Mattsson M, Levander S, Holmqvist R, Tomsmark L, Elingfors C, Wieselgren I.-M. (2006). Treatment Costs and Clinical Outcome for First Episode Schizophrenic Patients - A Three-year Follow-up of the Swedish "Parachute project" and Two Comparison Groups. *Acta Psychiatr Scand* 114:274-81, 2006.
- Haugsgjerd, S, (1983). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser I-II*. (Norwegian). Pax, Oslo.
- Helgason, T. (1964). *Epidemiology of Mental Disorders in Iceland*. Copenhagen: Munksgaard.
- Herner, T (1982). *The Challenge of Schizophrenia*. Almqvist & Wiksell International, Stockholm.
- Holma, J. (1999). *The Search for a Narrative - Investigating acute psychosis and the need-adapted treatment model from the narrative viewpoint*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 150.
- Holma, J. & Aaltonen, J (1995) The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 17: 307-16.
- Holma, J. & Aaltonen, J (1997) The sense of agency and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 19: 463-77
- Holma, J. & Aaltonen, J (1998) Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 20:253-63.
- Iso-Koivisto, E. (2004). 'Pois sieltä, ylös.takaisin' - ensimmäinen psykoosi kokemuksena. ('Away from there, upwards, back again'- meaning given to the experience of first psychotic episode.(Finnish, with English summary). *Annales Univ Turkuensis, Ser C, Tom 21.*,
- Johansson, A. (1956) Psychotherapeutische Behandlung eines Falles von Schizophrenie. *Psyche* 10 :568-87.
- Johansson, A. (1985) *Skitsofrenian analyttisen psykoterapian ongelma*. [The Problem of the Psychoanalytical Psychotherapy of Schizophrenia ; in Finnish]. *Annales Univeristati Turkuensis, ser. C, tom.53* (Turku, Finland).
- Jorstad , J & Ugelstad E (eds) (1976). *Schizophrenia 1975. Psychotherapy, Family Studies, Research*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Krupar, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness *British Medical Journal*, 331: 602-8.

- Larmo, A. (1992). *The Parent's Psychosis, Impact on Family and Children*. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, Vol. 84 (Turku, Finland).
- Larsen T.K, Melle I, Auestad B, et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull* 2006, 32:758-764.
- Larsen & Opjordsmoen (1996): Early identification and treatment of schizophrenia: conceptual and ethical considerations. *Psychiatry*, 59: 371-80.
- Lauritsen, L. (1989). Conditions for psychotherapy with schizophrenics. *Nord J Psychiat*, 43: 57-67.
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: a five- year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87:96-101.
- Lehtinen, K. (1993a). *Family Therapy and Schizophrenia in Public Mental Health*. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, Vol. 106 (Turku, Finland).
- Lehtinen, V., Aaltonen,J., Koffert, T., Rääköläinen,V. & Syvälahti, E. (2000) Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15:312-20.
- Lehtinen, V., Aaltonen,J., Koffert, T., Rääköläinen,V., Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996) Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis. The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50: 281-7.
- Levander, S (2002). Problemformuleringsarbete - ett identitets- och jagstärkande arbetssätt med förstagångspsykotiska patienter. (Problem formulation work - an identity- and ego strengthening work with first time psychotic patients.) Rapport 2002:3. *Samhällsmedicin*, Stockholm. (In Swedish).
- Levander, S & Cullberg, J (1994). Psychotherapy in retrospect. Accounts of experiences in psychotherapy obtained from five former schizophrenic patients. *Nordic J Psychiatry* 48:263-9.
- Lindgren, I, Falk Hogstedt M, Cullberg J (2006). Outpatient vs. comprehensive first-episode services, a 5-year follow-up of Soteria Nacka. *Nord J Psychiatry* 60:405-9.
- Møller & Husby, R. (2000): The initial prodrome in schizophrenia: searching for the naturalistic core dimensions experience and behaviour. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 217-32.
- Perris, C and McGorry, P editors (1999). *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice*. NY: John Wiley and Sons.
- Petersen, L, Nordentoft M, Jeppesen P, Öhlenschläger J, Thorup A, Christensen T Ö, Krarup G, Dahlström J, Haastrup S, Jörgensen P. (2005). Improving one-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *British J Psychiatry* 87 (Suppl. 48):98-103.
- Rääköläinen, V. (1977). *Onset of Psychosis: A Clinical Study of 68 Cases*. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, Vol. 7 (Turku, Finland).
- Rääköläinen, V.,Salokangas, R, & Lehtinen, P. (1979). Protective constructions in the course of psychosis. In: *Psychotherapy of Schizophrenia* (ed. C. Müller), pp. 233-43. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Rosenbaum, B. (1989). Individual psychotherapy with psychotic patients: The Danish NIPS design. *Nordic Journal of Psychiatry*, 43, 75-8.

- Rosenbaum, B., Bechgaard, B., Borberg, S., & et al (1994). The Danish project. In Y. Alanen, E. Ugelstad, B. Armelius, K. Lehtinen, B. Rosenbaum, & R. Sjöström (Eds.), *Early Treatment for Schizophrenic Patients* (pp. 33-44). Oslo: Scandinavian University Press.
- Rosenbaum, B. & Burggaard, L. (1993). Psychotherapy of schizophrenia: Aspects of the therapist's position. In G. Benedetti & P. M. Furlan (Eds.), *The Psychotherapy of Schizophrenia* (pp. 125-9). Frankfurt am Main: Springer Verlag.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder et al. (2005). The Danish National Schizophrenia Project: Prospective, comparative, longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186, 394-9.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S. et al. (2006). Treatment of patients with first episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry* 2006: 99-102.
- Rubinstein C & Alanen Y O (eds) (1972). *Psychotherapy of Schizophrenia*. Excerpta Medica: Amsterdam.
- Rund, B.R., Melle & al (2005): Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: Correlates with symptoms, premorbid functioning and duration of untreated psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 161: 466-72.
- Saari, M. (2002) *Psychosis team in treatment of severe mental disorders in Kainuu in 1992-1996* [In Finnish with English summary]. Acta Universitatis Ouluensis, D 665 (Oulu, Finland).
- Salokangas, K.R.K. (1978). *Psychosocial Prognosis in Schizophrenia*. Annales Uniuv. Turkuensis, Ser D., 9.
- Salokangas, R.K.R., Stengård, E., Rökköläinen, V., Alanen, Y.O. (1991). Uusien skitsofreniapotilaiden hoito ja ennuste. Viiden vuoden seuranta. USP-projekti V. (Treatment and prognosis of new schizophrenic patients: a five-year follow-up. NSP Project V. Finnish, with English summary). *Psychiatria Fennica Reports*, No. 95. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.
- Salonen, S. (1979). On the metapsychology of schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60: 73-81. Reprinted in: S. Salonen, *Psychotherapeutic Studies in Schizophrenia*. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, Vol. 12 (Turku, Finland).
- Salonen, S. (1989). The restitution of primary identification in psychoanalysis. *Scandinav. Psychoanal. Review* 12:102-15.
- Salonen, S. (2002). Understanding psychotic disorder. *Scandinav. Psychoanal. Rev.* 25:143-46.
- Sandin, B (1986). *Den zebbarandiga pudelkärnan*. Rabén & Sjögren, Stockholm. (In Swedish).
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B, Keränen, J. & Sutela, M (1995) Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.) *The Reflective Team in Action*. New York: The Guilford Press, pp.62-80.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. et al. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences et Services* 5:163-82.
- Siirala, M. (1961) *Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit*. Göttingen: Vanderhoeck und Ruprecht.

- Siirala, M. (1983) *From Transfer to Transference - Recovery from the Effects of disordere d Trans-generational Interactions through Therapeutic Relationships*. Helsinki: Therapeia Foundation.
- Siirala, M. (2000). Psychoanalysis will succeed by failing. Waiting for Godot? Paper at the IX Forum, IFPS, Florence.
- Siltala, P. (1971) Psychotherapy of a chronic schizophrenic patient. Case history. In *Psychotherapy of Schizophrenia*, Proceedings of the IVth International Symposium (eds D. Rubinstein & Y.O. Alanen), pp. 107-21. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Sjöström, R (1985). Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 71:513-22.
- Sjöström, R (1990). Psykoterapi vid schizofreni - en prospektiv studie. *Svenska Läkartidningen* 87:3279-82. [In Swedish].
- State Medical Board in Finland (1988). The Schizophrenia Project 1981-87. Final report of the National Programme for the study, treatment and rehabilitation of schizophrenic patients in Finland [In Finnish, with English summary]. *National Board of Health, Series Handbooks* no 4. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Tähkä, V. (1993). *Mind and Its Treatment: Psychoanalytic Approach*. New York: International Universities Press.
- Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Öhlschläger J, Christensen T, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. (2006). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first-episode psychosis - results from the Danish OPUS-trial. *Schizophrenia Research* 78:95-105.
- Torgalsbøen, A-K. (2000): *Prognosis and outcome in schizophrenia. A retrospective study of patients in full remission*. Doctoral thesis, University of Oslo.
- Tuori, T. (1994) The treatment of schizophrenia is profitable. Report of 10-years follow up of the Finnish National Schizophrenia Project [in Finnish with English summary] *Stakes Reports* 143. Helsinki: Stakes.
- Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jääskeläinen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., Pylkkänen, K., Salokangas, R., Solantaus J., Alanen, Y. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 97:10-17.
- Ugelstad, E. (1978). *Psykotiske langtidspsiegter i psykiatriske sykehus - Nye behandlingsforsok* [Norwegian]. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ugelstad, E. & Gilbert, S. (1994): The Norwegian project. In: Alanen, Ugelstad & al: *Early treatment for schizophrenic patients*, Universitetsforlaget, Oslo (p. 57-68).
- Vanggaard, T. (1955). A discussion of the basic principles of the psychoanalytically oriented psychotherapy of schizophrenia. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 30/3 (separatum), 507-27.
- Vanggaard, T. (1958). Neurosis and pseudoneurosis. *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.* 33:251-4.
- Vanggaard, T. (1978). The diagnosis of schizophrenic borderline state. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58, 213-30.

Varvin, S. (1991), A retrospective follow-up investigation of a group of schizophrenic patients treated in a psychotherapeutic unit: the Kastanjebakken study. *Psychopathology* 24:335-44.

Villemoes, P (2002). Ego-structuring Psychotherapy. *J Amer Acad Psychoanal*, 30:645-56

Werbart, A & Cullberg, J (eds) (1992). *Psychotherapy of Schizophrenia. Facilitating and obstructive Factors*. Oslo: Scandinavian University Press.

EUROPA DEL ESTE

¿Influyó el telón de acero en el uso de la psicoterapia para el tratamiento de las personas con un diagnóstico de trastorno esquizofrénico?

Jacek Bomba

A consecuencia de las soluciones políticas que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, Europa se dividió en dos partes: su zona central oriental fue aislada de la zona central occidental. Durante más de cuatro décadas se bloquearon intencionadamente los intercambios de personas e ideas entre el este y el oeste. Se cree que la psiquiatría de la Europa del Este discurrió bajo la poderosa influencia de una orientación soviética específica, incluyendo el abuso de la psiquiatría con fines políticos. En el momento de la caída del muro de Berlín, un símbolo del levantamiento del telón de acero, la valoración popular de la asistencia en salud mental en el Este la describía como con un retraso de 50 años respecto de la del Oeste. Esta opinión colocaba a la psiquiatría de la Europa del Este en una posición hasta cierto punto similar a la de la psiquiatría asilar. Realmente la sensación de aislamiento era la predominante entre los psiquiatras de los países de la Europa del Este, lo que generaba una poderosa orientación hacia el conocimiento y las habilidades procedentes del Oeste. Algunos asumían que el tratamiento de la esquizofrenia en los países de la Europa del Este se había desarrollado de una forma única y específica, olvidando que la constituían numerosos países y diversidad de culturas e idiomas.

El final de la Segunda Guerra Mundial dejó a la asistencia psiquiátrica en la mayoría de los países de la Europa del Este con un número muy limitado de profesionales. Algunos de los psiquiatras y psicoterapeutas anteriores a la guerra habían emigrado ya en 1930 desde Europa a Estados Unidos, en muchos casos para salvar sus vidas. Muchos otros murieron en el holocausto y los intelectuales de las distintas sociedades sufrían un cierto grado de esclavitud.

Es importante mencionar aquí que en muchos países de la Europa del Este se puso en práctica el programa nazi de acción T4. Se aplicó la «eutanasia» de los pacientes psiquiátricos hospitalizados de tal forma que el término “exterminio” resulta mucho más adecuado. En muchos hospitales asesinaron a toda la población de pacientes. Por ejemplo, los pacientes del Kraków-Kobierzyn fueron enviados a las cámaras de gas de Auschwitz (Jaroszewski, 1993).

La sombra de la derrota influyó seriamente en los esfuerzos por resolver los problemas de la asistencia psiquiátrica durante el difícil período de la posguerra.

El objetivo de poner en práctica, en la posguerra, la tendencia a utilizar la psicoterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, se pudo alcanzar recogiendo información de los psiquiatras que todavía eran capaces de recordar la enseñanza y la práctica de la psicoterapia y buscando en la bibliografía.

Desgraciadamente la primera vía aportó datos limitados. La información más importante procede de la Escuela de psiquiatría soviética de San Petersburgo, concretamente el método desarrollado en el Instituto Bechterevev, que se había salvado del maltrato a enfermos mentales que practicaba la psiquiatría forense soviética. Según Stefan Leder, un estudiante de postgrado del Instituto en la década de 1950, los psiquiatras de esa institución tenían libre acceso a la bibliografía psiquiátrica y psicoterapéutica de la época. El propio Leder llevó a Polonia la iniciativa de la psicoterapia de grupo y la conferencia de su equipo sobre el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes esquizofrénicos es una de las primeras de la bibliografía polaca de la posguerra (Leder, 1961). Simultáneamente, la psicoterapia de grupo fue introducida también en Polonia por Antoni Kępiński (1960), que se formó en ella durante sus estudios posdoctorales en el Instituto de Psiquiatría de Londres.

Otro desarrollo de la Escuela de San Petersburgo fue la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia y la psicoterapia se ubicaba entre los métodos de rehabilitación. En 1976 Kabanov y col. escribieron que la psicoterapia se debía incluirán las actividades de rehabilitación. El objetivo de

la psicoterapia de la esquizofrenia es, según ellos, la reconstrucción de la «... personalidad y condición social de los pacientes...» (Kabanov y col., 1976, p. 30). La base teórica para la utilización de la psicoterapia y para delimitar sus tareas fue la conceptualización de los factores de personalidad y psicológicos desencadenantes la enfermedad y el impacto negativo de la propia enfermedad sobre las relaciones del paciente con su entorno. Este planteamiento sigue caracterizando a la psiquiatría rusa (Makarov y col. 2002, Makarov 2006) y ha influido poderosamente en las estrategias terapéuticas aplicadas en la antigua Alemania democrática, y también entre profesionales de Kosovo, que formaban parte de la antigua Yugoslavia, y donde las relaciones con la Unión Soviética eran bastante distintas que con el resto de países del telón de acero (Cesko, 2002, 2006).

En Hungría y en la República Checa se ha ido desarrollando la teoría y la práctica psicoterapéutica basada en el psicoanálisis, y como continuación del psicoanálisis clásico que comenzó cuando formaban parte del imperio austrohúngaro. Muchos psicoanalistas y psicoterapeutas de Polonia orientados al análisis obtuvieron su formación en Budapest o en Praga. De todas formas, la información sobre la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos era extraordinariamente escasa tanto en Chequia como en Hungría. Por ejemplo, Dosužkov (1975) sostenía la opinión freudiana de la resistencia al tratamiento de las neurosis narcisistas, pero admitía que algunos psicoterapeutas proseguían en ese esfuerzo. Hoy en día aún se puede observar esa actitud. Durante las décadas de 1950 y 1960, el checo Knobloch publicó estudios sobre la terapia familiar también con pacientes esquizofrénicos (p.ej., Knobloch y Sofrnova, 1954). Los artículos recientes no incluyen la psicoterapia como un método utilizado en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, pero citan un libro de un paciente sobre su experiencia con la psicoterapia (Vybiral, 2002). Un informe sobre la situación actual de la psicoterapia húngara (Harmatta, 2002) no menciona el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. Veinte años atrás la revisión de Fűredi y Palfy (1980) sobre la rehabilitación de los enfermos mentales destacaba el papel de la psicoterapia individual, la importancia de su supervisión y la necesidad de una terapia familiar. La terapia familiar se introdujo con éxito en la década de 1980; por ejemplo en *Estonia* se sugería que era uno de los tratamientos habituales para los esquizofrénicos (Mikkin, 2002).

Desgraciadamente la información recogida por Pritz (2002), incluidos los autores antes mencionados, parece ser incompleta en lo que respecta al campo de la psicoterapia de pacientes con esquizofrenia. En los artículos de *Croacia*, *Eslovenia* y *Eslovaquia* no se menciona la psicoterapia para el tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, tanto los contactos per-

sonales (Ivesic, 2005) como los artículos de Ivesic y col. (2001, 2003) demuestran que hay centros de salud mental que aplican psicoterapia psicodinámica, terapia cognitiva-conductual, terapia familiar y tienen un enfoque ecléctico con los pacientes con esquizofrenia.

Es difícil valorar si el desarrollo del enfoque psicoterapéutico para el tratamiento de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia en Polonia es representativo de la región. Las publicaciones de «*Psychoterapia*», la única revista psicoterapéutica de la Europa del Este hasta la década de 1980 revelan una serie de artículos sobre la experiencia del tratamiento psicoterapéutico con modalidades varias y objetivos variables. La mayoría tratan sobre la psicoterapia de grupo (p.ej., Golebiewska-Popielarska y col., 1973; Orwid y col., 1975; Kostecka, 1978) tanto en pacientes ingresados como en régimen ambulatorio. En un libro de texto sobre la terapia grupal en psiquiatría, publicado por Wardaszko-Lyskowska (1973), encontramos dos capítulos que tratan exclusivamente de la psicoterapia de grupo de los pacientes esquizofrénicos. Contiene una descripción de la terapia de grupo y el trabajo en grupo en comunidades terapéuticas, así como el empleo de la terapia de grupo en la rehabilitación. Los terapeutas también compartían su experiencia en la psicoterapia individual, de orientación analítica, con pacientes esquizofrénicos (p.ej., Jakubczyk, 1974).

En la década de 1970 se hicieron esfuerzos para valorar los efectos de la psicoterapia de grupo con pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia (Orwid y col., 1976).

Desde la década de 1970 se ha introducido la terapia familiar en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia (Orwid 1975; Namyslowska, 1983; de Barbaro y col., 1992). Los cambios en los fundamentos teóricos y los métodos de terapia familiar aplicados han corrido paralelos al desarrollo de los planteamientos familiares, tanto en Europa como en Estados Unidos, incluyendo la tendencia a introducir la psicoeducación familiar basada en estudios de las emociones expresadas (Rostworowska, 1991).

Los cambios en todos los servicios de salud mental empezaron también, por lo menos en Polonia, en la década de 1970, con una fuerte tendencia a dismantelar los hospitales psiquiátricos regionales y al desarrollo de los servicios ambulatorios. El programa destacaba la importancia de la continuidad de la asistencia. Sin embargo, los cambios olvidaron la parte psicoterapéutica del tratamiento. Dos décadas más tarde, cambios profundos en toda la asistencia sanitaria hicieron desaparecer casi por completo toda la red de servicios ambulatorios. Paradójicamente, la nue-

va situación creó la oportunidad de construir nuevos servicios basados en las ideas de la psiquiatría comunitaria y la introducción de servicios diversos más adecuados para las necesidades variables de los propios pacientes.

Parece que la tendencia actual abandona la diferenciación entre terapia y rehabilitación que fue tan importante en el pasado. Se está poniendo un mayor énfasis en lo que se denomina *rehabilitación precoz*. Eso significa la aplicación de diversas modalidades terapéuticas, dependiendo del contexto y la evaluación de las necesidades individuales de cada paciente, ya desde el principio de su recorrido psiquiátrico para satisfacer esas necesidades, evitar su aislamiento y ayudarle en su desarrollo individual. El equipo de Cracovia es un buen ejemplo de cómo llevar a cabo un modelo de sistema de tratamiento integrador de los pacientes esquizofrénicos (Barbaro y col., 1979; Cechnicki y col., 1979). El equipo continúa con estudios prospectivos de seguimiento, que evalúan la eficacia del modelo de tratamiento en sus dimensiones psicopatológicas y sociales (Cechnicki, 2003).

Una vez cada dos años y durante los últimos ocho, el grupo de Cracovia ha organizado una serie de conferencias bajo el título «Esquizofrenia, diversos contextos, diversas terapias» donde se revisa desde diversos puntos de vista la situación de los enfoques psicoterapéuticos en el tratamiento integral de los pacientes con trastornos esquizofrénicos, una revisión en la que además -y esta es una cuestión que creemos de la máxima importancia- participan los propios pacientes. Estos debates nos llevan a abordajes que tienen en cuenta la complejidad de los trastornos de las personas con diagnóstico de esquizofrenia y a las necesidades tan diversas de las personas que sufren estos trastornos, así como de sus familiares. Hay lugar para casi cualquier planteamiento psicoterapéutico, siempre que la terapia se indique cuando se necesite y se aplique adecuadamente. El mismo enfoque se puede encontrar en el manual de psicoterapia y esquizofrenia recientemente editado (Meder y Sawicka, eds., 2006).

Referencias

- Barbaro B, Cechnicki A, Zawadzka K, Zadecki J. (1979). Model terapii i rehabilitacji w schizofrenii. *Psychoterapia* 28, 6-9
- Barbaro B, Hodura E, Śliwa K, Zadecki J. (1979). Obraz społeczności leczniczej w świetle badań ankietowych. *Psychoterapia* 28, 11-15

- de Barbaro, B. (1992). Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego. Krakow: SP PTP.
- Cechnicki A. (2003). The quality of life of schizophrenic patients. Part one: Research results of the psychosocial treatment programme. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 5: 45-57.
- Cechnicki A, Drozdowski P, Kurgan A, Zadecki J, (1979). Terapia bifokalna w leczeniu schizofrenii. Bilans dwuletnich doświadczeń z grup rodzinnych. *Psychotherapia* 28, 21-27
- Cesko E, (2002). Kosova In: A Pritz (ed.), *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitaetasverlag, , pp. 196-99.
- Cesko, E. (2006). Personal communication
- Dosužkov B., (1975). O istocie psychoterapii. *Psychotherapia* 12, 14-17
- Füredi, J. and Palffy, J. (1980). Psychologiczne problemy rehabilitacji psychicznie chorych. *Psychotherapia* 35 :15-22.
- Golebiewska-Popielarska M, Jankowska H, Rzewuska M, (1973). Psychoterapia grupowa w psychozach. *Psychotherapia* 1973, 6:3-16
- Harmatta J, Hungary. In: A Pritz, (ed.), *Globalized Psychotherapy*. Facultas Universitaetasverlag, Vienna 2002, 165-68
- Ivesic, S. (2005). Personal communication.
- Ivesic, S., Ljubimir, V., Urlic, I. (2001). Therapist-patient relationship in treatment of chronic schizophrenic patients. *Med. Arh* 55 (supp.1), 39-46.
- Ivesic, S. (2003). Types of transference studied in group od schizophrenic patients. *Med Arh*, 57: 241-6.
- Jakubczyk A, (1974). Przebieg psychoterapii pacjenta psychotycznego. *Psychotherapia* 8, 29-32
- Jaroszewski, Z. (ed.) (1993), *Zagłada chorych psychicznie w Polsce 1939-1945. Die Ermordung der Geisteskranken in Polen 1939-1945*. Warszawa: PWN.
- Kabanov, M. M., Karwasarskij BD, Murzenko WA, Tupicyn JA (1976). Optymalne formy stosowania psychoterapii specjalistycznej. *Psychotherapia* 18: 29-32.
- Kępiński, A., Orwid, M. (1960). Dalsze uwagi praktyczne o stosowaniu psychoterapii grupowej. *Neurol Neurochir Psychiat Pol* 10: 697.
- Knobloch, F. and Sofrnova, M. (1954). Notes on the technique of family psychotherapy (in Czech). *Neurologia a psychiatria czechoslovenska* 17:217-24.
- Leder, S, Wolska H (1961). *O stosowaniu grupowej psychoterapii u chorych z psychozami. Pamiętnik XXV Zjazdu Naukowego Psychiatró w Polskich*. Warszawa: PZWL, 111.
- Makarov, V. V. (2002)..Russian Fereration, In: A Pritz (ed.): *Globalized Psychotherapy*, p. 266-82. Virena: Facultas Universitaetasverlag,
- Makarov, V. V. (2006). Personal communication..
- Meder, J., Sawicka M (eds.): *Psychotherapia schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2006

- Mikkin, H., (2002). Estonia, In: A Pritz (ed.), *Globalized Psychotherapy*. Facultas Universitaetasverlag, Vienna 2002, pp. 95-112
- Namysłowska I, Psychoterapia grupowa schizofrenii. (1973). In: H Wardaszko-Łyskowska, (ed), *Terapia grupowa w psychiatrii*. PZWŁ, Warszawa, pp. 115-33.
- Namysłowska I. (1983). *Spółeczna i emocjonalna adaptacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię*. Wydawnictwo AM w Warszawie
- Orwid, M. (1975). Zasadnicze wskazania i kierunki psychoterapii oraz terapii rodziny w zaburzeniach psychicznych u młodzieży dojrzewającej. *Psychoterapia* 14, 19-22
- Orwid, M., Badura, W., Bomba, J., Mellibruda, L., Pajor, Z, (1975)- Trudności w stosowaniu grupowych form leczenia w psychiatrycznym oddziale młodzieżowym. *Psychoterapia* 14:15-19
- Orwid M, Bomba J, Badura W, Pajor Z, Mellibruda L. (1976), 5-year follow-up study of adolescent schizophrenics. Psychopathological dynamics and results of group psychotherapy. In: J. Jórstad, E. Ugelstad (Eds.). *Schizophrenia* 75, pp. 373 - 86. Universitetsforlaget, Oslo.
- Pritz, A. (ed.). (2002). *Globalized Psychotherapy*. Facultas Universitaetasverlag, Vienna 2002
- Rostworowska M. (1991). Wpływ wskaźnika *Ujawnionych Uczuć na przebieg schizofrenii - 18 miesięczna katamneza*. Biblioteka Collegium Medicum UJ 1991
- Výbiral, Z. S. Czech Republik. In: A Pritz, (ed.), *Globalized Psychotherapy*. Facultas Universitaetasverlag, Vienna 2002, 89-94
- Wardaszko-Łyskowska H. (1973). (ed), *Terapia grupowa w psychiatrii*. PZWŁ, Warszawa.

ASIA ORIENTAL

I. Desarrollos en Asia oriental: El caso de Singapur

Lyn Chua

En Asia oriental la práctica de la psiquiatría occidental para el tratamiento de los trastornos mentales es relativamente joven. Se introdujo gradualmente en Oriente hacia principios del siglo XIX, cuando Occidente empezó a comerciar con la región y colonizar algunos de estos países del Lejano Oriente y del Sudeste asiático. Sin embargo, parece que la psicoterapia para el tratamiento de las enfermedades mentales en general y de la esquizofrenia en particular, no se destacó demasiado. El tratamiento parece seguir siendo predominantemente biomédico, hasta hoy.

Los países del Lejano Oriente son China, Japón, Corea y Hong Kong. El Sudeste asiático está formado por países como Malasia, Tailandia, Indonesia, Singapur y las Filipinas. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que la incidencia de la esquizofrenia en los países asiáticos es muy similar a la de los países occidentales, e.d., cerca del 1% de la

población total de cada uno de los países estudiados (Jablensky y col., 1992).

Antes de la introducción de la medicación antipsicótica, eran aplicados por curanderos y sanadores tradicionales diversos tratamientos muy influidos por factores culturales, por ejemplo el exorcismo y los rituales religiosos (Razali y col., 1996), acupuntura y moxibustion (Wiseman, 2000) para tratar algunos de los comportamientos extraños y síntomas destructivos de esquizofrenia. Los métodos de los curanderos chinos eran plurales, combinaban diversos aspectos del taoísmo, budismo y animismo (Lin, 1981). Explicaban las enfermedades en términos de espíritus y fantasmas, y afirmaban que trataban a los pacientes mediante una intervención en su nombre en el mundo de los espíritus.

Más adelante el tratamiento psicológico y los planteamientos psicoterapéuticos se consideraron útiles como tratamientos coadyuvantes a la medicación antipsicótica. Sin embargo, estos métodos biopsicosociales, no están muy extendidos en muchos países asiáticos por muchos motivos, entre ellos la escasez de personal especializado, las limitaciones económicas, una gran inclinación hacia la idea del tratamiento biomédico, y también debido a influencias culturales y religiosas.

Estudios recientes han demostrado que determinados tratamientos psicoterapéuticos han sido efectivos y eficaces para prevenir recaídas y ayudar a los pacientes a afrontar su situación y mejorar su vida. Se ha comprobado que la psicoterapia cognitiva orientada a la psicosis precoz de Jackson y col (1998) para tratar a pacientes con alucinaciones y delirios, puede disminuir el malestar que producen estos síntomas al entenderlos mejor y conseguir una explicación más racional de los mismos y de su aparición (1998).

Lógicamente la psicoterapia debería ser igual de eficaz para los pacientes asiáticos. Sin embargo, Lin (1981) ha sugerido que para practicar la psiquiatría moderna en diferentes culturas es extraordinariamente importante tener un conocimiento adecuado de los aspectos médicos y de las creencias religiosas populares de cada cultura, así como sus abordajes terapéuticos. Por lo tanto, el psicoterapeuta tiene que ser consciente de la influencia subyacente, tanto cultural como religiosa, sobre la etiología de los delirios y las alucinaciones. Los valores sociales y culturales, las supersticiones y las creencias religiosas juegan un papel crucial a la hora de proporcionar los temas de todo tipo de alucinaciones y delirios, y configuran culturalmente estos síntomas. La percepción de estas influencias subyacentes en psicoterapia es fundamental para implicar a los pacientes en una psicoterapia significativa.

Cuando los pacientes preciben que sus creencias se entienden, aceptan, se respetan y no se minimizan, ni devalúan, el proceso de las intervenciones psicoterapéuticas será significativo y eficaz.

El caso de Singapur

Singapur es una nación en una isla con una superficie total de 646 km² y una población multiétnica de 3,6 millones de habitantes, de los que el 77% son chinos, el 14% son malayos, el 8% indios y el 1% restante, de distintas razas. Existe el sistema sanitario dual, el sector público y el sector privado. Hay 87 psiquiatras, la mayoría trabajando en el sector público. El Instituto de salud mental y Hospital Woodbridge es el único hospital psiquiátrico estatal y el principal centro de tratamiento de Singapur para los pacientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia.

La asistencia sanitaria primaria la proveen médicos de familia, médicos de policlínicas y practicantes de la medicina tradicional china (MTC); en Singapur hay registrados unos 1.300 practicantes de la MTC. Existen otros sanadores, entre ellos los sanadores espirituales como los *bomohs* (practicantes de la medicina tradicional malaya), *tang-kis* (médiums los templos chinos), sacerdotes de los templos y diversos tipos de religiosos afiliados a iglesias, mezquitas y templos. Estos sanadores tradicionales a menudo son la primera opción de tratamiento y el primer punto de contacto con muchos pacientes y sus familias. El *bomoh* es popular entre los malayos, quienes creen que estos sanadores tradicionales están bien equipados para tratar todos los aspectos de la enfermedad mental (Razali, 1989). De hecho, se considera que el *bomoh* es un buen psicoterapeuta que se puede comunicar con el paciente más eficazmente que el médico general (Razaliy col., 1996). El medio del templo chino a menudo es reclamado para exorcizar a los espíritus diabólicos que han entrado en el paciente para provocar trastornos en su cuerpo. A veces los pacientes se dirigen a los practicantes de la medicina tradicional china (MTC), de la medicina ayurvédica o de la homeopatía. Se han mantenido diálogos con los practicantes del MTC para intentar racionalizar el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia (Chua & Tan, 2004).

Antes de la década de 1940 el tratamiento de los pacientes psiquiátricos en Singapur era bastante primitivo, como lo documenta Ng (2001). Poco después de que terminara la II Guerra Mundial en Asia, en Singapur, que quedó bajo el gobierno británico, se editó la Ordenanza de trastornos mentales y su tratamiento. Pero a pesar de todo, el hospital psiquiátrico se seguía considerando un asilo y seguía asociando a la simple

custodia. Cerca del 75% de sus pacientes padecían esquizofrenia. En 1947 se introdujo la terapia electroconvulsiva, seguida del tratamiento con comas insulínicas y la terapia del dióxido de carbono. Para los casos crónicos más trastocados por sus síntomas se recomendaba la leucotomía frontal, que a principios de la década de 1950 fue realizada en tres pacientes (Colonia de Singapur, informe del departamento de salud, 1953). En 1956 se empezó con la terapia ocupacional, el trabajo social y los servicios psicológicos. Se hicieron pruebas psicométricas cuando fue necesario y se introdujo la terapia conductual y el programa de economía de fichas. La intervención psicosocial más parecida a la psicoterapia se asemejaba más bien a una especie de asesoramiento, que sólo se ofrecía a cerca del 6% de la población de pacientes. La farmacoterapia se convirtió en el pilar fundamental del tratamiento de las enfermedades mentales. Recientemente se han introducido los antipsicóticos atípicos, pero hoy en día el enfoque del tratamiento de la esquizofrenia sigue teniendo una orientación muy biológica. Es notable que no se hiciese énfasis en la psicoterapia. La terapia de grupo se limitaba fundamentalmente a las habilidades sociales y de comunicación; dentro del programa de rehabilitación se ofrecía formación en actividades de la vida diaria.

Fundamentalmente a causa del estigma que acompaña a los servicios psiquiátricos y a causa de unas creencias culturales y religiosas que vienen de muy antiguo, la mayoría de los pacientes preferían buscar tratamiento en los sanadores religiosos tradicionales, en los médiums de los templos y en los curanderos, antes que en los psiquiatras. Para convencer a los pacientes esquizofrénicos que necesitaban tratamiento psiquiátrico, la educación psicosocial pretendía dar a los pacientes la impresión de que tenían una enfermedad biológica, y que, igual que con cualquier otra enfermedad física, tomar medicación les sería útil. A pesar de eso, siguió siendo frecuentes la resistencia y la negación a tener una enfermedad mental, por lo que cuando estos pacientes llegaban a contactar con los servicios psiquiátricos, hacía mucho tiempo que estaban enfermos y se habían deteriorado considerablemente.

Un estudio reciente de Singapur demostró que la duración media de la psicosis sin tratar de los pacientes con esquizofrenia era de 32,6 meses (Chong y col., 2005). El estudio también reveló que el 24% de los pacientes con un primer episodio de psicosis habían buscado ayuda en los sanadores tradicionales en cuanto había aparecido la enfermedad. Cuando quedó claro que la larga duración de las psicosis sin tratar era perjudicial para los pacientes porque implicaba un mal pronóstico y a la larga elevaba los costes de la asistencia sanitaria, se desarrolló el Programa de intervención precoz de las psicosis (conocido por sus siglas en

inglés, EPIP) bajo los auspicios del Ministerio de salud (Chong & Chua, 2002). El objetivo fundamental del programa es la detección e intervención rápida. Aboga por un planteamiento verdaderamente biopsicosocial en el que un equipo multidisciplinar de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras y gestores de casos, afrontan todos los aspectos de las necesidades de los pacientes. El concepto de gestión de casos fue el primero en ser introducido en el sistema sanitario de Singapur. Pone un énfasis muy importante en la psicoterapia, porque se vio claramente que los pacientes necesitaban hablar sobre sus pensamientos, sentimientos y experiencias psicóticas, para enfrentarse a las pérdidas que les había causado la enfermedad, trabajarlas y asumir una realidad de la enfermedad que les permitiera «avanzar» en la vida.

Se desarrolló una forma específica de psicoterapia para los pacientes del programa EPIP, relevante y sensible culturalmente. La Terapia personal y de afrontamiento estratégico de la psicosis precoz (conocida por sus siglas en inglés, PASTE) es un «paquete» psicoterapéutico desarrollado en Singapur que tiene en mente las perspectivas culturales (Chua & Choo, 2004). Si consideramos que la mente está «partida en dos» (Bleuler, 1950), PASTE¹ es el «pegamento» que «une» de nuevo las partes fragmentadas de la mente. El objetivo de este «paquete» de psicoterapia es ayudar a los individuos a que entiendan lo que les ha sucedido y les está sucediendo, para permitirles afrontar los aspectos cognitivos y emocionales de la enfermedad, desarrollar una actitud más racional frente a ella y afrontar mejor la vida bajo la perspectiva de la enfermedad. Se incorporan varios conceptos y abordajes psicoterapéuticos, pero su cualidad exclusiva es que tiene en cuenta las influencias sociales, culturales y religiosas existentes.

Los principales componentes de PASTE son la terapia de apoyo, la terapia personal, la psicoeducación, la terapia cognitiva y la terapia de afrontamiento estratégico. La secuencia con que se aplican estos componentes al paciente puede cambiar o repetirse, dependiendo de sus necesidades. La terapia de apoyo implica una escucha activa de las experiencias por las que ha pasado del individuo. El componente de psicoterapia de apoyo de PASTE se tiene que aplicar desde las primeras fases del episodio psicótico. Jackson (2000) ha demostrado que la psicoterapia aplicada en las fases iniciales del episodio psicótico proporciona un mejor resultado.

1 N del T: Una de las posibles traducciones de la palabra Paste es pegar (con pegamento).

La terapia personal permite que el individuo ofrezca su explicación o comprensión personal de lo que le ha pasado. Esta explicación personal a menudo está influida por sus creencias culturales y religiosas. Sin embargo, por muy «erróneas» e incluso raras que puedan sonar las explicaciones del individuo al terapeuta, no se deben discutir en absoluto.

Arthur Kleinman, el psiquiatra americano y antropólogo social, propuso que las personas utilizaran «modelos explicativos» para entender las enfermedades (1978). El facilitar un «modelo explicativo» permite que el individuo exprese en palabras unas experiencias traumáticas que después pueden ayudarle a asumir y adaptarse a la enfermedad con menos resistencia. Esta facilitación de una explicación y comprensión personal es lo que hace que PASTE sea una forma individualizada de intervención psicoterapéutica, porque tiene en cuenta las bases culturales y religiosas de cada individuo.

La psicoeducación ofrecida por una enfermera independiente (para preservar la alianza terapéutica) cumple el PASTE con los datos «científicos» de la enfermedad. Las áreas que abarca permiten una visión amplia de las enfermedades psicóticas y esquizofrénicas, tipos de tratamientos disponibles, patrones de recuperación y proyectos futuros. Se revisan los motivos por los que se necesita una medicación, los tipos de medicación disponible, las dosis y posibles efectos secundarios, la importancia de la psicoterapia, la terapia en grupo y ocupacional, y se destaca la importancia de seguir correctamente el tratamiento. También se enseña a los pacientes a detectar los signos y síntomas de una recaída inminente y dónde buscar ayuda.

A continuación se aplica un tratamiento de tipo cognitivo para ayudar al paciente a llegar a una explicación más razonable o aceptable la enfermedad, que le permita asumirla y le haga más fácil cumplir mejor el tratamiento propuesto. Utilizando un planteamiento sistemático y estructurado de verificación de la realidad, se anima al paciente a que pruebe explicaciones diferentes, siempre sin cuestionarlo. El objetivo final es ayudarle a elaborar nuevas hipótesis sobre las causas de los síntomas, mediante terapia cognitiva y modificación de las creencias que aumente el seguimiento del tratamiento. Se focaliza en los síntomas positivos y negativos, los pensamientos ilógicos y las creencias culturales que pudieran provocar un rechazo del tratamiento.

La terapia de afrontamiento estratégico avanza explorando las dificultades que el paciente pudiera tener para afrontar su enfermedad y volver a un funcionamiento óptimo. Puede necesitar ayuda para superar un episodio traumático, recuperar la confianza en sí mismo y reintegrarse en la

comunidad. En este punto de la terapia, el psicoterapeuta estará atento a cualquier trastorno comórbido, como ataques de pánico, trastornos de ansiedad, ansiedad social o estrés postraumático. El paciente cuando llega a un cierto insight y se da cuenta de que está sufriendo una enfermedad mental, puede deprimirse, e incluso considerar la posibilidad del suicidio. El tratamiento estratégico de afrontamiento también anima a los pacientes a asumir su situación vital real, examinando cómo ha afectado la enfermedad a sus vidas, adaptándose a los cambios, elaborando nuevas estrategias de afrontamiento y considerando las opciones de futuro. El siguiente ejemplo ilustra la aplicación de PASTE:

Un estudiante universitario de 20 años fue remitido a la clínica EPIP por su médico de cabecera cuando le explicó que estaba seriamente preocupado porque creía que sus compañeros de clase estaban planeando hacerle daño. Les oía hablar y reírse de él, incluso en plena noche cuando estaba solo en su cama. Tras ser evaluado por el psiquiatra, fue remitido al PASTE. Al principio se sintió bastante azorado por tener que hablar de sus sentimientos, pero una vez que el terapeuta le dio confianza, se abrió y le habló del miedo, la confusión y el terror que estaba experimentando: se sentía solo. Su madre lo había llevado varias veces a consultar al médium del templo porque creía que estaba poseído por los espíritus. El propio paciente estaba de acuerdo con su madre porque creía que algunas semanas atrás había ofendido a un espíritu, una noche que volvía a casa de la Universidad. Había pisado accidentalmente un altar dedicado a los antepasados que había al pie de un árbol, cerca de la parada del autobús. El médium del templo había hecho algunos rituales y le había dado a beber «agua bendita», pero no mejoró. Se sintió aliviado cuando pudo expresar sus miedos y creencias a su terapeuta, que pudo validar sus sentimientos y tuvo en cuenta sus creencias religiosas. Pocas semanas después sus síntomas habían desaparecido, con la medicación prescrita por el psiquiatra. Después la enfermera habló con él sobre las diversas causas posibles de sus síntomas. Al principio no estaba convencido de que tuviera una enfermedad psicótica y seguía totalmente convencido de que había sido poseído. Sin embargo, aceptó seguir con el tratamiento. Asistió regularmente a la clínica y a las sesiones de psicoterapia, donde discutía animadamente lo que en realidad le había pasado. Tuvo la sensación de que la terapia le había permitido entender que lo que había pasado tenía sentido. Posteriormente empezó a aceptar que había sufrido una enfermedad, con la sensación de que su experiencia traumática podría haber sido desencadenada por el período extraordinariamente estresante que había pasado justo antes de los exámenes finales. Se preguntaba si iba a ser capaz de seguir con sus estudios. En

ocasiones se sentía ansioso, con temor de volver a oír otra vez aquellas voces hostiles. Tras varias sesiones de hablar sobre su miedos y su depresión, decidió que tenía bastante confianza en si mismo como para reanudar sus estudios, convencido de que iba a necesitar controlarse y continuar con el tratamiento de la clínica EPIP.

La psicoterapia de la EPIP tiene un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes con una psicosis precoz y con los diagnosticados de esquizofrenia. Existen investigaciones en marcha para demostrar que esta forma culturalmente relevante de la psicoterapia es eficaz, mejor aceptada por los pacientes , que les ayuda a volver a un funcionamiento social, ocupacional y psicológico óptimo y a avanzar en la vida.

Conclusión

En Asia oriental la psicoterapia de los pacientes con esquizofrenia se ha mantenido muy retrasada con respecto a Occidente. Actualmente el tratamiento está todavía está muy centrado en el modelo biomédico. Sin embargo, al percibir la necesidad de un enfoque más biopsicosocial integral , los países del Lejano Oriente y del Sudeste asiático, y en particular Singapur, están dando pasos para incorporar la psicoterapia como un componente necesario del tratamiento de la esquizofrenia. En cualquier caso la psicoterapia tiene que ser sensible a los fundamentos culturales y religiosos de los pacientes. Los antropólogos de la primera era, como Murphy (1973) y Henderson y Primeaux (1981), han destacado la importancia de entender el contexto cultural de los pacientes para establecer relaciones significativas y evitar así conflictos emocionales y disonancias cognitivas. La aceptación de las explicaciones personales de los pacientes o su interpretación de los síntomas refuerza la relación terapéutica. Los profesionales de la salud mental pueden trabajar con los sanadores tradicionales, sin impedir que sus pacientes los consulten, siempre que eso no interfiera con el tratamiento psiquiátrico. Estos profesionales también deben aprender el sistema de creencias de las diversas culturas y religiones. En la literatura parece que se han publicado muy pocos estudios e informes de psicoterapia en esta parte del mundo. Con una mayor percepción de los beneficios de la psicoterapia para el tratamiento de la esquizofrenia y un avance hacia un enfoque biopsicosocial más equilibrado, es de esperar que la psicoterapia tenga un papel más destacado en Asia oriental.

Bibliografía

- Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. (Zinkin J, transl.) New York: International Universities Press.
- Chong S, A. & Chua, L. (2002). Evolution of the early psychosis intervention programme in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Supplementum 106):69.
- Chong, S A., Mythily, Lum A., Chan, Y. H. & McGorry, P. 2005. Determinants of duration of untreated psychosis and the pathway to care in Singapore. *International Journal of Social Psychiatry*, 51:55-62.
- Chua, L. & Choo, L. (2004). Psychotherapy for early psychosis in an Asian culture of exorcism and superstitions. *Schizophrenia Research*, 70: Supplement No 1.
- Chua, L. & Tan, P. I. (2004). In partnership with Traditional Chinese Medicine (TCM) practitioners in the treatment of early psychosis in Singapore. *Schizophrenia Research* 70, Supplement No. 1.
- Henderson, G. & Primeaux, M. (1981). *Transcultural Health Care. Introduction*. Menlo Park, California. Addison-Wesley.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R. & Bertelsen, A. (1992). *Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures*. A World Health Organization ten-country study. Psychological Medicine, Monograph Supplement 20. New York., NY: Cambridge.
- Jackson HJ, McGorry PD, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Francey A, Maude D, Cocks J, Power P, Harrigan S & Dudgeon P. 1998. *Cognitively-oriented Psychotherapy for Early Psychosis (COPE)*: Preliminary results. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Supplement): 93-100
- Jackson. H. J. (2000). Results of the Active Cognitive Therapy for early Psychosis
- Kleinman, A. J. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine* 12:85-93.
- Lin, K. M. (1981). Traditional Chinese medical beliefs and their relevance for mental illness and psychiatry. In: *Normal and Abnormal Behaviours in Chinese Culture: Culture, Illness and Healing*, Vol 2 (eds): Kleinman, A. and Lin, T. Y. Dordrecht, Holland: Reidel.
- Murphy, H. B. M. (1973). Current trends in transcultural psychiatry. *Proc R Soc Med*. 66:711-716
- Ng, B. Y. (2001). *Till the Break of Day: A History of Mental Health Services in Singapore 1841-1993*. Singapore University Press.
- Razali, S. M. (1989). The consultation of traditional healers by Malay patients. *Med. J Malaysia* 44:3-12
- Razali, S. M., Khan, U. A., Hasanah, C. I. (1996). Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: impact on treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 94: 229-233.
- Wiseman, N. (2000). *Soothing the troubled mind: treatment and prevention of schizophrenia with acupuncture and moxibustion*. Paradigm.

II. Psicoterapia Tao en Corea

Chan Hee Huh

Para explicar lo que abarca la psicoterapia Tao, tal como ha sido originada y fundada por el profesor *Rhee Dongshick*, simplemente podríamos afirmar que la psicoterapia Tao es la psicoterapia del profesor Rhee que fusiona el Tao con la esencia de la psicoterapia occidental. El ha trabajado durante 64 años como psiquiatra y durante 53 como psicoterapeuta y ha realizado numerosas sesiones semanales de psicoterapia durante prácticamente toda su vida, en una de cuyas etapas estuvo viendo pacientes hasta durante 79 horas por semana.

La experiencia e influencia del profesor Rhee como psicoterapeuta

El profesor Rhee empezó sus estudios de psiquiatría en 1942 en la Universidad de Seúl (por entonces Universidad imperial Keijo), en plena II guerra mundial. En aquella época los japoneses ocupaban los puestos directivos de todas las áreas y la psiquiatría no era una excepción. La psiquiatría japonesa que se practicaba era una psiquiatría orgánica de tradición kraepeliana. Al profesor Rhee se le introdujo en la literatura alemana mientras él cultivaba un interés personal en la psiquiatría británica, americana y francesa. Al principio le influyeron Eugen Bleuler, Ernst Kretschmer y Kurt Kolle. Después, como resultado de las influencias de Sigmund Freud, Pierre Janet y Jean-Martin Charcot, empezó a creer en los orígenes emocionales de la mayoría de los trastornos mentales, que más adelante confirmarían las ideas personales que se había formado al final de su infancia. Después leyó el artículo de Ludwig Binswanger sobre la «historia de la vida interior». Transcurridos tres o cuatro años de estudios de psiquiatría, empezó a entender el mundo interior de sus pacientes. Siendo estudiante de medicina leyó las novelas de Hermann Hesse que describen el mundo interior y la soledad. También a Arthur Schopenhauer y mucho de lo escrito por Friedrich Nietzsche, Soeren Kierkegaard y Max Scheler. Durante los primeros años de sus estudios de psiquiatría también descubrió el «*Sein und Zeit*» de Martin Heidegger. Leyó casi todos los libros escritos por Bertrand Russell excepto «*Principia Mathematica*» y estudió lingüística, psicología y antropología cultural, además de interesarse por los filósofos americanos William James y John Dewey, y el estudio de los chamanes y el chamanismo.

En 1953 trabajó en un caso de cefaleas psicógenas que trató con éxito durante un período de 12 sesiones sin supervisión. En 1954 fue a Nueva York a estudiar psicoanálisis siguiendo los insistentes consejos de un psiquiatra militar americano. Allí recibió la influencia de la psiquiatría norteamericana, que analizó durante seis meses a la vez que asistía como estudiante al Instituto William Alanson White durante un año. Tras cuatro años de estudio en otras instituciones diversas de Estados Unidos, fue a Europa y participó en cuatro congresos internacionales, incluido el Congreso mundial de filosofía.

Tras regresar a Corea a finales de 1958, introdujo la psiquiatría dinámica, la psicoterapia y las técnicas de entrevista, además de la psiquiatría existencial. Desde 1965 ha estudiado la filosofía oriental del Tao, incluidos el budismo, el confucionismo, Laotzu y Chuangtzu, junto a prominentes monjes y estudiosos budistas.

En 1974 el profesor Rhee fundó el Grupo coreano de estudio de casos de psicoterapia, que en 1976 se convertiría en el Grupo coreano de estudio de la psicoterapia y en 1979 acabaría convirtiéndose en la actual Academia coreana de psicoterapeutas (KAP). En esta academia es donde el profesor Rhee ha estado enseñando psicoterapia Tao durante más de 30 años. Sus actividades profesionales abarcan áreas muy amplias, como la psicoterapia, los problemas de identidad y la subjetividad de los coreanos, la fusión del Tao con la psicoterapia occidental, la importancia del Tao en los tiempos actuales, la relación entre el Tao y la ciencia, la psicoterapia y la cultura tradicional propia de Corea.

Finalmente el profesor Rhee fue elegido miembro honorario de la Federación internacional de psicoterapia (IFP). Ya en 1958 asistió al Congreso internacional de psicoterapia médica (IFMP) de Barcelona. En 1988 fue nombrado miembro del Consejo de la IFP. En 1994 fue presidente del Congreso y del comité organizador del 16º Congreso Mundial de Psicoterapia de la IFP que se celebró en Seúl (Corea) bajo el lema «Psicoterapia: oriente y occidente» en el que dictó una conferencia plenaria con el título «El Tao y la psicoterapia occidental». Durante este congreso también fue cofundador del capítulo asiático de la IFP, la «Asociación de psicoterapeutas Asia-Pacífico (APAP)» de la que se convertiría en presidente honorario en 1996. Durante la 13ª reunión del IFMP en Yugoslavia, en 1985 y la 14ª reunión del IFMP de Suiza de 1988, organizó unos simposios sobre «Psicoterapia en oriente y occidente» que constituyeron una contribución significativa a la integración del Tao oriental y la psicoterapia occidental. Ambos fueron co-presidentes por Medard Boss.

La esencia de la psicoterapia Tao

Una de las consideraciones más importantes de la psicoterapia Tao es tener empatía con los sentimientos del paciente (Huh: 2004). El profesor Rhee insistía en que los sentimientos del psicoterapeuta curan los sentimientos del paciente. Según el profesor Rhee, los principios de la psicoterapia Tao se pueden aplicar a las neurosis, psicosis y enfermedades psicósomáticas, con bastante independencia del diagnóstico del trastorno mental. Las únicas diferencias de aplicación de la respuesta terapéutica se relacionan directamente con el periodo de la fase de desarrollo durante el que el paciente experimentó el trauma. Esto refleja la necesidad de prestar atención deliberada a los diferentes niveles correspondientes de la fortaleza del ego del paciente, como se hace también de forma similar en la psicoterapia occidental. En la psicoterapia Tao es fundamental tener empatía con los sentimientos del paciente en cualquier tipo de trastorno mental. El profesor Rhee ha repetido muchas veces su idea de que incluso los pacientes psicóticos muy graves mejoraban súbitamente en cuanto tenían la sensación de que eran entendidos. Recientemente, en 2003, dirigió el simposio titulado «Psicoterapia Tao de las psicosis» durante el 14º Symposium de la ISPS celebrado en Melbourne (Australia).

En uno de sus artículos publicado en 1970, el profesor Rhee destacaba la importancia fundamental de atacar y vencer los “sentimientos nucleares” del paciente que ejercen tanta influencia sobre su mente y su comportamiento durante todos los instantes de su vida. Argumentaba que los “sentimientos nucleares” son lo mismo que “algo clavado en el pecho” de lo que hablaba hace unos 1.000 años Tahui, el gran maestro Suhn (Zen) de la dinastía Song China.

En segundo lugar, una de las cosas más importantes de la psicoterapia Tao es la cuestión de cómo un terapeuta puede alcanzar una empatía tan perfecta como para empatizar con los sentimientos del paciente. A este propósito, los terapeutas deben resolver (eliminar) sus propios “sentimientos nucleares” (deseos neuróticos) mediante la purificación de sus mentes. Esta es una de las cuestiones diferentes y características con las que trabaja la psicoterapia Tao. A la cuestión de la habilidad del terapeuta para entender bien los sentimientos del paciente (profundidad de empatía) se le presta una atención mucho más seria en la psicoterapia Tao que en la psicoterapia occidental.

El profesor Rhee siempre dice: «El terapeuta debe tratar al paciente con su propia compasión, debe sentir compasión y el paciente será curado por ella» y «La mente de un terapeuta debe estar en un estado de 'ayuno' para poder sentir empatía por los sentimientos de los demás».

Psicoterapia Tao y psicoterapia occidental: similitudes y diferencias

En su artículo «El Tao, psicoanálisis y pensamiento existencial» (Rhee: 1990), el profesor Rhee hablaba de los elementos comunes y las diferencias entre el Tao oriental, el psicoanálisis y el pensamiento existencialista. Comparaba el objetivo del Tao oriental con el del psicoanálisis y psicoterapia occidentales, y concluyó que el objetivo del psicoanálisis y psicoterapia occidentales y del Tao oriental es el mismo, y que la única diferencia es de grado o de nivel. También comparó los procesos de psicoanálisis y la práctica Zen, y concluyó que ambos procesos son el mismo pero sólo hasta un cierto punto.

Una de las preguntas que los psicoanalistas occidentales plantean con mayor frecuencia sobre la psicoterapia Tao del profesor Rhee es: «En el psicoanálisis occidental uno de los aspectos más importantes es la comprensión y solución de los sentimientos de transferencia del paciente. ¿Cómo se aplica este aspecto del tratamiento en la psicoterapia Tao?» El profesor Rhee sostiene que la psicoterapia Tao atiende literalmente a la transferencia de los “sentimientos nucleares”. En otras palabras, la psicoterapia Tao tiende a prestar de una atención considerablemente mayor a la transferencia de los “sentimientos nucleares” y, en particular, al aspecto fundamental de estos sentimientos.

En la psicoterapia Tao se considera que las interpretaciones «apuntan directamente a la mente del paciente» y se considera que el terapeuta expresa una empatía perfecta en un estado de congruencia sujeto-objeto. En el artículo «Integración de la psicoterapia oriental y occidental: el caso del profesor Rhee», el profesor Kang Suk-Hun explicaba algunas características de la interpretación del profesor Rhee. Describía las interpretaciones del profesor Rhee como una forma de «matar y hacer revivir» o «quitar y dar la vida» (Kang: 1996). Summers también comentó sobre la psicoterapia Tao del profesor Rhee que era «a la vez relajante y estimulante para el cliente». En el diálogo Zen los maestros acostumbran a utilizar este tipo de interpretación para abrirse camino por las figuraciones de sus discípulos o para discriminar pensamientos. Además, el profesor Kang describió otra interpretación característica del profesor Rhee como «podar las raíces de la dependencia y hostilidad del paciente».

En la psicoterapia Tao el profesor Rhee destaca la importancia de la implicación activa de la personalidad madura del terapeuta. Con respecto al concepto de la «resistencia» del paciente, propio del psicoanálisis, el punto de vista de la psicoterapia Tao es que esta interpretación puede re-

presentar en realidad una falta de empatía del terapeuta. El profesor Rhee argumenta que este concepto es una idea centrada en el terapeuta y que el aspecto subjetivo de las experiencias del paciente es la única realidad a considerar.

Resumen

En resumen, la esencia de la psicoterapia Tao es llevar la primavera a un paciente que está tiritando en una tierra helada. En otras palabras, la psicoterapia Tao consiste en sentir empatía por los “sentimientos nucleares” del paciente que tienen una gran influencia sobre su mente y su comportamiento, desde los gestos que hace con una mano hasta su forma peculiar de respirar, en todos los momentos de toda su vida. Para conseguir una capacidad de empatía perfecta, el terapeuta debe sentir y desarrollar una compasión que se puede conseguir resolviendo los “sentimientos nucleares” del terapeuta mediante la purificación de la mente. Sentimientos nucleares, purificación de la mente (eliminación de sentimientos nucleares) y compasión (empatía) son las tres palabras clave de la psicoterapia Tao (Rhee: 2004).

Bibliografía

- Boss, Medard & Rhee, Dongshick (1992). Dialogue between Prof. Medard Boss and Prof. Rhee Dongshick. *Psychotherapy* 6:30-43.
- Huh, Chan Hee (2004). Introduction to Taopsychotherapy. *Proceedings of the International Forum on Taopsychotherapy and Western Psychotherapy*. Seoul, Korea, pp. 6-18.
- Kang, Suk-Hun (1996). Integration of East and West Psychotherapy: Professor Rhee Dongshick's Case. *Paper presented to First Meeting of the Asia Pacific Association of Psychotherapy*. Bali, Indonesia, October 27.
- Rhee, Dongshick (1970). Research on Psychotherapy of Korean Patients. *New Medical Journal* 1:77-101.
- Rhee, Dongshick (1990). The Tao, Psychoanalysis and Existential Thought. *Psychotherapy and Psychosomatics* 53:21-27.
- Rhee, Dongshick (2004). The Essence of Taopsychotherapy in Comparison with Western Psychotherapy/Psychoanalysis. *Proceedings of the International Forum on Taopsychotherapy and Western Psychotherapy*. Seoul, Korea, pp. 19-28.

NUEVA ZELANDA

Una historia de los planteamientos terapéuticos de la psicosis en Nueva Zelanda

J. Geekie, M. Taitimu, P. Randal, D. Rook, M. Ang, y J. Read

Introducción

Actualmente Nueva Zelanda es una sociedad dinámica, con una población diversa y una amplia mezcla cultural. Una valoración de los aspectos cruciales de la historia y la cultura de nueva Zelanda ayudará a facilitar la comprensión de nuestras explicaciones sobre el rango y la naturaleza de las intervenciones psicoterapéuticas de las psicosis aplicadas a los clientes de los servicios de salud mental de Nueva Zelanda.

Aotearoa (o Nueva Zelanda) se creó en 1840 con la firma del Tratado de Waitangi, un documento refrendado por la corona británica y la mayoría de los jefes maoríes de la época. Este tratado recoge la naturaleza de la relación entre las dos partes, *la pakeha* (los descendientes de los europeos) y la maorí, a la vez que consagra los derechos del pueblo indígena de Nueva Zelanda. Hoy en día el tratado sigue siendo un importante documento «vivo», que expresa un compromiso para mantener el espíritu del tratado en la prestación de servicios, incluyendo los servicios de salud mental, que son de naturaleza bicultural para satisfacer mejor las necesidades de los maoríes y *los pakehas* (Kawharu, 1989).

A pesar de que Nueva Zelanda ocupa una posición geográfica y cultural única, la historia de los servicios de salud mental posterior a la colonización comparte muchos aspectos con la de otras naciones occidentales. Nueva Zelanda, igual que todos los países occidentales, históricamente ha encerrado a un gran número de personas que se consideraban mentalmente enfermas en hospitales de custodia prologada como el hospital Carrington de Auckland, que en los momentos de máxima ocupación llegó a tener más de dos mil pacientes. En estas instituciones predominaba el modelo médico de asistencia, lo que dejaba pocas oportunidades para las intervenciones psicológicas. Por ejemplo, en 1974, una enfermera estaba a cargo de una planta con 130 pacientes. Aunque los principales servicios públicos de salud mental continúan operando fundamentalmente con un modelo médico de asistencia, ha habido cambios significativos en el abanico de servicios que ahora están disponibles para los clientes con experiencias psicóticas. En este capítulo explicaremos algunos de estos cambios centrados en las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales que se ofrecen a este tipo de pacientes.

Los servicios de salud mental de Nueva Zelanda tienen en común con otros países occidentales el haber evolucionado en respuesta a la influencia creciente del movimiento de los consumidores. Ahora ya está bien establecido en Nueva Zelanda que en todos los niveles de planificación de los servicios de salud mental, los servicios que respondieran mejor a las necesidades de los consumidores. Otros factores que han influido en el abanico de servicios que se ofrecen a los clientes psicóticos ha sido el desarrollo de servicios de intervención precoz (SIP), que siguen libremente el modelo del centro EPPIC de Melbourne (v. Gleeson y McGorry, eds., 2004) y un impacto más general, procedente de la creciente bibliografía que demuestra la importancia y el valor de las intervenciones psicoterapéuticas para la psicosis. Además de estas grandes influencias occidentales sobre los servicios de salud mental, en Nueva Zelanda también se ha producido un impacto único de la política del «biculturalismo» que preserva los derechos de los maoríes a recibir servicios que sean sensibles y coherentes con sus valores culturales.

De acuerdo con el tratado, los servicios de salud mental pública de Nueva Zelanda consisten en servicios «principales» y servicios *kaupapa* maoríes. Los servicios principales siguen un diseño y una aplicación básicamente similares al resto de países occidentales, mientras que los servicios *kaupapa* maoríes pretenden ofrecer un servicio que contemple los principios y prácticas culturales maoríes, como «*whanaungatanga*» (dinámica familiar) y «*whakapapa*» (genealogía). Estos servicios se diferencian de los servicios principales en una serie de aspectos importantes, co-

mo el recurso a los *kaumata* (ancianos) para dar orientaciones y el hecho de facilitar el acceso a formas tradicionales de curación. Además de los servicios *kaupapa* maoríes, la pasada década también ha sido testigo del desarrollo de los servicios de salud mental en las principales ciudades de los pueblos de las islas del Pacífico. En la práctica, los servicios culturales y los servicios principales funcionan en paralelo y tienen un impacto recíproco entre sí.

Salud mental maorí

A consecuencia de la rápida urbanización de los maoríes en la década de 1970, su proporción en las tasas de admisión en las unidades de ingreso fue desproporcionadamente elevada (y aún mayor en las tasas de readmisión). Estos ingresos han sido predominantemente obligatorios o de origen forense, durante fases agudas de psicosis (Comisión de salud mental, 1998). Estas estadísticas destacan con bastante claridad la necesidad de prestar servicios que sean coherentes con los valores y cultura maoríes.

Para tratar estos temas es esencial comprender qué significa el bienestar maorí, para diseñar y prestar un servicio adecuado (Comisión de salud mental, 1998, 2004). Si bien existen muchos modelos de salud maorí, todos ellos representan la naturaleza integral de la perspectiva maorí. Durie (1994) destaca la estructura «*Whare Tapa Wha*» (también llamada «las cuatro paredes de la casa») que se utiliza ampliamente en el sector sanitario actual y que propone que el bienestar mental es una combinación de las cuatro dimensiones del propio ser: *wairua* (espiritual), *whanau* (familiar), *hinengaro* (mental) y *tinana* (física). Igual que cuatro paredes forman una casa, las cuatro dimensiones de una persona interactúan para contribuir colectivamente al bienestar, siendo razonable considerar la dimensión espiritual como la más importante. La estructura *Whare Tapa Wha* se ha incorporado a criterios pronósticos que también se pueden utilizar en otros servicios y que se ha probado en estudios pilotos en diversos lugares de Nueva Zelanda (Kingi & Durie, 2001).

Un modelo que es coherente con la estructura *Whare Tapa Wha* que se ha aplicado en los servicios de salud mental *kaupapa* maorí y en los servicios de intervención precoz de la psicosis (SIP) es el modelo *Te Pounamu*. Este modelo fue desarrollado por Peta Ruha e introducido en el servicio de salud mental maorí, *Te Whare Marie*, en 1999 (Manna, 2002). El modelo *te pounamu* destaca la importancia de empezar las sesiones clínicas con una *karakia* (una plegaria) y con *mihimihi* (presentar los ante-

cedentes familiares), e incorpora un proceso de evaluación cultural y clínica basado en las cuatro paredes del modelo *Whare Tapa Wha* antes descrito. Los clientes (en maorí llamados «*tangata whaiora*», personas que buscan el bienestar) y su *whanau* (familia) son presentados con una representación visual del modelo *Whare Tapa Wha* en el que los diversos aspectos de uno mismo van llenando cada dimensión, en colaboración con el médico y con un asesor cultural (v. diagrama 1). El modelo *te pounamu* se ha incorporado al SIP de Wellington y se presentó en forma de taller de formación en la conferencia nacional de 2005.

Diagrama 1.

El modelo Te Pounamu

EL MODELO TE POUNAMU	
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	TEMAS QUE SE PRESENTAN
ALCOHOL Y DROGAS	DSM IV
VIOLENCIA	SEGURIDAD
CRIMEN	FACTORES SOCIALES ESTRESANTES
COMPORTAMIENTO IMPROPIO	
DINÁMICA WHANAU	CUESTIONES SUBYACENTES
RELACIONES	PENA PROFUNDA
CRÍA DE LOS HIJOS	MALTRATO
AISLAMIENTO	IDENTIDAD
	ENCUENTROS ESPIRITUALES
TEMAS DE RELACIÓN	FUERZAS
HISTORIA DE FALTA DE ARMONÍA	CONEXIONES WHANAU
HISTORIA DE MALTRATOS	ARTE/MÚSICA
AISLAMIENTO SOCIAL	

Otro aspecto importante de los planteamientos maoríes sobre salud mental ha sido destacar la importancia de los factores culturales para comprender los cuadros clínicos. Esto es particularmente importante en el área de las psicosis, donde algunas experiencias que se pueden considerar patológicas desde una posición psiquiátrica occidental convencional, se consideran normales entre los maoríes. Por ejemplo, la experiencia de alucinaciones puede ser un aspecto normal, comprensible y a veces positivo de la espiritualidad maorí. Además, a menudo la oratoria maorí es metafórica, es habitual que un maorí dé rodeos sobre un tema, una tendencia que puede ser mal interpretada como pensamiento tangencial o trastorno mental. Entre los maoríes jóvenes (*rangatahi*) también es de des-

tacar el *whakama*, un comportamiento cultural consistente en vergüenza, humillación, sensación de ser inferior o sentirse rechazado, que se considera una reacción normal y apropiada ante procesos o entornos poco familiares, como un consultorio de un servicio de salud mental, una clase nueva en la escuela, entornos donde los *pakeha* son amplia mayoría o cuando se pide a un *rangatahi* que hable ante un público que no conoce, pero que se puede interpretar erróneamente como síntomas negativos (Sachdev, 1990). Para reducir la probabilidad de que un diagnóstico erróneo esté contribuyendo a que la proporción de maoríes que utilizan las unidades hospitalarias para trastornos psicóticos sea excesiva, es imprescindible que el personal médico tenga la formación adecuada sobre presentaciones culturales. Actualmente en Nueva Zelanda la formación es muy limitada en este aspecto.

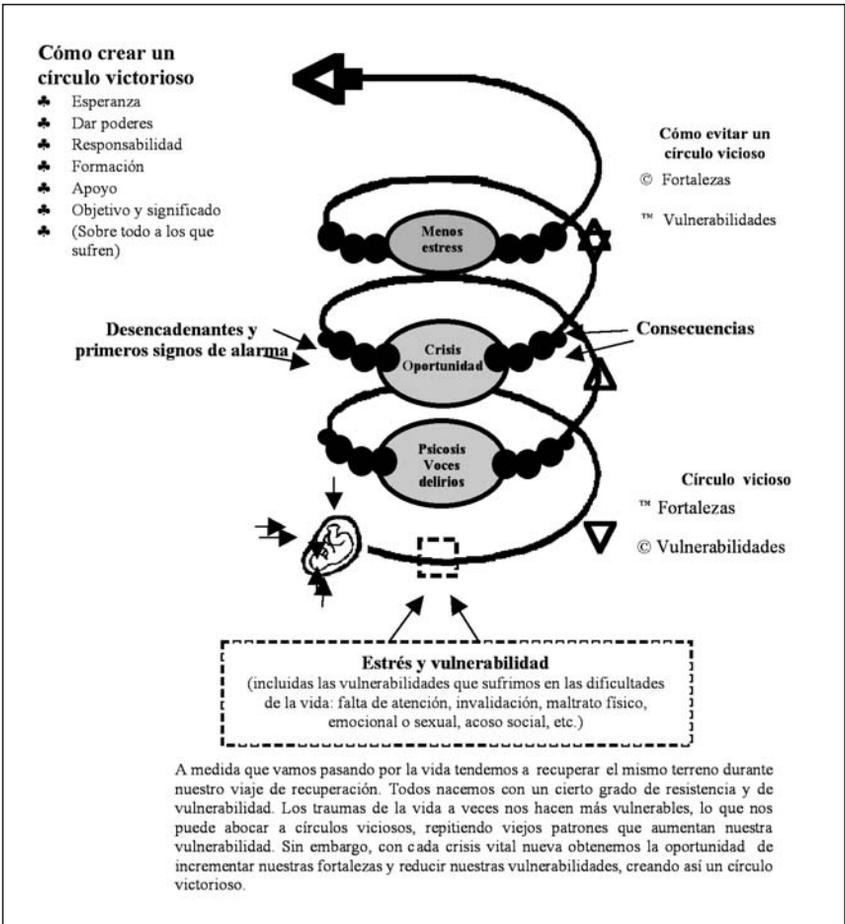
Los servicios clínicos maoríes y el compromiso de una política bicultural dentro de los servicios principales de Nueva Zelanda probablemente habrán ayudado a fomentar una atmósfera que conduzca a la supervivencia del tratamiento integral en lugar del biomédico estricto, y a abordar las dificultades de la salud mental, incluidas las psicosis. El énfasis de un abordaje integral de las psicosis dentro de la estructura maorí, que reconoce la importancia de factores tales como la dinámica familiar y la historia, así como valores culturales y espirituales, es congruente con determinados aspectos de las intervenciones psicológicas de las psicosis; podemos ver algunos elementos de esto en algunas de las innovaciones psicológicas que hemos desarrollado en los servicios principales

Servicios principales

A pesar de que muchos de nuestras innovaciones recientes en las intervenciones psicológicas de las psicosis se han producido en los SIP, el trabajo de Randal y col. (2003), realizado en un centro residencial de rehabilitación de Auckland demuestra el valor de la «intervención tardía» para los denominados trastornos psicóticos «resistentes al tratamiento» y la importancia capital de que la relación psicoterapéutica consiga resultados positivos para esos clientes. Este planteamiento se basa en la noción de «construir un puente de confianza» con las personas a las que servimos, en el contexto de un modelo de desarrollo espiral que genere una esperanza de «recuperación», a la vez que es posible crear círculos victoriosos (en contraposición a los viciosos) mediante un planteamiento de habilidades psicológicas para crear fortalezas y reducir vulnerabilidades, incluidas las adquiridas con un trauma (v. diagrama 2). Este trabajo ha

permitido desarrollar un Paquete multimodal de formación de habilidades (Randal, 2004) para el personal de salud mental que, entre otras cosas, va dirigido a ampliar el abanico de intervenciones psicoterapéuticas que el personal es capaz de ofrecer a los clientes de los servicios de salud mental. Un aspecto importante de este trabajo, que refleja un interés creciente en Nueva Zelanda, es el énfasis que se da a la espiritualidad de los clientes y a la comprensión espiritual de las experiencias estresantes.

Diagrama 2.
Mapa del viaje de re-cuperación
 © Patte Randal 2005



Previo a la proliferación del estilo EPPIC de los servicios de intervención precoz, el trabajo del psiquiatra local Falloon (Falloon & Fadden, 1993) también tuvo su impacto sobre los servicios de salud mental principales, en particular en Auckland, donde a principios de la década de 1990 se adoptó como el modelo preferido de asistencia de los servicios comunitarios de salud mental. El modelo de Falloon de asistencia mental integral subraya la importancia de incluir las intervenciones psicoterapéuticas y familiares dentro del estándar de asistencia sanitaria mental, aunque con un paradigma predominantemente médico.

En el momento de redactar este capítulo, otras innovaciones psicoterapéuticas de los servicios principales de salud mental de los SIP incluyen un grupo Hearing Voices (Oyendo voces) dirigido conjuntamente por consumidores y médicos (Lampshire & Loretto, 2004) que es ofrecido a los clientes permanentes de los servicios comunitarios de salud mental de Auckland. Actualmente este grupo está en fase de evaluación y sus resultados iniciales son prometedores.

Servicios de intervención precoz (SIP)

Los SIP se desarrollaron en Nueva Zelanda a mediados de la década de 1990 y recibieron un impulso especial tras la conferencia de la IEPA de Melbourne de 1996. Desde entonces los servicios de intervención precoz se han desarrollado considerablemente por toda Nueva Zelanda. El año 2000 había 18 servicios de salud mental legalmente establecidos que trabajaban total o parcialmente en este área (Turner y col., 2004) y desde entonces se han fundado por lo menos otros tres servicios. Las intervenciones terapéuticas son un componente fundamental de estos servicios. Generalmente las psicoterapias individuales ofrecidas en los SIP tienen orientación cognitiva (Jackson y col., 1996), aunque inevitablemente las inclinaciones individuales de los profesionales suponen que asimismo otros enfoques psicoterapéuticos (incluyendo los psicodinámicos, la teoría de la estructura personal, la narrativa, etcétera) también se aplican en el trabajo de los SIP. Todos estos enfoques diversos destacan la importancia de ayudar a los clientes a elaborar explicaciones personales de las experiencias psicóticas que tengan sentido para ellos y la necesidad de flexibilizar las intervenciones.

Grupos

Los SIP también ofrecen toda una serie de grupos, muchos de los cuales presentan aspectos psicoterapéuticos. Si bien muchos de estos grupos son un componente estándar de los SIP de todo el mundo (como los grupos de psicoeducación y de actividades), en Nueva Zelanda están imbuidos de un aroma neozelandés especial que reconoce la influencia de factores tales como la cultura sobre las experiencias psicóticas. Entre los ejemplos de innovaciones en este campo se incluyen los grupos de filosofía (Burdett, 2001) y de narración de historias (Rook & Geekie, 2004), ambos ofrecidos por un SIP de Auckland. El grupo de filosofía es ofrecido conjuntamente por consumidores y médicos, que hasta la fecha se ha ofrecido a los clientes de los SIP. Aunque tiene una orientación más filosófica que psicoterapéutica, presenta una cierta superposición con las intervenciones psicoterapéuticas. En este grupo se anima a los clientes a explorar preguntas de naturaleza filosófica (como «¿Cuál es la naturaleza de la mente?» o «¿La medicación te cambia la personalidad?»). Las evaluaciones cualitativas provisionales (Burdett y Geekie, 2003) sugieren que los clientes tienen la sensación de obtener algún beneficio del grupo y que tienen claro cómo se diferencia este grupo de otros en los que han participado: comentan que les impulsa a pensar y preguntar en lugar de ofrecerles información.

También dentro del SIP de Auckland se puso en marcha un «grupo de narración de historias» en respuesta a la solicitud de los clientes de que se les debería dar más tiempo para compartir sus historias de psicosis con otros clientes. Este grupo se centra en los clientes que elaboran por primera vez su propia historia particular de las psicosis (sin ninguna expectativa de que tenga que coincidir con ningún modelo concreto de psicosis) y después la comparten con el grupo. El grupo se esfuerza por estimular el que uno sea autor de su historia; la integración de la historia y su reflejo sobre el significado de la propia historia de psicosis (y la de los demás) son cuestiones muy bien recibidas por los clientes (Rook & Geekie, 2004).

Opciones residenciales

Los últimos años han sido testigos de desarrollos dentro de las instituciones residenciales que han ayudado a promover las intervenciones psicoterapéuticas. En particular, en Auckland una ONG (Mind Matters Trust) ha creado una unidad con cinco camas que ofrece intervenciones breves dirigida a los clientes más jóvenes (de hasta 30 años). Estas intervenciones incluyen apoyo psicológico para experiencias psicológicas

cuando es necesario. Dentro de la comunidad clínica también hay apoyos para crear un Hogar Soteria (Mosher y col., 2005) en Nueva Zelanda, aunque en el momento de redactar estas líneas todavía está en fase de propuesta, a la espera de obtener fondos.

Recuperación a través de una ocupación con significado

El permitir que la gente lleve una vida útil y satisfactoria ayudándole a realizar ocupaciones (las cosas que les gustan, necesitan o que se espera que hagan) cada vez se reconoce más como un elemento esencial de la recuperación de la psicosis. Muchos SIP ofrecen grupos y trabajos que proporciona oportunidades para el desarrollo de habilidades y de roles que crean fortalezas personales, confianza e identidad. El trabajo clínico puede explorar el sentido que se le da a la psicosis y el impacto sobre el rendimiento ocupacional. A su vez esto impulsa la capacidad para comprometerse de una forma personalmente significativa con ocupaciones e integrarse en una comunidad elegida. Los asistentes vocacionales involucrados en equipos de intervención precoz también han demostrado mejorar los resultados profesionales de los clientes.

Investigación

Nueva Zelanda también contribuye al esfuerzo de investigación internacional. En los últimos años han visto la luz los estudios neozelandeses siguientes: *Lo que los maoríes entienden sobre lo que los pakeha llaman psicosis* (Taitimu, 2005); *Los modelos explicatorios utilizados por los usuarios de los servicios que padecen psicosis* (Geekie, 2004) y *por los oyentes de voces de la población general* (Beavan, 2005); *La relación de las psicosis con el trauma infantil* (Read y col., 2003) y *el consumo de sustancias* (Fergusson y col., 2005); *La relación entre las psicosis en la infancia y la edad adulta* (Poulton y col., 2000); y *Los orígenes de los prejuicios contra las personas con un diagnóstico de «esquizofrenia»* (Read & Harre, 2001).

Estructuras nacionales de apoyo y desarrollo

Además de los servicios clínicos que ya hemos descrito y funcionando paralelamente a ellos, existen una serie de organizaciones regionales y na-

cionales que pone un gran énfasis en los planteamientos psicoterapéuticos y psicosociales de la psicosis. Entre ellos podemos incluir el Grupo nacional de dirección de los servicios de intervención precoz, un organismo que promueve la creación de los SIP por todo el país. Desde 1998 han hecho un Foro de formación nacional al año, de 2-3 días, para los médicos que trabajan en el área de los SIP, que generalmente tienen una importante representación psicoterapéutica. Durante los últimos años la recientemente formada rama neozelandesa de la ISPS ha organizado una conferencia anual con el título «Dar sentido a la psicosis» (conocida por sus siglas inglesas MSOP). La incorporación de ideas del consumidor es sumamente valorada tanto en el Foro nacional de formación como en la conferencia MSOP, que tienen la tradición de recurrir a todo un abanico de conferenciantes, incluyendo expertos locales e internacionales. Ambas conferencias tienen una buena participación, con cerca de 200 personas procedentes de toda Nueva Zelanda. También existen grupos locales, como el grupo regional de psicosis de Auckland, que se reúne una vez al mes para revisar los planteamientos teóricos y clínicos de la psicosis.

Estas iniciativas nacionales y locales reflejan y crean una gran energía y compromiso con los planteamientos clínicos de la psicosis en Nueva Zelanda, incluyendo los planteamientos psicoterapéuticos, pero sin limitarse a ellos. Desde luego, proporcionan una plataforma para el debate y la discusión sobre diversas formas de entender e intervenir en la psicosis, e implican la contribución de los clientes y de un amplio abanico de médicos, estando representadas diversas perspectivas culturales (maorí, de las islas del pacífico y *pakeha*). Podemos concluir que, aunque no están libres de dificultades y tensiones, en Nueva Zelanda las intervenciones psicoterapéuticas de las psicosis gozan de una salud razonablemente buena: cada vez se reconoce más el valor de estas intervenciones y se estimulan nuevas oportunidades para trabajar de forma innovadora.

Bibliografía

- Beavan, V. (2005). Angels at our tables: New Zealanders' experiences of hearing voices. Paper presented at NZ Psychological Society Annual Conference. Dunedin, August.
- Burdett, J. (2001). Using group philosophical inquiry as a means of promoting recovery for people who experience mental illness. Unpublished Masters thesis, Deakin University, Australia.
- Burdett, J. & Geekie, J. (2003). Philosophical inquiry groups for clients of a first episode psychosis service. Paper presented at 14th I.S.P.S. Symposium. Melbourne, September.
- Durie, M. H. (1994). Whaiora. Auckland: Oxford University Press.

- Falloon, I., & Fadden, G. (1993). *Integrated Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fergusson, D., Horwood, J., & Rideer, E. (2005). Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, 100, 354-66.
- Geekie, J. (2004) Listening to the voices we hear: clients' understandings of psychotic experiences. In Read J, Mosher L, Bentall R, (eds). *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia* (pp.147-60). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Jackson, H. J., McGorry, P. D., Edwards, J., & Hulbert, C. A. (1996). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis. In Cotten, P., & H. J. Jackson (Eds.), *Early Intervention and Prevention in Mental Health* (pp. 131-154). Melbourne: Australian Psychological Society.
- Kawharu, H. (1989). *Waitangi: Māori and Pakeha Perspectives of the Treaty of Waitangi*. Auckland: Oxford University Press.
- Kingi, T. K. R., & Durie, M. H. (2001). Hua Oranga: A Māori measure of mental health outcome, mental health outcomes research in Aotearoa. Mental health research and development strategy. Proceedings of the September 2000 conference Auckland: Health Research Council.
- Lampshire, D. & Loretto, M. (2004). A hearing voices group. Paper presented at I.S.P.S. - N.Z 2nd Annual Making Sense of Psychosis conference. Auckland, October.
- Manna, L. (2002). Biculturalism in practice. Te Pounamu: Integration of a Māori model with traditional clinical assessment processes. In Nikora, L.W., Levy, M., Masters, B., Waitoki, W., Te Awekotuku, N., and Etheredge, R.J.M. (Eds). *Proceedings of the National Māori Graduates of Psychology Symposium 2002*: University of Waikato, 29-30 November 2002.
- Mental Health Commission. (1998). *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How things need to be*. Wellington: Mental Health Commission.
- Mental Health Commission. (2004). *Early Intervention in Psychosis*. Wellington: Mental Health Commission.
- Mosher, L., Hendrix, V, & Fort, D. (2005). *Soteria: through madness to deliverance*, Philadelphia, Xlibris.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T., Cannon, M, Murray, R, Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-58.
- Randal, P (2004). Multimodal therapy for facilitating recovery and addressing barriers to a life worth living: A twelve weeks skills-based course. Paper presented at ISPS Conference, Manchester.
- Randal, P, Simpson, A, & Laidlaw, T. (2003). Can recovery-focused multimodal psychotherapy facilitate symptom and function improvement in people with treatment-resistant psychotic illness? A comparison study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 720-727.
- Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. (2003). Sexual and physical assault during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 76,1-22.

- Read, J. & Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'. *Journal of Mental Health*, 10, 223-235.
- Rook, D. & Geekie, J. (2004). A story telling group. Paper presented at I.S.P.S. - N.Z.2nd Annual Making Sense of Psychosis conference. Auckland, October.
- Sachdev, P. (1990). Whakama: Culturally determined behaviour in the New Zealand Māori. *Psychological Medicine*, 20, 433-444.
- Taitimu, M. (2005). Māori understandings of psychosis. Paper presented at I.S.P.S. - N.Z.3rd Annual Making Sense of Psychosis conference. Auckland, October.
- Turner, M., Nightingale, S., Smith-Hamel, C., & Mulder, R. (2004). Early intervention for psychosis in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 117: U1001, Aug 6.

PARTE III

DEL PRESENTE AL FUTURO

Diferentes modalidades de tratamiento e intervenciones: estado actual y previsiones de futuro

Tratamiento psicodinámico de las psicosis en los EE.UU.: Promoviendo desarrollos más allá del reduccionismo biológico

Brian Koehler y Ann-Louise S. Silver

Reduccionismo frente a integración entre lo biológico y lo psicosocial

Desde que comenzamos en 1998, en la ISPS-US nos hemos sentido encerrados en un combate agotadoramente crónico contra el Reduccionismo Biológico. Nos ponemos en guardia ante cualquier aviso farmacéutico u oferta educativa que comienza: “La esquizofrenia es una enfermedad del cerebro”, como si el procesamiento de arriba hacia abajo, es decir, el efecto de la mente y la experiencia social sobre el cerebro, no existiera, o como si fuera, por algún acuerdo, en gran medida irrelevante. Nos alejamos de las *Directrices para el Tratamiento de la Esquizofrenia* publicadas por la *American Psychiatric Association* que favorecen la utilización de diversos fármacos en monoterapia y combinados, a la vez que aluden solamente de pasada a la importancia de la interacción humana. Como ha señalado Yrjö Alanen (1997; Koehler, 2007), la psiquiatría integrada incluye la interacción con otras personas como parte de la biología humana. Protestamos contra las recomendaciones que sacarían a la terapia psicodinámica fuera del tratamiento “apropiado” de

las enfermedades psicóticas. (No hables con “ellos” en modo alguno. Sólo les puede molestar, y además, no tienes “datos” de que tu abordaje haya funcionado alguna vez).

Como nos enseñó Adolf Meyer (1908) hace más de un siglo, “en la poca formación que recibe el estudiante [de medicina], tiende a considerar que no es científico pensar en los trastornos mentales en cualquier otra forma que no sea como trastornos del propio cerebro, o trastornos cerebrales inducidos por la enfermedad de diversos órganos internos... [Sin embargo,] para poder ser útiles... debemos tener una buena *historia con especial atención a las primeras fases del desarrollo, y a las posibilidades del tratamiento temprano... [L]a psiquiatría consiste en lo que hemos aprendido a hacer con el paciente*”. (Meyer, 1908; págs.5-8). Esta cita de un siglo de antigüedad se sigue siendo aplicable en la actualidad a nuestro entorno, dominado por el tratamiento farmacológico.

Con frecuencia pensamos que la ISPS-US es una banda asediada de Hortons, como los que se muestran en el clásico del Dr. Seuss *Horton Hears a Who* (Horton oye a quien). Los animales de la selva se ríen de Horton, elefante que, con sus grandes orejas caídas, puede oír los gritos de ayuda de los habitantes microscópicos de una ciudad localizada en una mota de polvo. Todos los habitantes gritan juntos, sin que los animales los oigan, hasta que un gandin llamado Jo-Jo finalmente se une a los gritos de la comunidad. Hemos oído los gritos de alarma de nuestros pacientes, e intentamos persuadir a la comunidad de salud mental en general de que no olvide la afirmación de Martin Buber: “*Toda la vida real es conocerse*”. Queremos que las personas redescubran la obra de Sullivan (1962) *Schizophrenia as a Human Process* (La esquizofrenia como un proceso humano), la de Fromm-Reichmann (1950) *Principles of Intensive Psychotherapy* (Principios de psicoterapia intensiva), y *Semrad, The Heart of a Therapist* (Semrad, el corazón de un terapeuta) (Raco y Maser, 1980).

Nosotros y los pacientes con psicosis necesitamos pasar tiempo juntos, un tiempo frecuente de forma regular, para elaborar nuestras relaciones y nuestros puentes para abordar las emociones y la vida diaria. Luchamos contra la tendencia cada vez más contundente que apoya a la Medicina de Base Científica, con su desdén por lo anecdótico. Citamos los comentarios de Grace Jackson en la lista de distribución del *International Center for the Study of Psychiatry and Psychology*, enviado el 24 de febrero de 2004:

“La Medicina basada en la evidencia (MBE) es un fenómeno posmoderno que abarca aspectos de una ontología (visión del mundo) y epistemología (forma de conocimiento) únicas: desde la década de 1970, la dependencia del estudio aleatorizado y contro-

lado. Un historiador cultural podría proponernos que la MBE ha sido la consecuencia predecible del Posmodernismo, la fase del desarrollo humano asociada a la confluencia de positivismo lógico, bioestadística, tecnologías digitales y el nihilismo que se ha originado en las continuas tragedias de la era nuclear. Lo que pocos médicos parecen contemplar es la posibilidad de que la «aceptación» de la MBE es inherentemente un acto filosófico (ontológico). Descansa sobre la suposición de que la evidencia se *puede* determinar, y que la evidencia se *debe* determinar (y aplicar) como base de la toma de decisiones médicas.

.... En el panorama posmoderno, la evidencia ha llegado a basarse en cantidades, similitudes, poblaciones y promedios, más que cualidades, idiosincrasias, narrativas individuales y aspectos específicos. Esta epistemología médica podría no ser tan crítica de no ser por las crisis éticas que actualmente despojan de su integridad a la evidencia dominante: 1) sesgo de publicación; 2) ocultación de hallazgos negativos (efecto del cajón del archivo); 3) manipulaciones en los diseños de la investigación clínica (periodo de reposo farmacológico con placebo, estrategias posológicas no comparativas, estudios con potencia insuficiente, magnitudes del efecto ínfimas).

Al reconocer la dudosa fiabilidad de la evidencia de la cual depende cada vez más la práctica clínica (p. ej., la información que presentan las revistas, libros de texto, agencias gubernamentales y medios de comunicación), ha llegado el momento de que los médicos contemplen las ramificaciones de la filosofía posmoderna en su profesión. Es el momento de que los proveedores reevalúen el valor de la observación directa, y que se fíen más de los descubrimientos empíricos e intuitivos que hacen todos los días en su experiencia personal (aun cuando sus descubrimientos contradigan a la «mejor evidencia disponible») (Jackson, 2004). Es decir, debemos valorar la «evidencia basada en la práctica».

Para una elaboración de las crisis éticas y de su larga historia, recomendamos las obras de McGovern (1985) y Whitaker (2002), así como el nuevo libro de David Brendel (2006) *Healing Psychiatry: Bridging the Science/Humanism Divide* (Curando a la psiquiatría: estableciendo puentes sobre la división ciencia/humanismo).

Pensamos que en un futuro no muy lejano, cuando ya se hayan comprendido por completo las limitaciones del reduccionismo radical, puede haber un cambio de nuestros modelos psiquiátricos-neurocientíficos del

ser humano, que siga a los cambios que ya están teniendo lugar en algunas otras ciencias, como la física poscuántica, un cambio del reduccionismo a las estructuras organizativas de origen complejo que no se pueden reducir a los procesos estructurales más básicos que las iniciaron. Laughlin (2005), profesor de física en la Universidad de Stanford y premio Nobel por su obra sobre el efecto Hall cuántico fraccional, señaló que: “Hay dos impulsos principales y contrapuestos en la mente humana, uno es simplificar una cosa hasta sus aspectos esenciales, y el otro es pasar desde los aspectos esenciales a las implicaciones más generales” (pág. ix). Laughlin observa que “el mundo natural está regulado por los aspectos esenciales y por los poderosos principios de organización que fluyen de ellos” (pág. ix). Esta organización puede adquirir significado y vida propios, y comenzar a trascender de las partes de las que está formada. Con mayores niveles de complejidad, como los que se encuentran en los seres humanos y en sus contextos relacional y cultural, es más difícil documentar las relaciones entre causa y efecto. El ideal reduccionista, que la naturaleza se revelará y se comprenderá mediante la división en partes componentes cada vez más pequeñas, se debe complementar con el estudio del conocimiento de cómo la naturaleza se organiza a sí misma, es decir, el reduccionismo dando lugar a la emergencia. El filósofo de la ciencia Karl Popper (Mayr, 2007) señaló que “como filosofía, el reduccionismo es un fracaso... vivimos en un universo de novedad emergente que, como regla general, no es completamente reducible a ninguno de los estados precedentes” (pág. 79). Por mucho que queramos reducir las psicosis a alteraciones específicas del código genético y de la neurotransmisión, son mucho más complejas e individualistas que eso; reflejan una historia vital, sus calamidades y sus victorias.

El biólogo evolucionista de Harvard Ernst Mayr (2007) nos ofrece una crítica del fracaso del reduccionismo en la explicación de los sistemas biológicos complejos. Para tener un conocimiento profundo de los sistemas complejos también se deben conocer las interacciones entre las partes componentes, es decir, la partición del agua en el gas hidrógeno y el oxígeno no nos dice nada sobre la característica líquida del agua. Como señaló el neurocientífico Steven Rose (2005), la vida no es algo estático, sino un proceso dinámico. A través de todo el desarrollo del organismo, la vida es una relación dinámica entre la homeostasis (estabilidad) y la homeodinámica (cambio). Rose afirma que los seres vivos están construyéndose a sí mismos de forma continua, de forma análoga a reconstruir un avión mientras está volando. A este proceso de autocreación, proceso que surge de las interacciones gen-entorno, Rose lo llama “autopoyesis”, proceso en el cual el organismo se convierte en un actor activo de su propio

destino. Pensamos que junto al énfasis en las interacciones gen-entorno y la importancia de los procesos aleatorios en el desarrollo, debemos tener en consideración los procesos autopoyéticos para abarcar toda la riqueza y complejidad del ser humano en general, y del ser humano que sufre una enfermedad grave en particular.

Taylor y Gonzaga (2007) señalan la importancia significativa de las relaciones sociales y su importancia en la supervivencia, porque las relaciones proporcionan la protección necesaria para mantener el propio sentido de la seguridad y el de la descendencia. Revisaron datos de investigación que demuestran que los contactos sociales protegen contra los efectos adversos del estrés, en parte mediante la inducción del eje límbico-hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (LHHS) inducida por la oxitocina. Uchino y cols. (2007) señalaron que tanto la calidad como la cantidad de las propias relaciones sociales predicen una menor mortalidad por todas las causas. Las asociaciones entre las relaciones sociales y la salud son más evidentes para la mortalidad cardiovascular, aunque también para la mortalidad por cáncer y por el VIH. Carter (2007) indicó que los efectos beneficiosos de los vínculos sociales y del apoyo social se han demostrado en estudios epidemiológicos: “El apoyo social percibido con frecuencia se correlacionó negativamente con diversas enfermedades que varían desde enfermedad mental hasta cardiopatías y cáncer” (pág. 425). También pone de relieve la importancia de la oxitocina como posible neuropéptido social, como agente amortiguador de las experiencias estresantes mediante su efecto inhibitorio sobre el eje límbico-hipotalámico-hipofisario-suprarrenal.

Meaney (2004), Suomi (2004) y Sapolsky (2005) han documentado también la transmisión intergeneracional de las defensas inducibles contra las amenazas para la seguridad y la supervivencia y la importancia de las interacciones gen-entorno al nivel biológico. Holmes (1993) ha propuesto que el apego puede ser la base biológica de la psicoterapia. Cozolino (2002) añade a este concepto que el apego, en su núcleo, puede ser un medio de supervivencia y, por lo tanto, un método para controlar la ansiedad. Carter y cols. (2005) han documentado recientemente la asociación entre el apego y la regulación del afecto.

Cozolino (2006) describió los primeros estudios con primates de Harry Harlow en los que se incluyó a monos criados en aislamiento social, y los posteriores intentos de resocializarlos. Harlow utilizó monos jóvenes que iniciaron de forma persistente el contacto a pesar de las reacciones defensivas de los monos que habían vivido aislados, como retirada, bloqueo motor, etc. Estos monos “terapeutas” jóvenes siguieron acercándose y afe-

trándose a los aislados sociales. Gradualmente los aislados se “descongelaron” y aprendieron a iniciar el juego y otros comportamientos sociales positivos. Cozolino (2006) sugiere que estos monos jóvenes se conectaron con sus homólogos aislados a un nivel físico, visceral y emocional muy básico. Además, fueron persistentes, negándose a parar a pesar de los comportamientos defensivos de los aislados. Al referirse a estos “terapeutas” jóvenes, Cozolino concluyó: “Sus comportamientos de aferramiento, abrazos y apaciguamiento interrumpieron los comportamientos autistas de los aislados, permitiéndoles que participaran en el movimiento, la exploración y las interacciones sociales. Mientras que los terapeutas humanos tardan años en aprender a facilitar estos cambios curativos, estos pequeños monos lo hacían de forma refleja. Este estudio pequeño pero elocuente demuestra que hay un vínculo biológico entre aprender a no temer y aprender a amar” (pág. 314).

Muchos de los que estamos en la ISPS-US pensamos que el trabajo del terapeuta se ha hecho claramente elitista, siendo necesarios varios años de una formación muy costosa (instituto, facultad de medicina, formación psiquiátrica, formación psicoanalítica, o instituto, formación de doctorado, internado, formación psicoanalítica, etc.). Pero hay muchas personas que han decidido trabajar con personas con trastornos mentales, que trabajan como gestores de casos y técnicos psiquiátricos, a los que se debe apoyar con formación y supervisión adicionales, para que puedan trabajar con más confianza y profundidad con sus pacientes. Los que elegimos este trabajo, mucha frecuencia comenzamos nuestra “formación” de niños (Fromm-Reichmann, 1989, pág. 470). Cozolino (2006) observó: “No cabe duda de que la evolución nos ha modelado para que nos amemos unos a otros... Las relaciones de amor ayudan a nuestros cerebros a desarrollarse, integrarse y seguir siendo flexibles. A través del amor nosotros nos regulamos unos a otros la química del cerebro, la sensación de bienestar y la función inmunitaria. Y cuando el impulso de amar se frustra, cuando nos sentimos asustados, maltratados o abandonados, nuestra salud mental se ve comprometida” (Cozolino, pág. 314).

Tal vez el hallazgo constante de la Organización Mundial de la Salud de que las personas diagnosticadas de esquizofrenia en los países “en desarrollo” tienen una evolución significativamente mejor que las que son diagnosticadas en el mundo “desarrollado” se podría atribuir a la importancia de los factores socioculturales (Hopper, 2004). Small (2006) lamenta la marginalización de una perspectiva cultural y antropológica médica sobre las enfermedades psiquiátricas en las sociedades occidentales. Entrevistó al psiquiatra-antropólogo médico de Harvard Arthur Kleinman sobre la importancia de la cultura en los trastornos psiquiátricos.

Small observó: “Lo que falta en los... diagnósticos, según Kleinman, es el conocimiento de cómo la mente humana está entrelazada con la experiencia completa de ser un individuo integrado en una familia, una cultura y una sociedad. No se puede separar la mente del cuerpo, y ambos están afectados por todo cuanto ocurra en la vida. Él piensa firmemente que todas las experiencias humanas son sociales, y que para conocer el estado mental de alguien se debe saber todo sobre las relaciones de esa persona”.

“Sorprendentemente, Kleinman piensa que lo que está ausente de la práctica de la asistencia sanitaria es la antropología... ser un observador metódico y un buen oyente, interesado en los detalles de las relaciones humanas. Después de décadas de observar miles de entrevistas psiquiátricas en las culturas occidental y china piensa que los pacientes carecen de aquello que más necesitan: el conocimiento compasivo no sólo de sus síntomas, sino también de sus vidas” (Small, 2006. pág. 149). En la ISPS intentamos invertir esta tendencia. Small (2006) observó que cuando los profesionales y los investigadores ignoran los aspectos personales y culturales propios de la enfermedad, “... pasan por alto la profundidad con la que todos nos vemos afectados por fuerzas distintas a virus, genes y bioquímica” (pág. 150). Nuestra perspectiva en la ISPS-US es que la mente y la cultura están implicadas íntimamente en la expresión génica a través del puente dinámico de los factores de transcripción que son importantes en el vínculo entre la experiencia social y la expresión génica. Esto se ha demostrado en los trastornos del espectro de la esquizofrenia por la investigación sobre adopción de Tienari y cols. (Tienari y cols., 2004), en la que los resultados subrayaron el control genético de la sensibilidad al entorno, o el control de la expresión génica por el entorno.

Otto Will (1987) nos recuerda que no sólo heredamos nuestros genes, sino también nuestras culturas. El psiquiatra social de Harvard Leon Eisenberg (2004) reitera este tema y señala que aunque los genes establecen los límites de lo que es posible, es el entorno el que define lo real. Como ha señalado Linden (2007), los genes no pueden especificar el desarrollo completo de la estructura compleja del cerebro humano. Linden, neurocientífico de la *Johns Hopkins University School of Medicine*, nos informa: “Las características y los circuitos específicos del cerebro dependen de factores que no están codificados en los genes (denominados factores epigenéticos), que incluyen los efectos del entorno” (pág. 52). Muchos factores bioquímicos, como los factores de transcripción, permiten que la experiencia influya en la expresión génica, es decir, la activación (p. ej., acetilación, desmetilación) o la supresión de la expresión génica (p. ej., metilación del ADN). El neurodesarrollo del cerebro depende de multitud

de factores, como el estrés perinatal, el aislamiento social, varios tipos de trauma psicosocial (p. ej., maltrato sexual, físico y emocional), el estrés profundo y crónico, etc. De hecho, muchos de los hallazgos de las neurociencias en la investigación sobre esquizofrenia y trastorno bipolar se superponen sustancialmente con la neurociencia del estrés/miedo/trauma y del aislamiento social/derrota (Cotter y Pariante, 2002; Pariante y Cotter, 2004; Koehler, 2007).

La cultura y los genes deben formar parte de nuestro lenguaje, que asume la responsabilidad ética de describir y tratar los diversos trastornos mentales. Los modelos de creencias para explicar los trastornos mentales que incorporan la biología y la cultura, así como la complejidad de la interacción entre la historia más amplia de la cultura en la que está insertado el individuo y la historia “menor” del individuo único y de su familia (Davoine y Gaudilliere, 2004), son testamentos de esperanza, como señala Small (2006), y esa esperanza es el antídoto del infortunio humano que con frecuencia se asocia a la enfermedad mental.

Un motivo de esperanza, en contraposición al nihilismo terapéutico, son los hallazgos de los patrones de recuperación en los diversos países. En relación con 10 estudios de seguimiento a largo plazo de esquizofrenia con periodos de seguimiento medios de 15 años o más, Calabrese y Corrigan (2005) concluyen: “Cada uno de estos estudios se encontró que, en lugar de tener una evolución con deterioro progresivo, la esquizofrenia tiene una gama heterogénea de evoluciones, desde casos graves que precisan ingresos hospitalarios repetidos o continuos hasta casos en los que un único episodio de enfermedad es seguido por la remisión completa de los síntomas. Los hallazgos que se describen en estos estudios en conjunto indican que aproximadamente la mitad de los participantes se recuperó o mejoró significativamente a largo plazo, lo que indica que la remisión o la recuperación es mucho más frecuente de lo que inicialmente se pensaba” (pág.71).

En una reciente revisión de la investigación psicosocial importante sobre la esquizofrenia, Boydell, van Os y Murray (2004) concluyen: “Sin embargo, actualmente está claro que, para conocer las causas de la esquizofrenia, no se puede seguir ignorando la importancia del entorno social. Al decir esto no estamos proponiendo la contraposición de un abordaje social *en lugar del* abordaje biológico, que consideramos tan fútil como discutir si la pobreza o las micobacterias producen la tuberculosis. Por el contrario, proponemos que se deben estudiar tanto los factores sociales como los factores biológicos, además de su interacción. Debemos reconocer que (i) los factores sociales pueden influir sobre el desarrollo del cere-

bro, (ii) algunos factores sociales da lugar a vulnerabilidades psicológicas, y (iii) durante toda la vida actual muchos factores sociales, que crean propensiones relacionadas con el desarrollo... Es posible que el entorno social cree vulnerabilidades psicológicas que actúan de forma aditiva con la función de riesgo en combinación con deterioros del desarrollo neurológico de causa genética o no genética". "El reto para los investigadores en esquizofrenia en las próximas décadas será, en primer lugar, distinguir los factores sociales candidatos que contribuyen al riesgo de esquizofrenia de los que no lo hacen, y, en segundo lugar, identificar la interrelación entre estos factores, la susceptibilidad genética y sus efectos respectivos sobre el desarrollo del cerebro, y sus interacciones con el mismo" (Boydell y cols., 2004, págs. 239-240).

La situación está cambiando

La situación parece estar cambiando: los datos sobre los devastadores efectos adversos fisiológicos de los nuevos fármacos antipsicóticos, las estadísticas sobre el inmenso número de pacientes con enfermedades mentales graves internados en cárceles y prisiones y las estadísticas sobre el bajo promedio de consultas de salud mental por paciente y año (Lehman y Steinwachs, 2003) hacen que el quebrantado sistema de salud mental de los Estados Unidos sea vergonzoso. Las personas que asistieron a la reunión anual de la *American Psychiatric Association* de 2007 en San Diego se sintieron gratamente sorprendidos por el frecuente énfasis sobre la importancia del trabajo psicodinámico, la necesidad de llegar a conocer realmente al paciente y de formar una verdadera alianza de trabajo. Esperamos que parte del dinero que se derrocha en productos farmacéuticos muy costosos se reconduzca a enfoques interpersonales, y que los abordajes adaptados a las necesidades que se desarrollaron en Escandinavia sean el modelo de la revitalización en los Estados Unidos. La neurobiología está empezando a aportar datos convincentes de que las psicosis son respuestas a un estrés intenso; el trabajo en equipo y la confianza son los mejores tratamientos para este estrés solitario.

A pesar de la hegemonía de los enfoques reduccionistas de la enfermedad mental en los Estados Unidos, siguen prosperando y desarrollándose tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales. Recientemente se han descrito las terapias psicosociales en libros de texto neuropsiquiátricos dedicados a la esquizofrenia (Swartz, Lauriello y Drake, 2006). Los abordajes psicosociales son muy variados e incluyen, entre otros: mode-

los de socialización entre iguales (Davidson, 2003) y de prevención de las recaídas (Davidson y cols., 2000); identificación del rol de la persona y de los procesos de curación (Strauss, 1997); modelos psicoeducativos integradores (Hogarty, 2002); formación en habilidades sociales (Pratt y Mueser, 2002); modelos centrados en la persona (Prouty, 1994) y de preterapia (Prouty, 2003); alternativas domiciliarias al ingreso hospitalario (Podvoll, 2002); atención en instituciones en caso de crisis (Fenton y Mosher, 2000); abordajes psicoterapéuticos de grupo (Stone, 1996; Kanas, 2000); terapia familiar múltiple (McFarlane, 2004); abordajes cognitivo-conductuales grupales (Landa, Silverstein, Schwartz y Savitz, 2006); programas cognitivo-conductuales educativos (Gallagher y Nazarian, 1995); integración de psicoanálisis y psiconeurobiología (Koehler, 2007; Sarwer-Foner, 1997); investigación de la importancia de la disociación en las psicosis (Ross, 2006); psicoanálisis y terapia psicoanalítica (Feinsilver, 1986; Silver, 1989; Waugaman y Searles, 1990; Marcus, 1992; Eigen, 1993; Robbins, 1993; Blatt y Ford, 1994; Garfield, 1995; Volkan, 1995; Lotterman, 1996; Mitrani y Mitrani, 1997; Volkan y Akhtar, 1997; Bergman, 1999; Spotnitz, 1999; Appel, 2000; Havens, 2000; Karon, 2003; Koehler, 2003; Ver Eecke, 2003; Dorman, 2004; Silver, Koehler y Karon, 2004). Los psicoanalistas estadounidenses están incorporando los nuevos avances de la Escuela relacional americana, particularmente la obra de Philip Bromberg (2006). Recientes estudios en Europa han demostrado la eficacia de la terapia psicodinámica en las psicosis (Alanen, 1997; Siani y Siciliani, 2000). Los abordajes fenomenológicos han influido en los modelos psicológicos y en el tratamiento (Sass, 1994; Davidson, 2003; Kircher y David, 2003). Esta lista no es en modo alguno completa.

La psicoterapia psicodinámica en el psicoanálisis en los Estados Unidos siguen beneficiándose de los nuevos enfoques integradores, que incluyen la integración de la investigación infantil (Beebe y Lachmann, 2002; Beebe, Knoblauch, Rustin y Sorter, 2005) y la neurociencia (Mancia, 2006; Doidge, 2007). Los psicoanalistas están incorporando nuevos avances a la investigación sobre el apego (Carter y cols., 2005). Esperamos integrar también los nuevos avances en los abordajes cognitivos-conductuales de la psicosis, así como establecer un diálogo continuo con los terapeutas cognitivos que trabajan en el campo de la psicoterapia de las psicosis (Bentall, 2003; Freeman y Garety, 2004; Kingdom y Turkington, 2005).

Los psicoanalistas pertenecientes a la ISPS-US nos hemos sensibilizado sobre la influencia de la historia social y la cultura en su sentido más amplio sobre las psicosis, particularmente los efectos de la transmisión transgeneracional del trauma debido a catástrofes sociales (Davoine y Gaudilliere,

2004). Estamos mucho más atentos a la importancia del trauma en los trastornos psicóticos, gracias a la investigación de nuestros compañeros de la ISPS de Nueva Zelanda, John Read y cols. (Read, Mosher & Bentall, 2004). Se está explorando la importancia de la disociación traumática en los trastornos mentales, y se está incorporando a los abordajes terapéuticos (Vermetten, Dorahy y Spiegel, 2007). Estamos estudiando las variables y procesos de las psicosis que dan lugar a la recuperación desde una perspectiva de la investigación (Ralph y Corrigan, 2005), así como de las narrativas de personas que sufren la enfermedad, por ejemplo, del *National Empowerment Center* (<http://www.power2u.org>). Esperamos tener un diálogo mucho mayor, y una participación mucho más activa en nuestras actuaciones, con personas en las que se identifica una enfermedad mental sin las barreras de "nosotros" frente a "ellos". En los Estados Unidos estamos aprendiendo de nuestros colegas de la ISPS de otros países, particularmente de Escandinavia (Alanen, 1997; Cullberg, 2006).

Los neuropsiquiatras cognitivos, igual que los psicoanalistas, han puesto de relieve la importante participación de las emociones en la enfermedad mental (Lane y Nadel, 2000; Aleman, Medford y David, 2006). Algunos autores piensan que la neurociencia de las enfermedades mentales graves se superpone significativamente a los hallazgos de las neurociencias en las situaciones de estrés/miedo/ansiedad/trauma grave, así como en el aislamiento y fracaso social. (Koehler, 2007). Según piensan muchos psicoanalistas, la ansiedad ocupa un lugar central en los trastornos mentales. Hay alentadores signos de una integración de los modelos neuropsiquiátricos/de neuroimagen de los modelos psicodinámicos de las enfermedades/trastornos mentales (David Silberseig, comunicación personal¹). Estudios recientes sobre neuroplasticidad (Begley, 2007; Doidge, 2007) y su participación en el cambio y la acción psicoterapéuticos han producido un avance estimulante en nuestro campo. Los efectos de la psicoterapia sobre el cerebro son otro nuevo avance relacionado, y esperamos que el goteo de estudios de investigación pronto se convierta en una corriente de datos positivos sobre su eficacia en pacientes con enfermedades mentales. Los psicólogos (Kagan, 2006) y los neurocientíficos (Freeman, 2000; Edelman, 2004; Sanguinetti, 2007) han demostrado las limitaciones del reduccionismo neurobiológico. Una integración de la neurociencia, incluyendo los estimulantes avances en la psicobiología del desarrollo y la neurociencia social (Cacioppo y Berntson, 2004; Hofer, 2004; Sapolsky, 2005; Cacioppo, Visser y Pickett, 2006) y la investigación

1 David Silberseig, M.D. es codirector del Funcional Neuroimaging Laboratory del Weill Medical College de la Cornell University.

de las neuronas espejo, particularmente en su aplicación a la esquizofrenia (Gallese, 2007; Maurizio Peciccia, comunicación personal), las terapias cognitivo-conductuales y el psicoanálisis, es algo por lo que estamos luchando muchos miembros del capítulo estadounidense de la ISPS.

Tal vez nuestro entorno sociocultural en relación con el tratamiento psicosocial y psicodinámico de la psicosis se representa en las primeras líneas de *Historia de dos ciudades*, de Charles Dickens: “Era el mejor de los tiempos, era el peor de los tiempos”. En los Estados Unidos los pacientes y los profesionales por igual estamos luchando contra los efectos perjudiciales y corrosivos de las tendencias reduccionistas en el conocimiento y la práctica de la psiquiatría. Al mismo tiempo, tenemos motivos para la esperanza porque no se puede silenciar la necesidad humana de significado y relación, aun cuando la necesidad de relaciones dé paso a aterradores miedos de abandono y pérdida. Esto me recuerda (a B.K.) lo que le dijo Manfred Bleuler, hijo de Eugen Bleuler, que nos dio el término “las esquizofrenia”, al cofundador de la ISPS, Gaetano Benedetti: “La psicoterapia es el alma de la psiquiatría” (Gaetano Benedetti, comunicación personal). Cancro (2005), cuando abordó la necesidad de relación en el tratamiento incluso de los más graves de los pacientes psiquiátricos, concluyó: “El abandono de la relación médico-paciente sólo puede ser perjudicial para el médico y para el paciente. Incluso el paciente que está en una situación de mayor regresión establece una relación y puede recibir la influencia de esa relación. No hay nada más importante en una relación psicoterápica que la evolución de la relación, que en sí misma es de hecho más psicoterapéutica que las interpretaciones. En último término somos criaturas sociales, y dependemos de las relaciones que nos mantienen. Esto es tan cierto para el paciente psicótico como para aquellos de nosotros que no lo somos”.

En la ISPS-US nos negamos a mirar hacia otro lado ante la persona viva y dinámica integrada en múltiples contextos relacionales y socioculturales. En lugar de asumir que la mente y la experiencia social son relativamente poco importantes, como hacen muchos investigadores y teóricos contemporáneos, intentamos sondear las profundidades de la experiencia humana y su relación con los trastornos psiquiátricos humanos. Pensamos que el pilar de todos los tratamientos es la relación psicoterapéutica, y que la marginación de esa relación por cualquier teoría o práctica de la psiquiatría contemporánea, o por cualquier resistencia social y personal a implicarse en esas relaciones con los pacientes más graves, nos priva a nosotros y a nuestros pacientes de nuestra humanidad completa y de las oportunidades para una recuperación más duradera.

Bibliografía

- Alanen YO. (1997). *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Londres: Karnac Books.
- Aleman A, Medford N y David AS. (eds.) (2006). *The Cognitive Neuropsychiatry of Emotion and Emotional Disorders*. Nueva York: Psychology Press.
- Appel J W. (2000). *Who's in Charge? Autonomy & Mental Disorder*. Danbury, CT: Rutledge Books.
- Beebe B. y Lachmann FM. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe B, Knoblauch S, Rustin J y Sorter D. (2005). *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. Nueva York: Other Press.
- Begley S. (2007). *Train Your Mind Change Your Brain: How a New Science Reveals Our Extraordinary Potential to Transform Ourselves*. Nueva York: Ballantine Books.
- Bentall RP. (2003). *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. Londres: Penguin Books.
- Bergman A. (1999). *Ours, Yours, Mine: Mutuality and the Emergence of the Separate Self*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Blatt SJ and Ford RQ. (1994). *Therapeutic Change: An Object Relations Perspective*. Nueva York: Plenum Press.
- Boydell J, van Os J and Murray RM. (2004). Is there a role for social factors in a comprehensive development model for schizophrenia? En M. S. Keshavan, J. L. Kennedy y R. M. Murray (eds.) *Neurodevelopment and Schizophrenia*. Nueva York: Cambridge University Press, págs. 224-47.
- Brendel D. (2006). *Healing Psychiatry: Bridging the Science/Humanism Divide*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Bromberg PM. (2006). *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.
- Cacioppo JT. y Berntson GC. (eds.) (2004). *Essays in Social Neuroscience*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Cacioppo JT, Visser PS y Pickett CL. (eds.) (2006). *Social Neuroscience: People Thinking about Thinking People*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Calabrese JD y Corrigan PW. (2005). Beyond dementia praecox: Findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. En R. O. Ralph y P. W. Corrigan (eds.) *Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness*, Washington, D.C.: American Psychological Association, págs. 63-84.
- Cancro R. (2005). Frontline: A review of the concept of the schizophrenic disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 33(2) 241-7.
- Carter CS, Anherst L, Grossman KE y cols. (eds.) (2005). *Attachment and Bonding: A New Synthesis*. Cambridge, MA: The MIT Press.

- Carter CS. (2007). Neuropeptides and the protective effects of social bonds. En E. Harmon-Jones y P. Winkielman (eds.) *Social Neuroscience: Integrating Biological and Psychological Explanations of Social Behavior*. Nueva York: Guilford Press, págs. 425-38.
- Cotter D y Pariante CM. (2002). Stress and the progression of the developmental hypothesis of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 181, 363-5.
- Cozolino LJ. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain*. Nueva York: W.W. Norton & Co.
- Cullberg J. (2006). *Psychoses: An Integrative Perspective*. Londres and Nueva York: Routledge.
- Davidson L. (2003). *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. Nueva York: New York University Press.
- Davidson L, Stayner DA, Chinman MJ, Lambert S y Sledge WH. (2000). Preventing relapse and readmission in psychosis: Using patients' subjective experience in designing clinical interventions. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe y F. Margison (eds.) *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Londres: Gaskell, págs. 134-56.
- Davoine F y Gaudilliere JM. (2004). *History Beyond Trauma: Whereof One Cannot Speak, Thereof One Cannot Stay Silent*. Nueva York: Other Press.
- Doidge N. (2007). *The Brain that Changes Itself*. Nueva York: Viking.
- Dorman D. (2004). *Dante's Cure: A Journey Out of Madness*. Nueva York: Other Press.
- Edelman GM. (2004). *Wider than the Sky: The Phenomenal Gift of Consciousness*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Eigen M. (1993). *The Psychotic Core*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Eisenberg L. (2004). Social psychiatry and the human genome: Contextualizing heritability. *British Journal of Psychiatry*, 184, 101-3.
- Feinsilver DB. (ed.). (1986). *Towards a Comprehensive Model for Schizophrenic Disorders: Psychoanalytic Essays in Memory of Ping-Nie Pao, M.D.* Hillsdale: Analytic Press.
- Fenton WS y Mosher LR. (2000). Crisis residential care for patients with serious mental illness. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe y F. Margison (eds.) *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres: Gaskell, págs. 157-76.
- Freeman D y Garety P. (2004). *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*. Nueva York: Psychology Press.
- Freeman WJ. (2001). *How Brains Make Up Their Minds*. Nueva York: Columbia University Press.
- Fromm-Reichmann F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fromm-Reichmann F. (1989). Reminiscences of Europe. Cap. 22. En A.-L. Silver (ed.) *Psychoanalysis and Psychosis*. Madison, CT: International Universities Press, págs. 469-81.
- Gallagher RE y Nazarian J. (1995). A comprehensive cognitive-behavioral/educational program for schizophrenic patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59 (3), 357-71.

- Gallese V. (2007). The shared manifold hypothesis: embodied simulation and its role in empathy and social cognition. En T. Farrow y P. Woodruff (eds.) *Empathy in Mental Illness*. Nueva York and Londres: Cambridge University Press, págs. 448-72.
- Garfield D. (1995). *Unbearable Affect: A Guide to the Psychotherapy of Psychosis*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Havens L. (2000). Treating psychoses. En A. N. Sabo y L. Havens (eds.) *The Real World Guide to Psychotherapy Practice*. Cambridge, MA: Harvard University Press. págs. 149-62.
- Hofer MA. (2004). Developmental Psychobiology of Early Attachment. En B. J. Casey (ed.) *Developmental Psychobiology*, 1-28. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Holmes J. (1993). Attachment theory: A biological basis for psychotherapy? *British Journal of Psychiatry*, 163, 430-8.
- Hogarty GE. (2002). *Personal Therapy for Schizophrenia and Related Disorders: A Guide to Individualized Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Hopper K. (2004). Interrogating the meaning of "culture" in the WHO international studies of schizophrenia. En J. H. Jenkins y R. J. Barret (eds.) *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*. Nueva York: Cambridge University Press, págs. 62-86.
- Jackson G. (Feb. 24, 2004) listserv posting of www.ICSP.org, the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology. (autorización de reimpresión concedida por el autor).
- Kagan J. (2006). *An Argument for Mind*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kanas N. (2000). Group therapy and schizophrenia: An integrative model. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe y F. Margison (eds.) *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Londres: Gaskell, págs. 120-33.
- Kandel E. (2005). *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Karon B. (2003). The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (1), 89-118.
- Kingdon DG y Turkington D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Kircher T y David A. (eds.) (2003). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Koehler B. (2003). Entrevista con Gaetano Benedetti, M. D. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (1), 75-87.
- Koehler B. (2007). The Schizophrenias: Brain, Mind and Culture. Artículo presentado en ISPS Noruega, Hamar, Noruega, 8 de febrero de 2007.
- Lane RD y Nadel L. (eds.) (2000). *Cognitive Neuroscience of Emotion*. Londres y Nueva York: Oxford University Press.
- Landa Y, Silverstein SM, Schwartz F y Savitz A. (2006). Group cognitive behavioral therapy for delusions: Helping patients improve reality testing. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 36 (1), 9-17.

- Laughlin RB. (2005). *A Different Universe: Reinventing Physics from the Bottom Down*. Nueva York: Basic Books.
- Lehman A. (chair) (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*, 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Linden DJ. (2007). *The Accidental Mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lotterman A. (1996). *Specific Techniques for the Psychotherapy of Schizophrenic Patients*. Madison, CT: International Universities Press, págs. 69-114.
- Mancia M. (ed.) (2006). *Psychoanalysis and Neuroscience*. Nueva York: Springer.
- Marcus ER. (1992). *Psychosis and Near Psychosis: Ego Function, Symbol Structure, Treatment*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Mayr E. (2007). *What Makes Biology Unique?: Considerations on the Anatomy of a Scientific Discipline*. Londres y Nueva York: Cambridge University Press.
- McFarlane WR. (2004). Family intervention in first episode psychosis. En T. Ehmann, G. W. MacEwan y W. G. Honer (eds.) *Best Care in Early Psychosis Intervention: Global Perspectives*. Nueva York: Taylor & Francis, págs. 213-20.
- McGovern C. (1985). *Masters of Madness: Social Origins of the American Psychiatric Profession*. Hanover y Londres: University Press of New England, for the University of Vermont.
- Meaney MJ. (2004). The nature of nurture: Maternal effects and chromatin remodeling. En J. T. Cacioppo y G. G. Berntson (eds.) *Essays in Social Neuroscience*. Cambridge, MA: The MIT Press, págs. 1-14.
- Meyer A. (1908). How can our state hospitals promote a practical interest in psychiatry among the practitioners? *State of New York, State Hospitals Bulletin* 1(1): 5-20. Utica, NY: State Hospitals Press.
- Mitrani T y Mitrani JL. (eds.) (1997). *Encounters with Autistic States: A Memorial Tribute to Frances Tustin*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Pariante CM y Cotter D. (2004). Do degenerative changes operate across diagnostic boundaries? The case for glucocorticoid involvement in major psychiatric disorders. En M. S. Keshavan, J. L. Kennedy y R. M. Murray (eds.) *Neurodevelopment and Schizophrenia*. Nueva York y Londres: Cambridge University Press, págs. 111-20
- Podvoll EM. (2003). *Recovering Sanity: A Compassionate Approach to Understanding and Treating Psychosis*. Londres: Shambhala.
- Pratt S y Mueser KT. (2002). Social skills training for schizophrenia. En S. G. Hofman y M. C. Tompson (eds.) *Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions*. Nueva York: Guilford Press, págs. 18-52.
- Prochnik G. (2006). *Putnam Camp: Sigmund Freud, James Jackson Putnam, and the Purpose of American Psychology*. Nueva York: Other Press.
- Prouty G. (1994). *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy: Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses*. Westwood, CT: Praeger.
- Prouty G. (2003). Pre-therapy: A newer development in the psychotherapy of schizophrenia. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 31 (1), 59-73.

- Read J, Mosher LR y Bentall RP. (eds.) *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Robbins M. (1993). *Experiences of Schizophrenia: An Integration of the Personal, Scientific and Therapeutic*. Nueva York: Guilford Press.
- Rose S. (2005). *The Future of the Brain: The Promise and Perils of Tomorrow's Neuroscience*. Nueva York y Londres: Oxford University Press.
- Sacksteder JL, Schwartz DP y Akabane Y. (1987). *Attachment and the Therapeutic Process: Essays in Honor of Otto Allen Will, Jr., M.D.* Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Sanguineti V. (2007). *The Rosetta Stone of the Human Mind: Three Languages to Integrate Neurobiology and Psychology*. Nueva York: Springer.
- Sapolsky RM. (2005). *Monkeyluv: And Other Essays on Our Lives as Animals*. Nueva York: Scribner.
- Sarwer-Foner GJ. (1997). The humanity of the schizophrenic patient. En H. D. Brenner, W. Böker y R. Genner (eds.) *Towards a Comprehensive Therapy for Schizophrenia*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers, págs. 262-72.
- Sass LA. (1994). *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Seuss Dr. (1954) *Horton Hears a Who!* Nueva York: Random House.
- Siani R y Siciliani O. (2000). Patients with psychosis, psychotherapy and reorganization of 'the self.' One model of individual therapy: description and pilot study. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe y F. Margison (eds.) *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Londres: Gaskell, págs. 177-99.
- Silver AL. (2002). Psychoanalysis and psychosis: Players and history in the United States. *Psychoanalysis and History*. 4(1): 45-66.
- Silver AL, Koehler B y Karon B. (2004). Psychodynamic psychotherapy of schizophrenia: its history and development. En J. Read, L. R. Mosher y R. P. Bentall (eds.) *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Londres y Nueva York: Brunner-Routledge-IPSP Series, págs. 209-22.
- Small MF. (2006). *The Culture of Our Discontent: Beyond the Medical Model of Mental Illness*. Washington, D.C.: Joseph Henry Press.
- Spotnitz H. (1999). *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient*. Nothvale, NJ: Jason Aronson.
- Stone WN. (1996). *Group Psychotherapy for People with Chronic Mental Illness*. Nueva York: The Guilford Press.
- Strauss JS. (1997). Processes of healing and the nature of schizophrenia. En H. D. Brenner, W. Böker y R. Genner (eds.) *Towards a Comprehensive Therapy for Schizophrenia*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers, págs. 252-61.
- Sullivan HS. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. Nueva York: W. W. Norton & Co.
- Suomi SJ. (2004). Aggression, serotonin, and gene-environment interactions in rhesus monkeys. En J. T. Cacioppo y G. G. Berntson (eds.) *Essays in Social Neuroscience*. Cambridge, MA: The MIT Press, págs. 15-27.

- Swartz MS, Lauriello J y Drake RE. (2006). Psychosocial therapies. En Sullivan, P. F., Owen, M. J., O'Donovan, M. C. y Freedman, R. (2006). Genetics. En J. A. Lieberman, T. S. Stroup y D. O. Perkins (eds.) *Textbook of Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., págs. 327-40.
- Taylor SE. and Gonzaga GC. (2007). Affiliative responses to stress: A social neuroscience model. En E. Harmon-Jones y P. Winkelman (Eds.) (2007). *Social Neuroscience: Integrating Biological and Psychological Explanations of Social Behavior*. Nueva York: Guilford Press, págs. 454-73.
- Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I y cols. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*, 184, 216-22.
- Uchino BN, Holt-Lunstad J, Uno D y cols. (2007). The social neuroscience of relationships: An examination of health-relevant pathways. En E. Harmon-Jones y P. Winkelman (eds.) *Social Neuroscience: Integrating Biological and Psychological Explanations of Social Behavior*. Nueva York: The Guilford Press, págs. 474-92.
- Ver Eecke W. (2003). The role of psychoanalytic theory and practice in schizophrenia. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 31 (1), 11-29.
- Vermetten E, Dorahy MJ y Spiegel D. (2007). *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Volkan V. (1995). *The Infantile Psychotic Self and Its Fates: Understanding and Treating Schizophrenics and Other Difficult Patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Volkan V, y Akhtar S. (eds.) (1997). *The Seed of Madness: Constitution, Environment, and Fantasy in the Organization of the Psychotic Core*. Madison, CT: International Universities Press.
- Waugaman R y Searles H. (1990). Infinite reflections: The opening phases of intensive psychotherapy of a chronically schizophrenic patient. : 18, 99-114.
- Whitaker R. (2002). *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. Cambridge, MA: Perseus.

La familia en los trastornos esquizofrénicos: estrategias terapéuticas

Helm Stierlin

El nuevo punto de vista de la familia del esquizofrénico: una descripción personal

En los últimos cincuenta años la psiquiatría ha adoptado varios modelos para acercarse a los trastornos esquizofrénicos. Con el paso del tiempo estos modelos han sido, en mayor o menor medida, descartados, alterados y/o integrados en otros nuevos (que con frecuencia son más complejos).

Como el filósofo Hegel, podemos hablar de un proceso dialéctico o de un flujo dialéctico que evoluciona a base de negar, alterar y conservar los modelos precedentes. A pesar de las evidentes diferencias entre lo que preocupaba a Hegel y lo que preocupaba y preocupa a los psiquiatras, podemos discernir un flujo dialéctico similar de los modelos en el campo de la psiquiatría. Este flujo terminó por provocar que no pocos psiquiatras, incluido yo mismo, prestaran también más atención a la familia del esquizofrénico.

Al intentar poner este flujo en la perspectiva histórica, empiezo por dos autores que conocí personalmente cuando era estudiante en la uni-

versidad de Heidelberg: Karl Jaspers y Kurt Schneider. En aquellos años - desde 1946 hasta 1948 - Jaspers ya era reconocido como uno de los grandes filósofos de la época. Pero fue su voluminoso libro "Psicopatología general" publicado en 1913 y aumentado y reimpresso en 1953, el que dio forma a mis primeras opiniones sobre la esquizofrenia, al igual que les ocurrió a muchos psiquiatras de aquella época. (Jaspers, 1953). Y Jaspers logró esta tarea principalmente afirmando que la conducta y el pensamiento del esquizofrénico son en esencia incomprensibles, en contraste con la conducta y el pensamiento de la gente corriente y los de las personas con trastornos "neuróticos". Así que Jaspers pareció confirmar lo que la mayor parte de los legos pensaban (y siguen pensando): las producciones del esquizofrénico no tienen sentido. Son anómalas, disparatadas y les apartan del discurso humano significativo. Y evidentemente se deben (esta era la explicación más lógica) a algún trastorno del cerebro aún no detectado, como había opinado Emil Krapelin al hablar de la "dementia praecox" como afección endógena.

El punto de vista de Jaspers también fue compartido por Kurt Schneider, quien durante mis años de estudiante enseñó psiquiatría en Heidelberg. Pero en seguida me sentí inspirado por el libro de Harry Stack Sullivan "Concepciones de la psiquiatría moderna" (*Conceptions of Modern Psychiatry*, Sullivan, 1940). En claro contraste con Jaspers y Schneider, propuso que las producciones del esquizofrénico eran (más o menos) accesibles a la comprensión empática. Posteriormente busqué y conseguí trabajo en dos hospitales psiquiátricos en los que Sullivan había dejado su huella: Sheppard Enoch Pratt y Chestnut Lodge, ambos en el estado de Maryland, Estados Unidos, donde trabajé desde 1955 hasta 1962.

En Sheppard Enoch Pratt trabajé bajo la supervisión de Lewis B. Hill, quien había sido muy influido por Sullivan (Hill, 1955). En Chestnut Lodge, donde trabajé durante cinco años como miembro del staff de psiquiatría, Frieda Fromm Reichmann fue la figura dominante. En su libro *Principles of Intensive Psychotherapy* (Principios de psicoterapia intensiva) había contemplado los síntomas esquizofrénicos de forma muy parecida a como contemplaba los síntomas neuróticos (Fromm-Reichmann, 1950). Aquí, las posiciones que habían mantenido Jaspers, Schneider y (en cierta medida) Eugen Bleuler eran negadas, alteradas y/o suplantadas por psiquiatras muy inclinados a favor del psicoanálisis.

Pero Frieda no fue sólo un faro para los psicoterapeutas orientados hacia el psicoanálisis. También prestó su atención psiquiátrica a la familia del esquizofrénico. Lo hizo introduciendo el término de "madre esquizofrenógena".

Los antecedentes psicoanalíticos de Frieda no la habían predispuerto a esta proeza. Porque Freud, su admirado maestro, había escrito: "Las resistencias externas que nacen de las circunstancias del paciente, de su entorno, tienen un escaso interés teórico, pero la máxima importancia práctica... Cualquiera que conozca las divisiones que desgarran a las familias no se sorprenderá, como analista, de que las personas más íntimas del paciente tenderán a tener menos interés en su recuperación que en que siga como está" (Freud, 1915).

En todo caso, el interés teórico por la familia del esquizofrénico empezaba a florecer. Y la responsabilidad fue en gran parte de Gregory Bateson, probablemente la persona que más influyó en dirigir la atención psiquiátrica hacia estas familias o, quizás más correctamente, a que prevaleciera la comunicación en el seno de dichas familias (Bateson, 1972). El concepto de Bateson del "doble vínculo" se hizo muy popular y fue ampliamente debatido. Ronald D. Laing, otro influyente pensador de los años sesenta y setenta del siglo pasado, describió a los individuos esquizofrénicos como víctimas de una "mistificación" inducida por los padres (Laing, Esterson, 1964). Y Theodore Lidz y sus compañeros de la Universidad de Yale describieron variedades de mistificación y enloquecimiento en diecisiete familias "esquizofrenógenas" con quienes habían realizado numerosas entrevistas de investigación. (Lidz, Fleck, Cornelison 1965). Hablaron de cismas y sesgos como los rasgos que dificultaban, si no lo imposibilitaban, el crecimiento de los niños para desarrollar señales internas estables como condiciones previas para comunicarse bien con los elementos de sus parlamentos internos y con los miembros de su familia. Lidz hizo muchas observaciones que le condujeron a hablar de la "transmisión de la irracionalidad", y que le llevaron a la conclusión de que si existía una entidad como la esquizofrenia, tendríamos que proponerla como resultado previsible de las vicisitudes de la socialización humana. También Mara Selvini y su equipo de Milán señalaron a dichas vicisitudes cuando los miembros de la familia a la que trataban eran incapaces de definir sus relaciones, lo que facilitaba las interpretaciones erróneas y la irracionalidad (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1978).

Pero, desde mi punto de vista, las contribuciones más significativas a la importancia de la familia del esquizofrénico en general y de su comunicación en particular fueron las de la investigación realizada por Lyman Wynne y Margaret Singer principalmente en las décadas de los años sesenta y setenta del siglo pasado (Wynne y Singer 1963; Singer y Wynne, 1965). Estos dos autores, especialmente mediante el desarrollo y la evaluación de su concepto de desviaciones de la comunicación, hicieron que

muchos psiquiatras, yo mismo entre ellos, enfocaran sus lentes de observación con una nueva advertencia sobre lo que pasaba en la familia del esquizofrénico. Y sobre la base de sus observaciones clínicas, de sus distinciones conceptuales y de su original y rigurosa investigación, ellos también parecieron confirmar que la característica más llamativa de la familia del esquizofrénico era una forma de comunicarse poco clara, excéntrica, confusa o extraña. Ese hallazgo estaba destinado a tener una repercusión enorme en la forma de realizar el tratamiento de los trastornos esquizofrénicos.

Porque esto significaba, sobre todo, que dicho tratamiento no podía/debía seguir siendo dirigido exclusivamente a la dinámica intrapsíquica del esquizofrénico (o a su parlamento interno). En su lugar debía dirigirse a los “juegos” o, quizás más correctamente: a los “juegos del lenguaje y la comunicación” a los que aquí y ahora estaba jugando su familia. Se podría hablar de un cambio de paradigma o de un cambio dialéctico que abría una nueva perspectiva.

¿Diferencias que hacen una diferencia?

Han pasado aproximadamente cuarenta años desde que los pioneros de la teoría de la familia y de la terapia de la familia dejaran su huella, y en estos años han ocurrido muchas cosas en varios campos de la investigación y la práctica clínica, que nos han hecho reflexionar, valorar y hasta cuestionar lo que los pioneros iniciaron.

A continuación me ocuparé de algunos descubrimientos recientes en la teoría de la familia y la terapia de familia en casos de esquizofrenia. Y preguntaré qué características de éstas pueden abrir vías de integración y reconciliación de los diferentes modelos y enfoques, y cuáles nos alertan (aparentemente o en realidad) sobre las diferencias teóricas sobre cuando, cuánto tiempo y en qué contexto la familia puede o debe ser involucrada en el tratamiento del esquizofrénico.

Empezaré por la pregunta crucial que suscitan los hallazgos ya mencionados sobre la extravagante y confusa comunicación de los progenitores: ¿Es posible que dicha comunicación parental extravagante y confusa sea una reacción a la conducta y a la comunicación extravagante, confusa o incluso loca de su hijo? Y de ser así, ¿tiene esta conducta una base genética? ¿Existe la posibilidad también de que la comunicación mistificadora de los padres tenga una base genética? ¿O su comunicación es la expresión o el resultado de las vicisitudes de su relación?

Estas preguntas han espoleado numerosos proyectos de investigación en los que se ha intentado desenredar las funciones de la genética y la herencia en la esquizofrenia por un lado, y del entorno humano por otro. Y hasta ahora, las respuestas probablemente más significativas han procedido del denominado "*Finnish Adoptive Study of Schizophrenia*" (Estudio sobre la adopción de la esquizofrenia en Finlandia). Este estudio fue puesto en marcha por Pekka Tienari y sus colaboradores durante la década de los años sesenta; más adelante Lyman Wynne se unió al proyecto (se puede consultar el *Capítulo I* y la referencia de Wynne y cols. 2006). A lo largo del tiempo son muchos los investigadores que han contribuido al estudio, en el que se utiliza el "diseño de adopción". La muestra estuvo formada por familias que habían adoptado a hijos de madres hospitalizadas por esquizofrenia, y por familias que habían adoptado a niños cuya madre biológica no era esquizofrénica. Hasta ahora ha sido el estudio más prolongado, exhaustivo y detallado sobre la posible interacción entre el genotipo y el entorno familiar en la esquizofrenia. A continuación resumiré brevemente mi punto de vista sobre la situación actual de este tipo de investigación:

Hay pocas dudas de que existe tal interacción. Pero es compleja y debemos entenderla mucho mejor. Y quizás lo más importante: aproximadamente el 63% de los pacientes esquizofrénicos no tienen antecedentes familiares del trastorno. Por eso se puede afirmar con Karl-Erik Wahlberg, miembro del equipo que lleva a cabo el estudio sobre la adopción en Finlandia, que 'los genotipos no controlan directamente el inicio de la esquizofrenia, pero pueden controlar la sensibilidad hacia aspectos del entorno que aumentan o reducen el riesgo' (Wahlberg, 2003). Hasta se podría decir que las personas proclives a hacerse esquizofrénicas están más dispuestas que otras (desde el punto de vista genético) a reaccionar con sensibilidad a lo relacionado con las relaciones íntimas, y en concreto a lo relacionado con las relaciones familiares íntimas tempranas. Y esto me recuerda algo que en cierta ocasión me dijo Frieda Fromm-Reichmann, hace casi medio siglo: "Creo que los esquizofrénicos pueden dar más amor y que necesitan más amor que otras personas". El libro '*I Never Promised You a Rose Garden*' (Nunca te prometí un jardín de rosas), escrito por su ex-paciente Hannah Green (1964), puede verse como una demostración de tal hipersensibilidad.

Si compartimos este punto de vista, no hay obstáculo para una terapia de familia de los esquizofrénicos, que pretenda entender e influir en los procesos intrapsíquicos e interpersonales. Más bien se trata de lo contrario. Porque constituye un desafío para los terapeutas el ver y utilizar esta sensibilidad como recurso en esta tarea, a pesar del hecho de que los ries-

gos, trastornos, complicaciones de la comunicación y el sufrimiento forman parte del cuadro.

Pero las cosas empiezan a verse de forma diferente cuando dicha sensibilidad o disposición, en lugar de ser contemplada como un recurso (aunque combinado con un aumento del riesgo), se la ve como el resultado de un trastorno, defecto o enfermedad de causa genética, y se hace hincapié en ello. Porque el modelo de tratamiento que surge de tal perspectiva está asociado a marcar las diferencias que hacen diferente tanto a los terapeutas de familia como a sus pacientes. Y esto no es debido a otra cosa que a que la responsabilidad y la culpa ocupan ahora el centro del escenario, como ocurrió.

La cuestión de la responsabilidad y la culpa

Para darnos cuenta de la importancia de esta cuestión tenemos que recordar que, habitualmente, un modelo que haga hincapié en la enfermedad y/o en el trastorno patológico tiende a aliviar la culpa de los individuos afectados y de los miembros de su familia: el esquizofrénico y sus familiares próximos son contemplados como víctimas pasivas o espectadores que sufren vicisitudes que escapan a su control. Pero, siempre en los casos típicos, también es probable que este punto de vista paralice la iniciativa personal y la toma de decisiones por parte de las "víctimas". En el mejor de los casos puede estimular acciones y decisiones que les permitan vivir más cómodamente con su problema inmerecido, y sacar el máximo partido de su minusvalía.

Teniendo en cuenta esto, podemos distinguir entre varios modelos o puntos de vista sobre cómo se debe o se puede llevar a cabo la terapia de la familia del esquizofrénico. Estos puntos de vista se pueden contemplar como tipos ideales, en el sentido elaborado por el sociólogo Max Weber: pueden ayudarnos a orientarnos aunque en la práctica clínica tienden a darse (más o menos) como mezclas, y quizás nunca se encuentren en una forma pura. En cada punto de vista, el enfoque terapéutico está modelado por ciertos supuestos básicos, que dirigen la atención del terapeuta. Puede que le hagan estar pendiente de determinadas cadenas de causalidad (que convierten en centrales) prescindiendo de otras, lo que también conduce a cómo se perciben o construyen la culpa y la responsabilidad. Puede que el punto de vista cambie o no con el tiempo, y según van teniendo efecto las medidas terapéuticas. Pase lo que pase, los terapeutas se enfrentan a una situación compleja, que les insta a ser cautos y aún así actuar.

Un punto de vista problemático

Con esto en mente me gustaría destacar un primer punto de vista que fue muy aceptado cuando los pioneros antes mencionados llamaron la atención sobre la confusa comunicación que observaron en los padres de un hijo esquizofrénico. Este punto de vista implicaba una cadena de causalidad en la que los padres desempeñaban una función importante y fundamentalmente destructiva. De esta forma, hasta una pionera como Mara Selvini llegó a hablar de los "juegos sucios" de los padres, en los que los hijos están destinados a ser los perdedores y les predisponen al desarrollo de sintomatología esquizofrénica. Este punto de vista pedía que se tomarán medidas terapéuticas como las antaño populares (y en bastantes casos efectivas) intervenciones paradójicas, como medio de detener dicho juego destructivo. Aunque este punto de vista y las intervenciones que se derivaron de él dieron resultados a menudo, y se inspiraron en la teoría de sistemas, apenas se les puede llamar sistémicos. Porque dicho punto de vista tendía a reflejar un pensamiento lineal con una atribución lineal de causas y efectos, y en muchos casos también con una atribución lineal de la intención y la culpa, sobre todo a los padres como "jugadores sucios".

Pero esto tuvo consecuencias graves: en los Estados Unidos hizo cada vez más difícil ver y reclutar a los padres como colaboradores en la terapia, y utilizarlos como recurso terapéutico. Aunque la terapia familiar para la esquizofrenia se hizo públicamente más conocida y aconsejada, también se difundió la imagen no sólo de una madre esquizofrenógena, sino también de una familia esquizofrenógena.

Otro punto de vista

Otra forma ideal de contemplar el funcionamiento de la familia y la terapia familiar en la esquizofrenia parece desprenderse de la suposición de que, en esencia, el trastorno es el resultado de una alteración de las funciones cerebrales. Podemos hablar de un regreso al modelo de enfermedad sostenido por los primeros psiquiatras, como Jaspers y Schneider, pero ahora respaldado aparentemente (aunque sin pruebas concluyentes) por los hallazgos de la moderna investigación sobre el cerebro. Estos hallazgos indican que la disfunción cerebral puede deberse a una disposición genética, a influencias ambientales como una infección viral durante el desarrollo precoz del niño, pero con toda probabilidad a la interacción de estos y otros factores que aún no conocemos. Pero también indican que hay varios tipos de agresión que pueden provocar la crisis esquizofrénica.

Allí donde prevalece este punto de vista, la tarea de la terapia de familia (si el término "terapia familiar" procede en algún caso) consistirá en apoyar con empatía al paciente y a sus familiares en sus inmerecidos problemas, ayudarles a aceptarlos, mitigar sus consecuencias, evitar los estrés que puedan desencadenar o exacerbar los síntomas, confiar en la psicofarmacología para poner freno a la dolorosa y desorganizadora repercusión de la enfermedad, sobre todo de los síntomas positivos como los delirios, las alucinaciones y los aparatosos trastornos del pensamiento, y hacer lo mejor lo posible en la difícil situación del paciente. En ocasiones, aquí se invoca la comparación con la diabetes: no se puede eliminar la causa de la enfermedad, pero se pueden controlar sus consecuencias cuidando mucho la alimentación y, si es necesario, recibiendo una medicación cuidadosa.

En alguna medida, este punto de vista ha reforzado la estrategia psicoeducativa, tal y como ha llegado a ser conocida sobre todo a través del trabajo de Ian Falloon y de su equipo (Falloon, Boyd, McGill, 1984). Parece que en la actualidad ésta es la estrategia que más se utiliza y se enseña en el mundo occidental. Según esta estrategia tiene sentido utilizar a la familia del esquizofrénico (incluso en los pródromos del trastorno) como recurso. Particularmente cuando se celebran sesiones con grupos de varias familias (cf. McFarlane, 2000). Para estas familias puede ser un alivio enorme experimentar que no están solas en su situación, que pueden compartir sus problemas con familias afectadas de forma similar, y pueden dar y recibir consejos útiles. Y quizás lo más importante: el concepto de esquizofrenia como enfermedad que supera a sus víctimas tiende a guardar en el desván el preocupante problema de la autonomía, la culpa y la responsabilidad personales.

Aquí es fundamental el significado que Falloon y sus seguidores atribuyen al concepto de "psicoeducación". Falloon aclaró este significado a nuestro grupo de Heidelberg hace algunos años, cuando tomó parte en una conferencia organizada por nuestro equipo de esa ciudad, y que posteriormente fue recogida por Arnold Retzer (Retzer, 1991). Describió la psicoeducación como un procedimiento mediante el cual los miembros de la familia reciben formación e información sobre la "esquizofrenia" como síndrome claramente definido (que se describe en los manuales de diagnóstico DSM-III y DSM-IV) que "con toda probabilidad es un trastorno biológico asociado a anomalías del metabolismo cerebral y a disposiciones genéticas". También reciben formación e información sobre las medidas que pueden tomar para reducir o evitar el stress, y sobre la posibilidad y/o la necesidad de utilizar neurolépticos. Para hacer eficaz esta formación e información, Falloon podía movilizar a un equipo de ayudantes profesionales especializados, formado

por miembros de los servicios sanitarios locales, personal de enfermería y médicos de cabecera. En la comunidad inglesa de Buckinghamshire les enseñó a reconocer los posibles síntomas prodrómicos de la esquizofrenia, a intervenir en las situaciones de crisis y a observar y acompañar a las familias afectadas en su evolución.

Y los resultados de tales esfuerzos son ciertamente notables: en los dos años anteriores al proyecto de Falloon la incidencia de la esquizofrenia en la zona de captación alcanzó el 7,4 por 100.000. En los cuatro años siguientes (durante los que se llevó a cabo el proyecto) la incidencia se redujo a 0,75 por 100.000, es decir, un 90%. La única persona que recibió un diagnóstico claro de esquizofrenia durante este período recibió tratamiento con una dosis bastante pequeña de neurolépticos y un manejo simultáneo de los factores de stress (Falloon, Kydd 1966).

A la vista de estos resultado apenas puede asombrar el hecho de que el modelo psicoeducativo recibiera gran aceptación. Pero el problema sigue siendo el mismo: ¿pueden estos resultados hacer que prescindamos o al menos pongamos a un lado las observaciones de los pioneros que alertaron a los psiquiatras sobre la comunicación confusa y la interacción perturbadora que se da en muchas familias en las que hay miembros esquizofrénicos? O, en otras palabras: ¿puede ser fructífera también una estrategia terapéutica que intenta fundamentalmente comprender y posiblemente influir en los procesos intrapsíquicos e interpersonales que se ponen aquí en juego? Y, ¿es posible que construyamos un tipo ideal en el que estos procesos se conviertan en el tema central, a pesar o debido a las cuestiones de la culpa y la responsabilidad personal suscitadas?

Un tercer punto de vista

Con esta pregunta en mente me gustaría volver sobre un psicoterapeuta e investigador a quien se puede considerar cercano a este tercer tipo ideal: Jaakko Seikkula, quien trabaja en el norte de Finlandia y que mantuvo íntimo contacto geográfico y profesional con el fallecido Tom Anderson (1990), mejor conocido por su trabajo con equipos reflejos. El también ejemplifica aspectos esenciales del "tratamiento adaptado a las necesidades" desarrollado y descrito por Yrjö Alanen y sus colaboradores (Alanen, 1997).

Ian Falloon y Jaakko Seikkula tienen algunas cosas en común: los dos trabajan en zonas de captación relativamente pequeñas (72.000 habitantes en el caso de Seikkula), los dos disponen de un equipo de profesionales

especializados que mantienen un contacto cercano con los individuos que han padecido esquizofrenia o que parecen correr peligro de padecerla, los dos están implicados en el tratamiento de sus pacientes, ingresados o en régimen ambulatorio, incluida la responsabilidad de ordenar o suspender la medicación, los dos permanecen en contacto íntimo con las familias de estos pacientes, y los dos han notificado resultados excelentes con respecto a la reducción de la cantidad y la gravedad de los nuevos casos de esquizofrenia.

Pero también hay diferencias que los distinguen. Y desde mi presente posición ventajosa, la diferencia más significativa está en los términos en los que se han conocidos sus respectivas estrategias. En el caso de Falloon se trata de "psicoeducación", en el de Seikkula, de "diálogo".

En algunos escritos Seikkula ha elaborado la importancia y la calidad del diálogo, practicado y fomentado por él y por su equipo. Ilustró este aspecto con transcripciones de las entrevistas mantenidas con los pacientes y sus familiares (Seikkula, 1996; Seikkula y Trimble, 2005). A continuación me limitaré a señalar algunos datos relevantes para mi punto de vista.

El diálogo, tal y como lo concibe Seikkula, cobra importancia en diferentes aspectos de la interacción, en la que prevalecen diversos tipos de discurso:

- el discurso del individuo con su mundo intrapsíquico (o, como prefiero denominarlo, con las partes de su parlamento interno).
- el discurso que los familiares afectados tienen entre sí,
- el despliegue del discurso entre los miembros del equipo profesional, y (aquí el equipo reflejo de Tom Anderson sirve de modelo)
- el discurso que se desarrolla entre el equipo profesional y sus pacientes, incluidos sus familiares.

Dicho diálogo permite que las historias evolucionen hasta que puedan ser comprendidas y compartidas por todos los participantes. Estas historias también pueden llegar a dar sentido a lo que a primera vista parece no tenerlo. Y, si es posible de alguna forma, debe dar sentido también a los pensamientos y conductas "enajenados" del esquizofrénico. Además deben ser algo más que ejercicios intelectuales, y abarcar y transmitir también lo que resulta relevante desde el punto de vista emocional. Todo ello teniendo en cuenta las cuestiones de la culpa y la responsabilidad.

Los ejemplos y las transcripciones de Seikkula dan idea de cómo desplegar dicho diálogo. Pero también muestran cómo se puede bloquear el

diálogo en los diversos tipos de discurso mencionados anteriormente: en el discurso intrapsíquico, en el discurso entre los miembros de la familia, en el discurso entre profesionales y pacientes, y en el discurso entre los miembros del equipo profesional.

En muchos pacientes esquizofrénicos, el bloqueo de sus diálogos internos puede hacernos pensar en una monotonía interna, en una rígida disociación entre determinados afectos y pensamientos, un tipo de disociación que no logra mantener controladas las tensiones internas, ni evitar las expresiones explosivas de afectos disociados y de irracionalidad incomprensible e inaceptable (vistos desde fuera).

En las relaciones de familia, un bloqueo del diálogo puede reflejar los esfuerzos de los miembros por evitar cualquier tipo de charla con significado, por recluirse en el secreto y/o (importante en mi contexto actual) por apelar a una comunicación confusa y mistificadora que puede ocultar o ayudar a sortear los conflictos profundamente establecidos, experimentados como catastróficos e irresolubles. Y (no menos importante) los bloqueos del diálogo entre las partes de los parlamentos individuales internos y entre los miembros de la familia pueden entrelazarse y reforzarse entre sí.

Los fragmentos publicados de dos de las entrevistas de Seikkula nos dan pistas sobre cómo un diálogo intrafamiliar puede llegar a bloquearse y permanecer bloqueado o evolucionar de forma que aclare las cuestiones. También transmiten la repercusión que ambos escenarios (el intrapsíquico y el intersubjetivo) pueden tener en un familiar esquizofrénico. En una de las familias, el bloqueo del diálogo parece enredar para siempre a este miembro en su problema esquizofrénico. En la otra es evidente que la evolución del diálogo ayuda al enfermo a encontrar la forma de salir del problema.

En ambos casos el familiar esquizofrénico era un varón que se encontraba al final de la adolescencia. Es frecuente que el primer episodio esquizofrénico se dé a esta edad, con síntomas positivos que se expresan de forma espectacular. Pero también es una edad en la que las posibilidades de que una intervención terapéutica correcta tenga éxito son favorables. Todavía no están presentes las consecuencias negativas de una evolución (más o menos) crónica, como la pérdida de trabajo y de amigos, con la consiguiente pasividad y desmoralización persistente. Aquí, hasta una intervención terapéutica breve puede hacer que este episodio parezca una crisis de un adolescente o de un adulto joven, que se puede manejar con éxito. Pero si no se domina, tal crisis puede implicar déficits duraderos, y un diagnóstico de esquizofrenia crónica. En todo caso lo habitual es que

la crisis sea reflejo de las dificultades del adolescente o del adulto joven en sus esfuerzos por separarse de su familia o, como me gusta describirlo, en sus esfuerzos por alcanzar un nivel superior de individualización relacionada. Y como esta crisis suele ser también una crisis de familia, tiene mucho sentido implicar a la familia en el tratamiento.

Los fragmentos de las entrevistas a las dos familias proporcionados por Seikkula nos permiten sondear algunas de las razones por las que la crisis quedó oculta en un caso y pudo ser controlada en el otro en un plazo relativamente corto. En la primera familia había evidencias de un conflicto importante y duradero entre los miembros de la familia, sobre todo entre los padres. También había indicios de los problemas del padre con el alcohol y de sus intentos por abandonar a la familia. Pero esto no fue discutido abiertamente. En su lugar, se produjo una evidente mistificación y una confusión de la comunicación, como ya hemos descrito. Esto contrastó con la otra familia, en la cual la comunicación fue menos confusa y fue evidente que los miembros de la familia querían hacer todo lo posible por ayudar al familiar esquizofrénico.

El punto de vista de Heidelberg

Esto me permite volver a nuestro punto de vista de Heidelberg que, en mi opinión, casi se adapta al tipo ideal mencionado en último lugar, que presta atención a los conflictos intrapsíquicos y a los intrafamiliares, a la comunicación posiblemente confusa, a las cuestiones de la culpa y la responsabilidad y por último, pero no por ello menos importante, a los recursos inherentes en lo que a primera vista puede parecer mera patología y defecto. Este punto de vista ha sido descrito en el libro *Die Demokratisierung der Psychotherapie* (La democratización de la psicoterapia) (Stierlin, 2003) y en algunos documentos en los que se comparan familias con psicosis esquizofrénicas con familias con miembros diagnosticados como manicodepresivos o con trastornos esquizoafectivos (Stierlin y cols., 1985; 1986). Es evidente que Seikkula intentó detectar y utilizar dichos recursos ocultos, como hicimos en Heidelberg.

Cuando nuestro equipo de Heidelberg empezó a trabajar con familias con miembros esquizofrénicos en la década de los años ochenta del siglo pasado estábamos en una buena posición para utilizar diversos recursos. Los psiquiatras que nos enviaban a las familias tendían a transferirles la creencia y la esperanza de que la terapia de familia sería útil. Durante la terapia de familia estos psiquiatras tuvieron que seguir tomando decisio-

nes sobre hospitalizaciones y medicación. Y acordaron con nosotros que seguirían ocupándose de estos aspectos mientras estuviéramos a cargo de la terapia familiar.

Habitualmente, las sesiones con la familia tenían lugar con intervalos irregulares entre ellas, aunque lo normal era que se celebraban cada dos a tres meses, lo que nos daba tiempo para "hacer los deberes", es decir, para que los miembros reflexionaran y posiblemente hicieran caso a las recomendaciones que solíamos hacerles al final de las sesiones. Por término medio celebramos siete sesiones con cada familia. Por eso nuestra estrategia llegó a ser conocida como "terapia breve a largo plazo" (*langzeitige Kurtztherapie*).

A primera vista esta forma de actuar puede parecer mucho menos intensa y eficaz que la utilizada por Seikkula y su equipo: evidentemente estábamos mucho menos implicados en diversos aspectos de la vida, el tratamiento y el entorno humano de los pacientes.

Pero lo que a primera vista puede parecer una desventaja, desde nuestro punto de vista se convirtió en una ventaja. Esto puede quedar más claro si tenemos en cuenta los objetivos y las características principales de nuestra estrategia de Heidelberg.

Como en el trabajo de Seikkula, también nuestra estrategia parece adaptarse óptimamente al encabezado de "diálogo". Intentamos implicar a los miembros de la familia en un diálogo con nosotros y con todos los demás sobre cuáles de las posibles causas y funciones de las conductas problemáticas del esquizofrénico (como su lenguaje "loco", su audición de voces, su apartamiento de sus familiares y amigos) pueden empezar a tener sentido y a desaparecer. Por eso intentamos poner fin a la "excomunicación" del familiar esquizofrénico, es decir, a tratar de transmitir que también él es "mucho más humano que cualquier otra cosa". Al mismo tiempo, intentamos facilitar un diálogo en los otros dos dominios del discurso que ya hemos citado: el discurso que se produce (o se bloquea) entre las fracciones de los parlamentos internos de los miembros individuales y sobre todo en el parlamento interno del familiar diagnosticado de esquizofrenia, y el discurso que se produce (o se bloquea) entre los familiares.

Esto tiene el efecto de que los pacientes llegan a ser más capaces de compartir un punto de atención común, es decir, de prestar atención a lo que su interlocutor quiere decir e intenta comunicar mientras que ellos, al mismo tiempo, aprenden a comunicarse con la mayor claridad posible e intentan hacerlo, sobre todo en situaciones en las que salen a la palestra las cuestiones (conflictivas y cargadas de emociones) de la culpa y la responsabilidad.

No obstante, (y esto es válido principalmente para el familiar diagnosticado de esquizofrenia) para convertirse en interlocutor en un diálogo constructivo también hay que gestionar un diálogo intrapsíquico constructivo con las partes de su parlamento interno, es decir, debe afrontar sus propios deseos y necesidades siempre que exista conflicto entre unos y otras, y debe tener la capacidad y la voluntad de expresar, lo más claramente posible, donde se encuentra y qué quiere de los demás. Al hacerlo debe aprender a vivir con una "ambivalencia saludable".

Para facilitar un diálogo constructivo *entre* los miembros de la familia y *con* los miembros de la familia de un esquizofrénico, nuestro equipo de Heidelberg llegó a considerar que algunas características de nuestra estrategia eran de máxima utilidad. Por ejemplo, la aclaración desde el principio del contexto y el mandato terapéuticos. Los terapeutas deben preguntar: ¿qué quieren y esperan de la terapia de familia los diferentes familiares? ¿Tienes distintas motivaciones? Y si es así, ¿cómo afecta esto al trabajo de los terapeutas? También prestamos especial atención a cómo nos es enviado el paciente y a los mensajes explícitos e implícitos que puede haber captado del psiquiatra que no los remite. Porque habitualmente es diferente que el psiquiatra transmita esperanza y confianza en que la terapia de familia será útil o que les transmita escepticismo diciendo "si cree que necesita terapia de familia además de la medicación neuroléptica, no seré yo quien se oponga". En ese caso los conflictos de lealtades y delegaciones pueden atascar la terapia de familia desde el principio, a menos que se aborden enseguida. También la neutralidad del terapeuta es de especial importancia, como lo son una actitud y una conducta que eviten, en la medida de lo posible, culpar a los familiares de forma implícita o explícita. Esencialmente, sean cuales sean los síntomas que se consideran psicóticos e incomprensibles deben, si es posible, empezar a tener sentido para él y para su familiares. O, volviendo a utilizar las palabras de Sullivan, el trabajo terapéutico debe consistir ahora en dejar que el paciente llegue a ser "mucho más humano que cualquier otra cosa".

Para ello es necesario que los terapeutas tomen notas de las muchas diferencias que existen entre las conductas, las expectativas y las experiencias de los interlocutores antes de iniciar el diálogo. Por eso puede ser importante el hecho de que la "excomunicación" del paciente haya durado mucho o poco. También puede marcar una diferencia el hecho de que el paciente experimente su psicosis como un infierno del que quiere escapar desesperadamente o como un estado que le alivia de cargas reales o imaginarias. Y también cómo los afectos configuran el cuadro clínico, y hasta dónde llegan en ese sentido. Por eso vemos que una psicosis esquizoa-

fectiva es mucho más accesible que un trastorno del pensamiento de larga duración con rasgos principalmente paranoides.

En nuestro trabajo con las familias confiamos mucho en las preguntas (a menudo planteadas de manera circular) para facilitar el diálogo. Estas preguntas no deben tener sentido sólo para el entrevistado, sino también para los familiares que las escuchan. Y esto ha de ser así especialmente cuando el entrevistado es el paciente. Según evolucionaba nuestro proyecto, las preguntas dirigidas al paciente y la consiguiente charla con el paciente consumieron cada vez más el tiempo disponible, con frecuencia hasta el 90%. Estas preguntas no pretenden sólo poner de manifiesto y dilucidar y comentar el mundo y las motivaciones internas del paciente. También pretenden transmitir a sus familiares presentes que sus síntomas psicóticos pueden tener sentido.

Como ejemplo de nuestra estrategia me referiré a una mujer de unos 40 años de edad a la que llamaré Birgit. Antes de acudir a nuestras reuniones familiares había estado ingresada varias veces debido a sus síntomas psicóticos, y en aquel momento parecía a punto de volver a ser ingresada. Un síntoma básico suyo era el delirio de que el fin del mundo estaba próximo, en una batalla apocalíptica que tendría lugar en el norte de África entre las fuerzas del bien y del mal. Ella hablaba de un "Endzeit" o apocalipsis que pensaba cercano. En estas circunstancias el terapeuta preguntó a los familiares presentes que podía significar ese "Endzeit" para algunos de ellos o para todos, y en particular por el papel y la función de Birgit en su familia. La conversación que siguió (desencadenada y dirigida principalmente mediante preguntas hipotéticas) pasó a las vicisitudes y a los conflictos posiblemente desastrosos que se podrían haber experimentado en su familia como heraldos de un "Endzeit" similar. Birgit recordó que tales vicisitudes y conflictos habían ocurrido en una época en la que se sintió muy incomprendida y apartada de sus padres y hermanos. Y esto nos llevó a la pregunta de si su preocupación por el "Endzeit" podía tener que ver no sólo con lo que le había pasado a ella en aquel entonces sino también con lo que estaba pasando en ese momento en sus relaciones familiares. Cuando la conversación tomó este cariz las imágenes de un apocalipsis y un "Endzeit" se suavizaron. Progresivamente se convirtieron en metáforas o sueños con los que los familiares podían tener que ver. También es importante aclarar que Birgit se sintió cada vez menos abrumada por las voces y las ideas que la atacaban desde el exterior, y empezó a pensar que tales voces e ideas procedían de sí misma, voces e ideas que ella, si volvemos a utilizar la imagen de un parlamento interno, ahora podía empezar a contemplar como mensajeros de sus diversas fracciones. Como dijo Wittgenstein, se podría hablar de un "po-

ner del revés toda la perspectiva”, lo que en Birgit fomentó un sentido de coherencia interna y aumentó su autonomía.

Pero no todos los pacientes esquizofrénicos atendidos por nuestro equipo de Heidelberg abrieron el camino para un discurso que más pronto o más tarde podía socavar o "suavizar" sus síntomas psicóticos, como ocurrió en el caso de Birgit. Se podría decir que sus parlamentos internos estaban demasiado alejados de la realidad o eran demasiado caóticos para que se produjera este discurso. Y en algunos casos tuvo sentido (para el paciente y para sus familiares) utilizar la externalización como primer paso en el camino de los diálogos, en el sentido que ya hemos descrito.

Que yo sepa, fue Michael White en Australia el primer terapeuta en describir y practicar la externalización (White, Epston, 1990). Sus pacientes eran principalmente niños con encopresis. Se puede decir que él también invitó a estos pacientes y sus familiares a dar la vuelta por completo a la perspectiva a la que se enfrentaban. En lugar de considerar el problema como demostrativo de conflictos y vicisitudes intrapsíquicas y/o interpersonales (que no podían más que suscitar cuestiones de causalidad, culpa y responsabilidad), White aseveró que el problema era el que era, es decir, la encopresis. Por eso evitó hablar sobre el pensamiento y sobre la dinámica intrapsíquica e interpersonal que hasta entonces sólo había producido confusión, frustración y culpa. En su lugar invitó a padres e hijos a unirse para combatir el problema, es decir, para luchar contra la encopresis del niño como un enemigo (al que pasaron a denominar "pequeño maloliente"). Lo cual a menudo tuvo un éxito sorprendente.

En Heidelberg, mi colega Arnold Retzer ha descrito con detalle cómo es posible externalizar también una psicosis esquizofrénica, de forma que tenga sentido para el paciente y para su familia (Retzer, 2004). Incluso le pidió al paciente que le diera a la psicosis externalizada un sitio en la habitación para hacerle preguntas como “¿tiene más sentido que sitúes a la psicosis en la esquina izquierda de esta habitación que en la derecha? ¿dónde te resulta más cómodo colocarla? ¿a qué distancia debe estar de ti?”, etc.

Este tipo de externalización también se puede considerar como una intervención que esquiva el tema de la causalidad, la culpa y la responsabilidad, que hasta entonces sólo habían supuesto confusión y frustración en el paciente y en sus seres queridos. Incluso podría sugerir una comparación con cómo Ian Falloon y otros utilizaron la noción de la enfermedad mental para reducir la confusión y la autoinculpación o la inculpación de otros.

Pero también hay una diferencia. Es fácil que la noción de enfermedad mental evoque imágenes de defecto y enfermedad que fomentan la pasividad y la resignación. Por el contrario, la externalización de la psicosis como la hemos descrito puede considerarse como un primer paso para facilitar más autonomía, de forma que puede ayudar a todos los afectados a mirar más de cerca a lo que la psicosis pueden significar en términos de parlamento interno, funcionante o no, y en términos de la comunicación familiar, que funciona o no. Por eso dicha externalización de la psicosis se puede contemplar como un primer paso en el camino de los diálogos en el sentido ya mencionado.

A continuación señalaré otras características de nuestra estrategia de Heidelberg que nos resultaron útiles.

Una de ellas es nuestra postura con respecto a la medicación neuroléptica: en la actualidad caben pocas dudas de que dicha medicación puede ser útil, sobre todo en casos de síntomas positivos perturbadores (aunque existe el riesgo de los efectos secundarios irreversibles). Pero si se recetan estos medicamentos se envía una clara señal al paciente y a sus familiares de que la psicosis se debe a una enfermedad o trastorno del cerebro, y de que poco o nada tiene que ver con las vicisitudes intrapsíquicas o interpersonales. De ello se deduciría que el principal objetivo del tratamiento debería ser el control de esta enfermedad o trastorno sin poner el foco en las posibles vicisitudes, lo que puede ser un obstáculo para facilitar el diálogo y la autonomía personal en los sentidos de los que hemos hablado con anterioridad.

Cuando afrontamos este problema nos dimos cuenta del hecho de que no estábamos a cargo de la medicación del paciente. Esto nos permitió plantear preguntas circulares e hipotéticas como “¿os parece que el estado de depresión de Bert, su silencio y su pasividad, que se han puesto de manifiesto sobre todo en la entrevista con su padre, son más un efecto de la medicación neuroléptica o una estrategia para evitar una posible batalla desastrosa entre ellos dos?” y “si se produjera tal batalla, ¿cuáles serán los temas de conflicto y cuáles las consecuencias para padre e hijo?”. “¿Cabe la posibilidad de que los dos estén guiados por la suposición de que esa batalla no terminaría nunca y les separaría para siempre?”. Etc., etc.

Este escenario nos permitió ver con ojos nuevos la comunicación poco clara, confusa y misticadora que autores como Lyman Wynne, Margaret Singer y Theodore Lidz observaron en muchas familias con hijos esquizofrénicos. Pero también en la familia de Bert y en muchas otras con un adulto joven diagnosticado de esquizofrenia observamos esa comunica-

ción poco clara. Y nos inclinamos a pensar también que la evasividad de Bert forma parte integral de la comunicación evasiva y descalificadora de toda la familia, que impedía un diálogo como el que hemos descrito. Pero desde nuestro punto de vista (y así lo describimos) esta comunicación poco clara no pone de una manifiesto una enfermedad o un defecto, sino algo que puede tener sentido y que puede ser funcional a la luz de los conflictos (encubiertos en su mayor parte) y temores de estas familias. Según fuimos conociendo mejor a estas familias observamos que muchos de estos conflictos y temores procedían de conflictos (abiertos o encubiertos) de lealtades y delegaciones, que en ocasiones afectaban a tres generaciones, y que eran la causa de las interpretaciones erróneas y de los doble vínculos que, a su vez, podían conducir a sintomatología esquizofrénica. Puede que en este drama desempeñe también un papel la vulnerabilidad o disposición genética a la esquizofrenia. En no pocos casos se puede considerar que la situación difícil del esquizofrénico está codeterminada por una especial sensibilidad a las señales y a las contradicciones de las señales que se expresan en las relaciones íntimas importantes desde el punto de vista existencial y frecuentemente en las relaciones bastante precoces.

Así permanece el reto: ¿cómo abordar una comunicación confusa cuando nuestro objetivo es facilitar el diálogo y la autonomía?. Nuestra búsqueda de respuestas nos llevó a tener en cuenta varias lecciones que nos enseñaron las familias a las que atendimos.

La primera fue: no sirve de nada pedir o recomendar que la comunicación sea más clara si no se comprenden las funciones de la comunicación confusa. Por que así sólo fomentaremos un desafío, abierto o encubierto. Por eso, en la medida en que seguíamos sin entender a una familia concreta, tendíamos a expresarnos nosotros mismos con todavía menos claridad que ellos, hasta el punto de que ellos nos pidieran (a menudo con gestos o sonriendo) que nos expresáramos de forma más clara.

La segunda lección que aprendimos fue a no dar a entender que existe una causalidad lineal y a no utilizar ningún tipo de descripción o evaluación que pudiera implicar culpar a los padres o a otros familiares por jugar a juegos sucios a costa de los demás miembros de la familia. Esto significó que los temas conflictivos y en particular los conflictos de lealtades y delegaciones debían ser abordados de forma que puedan estimular la reflexión y el reconocimiento de que se trataban de experiencias vitales fatídicas, pero sin asignar culpas. Al mismo tiempo se agradecía cualquier esfuerzo por afrontar y/o resistir estas experiencias.

La tercera lección que aprendimos fue la de ayudar a todos los afectados a aceptar y utilizar la ambivalencia saludable (o la coexistencia de di-

ferentes fracciones en el parlamento interior de uno) como condición previa para actuar con autonomía y responsabilidad, como ya hemos mencionado. Esto significaba que, cuando intervenían dos terapeutas, al final de la sesión, ellos solían poner en práctica una disociación sobre la conveniencia de, por ejemplo, soportar una comunicación confusa o arriesgarse a discurso sobre temas conflictivos, con el peligro de una escalada de los conflictos. La tarea de ponderar este mensaje disociativo puede formar parte de los deberes que la familia debe hacer en los intervalos entre sesiones. De esta forma devolvemos a los clientes la responsabilidad de afrontar su ambivalencia y de sacarle el mejor partido. (Cuando sólo había un terapeuta, éste se veía obligado a disociarse, ¡y así ocurría!).

La cuarta lección que aprendimos fue la de apreciar las diferencias en los síntomas psicóticos que se nos presentan y atender a sus implicaciones para saber cómo proceder en la terapia. En particular llegamos a apreciar diferencias en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, trastornos psicoafectivos o trastornos maniaco-depresivos, según los criterios del DSM III.

Cuando tres años después de finalizar la terapia de familia nuestro compañero Arnold Retzer hizo un seguimiento de sesenta familias tratadas por nosotros, aparecieron diferencias importantes (Retzer y cols., 1991). Para evaluar los resultados se sirvió de las opiniones de los pacientes y de los familiares sobre los cambios percibidos; también utilizó criterios aplicados por un observador externo, como la cantidad y el tipo de medicación tomada.

Lo más sorprendente fue el cambio en las tasas de recaída. Retzer definió la recaída como una hospitalización psiquiátrica, con independencia de la duración del trastorno psicopatológico diagnosticado. Así, la tasa de recaídas se define como el cociente entre el número de hospitalizaciones y los respectivos períodos de observación: el período previo a la terapia de familia va desde la primera aparición de los síntomas hasta la primera intervención terapéutica en la familia, y el período posterior a la terapia va desde la última entrevista hasta la fecha de seguimiento. Sesenta familias fueron evaluadas de esta forma. Por término medio acudieron a 6,5 sesiones a lo largo de 17 meses. Las tasas de reducción de las recaídas fueron distintas para manícodepresivos, esquizoafectivos y esquizofrénicos, con una mejora del 75% en todos los casos. En el 13% de los casos hubo un deterioro, y en el 10% no hubo cambios. En todos los casos la situación laboral de los pacientes mejoró y la medicación se redujo. En la siguiente tabla se muestran las tasas de recidiva antes y después de la terapia de familia.

Tabla 1

Tasas de recidivas: Valores medios antes y después de la terapia de familia.

	Tasa de recidivas		% de reducción	Significación de las diferencias
	Antes	Después		
MDP* (n = 20):	1,23	0,40	67,47	*
SAP* (n = 20):	1,81	0,25	86,18	***
SCH* (n = 20):	0,84	0,34	59,52	***
Total (n = 60):	1,29	0,33	74,41	***

(Nota: la significación se mide con la prueba de la t, que evalúa diferentes valores medios en dos muestras dependientes)

*MDP = maniaco-depresivos, SAP = esquizoafectivos, SCH = esquizofrénicos

Bibliografía

- Alanen YO. (1997): *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac.
- Andersen T. (1990). The reflective team. In: T. Andersen (ed.): *The Reflective Teams: Dialogues and Dialogues about the Dialogues*, pp. 18-107. Kent: Bormann.
- Bateson G. (1972): *Steps to an Ecology of Mind /Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution and Epistemology*. San Francisco: Chandler.
- Bleuler E. (1911): *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. In: Aschaffenberg, B. (ed.): *Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig/Wien: Deuticke.
- Bleuler E, Bleuler M. (1972): *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Falloon IRH, JL Boyd, CW McGill (1984): *Family Care of Schizophrenia: A Problem-Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. New York: Guilford Press.
- Falloon I & PR Kydd (1984): Early Detection and Intervention for Invited Episodes of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 22:271-282.
- Freud S. (1915): *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*. GW Bd. XVI, Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Fromm-Reichman F. (1950): *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Green H. (1964): *I Never Promised You a Rose Garden*. New York:
- Hill LB. (1955): *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jaspers K. (1953). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin; Springer.

- McFarlane WR. (2000). Psychoeducational multi-family groups: Adaptations and outcomes. B. Martindale et al.: *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Gaskell_London, pp. 68-95.
- Laing RD, Esterson A. (1964). *Sanity, Madness and Family*. Families of Schizophrenics, Vol. I. London: Tavistock Publications.
- Lidz T, Fleck S, Cornelison AR. (1965). *Schizophrenia and the Family*. New York: International Universities Press.
- Retzer A. (1991): *Die Behandlung psychotischen Verhaltens / Psychoedukative versus systemische Ansätze*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Retzer A, FB Simon, G Weber, H Stierlin, G Schmidt. (1991): A Followup Study of Manic-Depressive and Schizoaffective Psychoses after Systemic Family Therapy. *Family Process* 30: 139-153.
- Schneider K. (1962): *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme, 6th. ed.
- Seikkula J. (2002): Open dialogues of good and poor outcome in psychotic crisis. *Journal of Marital and Family Therapy* 28:263-274.
- Seikkula J. (1996): Psychotisches Verhalten als eine Geschichte der gegenwärtigen Interaktion: Ein sozial-konstruktivistisches Verständnis der Psychose. [Psychotic behavior as one story of the actual interaction. Social constructionism in understanding psychosis]. *Zeitschrift für systemische Therapie* 14:25-38.
- Seikkula J, D Trimble. (2005): Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment to Love. *Family Process* 44: 461-475.
- Selvini Palazzoli M, L Boscolo, G Cecchin, G Prata (1977): Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction. New York (Jason Aronson).
- Singer MT & LC Wynne (1965a): Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: III. Methodology using projective Techniques. *Archives of General Psychiatry* 12: 187-200.
- Singer MT & LC Wynne (1965b): Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: IV. Results and Implications. *Archives of General Psychiatry* 12: 201-212.
- Stierlin H, G Weber, G Schmidt, FB Simon (1985): Why some patients prefer to become manic-depressive rather than schizophrenic. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 58: 255-263.
- Stierlin H, G Weber, G Schmidt, FB Simon (1986): Features of Families with Major Affective Disorders. *Family Process* 25:325-336.
- Stierlin H. (2003): *Die Demokratisierung der Psychotherapie/Anstöße und Herausforderungen*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Sullivan HS. (1940): *Concepts of Modern Psychiatry*. New York (W. W. Norton).
- Wahlberg KE. (2003): Meaning of and Possibilities for Familial Prevention of Schizophrenia, In: A. Grispiini (ed.): *Preventive strategies for schizophrenic disorders. Basic principles, opportunities and limits*. Rome (Giovanni Fioriti Editore).

- White MD, D Epston (1990): *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W. W. Norton.
- Wynne LC & MT Singer (1963a): Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: I. A Research Strategy. *Archives of General Psychiatry* 9: 191-198.
- Wynne LC & MT Singer (1963b): Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: II. A Classification of Forms of Thinking. *Archives of General Psychiatry* 9: 199-206.
- Wynne LC, P Tienari, P Nieminen, A Sorri, I Lahti, J Moring, M Naarala, K Läksy, KE Wahlberg, J Miettunen (2006): I. Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Genetic Liability and Global Family Ratings in the Finnish Adoption Study. *Family Process* 45: 419-434.
- Wynne LC, P Tienari, A Sorri, I Lahti, J Moring, KE Wahlberg (2006): II. Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Qualitative Observations. *Family Process* 45:435-447.

Psicoterapia de grupo y esquizofrenia

Manuel González de Chávez

Introducción

La psicoterapia de grupo es cada vez más habitual y está cada vez más extendida en muchos centros. Es muy viable, flexible y adaptable a todas las instituciones y dispositivos asistenciales. Pero quizás, aún hoy, entre todas las intervenciones psicoterapéuticas que empleamos en estos pacientes, la psicoterapia de grupo sigue siendo una de las más desconocidas y menos sistematizadas para su adecuada utilización, elección e indicación.

Es posible que después de casi 90 años de historia de la psicoterapia de grupo en pacientes esquizofrénicos, desde el primer artículo publicado (Lazell, 1921) hasta la actualidad, la bibliografía científica sobre las estas psicoterapias en la esquizofrenia sea proporcionalmente escasa, si la comparamos con las de otras terapias individuales o familiares en estos pacientes. Quizás ello influya en el relativo desconocimiento del papel de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia. Entre las causas de ese menor número de trabajos o investigaciones publicados puede estar la “ambigüedad” del concepto de psicosis y la heterogenei-

dad de los pacientes (Hummelen, 1994), las dificultades de la investigación en las psicoterapias de grupo (Dies & Mackenzie, 1983), las de la teorización y conceptualización de la complejidad grupal (Sscheidlinger et al, 1997), la gran variedad de grupos y la inevitable singularidad de cada uno de ellos y de los procesos terapéuticos grupales.

A pesar de esta precariedad de publicaciones, la efectividad de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia, combinada al tratamiento neuroléptico, parece haber sido demostrada repetidamente desde hace años por diferentes meta-análisis (Gifford & Mackenzie, 1948; Kanas, 1986; Mosher & Keith, 1980; Parloff & Dies, 1977; Scott & Griffith, 1982; Stotsky & Zolik, 1965). En uno de más de 40 trabajos, la terapia de grupo fué significativamente mejor que el tratamiento sin dicha terapia en el 67% de los estudios con pacientes internados y en el 77 % de los estudios con pacientes ambulatorios (Kanas, 1986, 1996).

También se han realizado estudios comparativos de la psicoterapia de grupo con la psicoterapia individual en el tratamiento de la esquizofrenia ,observándose resultados similares (Herz et al, 1974; Mintz et al. 1976; Levene et al. 1970), o algo más favorables para la psicoterapia grupal ,con más entusiasmo de pacientes y terapéutas, menos abandonos, mejor cumplimiento de los tratamientos, menos rehospitalizaciones, mejor socialización y mejor funcionamiento de los pacientes (O'Brien, 1972; Donlon et al, 1973; Purvis & Mismikis, 1970). Estos datos son concordantes con los resultados generales ,y no circunscritos a la esquizofrenia, de algunos estudios comparativos disponibles, que demuestran la efectividad similar de la psicoterapia de grupo y las psicoterapias individual y familiar (Pilkonis et al., 1984) ,o los resultados iguales o mejores de la psicoterapia grupal respecto a la individual (Toseland & Siporin, 1986).

En una de las revisiones de estudios anteriores, los grupos "orientados a la interacción" se mostraban más efectivos que los "orientados al insight" en los pacientes esquizofrénicos (Kanas, 1986). Los "orientados a la interacción" tenían como objetivo mejorar la capacidad de los pacientes para relacionarse a través del aquí y ahora de la interacción con miembros del grupo y/o la discusión de sus problemas personales y sus posibles soluciones. Los "orientados al insight" estaban encaminados a mejorar el autoconocimiento del paciente a través de la exploración de los aspectos evolutivos y dinámicos y mediante técnicas de desvelamiento e interpretación de la transferencia. Se trataba de una clasificación operativa en la que no era fácil, ni siquiera posible, encuadrar a la mayoría de los grupos.

Actualmente confluímos hacia la integración ecléctica de todas las psicoterapias (Beitman et al. 1989), incluidas las psicoterapias de grupo (Reid & Reid, 1993). Con las excepciones de los grupos cognitivo-conductuales más recientes (Free, 2007; Lawrence et al. 2006), la psicoterapia de grupo va también hacia enfoques integradores y eclécticos, con modelos globales de los trastornos psicóticos. Tienen formatos diversos y objetivos terapéuticos concretos, adaptados a las características de los pacientes. Son cada vez más, y a la vez, de apoyo y de autoconocimiento, dependiendo de la situación de los pacientes y las etapas del proceso terapéutico. Si están orientadas al insight, también previa y simultáneamente, están dedicadas a favorecer el apoyo y la interacción de los pacientes (Kanas, 1996, 1997; Schermer & Pines, 1999).

En general, las psicoterapias de grupo forman parte de programas terapéuticos combinados con otras psicoterapias individuales o familiares, lo que facilita o potencia la actividad terapéutica en los pacientes esquizofrénicos, que además habitualmente reciben algún tratamiento neuroléptico (Alanen et al., 1986, 1991, 1994; González de Chávez, 1989; Mosher & Keith, 1980; Strauss et al. 1987). Las terapias combinadas no compiten entre sí, sino que se benefician mutuamente, son sinérgicas y complementarias. Lo relevante es la elección, indicación y adecuación, en cada caso, del conjunto del tratamiento a las necesidades o características de los diversos pacientes (Alanen, 1997).

En los programas terapéuticos y en las terapias combinadas más utilizados en la esquizofrenia, creemos que la psicoterapia de grupo debería ocupar un lugar más destacado en el tratamiento de estos pacientes. No sólo por su fácil implementación y viabilidad en cualquier dispositivo asistencial y por su acción sinérgica en el conjunto del tratamiento (González de Chávez M & Garcia-Ordás A., 1992), sino también, y principalmente, porque la psicoterapia de grupo tiene una singularidad específica de gran potencial terapéutico.

La singularidad específica de la psicoterapia de grupo

La psicoterapia de grupo posee características diferenciadas de otras psicoterapias. Contiene en sí misma un conjunto de elementos terapéuticos completamente originales y esencialmente grupales, que pueden incidir favorablemente en las experiencias y comportamientos de los pacientes esquizofrénicos. Merece la pena resaltar especialmente la acción, importancia y efectos del contexto terapéutico, el "mirroring" y los factores terapéuticos grupales.

El contexto terapéutico grupal

El contexto grupal se caracteriza por ser un **contexto realista e igualitario**, que ofrece a un número de personas diferentes, que tienen en común trastornos y problemas similares, la oportunidad excepcional, que no dan otras modalidades de psicoterapia, de conocerse, comunicarse y aprender de las relaciones interpersonales que establecen mutuamente. El grupo de terapia constituye un contexto terapéutico completamente distinto a la relación diádica de la psicoterapia individual y al grupo ya preexistente de la terapia familiar (Anthony, 1971; Fleck, 1982). Permite a los pacientes compartir experiencias y conocer directamente a otras personas con trastornos semejantes a los suyos, salir de la vivencia de singularidad, adquirir una visión más realista de sí mismos y tomar conciencia de sus propios problemas.

El grupo puede constituir para los pacientes un contexto seguro donde superar las actitudes y conductas de desconfianza y de aislamiento o retraimiento defensivo. Con la dirección adecuada para promover y mantener la cohesión en un clima terapéutico y una cultura grupal de respeto, escucha, ayuda y reciprocidad, se crea una audiencia empática y receptiva, que facilita la autorevelación y la comunicación y es un lugar donde los pacientes pueden expresarse con sinceridad, ir perdiendo la inseguridad y mejorando su autoestima.

Es un contexto terapéutico con **horizontalidad, neutralidad y autonomía** de los enfermos. Es menos dependiente, estrecho y desigual que las terapias individuales y familiares y no tiene las fuertes implicaciones, ni complicadas transacciones de la terapia familiar. El paciente puede establecer relaciones más independientes y equilibradas con los terapeutas y otros miembros del grupo. El grupo **facilita la relación terapéutica** sobre bases más realistas porque multiplica y diluye las transferencias, corrigiendo distorsiones e idealizaciones y disminuyendo dependencias simbióticas (González de Chávez M. & García-Ordás A, 1992; Alikakos, 1965).

Es también un **contexto activo, productivo, multifocal y multi-inter-subjetivo**, diferente a la unilateralidad y unifocalidad de la terapia individual (Anthony, 1971). El grupo es muy productivo y rico en observaciones y revelaciones propias y de otros, en contrastes de la realidad, asociaciones, perspectivas, informaciones, aprendizajes, reconocimientos y redefiniciones de los miembros del grupo, lo que permite mejorar su autoconocimiento. La multiplicidad y multifocalidad de las comunicaciones grupales facilitan el descentramiento cognitivo del enfermo, lo que es de gran importancia en el paciente esquizofrénico, especialmente vulnerable a la regresión cognitiva y al egocentrismo perceptivo (Lidz T., 1973).

El grupo de terapia constituye también **una realidad socializadora y estimulante**, que promueve la participación activa, el cumplimiento terapéutico y el funcionamiento grupal con similares valores, normas y objetivos. Promueve esfuerzos para afrontar adaptaciones y cambios a sus dificultades y conflictos, combate negaciones, amnesias y autoengaños, disuadiéndoles también de muchas resistencias y de pautas regresivas o elusivas.

Finalmente, se convierte en **grupo de referencia** para sus miembros (Kelman, 1963), lo que les permite superar el estatismo de la propia imagen y adquirir una visión dinámica de sí mismos, de sus propias vidas y de sus progresos terapéuticos. Les da el sentido de la realidad, del tiempo y de la evolución en el logro de objetivos personales y comunes. El testimonio y la mejoría de los otros, aumenta las esperanzas en su propia mejoría, y les impulsa a remontar recaídas y desmoralizaciones. La ayuda terapéutica y la perspectiva que se recibe de los miembros del grupo es una referencia básica en el proceso terapéutico y en la reconstrucción realista de la propia identidad.

El mirroring grupal

El mirroring" grupal es probablemente el fenómeno más específico de la psicoterapia de grupo (Pines, 1993), que diferencia claramente a la psicoterapia grupal de otras modalidades de psicoterapias, y le confiere gran parte de su original potencialidad terapéutica. El mirroring grupal es el proceso intersubjetivo de reacciones especulares múltiples, simultáneas, recíprocas y empáticas de observación, exploración, revelación, reflexión y conocimiento mutuo entre los miembros del grupo.

El mirroring grupal promueve y acelera el autoconocimiento de los pacientes, a distintos niveles y con diferentes perspectivas. Desbloquea sus dificultades para el insight, explotando su capacidad de observar y conocer en los demás lo que aún no es capaz de observar y conocer en sí mismo. El mirroring grupal es una densa estrella de múltiples y recíprocas reacciones especulares, que no son solamente diádicas, sino triádicas y multidíadicas, y que permiten a los pacientes la observación, exploración, reflexión y conocimiento sobre los otros, y sobre sí mismos a través de los otros. Puede ver semejanzas y diferencias, lo que es común y lo que individualiza. Puede descentrarse cognitivamente, verse desde fuera, con otras claves, desde la perspectiva de los otros.

Cada paciente es un espejo para los demás y los demás miembros del grupo son espejos para él. Cada paciente se ve a sí mismo en los otros. O

ve partes de sí mismo, con más frecuencia aquellas rechazadas y reprimidas, reflejadas en otros miembros del grupo, a quienes ve reaccionar del mismo modo. Los pacientes pueden ver en otros sus propias reacciones y conductas. Ver el efecto que sus comportamientos tiene en el grupo. Conocer las imágenes de sí mismos que los miembros del grupo les devuelven. Cada uno se muestra a los demás y se ve en los otros, refleja y se refleja en el grupo, reflexiona sobre los demás y sobre sí. Se va descubriendo través de los otros, con quienes se confronta o cuestiona, valida, confirma o rectifica, con quienes se reconstruye y redefine a sí mismo (Foulkes, 1964; Pines, 1982; Gonzáles de Chávez & Capilla, 1991; Cox, 1973).

Como punto de partida, la terapia grupal en la esquizofrenia explota la capacidad de insight sobre los otros pacientes. La capacidad de observar y reconocer en otros lo que aún no se es capaz de observar y reconocer en sí mismo. Porque en los demás es más factible distinguir las realidades objetivas y subjetivas. La incapacidad para diferenciar en sí mismos el mundo exterior y el mundo interior, bloquea el insight de los pacientes. Gracias al feedback del mirroring grupal que permite esa diferenciación de lo objetivo y lo subjetivo en los demás, los pacientes pueden empezar a cuestionarse ellos mismos (González de Chávez & Capilla, 1991).

Los factores terapéuticos grupales

Los factores terapéuticos grupales son los componentes básicos del cambio en la terapia de grupo. Son inherentes a la interacción grupal y no están específicamente asociados a la acción del terapeuta. Su acción no es aislada, sino conjunta y dependiente de cada sujeto, cada tipo de grupo, e incluso de cada etapa del proceso grupal (Yalom, 1985). Su enumeración y clasificación es algo diferente para distintos autores (Corsini & Rosenberg, 1955; Yalom, 1985; Bloch et al., 1981, 1985; Mackenzie, 1990; Sadock & Kaplan, 1993; Scheidlinger et al., 1997), así como también lo es la metodología de su investigación (Bloch et al. 1979, Yalom, 1985, Mackenzie, 1987, Kapur et al. 1988).

Podríamos distinguir con Mackenzie (1990): **a) factores de apoyo** (aceptación o cohesión, universalidad, esperanza, altruismo), **b) de auto-revelación** (catársis, autorevelación), **c) de aprendizaje de otros** miembros del grupo (imitación, identificación, guía o consejo, información, educación, aprendizaje vicariante) y **d) factores de insight** o de trabajo psicológico (autocomprensión y aprendizaje interpersonal).

Es cierto que en todas las psicoterapias hay factores terapéuticos comunes que son independientes de las técnicas, escuelas o modalidades te-

rapéuticas. El estudio de lo que es general en todas las psicoterapias y aquello que las diferencia constituye un conjunto de investigaciones de gran valor para la formación de los terapeutas y el avance y progreso de las psicoterapias (Frank, 1973; Slipp, 1993).

La psicoterapia de grupo tiene algunos factores terapéuticos comunes a otras psicoterapias y otros que son específicos de la terapia grupal, como el aprendizaje interpersonal, la universalidad, la cohesión o aceptación y el altruismo. Pero incluso aquellos factores que son similares a los de otras modalidades terapéuticas adquieren aquí matices distintos cuando se multiplican horizontalmente y se potencian recíprocamente en el contexto grupal. Así ocurre con el aprendizaje vicariante de los otros, con las imitaciones e identificaciones, o las informaciones y consejos. También con las autorevelaciones y catársis, que pueden ser propias o de otros miembros del grupo, ampliando así sus efectos, asociaciones y resonancias, e incidiendo en el aprendizaje interpersonal y en el insight de cada uno y de todos los miembros del grupo.

Los factores terapéuticos grupales tienen un papel clave en la psicoterapia de grupo de la esquizofrenia. Los de apoyo (universalidad, aceptación o cohesión, esperanza y altruismo) son importantes, en general, en las primeras etapas grupales, en los grupos de autoayuda y en los grupos breves con pacientes internados, y siguen teniendo un lugar destacado en los grupos ambulatorios y a lo largo de todo el proceso terapéutico (Yalom, 1985; Bloch & Crouch, 1985; Lieberman, 1983 y 1986; Kapur, 1988; González de Chávez M. et al, 2000). Promueven la alianza terapéutica, el clima y la cohesión grupal. Alivian la ansiedad del sentimiento de singularidad de los pacientes, al conocer que otros tienen o han tenido experiencias similares, facilitando la aceptación de sí mismos y de los otros miembros del grupo. Motivan e implican a los pacientes en la terapia, infunden expectativas de mejoría y les hace tomar un papel activo contra la desmoralización y la baja autoestima. Finalmente, el grupo da a los pacientes la posibilidad, la capacidad y el deseo de ayudar a otros, reconociendo en el altruismo (Clark, 1991), los propios sentimientos y aspectos positivos, que son valorados y apreciados por los otros.

El consejo, la información, la educación y el aprendizaje vicariante de los demás por imitación o identificación son inherentes al proceso terapéutico grupal y funcionan a nivel elemental. Para muchos pacientes, más discretos o pasivos, constituyen sus principales estrategias de aprendizaje y tienen mucha importancia en los grupos didácticos o psicoeducativos, en los cognitivo-conductuales y en los grupos de apoyo.

La autorevelación es esencial, ya que sin ella no hay posibilidades psicoterapéuticas. Es una precondition del autoconocimiento (Sticker & Fisher, 1990) y ser más cognitiva e informativa -la autorevelación propiamente dicha- o más catártica, emocional y afectiva. Puede ser voluntaria y al expresar sus experiencias y dificultades, el paciente los ve desde fuera, desde la perspectiva de los otros miembros del grupo, redescubrirlos y objetivarlos. O involuntaria, mostrando en el grupo los puntos ciegos y escenificando las defensas. En el grupo además, tanto pacientes como terapéutas, tienen la observación directa de muchas otras dimensiones o comportamientos, como el egocentrismo, aislamiento, pasividad, intolerancia, hostilidad, temores y desconfianzas, o arrogancia, y dependencia (Anthony, 1971; González de Chávez & García-Ordás, 1992). El aprendizaje inter-personal y el autoconocimiento, o aprendizaje intra-personal, son los factores de insight más relevantes de los grupos con orientación dinámica, mayor duración y con etapas más avanzadas de la psicoterapia. Ambos constituyen dos facetas inseparables de un mismo mecanismo de cambio, porque es imposible entender el autoconocimiento sin el conocimiento de los demás.

Psicosis, dinámica grupal y proceso terapéutico

Nosotros creemos que hay que poner énfasis en una visión de las psicosis comprensiva y global -psicológica, biológica y social- del paciente y sus trastornos, con enfoques amplios como los que algunos autores han venido desarrollando en los últimos años (Alanen, 1997; Feinsilver, 1986; Ciompi, 1988; Cullberg, 2006). Desde una perspectiva global, como las citadas, podríamos muy bien considerar la crisis psicótica como una crisis de la identidad del sujeto, considerando la identidad como el self en su continuidad biográfica.

La identidad, o visión de sí mismo de un sujeto, es el producto de un substrato biológico y de una historia biográfica en un contexto social y en una dinámica familiar, que dan lugar a una personalidad configurada por pautas de conducta habituales, mecanismos de defensa o estrategias de coping, con proyectos, ajustes, desajustes, logros y fracasos en múltiples aspectos, roles o subidentidades tanto sociales, políticas, religiosas, raciales, de grupo o clase, culturales, educacionales, laborales, como familiares, corporales, afectivas, sexuales, etc (Lapsey & Power, 1988; Honess & Yardley, 1987).

A los efectos que nos interesa para tratar de entender las crisis psicóticas, la identidad es también el conjunto, más o menos integrado, de di-

versas subidentidades: aceptadas, públicas, privadas, íntimas, ocultas, rechazadas o negadas, además de las identidades ideales y grandiosas, y otras introyectadas desde la infancia en las relaciones con figuras parentales y personas significativas.

En líneas generales, todo el proceso de configuración y evolución biográfica de la identidad se guía por los principios de unicidad, continuidad, autonomía y autoestima, para asimilar, adaptarse y evaluar la realidad (Breakwell, 1986). Las crisis biográficas, que suponen cambios negativos cualitativos, son crisis que llevan a la reflexión y el cuestionamiento de la realidad y la propia identidad. Son procesos dolorosos de resistencias, autoengaños y estrategias de coping para salvar la identidad y lograr su adaptación a la nueva realidad. Suponen una dinámica de reajuste de las subidentidades que hacen a la identidad más vulnerable.

Cuando fracasan las estrategias de coping en la defensa de la unicidad, continuidad, autonomía y autoestima de la identidad, se produce un colapso. Las crisis psicóticas son colapsos de la identidad (Sullivan, 1962; Mullan, 1970) con escisión y fragmentación de su estructura, mecanismos paranoides y un proceso de regresión cognitiva en el camino inverso al del desarrollo cognitivo normal, que ahora lleva al paciente desde la lógica formal a la operacional y preoperacional, al egocentrismo perceptivo y finalmente el pensamiento mágico, donde todas las soluciones son posibles (Lidz T. 1973, 1975).

En la fragmentación de la identidad vulnerable adquieren predominancia en el paciente las subidentidades grandiosas o temidas, transformadas en identidades psicóticas, las subidentidades ocultas, rechazadas o negadas, que son vividas de forma paranoide como delirios de sentirse observado, conocido, transparente, vigilado, perseguido, descalificado o insultado, y los introyectos de las relaciones objetales significativas que ahora, enajenados y no reconocidos como propios, aparecen en la mente del sujeto psicótico como alucinaciones de control y crítica o apoyo y consuelo.

En el proceso de recuperación del episodio psicótico observamos la siguiente **evolución de la identidad**: 1º) En plena crisis, con una transformación subjetiva de la idea de sí mismo y la realidad que vive, tiene una **identidad psicótica**. 2º) Con posterioridad, un buen número de ellos adquieren conciencia de enfermedad, aceptan el carácter psicopatológico de las experiencias vividas. Tiene, por así decirlo, **identidad de paciente**. 3º) En un momento posterior del proceso psicoterapéutico pueden adquirir conocimiento de los aspectos de sí mismos y su realidad que le hacen más vulnerables a las experiencias psicóticas. Es lo que llamamos **identidad**

vulnerable. 4º) El objetivo de la psicoterapia es que el paciente logre entender el sentido o significado de sus trastornos y la integración de sus experiencias y subidentidades. Que consiga una **identidad integradora**.

Los caminos que un paciente puede recorrer tras una crisis psicótica son muy variados, desde la permanencia continuada en su identidad psicótica, a una más o menos contradictoria conciencia de enfermedad. En el proceso psicoterapéutico bastantes pacientes adquieren autoconocimiento de los aspectos psicológicos y biográficos que subyacen e influyen en sus trastornos. Unos pocos - apenas un 13 % en algunos estudios de seguimiento psicoterapéutico (Alanen, 1986) - logran esa integración de la identidad y ese entendimiento de las experiencias psicóticas vividas que les puede hacer menos vulnerable.

La **relación terapéutica** con los pacientes psicóticos sigue una secuencia de etapas (Mc Glashan & Keats, 1989), que es paralela a la evolución de su identidad, tal como la hemos descrito. 1º) Al principio, en la relación de **contacto**, el terapeuta no existe como tal y está incluido en el mundo psicótico del paciente. Es el momento del contacto personal, darle contención, seguridad y confianza, de nuestra presencia, paciencia y persistencia, preservando siempre el respeto y la dignidad del paciente. 2º) Posteriormente establecemos un **vínculo**, una relación muy primitiva, insegura, ambivalente e inestable. Para el enfermo es una relación que sólo existe en el presente. No hay para el paciente colaboración, ni proyecto de futuro y sí una fuerte presencia de los aspectos inconscientes y de las transferencias psicóticas. 3º) Sólo posteriormente el paciente establece una **relación personal** de valoración y respeto, con alguna confidencialidad y posibilidades de influencia, pero sin un claro sentido terapéutico. 4º) Más adelante podemos establecer una **relación terapéutica**, estable y consistente, con motivación, compromiso, empatía, confianza y trabajo terapéutico, ya sea una relación terapéutica de apoyo solamente o una relación terapéutica de apoyo e insight.

Nuestro objetivo en la dinámica grupal será favorecer las mejores **estrategias de coping** del enfermo, que son a la vez intrapsíquicas, interpersonales y grupales y que pueden ser falseadoras, evitativas, revaloradoras o integradoras. Debemos ayudarles a ir prescindiendo, suprimiendo o modificando las estrategias más patológicas para favorecer las estrategias más integradoras, porque con las estrategias **falseadoras**, el paciente distorsiona la realidad para mantener su imagen e identidad en crisis. Son sus fantasías o construcciones de un falso self, que pueden conducir a la creación de una identidad psicótica. Son los mecanismos de escisión, proyección y externalización. El delirio es la falsificación subjetiva de la realidad vivida.

Con las estrategias **evitativas** elude confrontar una realidad dolorosa que le cuestiona y amenaza. Son mecanismos de negación, rechazo, olvido, aislamiento, negativismo, o la distracción y ocupación en otras actividades. El abuso de alcohol y otros tóxicos es frecuente, así como el uso del tercer condicional, imaginándose como sería el presente si el pasado hubiese sido distinto. Con las estrategias **revaloradoras** intenta modificar el análisis de la realidad amenazante, focalizándola en aspectos parciales o banalizándola, devaluando comparativamente a los demás, revaluándose a sí mismo, ya sea con una grandiosidad y optimismo infundado o de forma catastrófica, fatalista o resignada, con un pesimismo desproporcionado.

Favorecer las estrategias **integradoras** les llevan a verbalizar, comunicar, aceptar y afrontar, buscar información y consejo, recibir ayuda, revisar, redefinir y reestructurar nuevamente la identidad, corrigiendo los aspectos más vulnerables y anticipándose a las posibles situaciones o factores más estresantes. Todas las psicoterapias giran en torno al mejor uso de las estrategias de coping y la psicoterapia de grupo utiliza para ello el contexto y la dinámica grupal, el mirroring y los factores terapéuticos grupales.

Psicoterapia de grupo para pacientes internados

La cronología de las intervenciones psicoterapéuticas desde la crisis psicótica hasta la recuperación, se inicia con una terapia de grupo para pacientes internados y con un trabajo conjunto de todo el equipo, por un mejor entendimiento y ayuda desde diversas perspectivas profesionales e intervenciones terapéuticas, no sólo grupales, sino también individuales, familiares e institucionales (González de Chávez et al, 1985, 1999). Durante las crisis o episodios psicóticos agudos no todos los enfermos se encuentran en condiciones de ser incluidos en un grupo de psicoterapia. Hay una etapa pregrupal condicionada por la intensidad de las experiencias psicóticas y el mirroring no reflectivo (Pines, 1982). En los momentos más intensos, algunos pacientes pueden mostrar una marcada distorsión psicótica en la percepción del contexto que viven. Hay que esperar que superen, con la ayuda del tratamiento neuroléptico, la desorganización, excitación, hostilidad, angustia o perplejidad para una mínima relación y comunicación en el contexto grupal. El estado del paciente debe permitirle cierto grado de control y una mínima capacidad de "mirroring reflectivo". En la primera etapa grupal sus reacciones especulares son egocéntricas, y en ocasiones intentan englobar psicóticamente al grupo en defensa de sus convicciones delirantes. La dinámica de grupo actúa corrigiendo el egocentrismo perceptivo y permitiendo el descentramiento

cognitivo. A menudo los miembros del grupo se reflejan mejor proyectando que revelando. Reflejan lo que ignoran, lo que niegan, sus conflictos inconscientes. El grupo permite la escenificación de los mecanismos de defensa de sus miembros y esta puesta en escena aumenta la observación y reconocimiento, y luego la autorreflexión y autocuestionamiento. Los grupos en las unidades de internamiento son abiertos con sesiones frecuentes, de 45-60 minutos, diarias o a días alternos. Los terapeutas siempre son más activos y directivos, ayudando a la organización cognitiva de los discursos, corrigiendo el egocentrismo perceptivo, la paranoizización y los refuerzos psicóticos (González de Chávez, 1985; Yalom, 1983; Rice & Rutan, 1987).

En la las primeras intervenciones terapéuticas, tanto grupales como individuales y familiares, nuestro objetivo será escuchar, explorar y favorecer la autorevelación del paciente. Reconstruir con él y su familia su historia biográfica y su historia psicótica, la personalidad premórbida y todo el contexto, relaciones y factores desencadenantes que han llevado a la crisis de la identidad que revela con sus manifestaciones psicóticas. Es el momento de ofrecer ayuda, sin humillación, frustración o rechazo del paciente, conocer los mecanismos de esa transacción que es ayudar y ser ayudado.

El contexto grupal debe ser respetuoso y seguro, para que ayude a los pacientes a salir del aislamiento defensivo, la desconfianza y la inseguridad y propicie la autorevelación y la desingularización de la psicosis. En esta etapa el objetivo es que los pacientes conozcan que no son los únicos que viven realidades e identidades singulares. Es clarificar, concretar y focalizar. Ayudar a expresar sentimientos y experiencias, secuenciarlas y contextualizarlas en la biografía. Separar los hechos de las interpretaciones, validar consensuadamente la realidad e introducir otras posibles hipótesis y perspectivas, como las de las personas próximas significativas y los caminos que le han llevado al hospital, con todas las dinámicas vividas en el periodo no tratado de la psicosis. Intentamos conocer el mundo interno y la realidad externa del paciente, sus relaciones y también las actitudes y reacciones de los demás ante su conducta, por ejemplo, descalificándole y rechazándole, o intentando entenderle y ayudarle, y como el paciente oculta, expresa o verifica sus experiencias psicóticas, con que apoyos cuenta y en qué obstáculos y distorsiones debemos intervenir terapéuticamente.

Psicoterapia de grupo ambulatoria

Nuestro propósito será ahora motivar tanto al paciente como a sus familiares al seguimiento de un programa terapéutico con psicoterapia de

grupo ambulatoria que facilitará la relación terapéutica y el cumplimiento de la psicoterapia y el tratamiento farmacológico (González de Chávez & García-Ordás, 1992). Es el momento de informar y “psicoeducar” al paciente y a la familia sobre el trastorno psicótico, con esperanzas y expectativas realistas, explicar el sentido de la medicación prescrita, preocuparse de las experiencias farmacológicas subjetivas y reducir sus posibles efectos adversos. También exponer los componentes de dicho programa, sus objetivos y su duración aproximada. Nosotros realizamos un programa, de unos 4-5 años de duración media, con una sesión semanal de 60-90 minutos de psicoterapia de grupo y con sesiones individuales y familiares que se van estableciendo según las necesidades (González de Chávez et al, 1999). Todos los programas psicoterapéuticos tienen etapas, que no se pueden cortocircuitar, ni saltar, para ir logrando la evolución de la identidad de los pacientes esquizofrénicos. Primero desde la identidad psicótica a la aceptación de la identidad de paciente, posteriormente al conocimiento de su vulnerabilidad y finalmente a la integración de su identidad.

Todas las intervenciones iniciales del proceso psicoterapéutico tienen como finalidad que el paciente, tras su propio debate interno contradictorio, vaya aceptando el carácter subjetivo de sus experiencias psicóticas, que acepte el carácter psicopatológico de las experiencias vividas, adquiera conciencia de enfermedad, identidad de paciente. El grupo funciona contrastando y cuestionando las identidades psicóticas y bloqueando el desarrollo de convicciones delirantes o creencias en la veracidad pasada de las experiencias psicóticas vividas.

Usamos tanto la exploración como la confrontación, estableciendo en cada sesión grupal un trenzado de intervenciones cruzadas donde las similitudes y las diferencias hacen avanzar la revelación de los mundos objetivos y subjetivos, estimula la cohesión y facilita las observaciones, análisis y reflexiones. Apoyamos la autonomía y no la regresión, la comunicación focal clara y no la verbalización de asociaciones libres o discursos vagos, abstractos, elusivos y sobrentendidos. Evitamos largos silencios y situaciones de marcada ansiedad que generan defensas grupales y desorganización cognitiva. Analizamos las resistencias y transferencias cuando obstruyen el proceso terapéutico. Hacemos pocas interpretaciones y preferimos apuntar cuestiones, contradicciones o alternativas, asociar secuencias y conexiones o interesarnos por las observaciones, opiniones o interpretaciones horizontales de los demás miembros del grupo, siempre orientados a mejorar el grado de insight de los pacientes.

Como los grupos son abiertos, con incorporación gradual de nuevos pacientes, las etapas no son de todo el grupo, sino de cada paciente. Los

más veteranos sirven de guía y apoyo en el autoconocimiento a los que se incorporan al grupo tras haber padecido una crisis. Las identificaciones mutuas permiten la esperanza prospectiva de unos y el insight retrospectivo de los otros. Unos y otros adquieren el sentido de la continuidad del proceso terapéutico, el camino por hacer y el trayecto recorrido.

En la cronología de la dinámica grupal nos vamos a encontrar pronto con las reacciones posteriores a la crisis psicótica, el impacto de la misma en el enfermo y sus familiares y el estigma que puede provocar más aislamiento. El grupo es un soporte socializador, motivador y altruista que permite analizar y abordar estos problemas y ayuda a luchar contra la depresión, la desmoralización y el estigma. El paciente tiene además un grupo de referencia en los otros miembros del grupo, lo que le facilita una visión más objetiva de sí mismo y de sus progresos en una recuperación que pasa por una readaptación a la realidad, a las relaciones sociales, familiares, laborales y también a las relaciones de intimidad. Es viviendo, en la actividad y en la práctica, donde los pacientes reconstruyen su identidad y se hacen menos vulnerables.

El entendimiento y la ayuda familiar, que es posible desde diferentes técnicas y perspectivas, es fundamental en el proceso de recuperación que también es, en cierto modo, el de la familia, con la que debemos trabajar para conseguir el apoyo adecuado. Debemos conseguir de nuestros pacientes su motivación por los demás y por la vida, su interés por nuevas conductas y pautas de interacción, por relacionarse, confiar e intimar. Un esfuerzo personal que les permita prevenir recaídas, desarrollar capacidades y conseguir o continuar un proyecto de vida.

Dinámica grupal y reconstrucción de la identidad en la esquizofrenia

La dinámica grupal de conocimiento, validación, reconstrucción y redefinición a través de los otros (Cox, 1973) no es más que la reactivación y reanudación, conducida terapéuticamente, del proceso de mirroring personal y biográfico del sujeto, que se ha producido y se sigue produciendo en la matrix extragrupal que vive, y supone el desarrollo de su propia imagen, personalidad e identidad.

Desde la infancia, las reacciones especulares familiares y luego las de otros grupos de referencia, configuran la autoobservación y autoconoci-

miento junto a la observación y conocimiento interpersonal y de toda la realidad. Es un proceso paralelo al desarrollo cognitivo del sujeto, a su diferenciación e individuación de los otros, a su capacidad para observar, distinguir y reflexionar sobre la dualidad externa e interna de su mundo y conocer las características y los límites de su conciencia y su realidad.

El niño va superando el egocentrismo perceptivo, y logra el descentramiento cognitivo con la capacidad de ponerse en la perspectiva y el lugar de los otros. Su desarrollo cognitivo avanza por las diversas etapas del pensamiento lógico superando también la primitiva fusión objetiva y subjetiva del pensamiento mágico. El desarrollo cognitivo y el desarrollo de la identidad del sujeto son paralelos y están integrados en el mismo proceso de mirroring interpersonal continuo, que vive desde la infancia, y que le permite conocer la realidad y conocerse a sí mismo a través de los otros (Selman,1980; Damon & Hart,1988 ;Pines ,1987).

En la esquizofrenia, las dinámicas familiares alteradas y conflictivas están implicadas (Alanen ,1994 ,1997 ;Lidz T. et al.1965;Lidz, 1973 y 1975; Howells & Guirguis ,1985). Las dinámicas simbióticas, egocéntricas, hostiles, sesgadas, irracionales o contradictorias pueden incidir desfavorablemente en el desarrollo cognitivo, en la propia imagen y autoestima, y en las actitudes, relaciones y entendimiento del mundo que nos rodea. El uso de estrategias o primitivos mecanismos de defensa como la negación, escisión y proyección, indica dificultades de diferenciación e individuación, fragilidad y distorsiones tempranas de la identidad y de sus relaciones significativas (Alanen1997; Räckoläinen V.& Alanen Y, 1982;Volkman V.1995). Esa inestabilidad, inconsistencia e incoherencia se refleja en la identidad vulnerable y el recurso subyacente al egocentrismo perceptivo y la regresión cognitiva frente a factores de stress, circunstancias o exigencias que pueden romper el precario equilibrio de subidentidades pobremente integradas.

La psicoterapia grupal crea un nuevo proceso de mirroring para conocerse y reconocerse en los otros y con la ayuda de otros que sufren o han sufrido ellos mismos el colapso de la identidad que da lugar a la fragmentación y enajenación de subidentidades en experiencias psicóticas. Es un contexto terapéutico singular que utiliza la capacidad de insight sobre otros que también han vivido o viven la transformación subjetiva de sí mismos y su propia realidad. Facilita un nuevo proceso de re-aprendizaje inter-personal e intra-personal, que posibilita primero la aceptación y el reconocimiento de la crisis y luego el de la propia vulnerabilidad, para poder así lograr una redefinición más realista, más estable y más integrada de la propia identidad.

Bibliografía

- Alanen Y, Rökköläinen V, Laakso J, Rasmus R, Kaljonen A. (1986). "Towards Need-specific Treatment of Schizophrenic Psychoses". Springer. Berlin.
- Alanen Y, Lehtinen K, Rökköläinen V, Altonen J. (1991) "Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83. 363-372 .
- Alanen Y. (1994) "An Attempt to Integrate the Individual -Psychological and Interactional Concepts of the Origins of Schizophrenia". *British Journal of Psychiatry*. 164 (suppl. 23), 56-61.
- Alanen Y. (1997) "Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment". Karnac Books. London.
- Alikakos L. (1965) "Analytical group treatment of the posthospital schizophrenic". *International Journal of Group Psychotherapy*. 15. 492-504.
- Anthony EJ. (1971) "Comparison between Individual and Group Psychotherapy" in Kaplan H. & Sadock B (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy" 1st.ed. Williams & Wilkins. Baltimore. pp 104-117.
- Beitman B, Golfried M, Norcroos J. (1989). "The Movement toward integrating the Psychotherapies: An Overview" *American J. Psychiatry* 46. 138-.
- Bloch S, Reibstein J, Crouch E, Holroyd P, Themen J. (1979). "A Method for the Study of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". *British Journal of Psychiatry*. 134. 257-263.
- Bloch S, Crouch E, Reibstein J. (1981) "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". *Archives of General Psychiatry*. 38. 519-526.
- Bloch S & Crouch E. (1985) "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". Oxford University Press. Oxford.
- Breakwell G. (1986) "Coping with Threatened Identities". Methuen. London
- Ciampi L. (1988) "The Psyche and Schizophrenia". Harvard University Press. Cambridge.
- Clark MS. (ed) (1991) "Prosocial Behavior". Sage. London
- Corsini R & Rosenberg B. (1955). "Mechanism of group psychotherapy: processes and dynamics". *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 51. 406-411 .
- Cox M. (1973) "Group Psychotherapy as redefining process". *International Journal of Group Psychotherapy*. 23. 465- 473.
- Cullberg J. (2006) "Psychoses. An Integrative Perspective". Routledge. 2006
- Damon W & Hartd D. (1988) "Self Understanding in Childhood and Adolescence". Cambridge University Press. Cambridge.
- Dies R & Mackenzie R. (ed). (1983). "Advances in Group Psychotherapy: Integrating Research and Practice ". International University Press. N.York
- Donlon P, Rada R, Knight S. (1973) "A therapeutic aftercare setting for refractory chronic schizophrenic patients". *American J. of Psychiatry*. 130. 682-684

- Feinsilver D. (ed) (1986) "Toward a Comprehensive Model for Schizophrenic Disorders". The Analytic Press. London. 1986.
- Frank JS. (1973) "Persuasión & Healing. A comparative Study of Psychotherapy". Revised Edition. John Hopkins University Press. Baltimore,
- Fleck S. (1982) "Group and Family therapies: Distinctions" in Pines M. & Rafaelsen L. (ed) "The individual and the group: boundaries and interrelations". Vol I. Plenum Press. London. pp 127-137
- Foulkes SH. (1964) "Therapeutic Group Analysis " G Allen Unwin. London.
- Free ML. (2007) "Cognitive Therapy in Groups". 2nd edition. Wiley. London
- Gifford S & Mackenzie J. (1948). "Review of Literature on Group Treatment of Psychoses". Dis. Nerv. Syst. 9. 19-24.
- González de Chávez M. (1985) "Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas". Revista de la Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 14. 335-341.
- González de Chávez M, Garcia Cabeza I, Fraile JC. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 72. 573-586.
- González de Chávez M. (1989) "Terapias combinadas y programas integrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas", en AEN (ed) "El Quehacer en Salud Mental". 112-123. Las Palmas.
- González de Chávez M & Capilla T. (1991) "Insight and Mirroring in Group Psychotherapy with Schizophrenic Patients" Xth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia. Stockholm. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría (1993). 13. n° 44. 29-34 y n° 45. 103-112 .
- González de Chávez M & Garcia-Ordás A. (1992) "Group Therapy as a Facilitating Factor in the Combined Treatment Approach to Schizophrenia" in Werbart A. & Cullberg J. (ed) "Psychotherapy of Schizophrenia. Facilitating and Obstructive Factors". Scandinavian University Press. Oslo. pp.120-130.
- González de Chávez M, Gutierrez M, Ducajú M and Fraile JC. (2000) "Comparative Study of Therapeutic Factors of Group Therapy in Schizophrenic Inpatients and Outpatients" Group Analysis. vol.33. 251-264.
- Herz M, Spitzer R, Gibbon M, Greenspaan K, Reibel S. (1974) "Individual versus Group Aftercare Treatment". American J. Psychiatry. 131. 808-812.
- Honest T & Yardley K. (1987) "Self and Identity". Routledge. London.
- Howells J & Guirguis W. (1985). "The Family and Schizophrenia". International University Press. N.York.
- Hummelen J. (1994). "Group Analysis and Psychoses". Group Analysis .vol.27. n°4. 389-391.
- Kanas N. (1986). "Group Therapy with Schizophrenics : A Review of Controlled Studies". International Journal of Group Psychotherapy. 36. (3). 339-351.
- Kanas N. (1996) "Group Therapy for the Schizophrenic Patients". American Psychiatric Press. Washington.

- Kanas N. (1997) "Group Therapy and Schizophrenia: An Integrative Model". 12 th International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia. London.
- Kapur R, Miller K, Mitchell G. (1988) "Therapeutic Factors Within In-patient and Out-patient Psychotherapy Groups". *British Journal of Psychiatry*. 152. 229-233.
- Kelman HC. (1963) "The role of the group in the induction of therapeutic change". *International Journal of Group Psychotherapy*". 13. 399-432.
- Lapsley DK & Power FC (ed) (1988) "Self, Ego and Identity". Springer. London
- Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. (2006) "Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13, 673-681.
- Lazelle E. (1921). "The Group Treatment of Dementia Praecox". *Psychoanal Rev*. 8. 168-179.
- Levene H, Patterson V, Murphey B, Overbeck A, Veach T. (1970). "The aftercare of schizophrenics: An evaluation of group and individual approaches". *Psychiatry Quarterly*. 44. 296-302.
- Lidz T, Fleck S, Cornelison A. (1965) "Schizophrenia and the Family". International University Press. N.York.
- Lidz T. (1973) "Egocentric cognitive regresion and a Theory of Schizophrenia", in De la Fuente R. & Weisman M (ed) "Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry. Excerpta. Mexico. Vol 2. 1146-1152 .
- Lidz T. (1975) "The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders". Hutchinson. London.
- Mackenzie KR. (1987) "Therapeutic factors in Group Psychotherapy: A contemporary view". *Group*. vol 11. 26-34.
- Mackenzie KR. (1990) "Introduction to time-limited Group Psychotherapy". American Psychiatric Press. Washington.
- Mc.Glashan T & Keats CH. (1989) "Schizophrenia. Treatment Process & Outcome" American Psychiatric Press. Washington
- Mintz J, O'brien CHP, Luborsky L. (1976). "Predicting Outcome of Psychotherapy for schizophrenics". *Archives of General Psychiatry*. 33. 1183-1186 .
- Mosher L & Keith S. (1980). "Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family and Community Support Approaches". *Schizophrenia Bulletin*. vol 6.nº 1. 10-41.
- Mullay P. (1970) "Psychoanalysis and Interpersonal Psychiatry: The Contributions of Harry Stack Sullivan" Science House. N.York.
- O'Brien CHP, Hamm K, Ray B, Pierce J, Luborsky L, Mintz J. (1972). "Group vs. Individual Psychotherapy with schizophrenics: A controlled outcome study". *Archives of General Psychiatry* 27. 474-478.
- Parloff M & Dies R. (1977). "Group Psychotherapy Outcome Research: 1966-1975". *International Journal of Group Psychotherapy*. 27. 281-319.
- Pilkonis P, Imber S, Lewis PH, Rubinsky P. (1984). "A Comparative Outcome Study of Individual, Group, and Conjoint Psychotherapy". *Archives of General Psychiatry*. 41. 431-437.
- Pines M. (1982) "Reflections on Mirroring ". *Group Analysis*. vol 15. suppl. 1-26.

- Pines M. (1987) "Mirroring and child development: Psychodynamic and psychological interpretations". In Honest T. & Yardley K. (ed) "Self and Identity". Routledge. London. 19-37.
- Pines M. (1993) "Group Analysis". In Kaplan H. & Sadock B. (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy". 3 ed. Williams & Wilkins. Baltimore.146-156 .
- Purvis S & Miskinis R. (1970). "Effects of community follow up on posthospital adjustment of psychiatric patients". Community Mental Health Journal. 6. 374-382.
- Räkköläinen V & Aalanen Y. (1982) "On the transactionality of defensive processes". International Review of Psychoanalysis. 9. 263-272.
- Reid H & Reid B. (1993) "Integration and Nonintegration of Innovatives Group Methods" In Kaplan H. & Sadock B. (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy". 3d. edit. Williams & Wilkins. Baltimore. 244-255.
- Rice C & Rutan J. (1987) "Inpatient Group Psychotherapy. A Psychodinamic Perspective" Mac Millan, New York.
- Sadock B & Kaplan H. (1993) "Clinical Diagnosis in Group Psychotherapy". In Kaplan H. & Sadock B. (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy". 3d. edit. Williams & Wilkins. Baltimore. 57-72.
- Sullivan HS. (1962). "Schizophrenia as Human Process". Collected Works. Vol.II. Norton. Washington.
- Selman RL. (1980). "The growth of interpersonal understanding". Academic Press. N.York
- Scheidlinger S, Dies R, Fuhriman A, Mackenzie KR. (1997) "Group Dynamics and Group Psychotherapy Revisited". International Journal of Group Psychotherapy. vol 43, n°4. 139-182.
- Schermer V & Pines. (1999) "Group Psychotherapy of Psychoses". Jessica Kingsley Publishers. London.
- Scott D & Giffith M. (1982) "The evaluation of group therapy in the treatment of schizophrenia" Small Group Behaviour. 13. 415-422.
- Slipp S. (ed) (1993) "Curative Factors in Dynamic Psychotherapy". Jason Aronson. London
- Stosky B & Zolik E. (1965) "Group Psychotherapy with Psychotics 1921-1963. A Review". International Journal of Group Psychotherapy. 16. 321-344.
- Strauss J, Böker W, Brenner H. (ed). (1987). "Psychosocial Treatment of schizophrenia". H Huber Pub. Stuttgart.
- Stricher G & Fisher M. (ed) (1990) "Self -disclosure in the Therapeutic Relationship". Plenum Press. N.York.
- Toseland R & Siporin M. (1986). "When to Recomend Group Treatment: A Review of the Clinical and Research Literature ". International Journal of Group Psychotherapy. 36 (2). 171-201.
- Volkan V. (1995) "The Infantil Psychotic Self and his Fates". Jason Aronson. N. Jersey.
- Yalom ID. (1983) "Inpatient Group Psychotherapy". Basic Books.New York.
- Yalom ID. (1985) "The Theory and Practice of Group Psychotherapy". 3ª ed. Basic Books. N.York.

Terapia cognitiva conductual para la psicosis

Robert Dudley, Alison Brabban y Douglas Turkington

Introducción

La terapia cognitiva conductual (TCC) es útil para tratar diversos trastornos emocionales (Beck, 2005). Para cada uno de ellos existe una teoría exclusiva y específica que dirige la comprensión y el tratamiento. Pero la TCC es muy similar para los diversos trastornos, y en este capítulo describiremos las características clave que la definen. A continuación repasaremos el pasado de la TCC para enfermedades psicóticas como la esquizofrenia, a la que nos referiremos como TCC para la psicosis¹ (TCCp). Después repasaremos el presente de la TCCp en lo que se refiere a la magnitud y los límites de la base de datos actuales, y describiremos las características exclusivas y específicas de la TCCp. Por último ofreceremos nuestra opinión sobre el futuro de la TCCp.

1 Trastornos psicóticos es utilizado aquí para referirnos a las psicosis no afectivas, principalmente a la esquizofrenia y no incluye la TCC para síntomas del trastorno bipolar o para la prevención de recaídas en el trastorno bipolar. Para una revisión de la TCC en los trastornos bipolares ver Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyulai (2002)

Características clave de la TCC

La TCC tiene determinados componentes característicos (Beck, 1995), como el uso de la relación terapéutica de colaboración, las sesiones estructuradas y las técnicas de cambio cognitivo y conductual. La TCC está centrada en el síntoma y en el problema, y está limitada en el tiempo; lo habitual son 6 a 20 sesiones, dependiendo de la naturaleza de las dificultades de la persona.

La característica definitoria de la TCC es el modelo cognitivo. Este modelo hace hincapié en la aparentemente simple noción de que la forma en la que una persona da sentido a un acontecimiento determina cómo se siente y se comporta. En sentido más amplio, el modelo cognitivo tiene en cuenta el inicio del trastorno emocional mediante la propuesta de que los acontecimientos vitales estresantes activan cogniciones básicas (denominadas esquemas o creencias principales) que predisponen a la persona a la aparición del trastorno. Aunque la TCC se dedica al presente, construye una formulación del desarrollo de los problemas de la persona basándose en este modelo, e incorporando las exclusivas y significativas experiencias precoces de la persona, que originaron estas estructuras esquemáticas de sí mismo, de otras personas y del mundo. En el seno de esta formulación habrá una comprensión de que la persona puede haber manejado estos esquemas con estrategias, presentadas como normas o suposiciones que los acontecimientos vitales estresantes desencadenantes rompieron o superaron. Esta rotura de las normas, a su vez, permite el acceso a las creencias centrales que están cargadas de emociones, lo que da lugar a la aparición del trastorno emocional. Una vez aparecidos, los problemas se mantienen merced al clásico círculo vicioso de una evaluación inútil o sesgada de la situación actual, que produce intentos infructuosos de manejar el estrés evocado evitándolo, o con conductas más sutiles pero también inútiles. Al construir una formulación basada en el modelo cognitivo, el terapeuta y el paciente colaboran para dotar a las experiencias de una explicación alternativa, e introducir el aprendizaje de que los pensamientos son pensamientos y no hechos, aunque parezcan reales, y que es posible que haya otras interpretaciones. Es de desear que este aprendizaje dé lugar a una reducción del malestar y a un aumento de la conducta funcional.

Aunque la TCC comparte similitudes con otras técnicas que también ponen el énfasis en los pensamientos como centro (es decir, la terapia conductual emotiva racional, Ellis, 1958), también tiene diferencias clave, una de las cuales es el énfasis en el empirismo.

El empirismo es evidente en la TCC de dos formas. En primer lugar, la TCC está basada en la noción de empirismo colaborador, en virtud del cual el paciente y el terapeuta colaboran en equipo para comprender de forma conjunta los problemas, y evaluar las explicaciones alternativas. Se considera que no basta con reconocer el problema para cambiar. El tratamiento consiste más bien en pruebas activas de la evaluación de la experiencia actual para ayudar a la persona a determinar si existen otras explicaciones posibles para su experiencia.

En segundo lugar, la TCC sigue un ciclo de investigación característico. Para cualquier trastorno específico el proceso empieza por la observación y descripción meticolosas de la fenomenología, para identificar y definir sus características clave. En ulteriores estudios de investigación experimental se determina si estas características desempeñan una función en el desarrollo o el mantenimiento del trastorno. Basándose en esto se crean tratamientos comprensivos que abordan las características clave. Los estudios de casos y las series de casos establecen el posible valor del tratamiento, y conducen a la depuración de los protocolos de directrices de tratamiento, que conforman el ensayo controlado aleatorizado (ECA) completo. Mediante estas evaluaciones rigurosas se establece si es mejor la TCC que no dar tratamiento, o si es mejor que los tratamientos existentes. La reflexión sobre el resultado nos lleva a la observación de los problemas, los grupos de pacientes, que no recibieron ayuda suficiente, y el ciclo vuelve a empezar.

Consideramos el modelo cognitivo (como base de una formulación) y el énfasis en el empirismo como características definitorias de la TCC, y por eso revisamos la TCC² en relación con estas características.

Pasado

La TCC_p empieza, como gran parte de la TCC, con Beck. En 1952 publicó el informe de un caso en el que contaba cómo trató con éxito a un varón con creencias paranoides (Beck, 1952). El tratamiento se parece poco a la TCC como la conocemos hoy, porque no se adapta al modelo cognitivo ni mide el resultado. No obstante, Beck (2002) consideró que la interpretación de los delirios en el contexto de la vida de la per-

² Cuando hablamos de la TCC de la psicosis en la revisión actual nos concentramos en el tratamiento de los delirios y las alucinaciones que son las características más investigadas de las psicosis.

sona condujo al desarrollo de una explicación alternativa y plausible de la experiencia del varón, con lo que se redujo su malestar y mejoró su funcionamiento.

A pesar de este éxito inicial, Beck se concentró en desarrollar sus ideas en relación con la depresión. Pero continuamente había intentos de ofrecer tratamientos psicológicos a personas con psicosis que se adaptaban a modelos conductuales y cognitivos. Slade y Haddock (1996) revisaron estos puntos de vista y describieron su evolución desde los intentos de manipular el entorno de la persona con experiencias psicóticas mediante estrategias que pretenden capacitar a la persona para que haga cambios por sí misma. Por ejemplo, en las décadas de los años sesenta y setenta los principios del condicionamiento operativo utilizaron las recompensas sociales para reducir la verbalización de los delirios. Esto fue eficaz en la reducción de la expresión de las creencias delirantes ante el terapeuta, pero habitualmente no se generalizaron a otras interacciones. Otras estrategias conductistas se sirvieron de la economía a base de fichas, o de la terapia de aversión para ayudar a reducir la experiencia o la expresión de los síntomas psicóticos. El uso de estas estrategias fue declinando porque no se acomodaron a los puntos de vista de los usuarios de los servicios, o porque no funcionaron como se esperaba. Por eso se desarrollaron estrategias para ayudar a las personas a manejar sus propias experiencias y síntomas como las alucinaciones, mediante la distracción y la solución de los problemas. Aunque tuvieron algún valor, estas estrategias no se adaptaron al modelo cognitivo, pero demostraron que las estrategias psicológicas individuales pueden tener valor, y fomentaron el uso ulterior de la TCCp. A continuación nos ocuparemos del desarrollo de la TCCp, en relación con el ciclo de investigación que hemos descrito³.

Fenomenología cognitiva de las experiencias psicóticas

La insatisfacción con la utilidad científica del concepto de 'esquizofrenia' (Bentall, Jackson y Pilgrim, 1988) dio lugar a la revisión de la opinión de que la esquizofrenia era cualitativamente diferente de otros trastornos emocionales. Esta revisión estimuló la descripción y las investigaciones científicas de los síntomas psicóticos desde una perspectiva cognitiva. Por ejemplo, Bentall, Kinderman y Kaney (1994) encontraron una tendencia

3 Nuestro objetivo está en los avances en el Reino Unido y ese es el propósito de este capítulo. Sin embargo, nosotros somos conscientes de la amplitud y la calidad de las investigaciones realizadas en el resto del mundo, tanto para comprender como para tratar las psicosis

en las personas con delirios persecutorios a culpar a los demás de los episodios negativos. Es un estilo de atribución opuesto al de las personas que padecen depresión. Garety y Hemsley (1994) publicaron una serie de investigaciones que pusieron de manifiesto la multidimensionalidad de las creencias delirantes, así como una forma de razonar característica, en virtud de la cual algunas personas con delirio hacen juicios apresurados o rápidos.

En lo que respecta a las alucinaciones, Slade y Bentall (1988) estudiaron los procesos psicológicos de la audición de voces y observaron que las personas que oyen voces tienen una tendencia a atribuir sus experiencias internas (como sus propios pensamientos) a una fuente externa. Además Romme y Escher (1996) describieron cómo las voces son cruciales para entender el malestar y la repercusión de estas experiencias. Estos estudios descriptivos, fenomenológicos y experimentales empezaron a desentrañar procesos cognitivos clave que posteriormente conformaron las estrategias de intervención.

Estudios de casos y series de casos

Watts, Powell y Austin (1973) descubrieron que la confrontación directa de las creencias delirantes sólo aumentaba la convicción, y por eso plantearon una estrategia consistente en abordar con menos intensidad las creencias sostenidas inicialmente, y consideraron los datos a favor y en contra de la creencia a la vez que tenían en cuenta otras posibles explicaciones alternativas. Chadwick y Lowe (1990) produjeron este método trabajando con 12 personas que presentaban síntomas psicóticos y a quienes trataron con una combinación de provocación verbal y de experimentación conductual activa (o evaluación de la realidad). Los resultados fueron alentadores: 5 rechazaron sus creencias, y 5 informaron de cierta reducción de su convicción y su malestar. Fowler y Morley (1989) indicaron el posible valor del tratamiento con la distracción y otras estrategias como ayuda para cambiar las creencias sobre las voces, abordando así de forma directa el mecanismo identificado por Romme y Escher (1996).

Kingdon y Turkington (1991) publicaron una serie de casos de 64 personas con esquizofrenia. Aunque no fue un estudio controlado, los resultados indicaron que muchos de los participantes se beneficiaron, y lo que quizás sea más importante, la estrategia no tuvo resultados adversos ni deterioros graves que condujeran a conductas agresivas o suicidios durante el tratamiento. En torno a esta época una serie de estudios piloto y

de ensayos no controlados indicaron que la TCCp fue útil para las voces (Haddock, Bentall y Slade, 1996) y para otros síntomas psicóticos (Garety y cols. 1994). Estos estudios posibilitaron la aparición de manuales de tratamiento (p. ej., Fowler, Garety y Kuipers, 1995) que sirvieron como base para la intervención en algunos ensayos aleatorios controlados (EAC) clave.

Ensayos aleatorizados controlados (EAC)

Hasta ahora se han realizado más de 20 EAC para evaluar la eficacia de la TCCp. Existen algunas revisiones valiosas de este trabajo, que lo describen en su integridad (p. ej., la de Tarrrier y Wykes, 2004). No vamos a volver a publicar estas revisiones, sino que llamaremos la atención sobre algunos estudios clave realizados en el Reino Unido que se describen brevemente en la tabla 1, y a los que nos referiremos en ulteriores apartados.

Fases de la psicosis

La TCCp pone distintos énfasis en las diferentes fases de la psicosis, en función de las necesidades individuales. Por ejemplo, al trabajar con personas que no presentan una psicosis activa pero que corren un enorme riesgo de desarrollar la enfermedad, el objetivo del trabajo es ayudarlas a manejar mejor los síntomas depresivos o ansiosos, o a comprender y manejar cualquier experiencia poco habitual que aparezca. Con estas técnicas, Morrison y cols. (2002) informaron de una reducción en la tasa de aparición de psicosis en dicho grupo de alto riesgo.

Los datos son menos convincentes en personas que han hecho recientemente la transición a la psicosis. Lewis y cols. (2002) observaron poca diferencia entre la TCCp y el asesoramiento de apoyo (AA) al final del tratamiento en personas que experimentaban su primer o segundo episodio de psicosis. Esta ausencia de diferencias se debió en parte al nivel general de recuperación que se encuentra en personas que sufren su primer episodio, lo que implica la dificultad de demostrar que la TCCp aportara alguna ventaja adicional. No obstante, las personas tratadas con TCCp respondieron más rápidamente y se beneficiaron más si tenían alucinaciones que las personas similares que padecían el trastorno de control. Parece que las personas que tienen delirios se benefician tanto de la TCCp como del AA (Tarrrier y cols., 2004). Hay pruebas del posible valor de la TCCp en las personas que sufren un trastorno muy agudo y necesitan ser hospitalizadas, aunque los beneficios no son duraderos (Drury y cols. 1996,

Tabla 1
Apéndice del Capítulo 19, por Dudley y cols.

Autor	Año del estudio	N	Pacientes	Grupo de control	Tratamiento	Terapeutas	Escala de puntuación utilizadas	Resultados obtenidos	Resultados del seguimiento (en su caso)
<i>Fase de la psicosis</i>									
<i>Prepsicosis</i>									
Morrison y cols.	2002	58	Considerados de altísimo riesgo de presentar un primer episodio de psicosis. 16 a 36 años de edad	Monitorización	Hasta 26 sesiones de TCC a lo largo de 6 meses.	Terapeuta enfermero de TCC o psicólogo clínico. (una persona supervisada por un psicólogo clínico con formación)	Velocidad de transición a la psicosis (PANSS); prescripción de medicación antipsicótica, probable diagnóstico del DSM-IV	Reducción significativa de la probabilidad de desarrollar un episodio psicótico, de que le receten medicación antipsicótica y de reunir los criterios para recibir un diagnóstico de un trastorno psiquiátrico.	
<i>Fase aguda</i>									
Drury, V., y cols.	1996	40	Pacientes ingresados con psicosis aguda	Actividades estructuradas y apoyo	20 sesiones semanales (registro de la TCC indiv. Y de grupo + participación de la familia)	3 psicólogos clínicos	KGV, tiempo de recuperación	Mejora de todos los síntomas y de los positivos. Reducción del tiempo de recuperación. Se beneficiaron los pacientes de inicio reciente	Seguimiento a los 5 años. Pérdida de los beneficios.

Tabla 1. (cont.)

Autor	Año del estudio	N	Pacientes	Grupo de control	Tratamiento	Terapeutas	Escala de puntuación utilizadas	Resultados obtenidos	Resultados del seguimiento (en su caso)
Haddock y cols. (Estudio piloto SOCRATES)	1999	36	Agudos	Asesoramiento de apoyo + psicoeducación	Intervención a lo largo de 5 semanas durante la estancia del paciente (media: 10 sesiones de TCC) + 4 sesiones de refuerzo (hasta 4 meses después del alta)	2 psicólogos clínicos	Recaída, BPRS, PSYRATS, abandonos	Reducción significativa de los síntomas en los dos grupos, pero sin diferencia entre ellos. No se observaron diferencias significativas en el tiempo hasta el alta	Seguimiento a los dos años: no se observaron diferencias significativas entre los grupos, aunque la tasa de recaídas y el tiempo hasta la recaída fueron mejores en el grupo de TCC.
Lewis y cols. (SOCRALES)	2002	315 (225 seg.)	Diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno asociado. Primer o segundo episodio agudo de psicosis; síntomas positivos durante >4 semanas	Asesoramiento de apoyo o Tratamiento habitual solamente 3 meses.	15 a 20 horas en un plazo de 5 semanas + sesiones de refuerzo durante	Terapeutas de TCC	PANSS, PSYRATS de síntomas po-	<i>En comparación con Tratamiento habitual:</i> Mejoras significativas de la subescala de síntomas positivos y de la PANSS total a las 4 semanas, pero no a las 6 semanas <i>En comparación con el asesoramiento de apoyo:</i> se mantienen las alicianaciones auditivas	Tarrier y cols. (2004) informan de un seguimiento durante 18 meses. Mejora de los síntomas Sin las recaídas o el tiempo hasta las recaídas.

Tabla 1. (cont.)

Autor	Año del estudio	N	Pacientes	Grupo de control	Tratamiento	Terapeutas	Escala de puntuación utilizadas	Resultados obtenidos	Resultados del seguimiento (en su caso)
Startup y cols.	2004	90	Pacientes con episodios psicóticos agudos ingresados.	Tratamiento habitual	Hasta 25 sesiones de TCC	Psicólogos clínicos	SFS, BPRS, SANS, SAPS.	Mejora significativa de los síntomas y de la función social en el grupo de TCC	Se observaron diferencias significativas en el seguimiento a los 12 meses. Al cabo de dos años, los pacientes tratados con TCC mostraron una mejora significativa en los síntomas negativos y el funcionamiento social, pero no hubo dif. sig. en los síntomas positivos
<i>Fase de recaída</i>									
Gumley y cols.	2003	144	Diagnóstico de esquizofrenia: pródomos y signos precoces de recaída	Tratamiento habitual	12 meses de TCC	Psicólogo clínico	Recaída. PANSS, SFS, retirada	Reducción de las recaídas y de los ingresos hospitalarios. Mayores mejoras de los síntomas positivos y negativos, de la psicopatología global, del rendimiento de las funciones independientes y de las actividades prosociales.	

Tabla 1. (cont.)

Autor	Año del estudio	N	Pacientes	Grupo de control	Tratamiento	Terapeutas	Escala de puntuación utilizadas	Resultados obtenidos	Resultados del seguimiento (en su caso)
Carey y cols.	2008	301	Psicosis no afectivas con recaídas reciente	Tratamiento habitual Intervención familiar	Hasta 20 sesiones a lo largo de 12 meses	Psicólogos clínicos y personal de enfermería especializado	PANSS, PSYRATS BAI, BDI	La TCC y la intervención familiar no tuvieron efecto en las tasas de recaídas ni en los días de hospitalización. A los 24 meses la TCC tuvo cierta repercusión en la depresión. La TCC mejoró significativamente el estrés delirante y la función social en los pacientes con cuidadores	
<i>Resistentes al tratamiento</i>									
Tarrier y cols.	1993	27	Diagnóstico de esquizofrenia Pacientes con síntomas resistentes a los fármacos durante 6 meses como mínimo 16 a 65 años de edad	Lista de espera	6 semanas de potenciación de la estrategia de afrontamiento (CSE) o de resolución de problemas (ps)	Psicólogos	BPRS, PSE, KGV, SFS	Reducción significativa de los síntomas, sobre todo ansiedad y delirios. Es posible que la CSE sea más beneficiosa que la PS (sin repercusión en los síntomas negativos ni en la función social)	23 pacientes sometidos a seguimiento durante 6 meses mantuvieron la mejora

Tabla 1. (cont.)

Autor	Año del estudio	N	Pacientes	Grupo de control	Tratamiento	Terapeutas	Escala de puntuación utilizadas	Resultados obtenidos	Resultados del seguimiento (en su caso)
Kuipers y cols.	1997	60	Pacientes con síntomas psicóticos estables (resistentes a los fármacos)	Tratamiento habitual	20 sesiones, cada semana o cada dos semanas (hasta 9 meses)	Psicólogos clínicos	PSE, BPRS, MADS, BDI, BAI, BHS, Cuestionario sobre el propio concepto, Escala de actitud distintional, SFS.	Mejora significativa de la puntuación BPRS (síntomas) en el grupo de TCC	A los 18 meses: sin cambios. Se mantiene la mejora de los síntomas (mejoría positiva)
Tarrier y cols.	1998	87	Diagnóstico de esquizofrenia, psicosis esquizoafectiva o trastorno delirante Sintomas resistentes a los fármacos durante >6 meses	Asesoramiento de apoyo y asistencia habitual sola	20 sesiones, 2 por semana a lo largo de 10 semanas (CSE, estrategias de afrontamiento y prevención de las recaídas)	Psicólogos clínicos	BPRS, tasa de recaídas, tiempo pasado en el hospital	Los resultados fueron mejores en el grupo de TCC en lo que respecta al número y la intensidad de los síntomas positivos, la reducción global de los síntomas (>50%) las tasas de recaídas y el tiempo pasado en el hospital.	Las ventajas se mantuvieron tras 12 meses de seguimiento. Tras dos años de seguimiento no hubo dif sig. entre la TCC y el asesoramiento de apoyo, aunque ambos fueron sig mejores que el tratamiento habitual
Kemp y cols.	1996	47	Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.	Asesoramiento de apoyo	4 a 6 sesiones de TCC de 20 a 60 minutos de duración, dos veces por semana	Psiquiatra de investigación o psicólogo clínico	BPRS, GAF, SAI, Inventario de actitud ante los fármacos, cuestionario sobre actitud ante la medicación.	No se observaron dif sig en los síntomas pero mejoraron la propia percepción, el cumplimiento y la actitud antes la medicación.	Los resultados se mantuvieron a los 6 meses.

Tabla 1. (cont.)

Autor	Año del estudio	N	Pacientes	Grupo de control	Tratamiento	Terapeutas	Escala de puntuación utilizadas	Resultados obtenidos	Resultados del seguimiento (en su caso)
Sensky y cols.	2000	90	Diagnóstico de esquizofrenia. Síntomas resistentes al tratamiento durante >9 meses, sin uso anómalo de sustancias simultáneo a la enfermedad, síntomas positivos evidentes	Reuniones amistosas	Semanalmente: media de 19 sesiones a lo largo de 9 meses	Terapeutas de TCC	CPRS, MADRS, SANS ron mejoras sig	Tanto el grupo experimental como el de control mostraron mejoras en el grupo de los síntomas positivos y negativos, y de la depresión al final del estudio	El seguimiento durante 9 meses demostró que las ventajas se compararon con el grupo de TCC en comparación con el de control
Turkington y cols.	2002	422	Diagnóstico de esquizofrenia con asistencia secundaria	Tratamiento habitual	6 sesiones en 2 a 3 meses (+ 3 sesiones de familia)	CPN (Personal de enfermería especializado)	CPRS, Escala de puntuación de la propia apreciación, escala de variación de la esquiz. MADRS (PSYRATS)	Mejora de los síntomas globales, de la propia apreciación y de la depresión.	Pendiente de comunicación
Durham y cols.	2003	66	Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno relacionado, síntomas positivos persistentes, conocido en el servicio durante >6 meses	Psicoterapia de apoyo o tratamiento habitual solamente	9 meses de TCC (máximo de 20 sesiones de media hora)	Personal de enfermería especializado	PANSS, PSYRATS, Escala de evaluación global, mejoría clínica global, cuestionario sobre alianza de ayuda de Penn	Mayor mejora de la intensidad de los síntomas globales en el grupo de TCC La mejora de la intensidad de los delirios fue mayor en los grupos de TCC y TPE que en el de TAU	

Tabla 1. (cont.)

Autor	Año del estudio	N	Pacientes	Grupo de control	Tratamiento	Terapeutas	Escala de puntuación utilizadas	Resultados obtenidos	Resultados del seguimiento (en su caso)
Haddock y cols.	2003	36	Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno psicofrénico o trastorno delirante + abuso de sustancias, de 18 a 65 años de edad	Tratamiento habitual	9 meses de intervención motivadora, TCC e intervención familiar	Terapeutas de TCC especializados	GAF, PANSS, SFS, Uso de sustancias, recaída.	Mejoras sig en la función del paciente (GAF) a los 18 meses en el grupo de TCC. No se observaron dif sig en la PANSS ni en el nivel de abstinencia.	
Trower y cols.	2004	38	Diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno asociado. Alucinaciones imperativas >6 meses. Antecedentes recientes de obediencia a las voces	Tratamiento habitual	6 meses de TCC	Psicólogo clínico	Calendario de evaluación cognitiva; cuestionario sobre credibilidad de la voces; escala de cumplimiento de las voces; escala diferencial de la potencia de las voces; escala de omnisencia; PANSS, PSYRATS; escala de la depresión de Calgary para la esquizofrenia.	Mejora sig de la obediencia a las voces Reducción sig de la creencia en el poder y la omnisencia de las voces, y aumento de la percepción de control de las voces. Sig red del malestar	Las diferencias en la percepción de la potencia, la omnisencia y el control de las voces se mantuvieron tras 12 meses de seguimiento: a demás hubo sig menos depresión en el grupo de TCC.

Valmaggia, van der Gaag, Tarrier, Pijnenborg y Sloof., 2005, Startup, Jackson y Bendix, 2004).

Se han desarrollado intervenciones específicas que, una vez superada la fase aguda, ayudan a las personas cuando empiezan a recaer. Por ejemplo, Gumley y cols. (2003) informaron de una reducción de los ingresos hospitalarios en comparación con el tratamiento habitual. No obstante, en un informe publicado recientemente, el Estudio sobre la prevención psicológica de las recaídas de la psicosis, que fue aleatorizado, controlado y multicéntrico, y en el que se utilizaron la TCCp y la intervención familiar para las psicosis, se observó que ni la TCCp ni la intervención familiar redujeron los síntomas o las recaídas en comparación con el tratamiento habitual. Se trata de un estudio muy importante en el que participaron más de 300 personas, y según el cual la TCCp no está indicada para la prevención convencional de las recaídas en personas que se encuentran en recuperación de una recaída reciente de la psicosis (Garety y cols., en prensa).

En la actualidad las pruebas más consistentes se refieren a personas con síntomas de larga duración y que se consideran resistentes al tratamiento o que no responden a los medicamentos. Habitualmente, la TCC aplicada a las psicosis resistentes al tratamiento aborda los síntomas psicóticos como las alucinaciones o los delirios, que se asocian a malestar o disrupción de la vida de la persona, y los síntomas negativos o de depresión, de ansiedad. (Fowler, Garety & Kuipers, 1996). Los primeros trabajos sobre personas resistentes al tratamiento fueron llevados a cabo por Tarrier y cols. (1993), quienes desarrollaron una potenciación de la estrategia de afrontamiento (PEA) que parte de las estrategias conductistas con la intención de aumentar el afrontamiento funcional y reducir el afrontamiento disfuncional, y de mejorar la solución de problemas en personas que tienen experiencias psicóticas. Se comparó esta estrategia de PEA con el AA, y se observó que aquella fue más eficaz que ésta, que a su vez fue mejor que el tratamiento habitual (Tarrier y cols. 1993). En un análisis ulterior de los hallazgos (Tarrier y cols. 2001) se indicó que, por lo general, las personas que sufren delirios respondieron mejor al tratamiento, mientras que las personas que presentaban alucinaciones, pero no delirios, no respondieron.

Sensky y cols. (2000) ofrecieron TCCp o un control favorecedor del trastorno (FT) a 90 personas con esquizofrenia resistente al tratamiento. En cada trastorno la persona fue atendida por una terapeuta en sesiones semanales durante unos 9 meses, o unas 20 sesiones de tratamiento. En el control FT, el terapeuta proponía una conversación social. Aunque ambos grupos se beneficiaron de la intervención, sólo el grupo de TCCp mantu-

vo los beneficios en el seguimiento realizado al cabo de 9 meses. Kuipers, Garety y Fowler (1997) informaron de un ensayo en el que el grupo de control estuvo formado por una lista de espera, y observaron ventajas significativas en el grupo de TCCp en cuanto a la reducción de los síntomas. En ambos ensayos la TCCp fue administrada por terapeutas cognitivos con experiencia, gran formación y estrechamente supervisados.

Turkington y cols. (2002) redujeron la cantidad de formación que necesitaban los terapeutas y presentaron una forma de tratamiento más concreta formada por 6 sesiones individuales con la persona que padecía esquizofrenia resistente al tratamiento, ofreciendo además 3 sesiones con la familia. Los resultados indicaron que fue posible aplicar la TCCp en el contexto clínico real, con resultados beneficiosos para los síntomas psicóticos y no psicóticos.

Lo que empieza a ser evidente es que una relación de apoyo consistente parece tener un gran valor para muchas personas con psicosis, y puede reducir los síntomas positivos (Lewis y cols. 2002, Sensky y cols. 2000). Puede que el mecanismo de acción de la relación de apoyo sea diferente al de la TCC (Milne, Wharton, James y Turkington, 2006). Quizás los delirios, sobre todo las creencias persecutorias, se benefician del desarrollo de la confianza y la intimidad para cambiar indirectamente las creencias sobre autoaceptación y la amenaza de otras personas, mientras que las personas con alucinaciones pueden necesitar una ayuda más activa y de base teórica (Tarrier y cols. 2001).

En resumen, los datos a favor del valor de la TCCp son contundentes, y el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2002) ha recomendado que los usuarios tengan al acceso a la TCCp en Inglaterra. Parece que la TCCp es especialmente valiosa para personas que padecen síntomas psicóticos resistentes al tratamiento (véase también Tarrier y cols. 1998).

Presente

Tarrier y Wykes (2004) evaluaron 20 de los EAC sobre la TCCp con respecto a determinados criterios, y llegaron a la conclusión de que los datos sobre la TCCp eran prometedores. Pero no debemos aceptar los resultados de forma acrítica. No se ha hecho una comparación adecuada de la TCCp con otras estrategias de tratamiento de base empírica, por lo que ignoramos si es mejor que otras técnicas psicológicas, como las intervenciones en la familia (véase Kennard en el *Capítulo 8*) u otras técnicas in-

dividuales. No obstante, el objetivo de estos ensayos iniciales fue demostrar que merecía la pena, y no sus ventajas con respecto a otras terapias. Pero es importante señalar que Tarrrier y Wykes (2004) observaron que cuanto más estricta era la metodología del estudio, menor era el efecto del tamaño de la muestra.

Aunque tenemos pruebas de su eficacia no sabemos cuáles son los componentes importantes del tratamiento (si los hay), ni comprendemos los mecanismos que logran el cambio. No obstante, a pesar de la ausencia de datos claros sobre las características específicas de la TCCp, hay elementos reconocidos a nivel general que constituyen la buena TCCp.

Características de la TCCp

La TCCp tiene mucho en común con la TCC aplicada a otros trastornos, pero hay algunos elementos a los que se da más importancia en la TCCp. Se trata de:

- a) involucrar a la persona en una relación de colaboración y confianza,
- b) lograr comprender el inicio de las experiencias psicóticas, habitualmente en el marco de la vulnerabilidad a los factores de estrés,
- c) el uso de técnicas y métodos de base teórica, como la normalización, para ayudar a abordar síntomas psicóticos como los delirios o las experiencias alucinatorias

En esta revisión prestamos especial atención a estas características clave, pero si el lector desea conocer las descripciones completas de estas estrategias, puede consultar muchos textos excelentes al respecto (Morrison y cols., 2004, Fowler y cols., 1995)

Construcción del compromiso

Habitualmente, cuando se desarrolla la relación terapéutica con una persona con psicosis, se pone más énfasis en la construcción del compromiso y la relación terapéutica. El motivo es que se necesita una relación terapéutica de confianza como vehículo en el que se analiza la experiencia de la psicosis. La persona puede tener sospechas del terapeuta, y del sistema psiquiátrico en general. Por eso llevará tiempo el que considere al terapeuta con un posible aliado para analizar estos asuntos. Si no se establece esta confianza, es probable que el uso de las técnicas terapéuticas tenga poca utilidad.

Comprensión del inicio de la enfermedad

Una vez establecida la relación terapéutica, se suele dedicar tiempo a comentar la primera experiencia de psicosis, en la que paciente pasó de la normalidad a los pródromos psicóticos. El objetivo es entender el *inicio* de la enfermedad psicótica. Habitualmente se logra generando un modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin y Spring, 1977). Un elemento básico de la comprensión de la vulnerabilidad al estrés es el concepto de que un individuo puede ser vulnerable a la psicosis por motivos genéticos y neurológicos, y por experiencias vitales precoces. Estas vulnerabilidades precoces predisponen a la persona a la psicosis, que se expresa tras la exposición a una gama de estrés como los acontecimientos vitales, el consumo de sustancias y los traumas. En la TCCp se ayuda al paciente a entender cómo sus propios y exclusivos estrés y vulnerabilidades se añan en una comprensión coherente de lo que puede haber ocasionado la aparición de la psicosis. Este trabajo permite también identificar los factores de riesgo que mejor se pueden evitar en el futuro para reducir la posibilidad de que se produzca una exacerbación de los síntomas o una recaída.

A continuación este proceso de comprensión del inicio de la enfermedad se amplía a una formulación individualizada del inicio y del *mantenimiento* de los problemas de la personas, y es la base del trabajo con los síntomas psicóticos.

TCC con síntomas psicóticos

Lo ideal es que para formular los síntomas psicóticos se utilicen modelos empíricos específicos de los trastornos como base para la formulación personal específica. (Beck, 1995), lo que dirige el tratamiento hacia objetivos de procesos psicológicos clave, utilizando técnicas adaptadas específicamente. Por ejemplo, Morrison (1998) ha propuesto un modelo para las experiencias alucinatorias auditivas similar al modelo de pánico, en el que se considera que las voces son experiencias normales catastróficamente mal interpretadas, por lo que la evaluación es el objetivo crucial de la intervención. La normalización de estas experiencias resulta capital para el tratamiento según este modelo. La prevalencia de las experiencias alucinatorias auditivas en circunstancias estresantes o inhabituales, y la demostración de que las personas pueden experimentarlas sin un malestar excesivo, se utilizan para ayudar a la persona a considerar que no es la propia experiencia la que es crucial, sino la valoración de la misma.

Birchwood y cols. (2000) también describen un modelo en el que las creencias sobre las voces son cruciales para comprender el malestar y la repercusión de estas experiencias. Las creencias se ven especialmente motivadas por el poder y la omnipotencia de la voz que se percibe, y reflejan el nivel social de quien oye la voz en comparación con el nivel social de la voz percibida. No podemos hacer justicia a toda la gama de teorías que se han propuesto, y animamos a los lectores a acceder a las fuentes originales, donde encontrarán descripciones más completas de estos modelos. Pero lo importante es que dichos modelos sirven como base de una formulación que ayuda a explicar el inicio y el mantenimiento de la experiencia psicótica, y sirven como explicación alternativa que se puede evaluar de forma activa en el tratamiento. Esto es importante porque el objetivo no es demostrar que la persona se equivoca (es decir, "usted no oye voces"), sino explicar por qué la persona tiene el problema que tiene y proporcionar una explicación alternativa de la experiencia, que a continuación se evalúa de forma activa mediante el empirismo colaboracionista ("Si yo también oyera las voces del demonio estaría asustado, pero parece que en ocasiones usted logra resistirse a la voz, y me pregunto si eso encaja con la idea de que la voz es tan potente. Me pregunto si encaja con la opinión de que se trata de algo que sólo usted piensa. ¿Cómo podemos averiguarlo?").

Tras trabajar en los antecedentes del desarrollo de la enfermedad, en el desarrollo de una formulación individualizada y en los síntomas, hay que prestar atención a actitudes disfuncionales más duraderas, y a suposiciones que pueden haber conducido a la vulnerabilidad psicológica.

La TCCp pretende

- a) reducir el malestar y la repercusión de los problemas que presenta la persona,
- b) proporcionar un entendimiento de sus experiencias psicóticas,
- c) cambiar las valoraciones de estas experiencias mediante el uso de una información normalizadora junto con una formulación que proponga una explicación alternativa menos amenazante.

Habitualmente el tratamiento durará hasta 20 sesiones, lo que refleja el período de construcción del compromiso y la evaluación e intensidad de los problemas a los que se enfrenta la persona.

Resumen del presente

Las bases de datos existentes indican que la TCCp puede funcionar. En recientes estudios de seguimiento a largo plazo se ha puesto de manifiesto un cuadro mixto sobre la duración de la TCCp (Durham y cols. 2005). Está claro que sigue habiendo muchas personas para las que la TCCp es ineficaz o sólo una solución parcial, en el mejor de los casos. La TCCp ayuda a algunas personas en cierta medida y parte del tiempo, y no necesariamente para siempre, por lo que la modestia es importante, como la necesidad de intentar mejorar lo que se ofrece.

Estamos a la espera de la segunda oleada de tratamientos, más centrados en los componentes efectivos, y en las técnicas que crean el cambio. Una fuerza conductora en este proceso es el desarrollo y depuración de los modelos que guían el tratamiento y que, previsiblemente, mejorarán la eficacia del tratamiento. Hasta ahora, el tratamiento estaba guiado en gran medida por el buen juicio clínico, y por la adaptación de las intervenciones específicas al trabajo con la psicosis (por ejemplo, la normalización). Pero cada vez se hacen más intentos de abordar los procesos específicos que facilitarán un cambio más efectivo y esperemos que eficiente (Trower y cols. 2004). Este estado de cosas nos lleva a considerar el futuro de la TCCp.

Futuro

En nuestra opinión, el futuro de la TCCp seguirá una de estas cuatro vías:

- 1) aumentar la especificidad de las teorías y la eficacia del tratamiento de los síntomas;
- 2) aumentar la eficacia de la TCCp cambiando el formato de aplicación;
- 3) ayudar a las personas que presentan síntomas psicóticos en el contexto de otras dificultades y
- 4) desarrollar lo que denominamos “nuevos enfoques”. Los exponemos a continuación.

Aumento de la especificidad de las teorías y de la eficacia de los tratamientos

Como ya hemos comentado, existe un proceso en marcha de desarrollo y depuración del modelo que debe dar lugar a nuevos tratamientos basados en la teoría. Este trabajo nos conduce al modelos de diferentes síntomas, como las alucinaciones que dan órdenes, (Birchwood y cols., 2000), las voces que se consideran negativas (Morrison, 1998) y las creencias persecutorias (Freeman y cols. 2002). Esta especificación del proceso sigue restando a la noción de que la esquizofrenia es una sola entidad, por lo que probablemente asistiremos al desarrollo de la comprensión y el tratamiento de subtipos de psicosis que comparten similitudes con los trastornos de ansiedad, y con más características biológicas (como el consumo de sustancias ilegales o el riesgo genético), así como con problemas originados por traumas. Cada vez se entiende mejor el papel de los traumas en el origen y el mantenimiento de la psicosis (Morrison, Frame y Larkin, 2003). Sin embargo los tratamientos específicos de los traumas en el contexto de la psicosis acaban de empezar a aparecer (Callcott, Standart y Turkington, 2004).

De forma parecida, en la actualidad carecemos del conocimiento de la psicología de los síntomas negativos (Rector, Beck y Stolar, 2005), o de las alucinaciones visuales (Collerton y Dudley, 2005).

Cambios del formato de los tratamientos

Hasta ahora el desarrollo de la TCCp en el formato de grupo ha sido escaso, aunque ha demostrado sus ventajas (Warman, Grant, Sullivan, Caroff y Beck, 2005). El trabajo de grupo tiene muchas posibles ventajas, además de la eficacia en cuanto al tiempo. Las enfermedades psicóticas pueden tener repercusión en el funcionamiento social, y el trabajo en grupo puede ayudar a establecer conexiones sociales. Además, la oportunidad de dar un paso atrás y de reflexionar sobre las experiencias de otras personas y de atender a su información correctora y a las explicaciones alternativas que colegas y compañeros dan a las explicaciones de uno, es una experiencia con grandes posibilidades.

En el campo de la TCC se han producido esfuerzos importantes por aumentar el acceso a un recurso limitado. Una vía ha sido el desarrollo de materiales de autoayuda, y en la actualidad existen libros al respecto para personas que sufren experiencias psicóticas (p. ej., Freeman, Freeman y

Garety, 2005). Queda por ver la eficacia o la aceptación que tendrán estas estrategias, dado el énfasis puesto en el desarrollo de una relación terapéutica en la TCCp.

Ampliación de los receptores de la TCCp

Se ha demostrado que la TCCp es la técnica más eficaz para personas con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento. En la actualidad los datos sobre el trabajo en otras fases de la psicosis cuentan con menos apoyos. Algunos datos esperanzadores aunque preliminares respaldan el uso de la TCC para prevenir la transición a la psicosis (Morrison y cols., 2002), y en la actualidad se está llevando a cabo un ensayo multicéntrico de mayores dimensiones para analizar si la TCCp puede prevenir la transición a la psicosis. No obstante el estudio no finalizará hasta el final de este decenio (Morrison, comunicación personal).

Además de ofrecer tratamientos en diferentes fases de la enfermedad, también se está prestando atención al contexto en el que se presenta la psicosis. Un reciente trabajo en el que se combina la TCC con entrevistas motivacionales e intervención familiar puede ofrecer la posibilidad de una intervención en este grupo de pacientes de tratamiento extremadamente difícil, que padecen enfermedades psicóticas y consumen sustancias ilegales. Un trabajo piloto previo indica las posibles ventajas de esta técnica (Haddock y cols., 2003), y hay en marcha un estudio al respecto (ensayo MIDAS).

Aunque los datos recientes han demostrado el valor de la TCCp para lograr dominar las alucinaciones (Trower y cols. 2004), los síntomas psicóticos en el contexto forense ni siquiera han sido plenamente abordados. También aquí se está llevando a cabo un ensayo para evaluar la TCCp en tal contexto (ensayo PICASSO). De igual forma, puede que los niños y adolescentes con psicosis tengan necesidades específicas no satisfechas en la actualidad con las estrategias de tratamiento existentes.

Nuevas técnicas de tratamiento

Tradicionalmente, en la TCC se pone el énfasis en abordar el contenido de los pensamientos. Pero nuevos descubrimientos lo ponen en el proceso que adopta la persona para manejar sus pensamientos molestos, como la rumiación, que en realidad no pueden servir de ayuda y pueden ser directamente considerados como procesos, en el lugar de verlos como

contenidos de los pensamientos. Por ejemplo, un área del desarrollo que parece prometedora es el uso de la terapia de la conscienciación (Chadwick, Newman Taylor y Abba, 2005) y de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en personas con enfermedades psicóticas. Estas técnicas no se dedican a analizar de forma crítica la base de los pensamientos o de las conductas. Más bien se ocupan de restar protagonismo a los pensamientos o imágenes y a aceptarlos, y de prevenir los intentos de suprimir, evitar o distraerse pensando en esas cosas. Un informe de Bach y Hayes (2002) indicó que la tasa de nuevas hospitalizaciones para personas con enfermedades psicóticas se redujo significativamente con tan sólo 4 sesiones de ACT.

Otro hallazgo clave es el interesante trabajo sobre la autoestima en la psicosis realizado por Hall y Tarrier (2003), quienes observaron que con los métodos de la TCC para mejorar la autoestima también reducían los síntomas positivos. Demuestra que existen muchas posibles vías para cambiar, y que abordar directamente los síntomas psicóticos no es la única forma de lograr un resultado positivo.

El trabajo citado representa uno de los interesantes avances que se están haciendo en el campo de la TCCp. Pero persisten algunos retos. Por ejemplo, a pesar del éxito de las intervenciones en la familia, la TCCp se ha integrado poco con las estrategias de familia. Un avance especialmente importante en el futuro será ampliar la gama de resultados que se miden, y no seguir midiendo la variación en función de los síntomas exclusivamente. Aunque se aborden los síntomas, es importante medirlos de la forma más adecuada. Por ejemplo, Trower y cols. (2004) se ocuparon de las creencias y las voces, y observaron un cambio en ellas, no en la frecuencia de las experiencias. Por supuesto que aún con la reducción de los síntomas las personas pueden seguir llevando vidas limitadas y aisladas. En la TCCp los objetivos del tratamiento definidos personalmente suelen incluir el cambio social, la función ocupacional e interpersonal cuando la persona quiere encontrar trabajo, desarrollar amistades y relaciones y algo más que reducir el problema de los síntomas, y nosotros los terapeutas de la TCCp necesitamos evaluar la repercusión de nuestro trabajo en estos objetivos definidos personalmente. Esto puede ser un reto para el modelo tradicional de evaluación sobre el cambio de los síntomas.

Aparte del desarrollo de estas interesantes estrategias de tratamiento nuevas, un reto clave sigue siendo la generalización de la buena práctica, pues persisten casos en los que personas con psicosis no tienen fácil acceso a las intervenciones psicológicas. Existe el riesgo de que la TCCp sea ofrecida por personas poco preparadas y con poca experiencia. Esto hace

que las experiencias terapéuticas sean peores, y dar la impresión de que la técnica no puede ayudar a las personas. Sería una gran pérdida para todas las terapias psicológicas si se diera la impresión de que la TCCp no funciona, porque seguramente reduciría el ímpetu de desarrollar y ofrecer tratamientos psicológicos para personas con psicosis.

Por último, el papel de la TCCp en relación con la medicación debe ser considerado de nuevo. Se suele considerar que la TCCp es un adyuvante de la medicación, o una forma de fidelizar al paciente (Kemp y cols. 1996). Pero dado que la TCCp llega a etapas muy precoces (incluso en no psicóticos), el uso de medicamentos junto con la TCCp tiene implicaciones éticas. También, cuando alguien sigue alterado y discapacitado por experiencias psicóticas a pesar de recibir la medicación adecuada, sería importante considerar si se le puede ofrecer la TCCp, o a personas que no toleran la medicación antipsicótica, o que desean reducirla o dejarla..

Conclusión

La TCCp tiene un valor demostrado, pero no es la panacea. Hay lagunas sustanciales en nuestra comprensión, pero existe un método probado y evaluado para abordarlas y hay un motivo para ser optimista y pensar que el uso de los tratamientos basados en la TCC seguirá creciendo en personas con psicosis. En la actualidad parece que la TCCp es más útil en las personas que presentan síntomas psicóticos perturbadores de larga duración y que reciben esta ayuda en veinte o más sesiones..

Bibliografía

- Bach P & Hayes SH. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalisation of Psychotic Patients: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(5), 1129-1139.
- Beck AT. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*. 305-312.
- Beck AT. (2002). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt: a 50 year retrospective. In A. Morrison (Ed). *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. (p 15-19) London: Brunner-Routledge.
- Beck AT. (2005). The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.

- Beck JS. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bentall RP, Kinderman P & Kaney S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Bentall RP, Jackson HF, Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of "schizophrenia": Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P & Plaistow J. (2000). The Power and Omnipotence of Voices: Subordination and Entrapment by Voices and Significant Others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.
- Callcott P, Standart S & Turkington D. (2004). Trauma within Psychosis: Using a CBT Model for PTSD in Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32 (2), 239-245.
- Chadwick P & Lowe CF. (1990). Measurement and Modification of Delusional Beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick P, Newman Taylor K & Abba N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33 (3), 351-361.
- Collerton D & Dudley R. (2004). A Cognitive Behavioural Framework for the treatment of distressing visual hallucinations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 443-455.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane R, et al. (1996). Cognitive Therapy and Recovery from Acute Psychosis: A Controlled Trial: 1. Impact on Psychotic Symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593 - 601.
- Durham RC, Guthrie M, Morton RV et al. (2003). Tayside-Fife Clinical Trial Of Cognitive-Behavioural Therapy For Medication-Resistant Psychotic Symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 182, 303-311
- Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, et al. (2005). Long Term Outcome of Cognitive Behaviour Therapy Clinical Trials in Central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9 (42), (Executive Summary).
- Ellis A. (1958). Rational Psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Fowler D, Garety P & Kuipers E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for People with Psychosis: A Clinical Handbook*. Chichester: Wiley.
- Fowler D & Morley S. (1989). The Cognitive-Behavioural Treatment of Hallucinations and Delusions: A Preliminary Study. *Behavioural Psychotherapy*, 17 (3), 267-282.
- Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D & Bebbington PE. (2002). A Cognitive Model of Persecutory Delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347.
- Freeman D, Freeman J and Garety P. (2006). Overcoming paranoid and suspicious thoughts. Robinson.
- Garety PA & Hemsley DR. (1994). *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Garety P, Kuipers E, Fowler D, Chamberlain F & Dunn G. (1994). Cognitive behaviour therapy for drug resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 259-271.

- Garety PA, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE, Dunn G, & Kuipers E. (in press). A randomized controlled trial of Cognitive therapy and family intervention for the prevention of relapse and reduction of symptoms in psychosis. *British Journal of Psychiatry*.
- Gumley AI, O'Grady M, McNay L et al. (2003). Early Intervention for Relapse in Schizophrenia: Results of a 12-Month Randomized Controlled Trial of Cognitive Behaviour Therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
- Haddock G, Bentall R & Slade PD. (1996). Psychological Treatment of Auditory Hallucinations: Focusing or Distraction. In G. Haddock & P.D. Slade (Eds.), *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. pp. 45-70. London: Routledge.
- Haddock G, Barrowclough C, TARRIER N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, Quinn J, Palmer S, Davies L, Lowens I, McGovern J, Lewis S. (2003) Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426
- Hall PL & Tarrier N. (2003). The Cognitive-Behavioural Treatment of Low Self-Esteem in Psychotic Patients: A pilot Study. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (3), 317-320.
- Kemp R, Hayward P, Applethwaite G et al. (1996). Compliance Therapy in Psychotic Patients: Randomized Controlled Trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- Kingdon D & Turkington D. (1991). The use of cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 207-211.
- Kuipers E, Garety PA & Fowler D. (1997). The London East Anglia Randomized Controlled Trial of Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis I: Effects of the Treatment Phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, Siddler R, Drake R, Everitt J, Leadley K, Benn A, Grazebrook K, Haley C, Akhtar S, Davies L, Palmer, S, Faragher B & Dunn G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181 (s43), s91-s97.
- MIDAS trial <http://www.psych-sci.manchester.ac.uk/research/projects/midas>
- Milne D, Wharton S, James I & Turkington D. (2006). Befriending versus CBT for Schizophrenia: a convergent and divergent fidelity check. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34 (1), 25-31.
- Morrison AP. (1998) A Cognitive Analysis of the Maintenance of Auditory Hallucinations: are Voices to Schizophrenia what Bodily Sensations are to Panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison AP, Frame L & Larkin W. (2003). Relationship Between Trauma and Psychosis: A review and Integration. *British Journal of Clinical Psychology*. 42(4), 331-353.
- Morrison AP, Renton JC, Dunn H et al. (2004). *Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based Approach*. Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Morrison AP, Bentall RP, French P et al. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high risk individuals. *British Journal of Psychiatry*. 181, Suppl 43, s78-84.

- National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Clinical Guideline 1: Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary care*. London: NICE.
- Newman CF, Leahy RL, Beck AT, Reilly-Harrington NA & Gyulai L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- PICASSO trial <http://www.psych-sci.manchester.ac.uk/research/projects/picasso>.
- Rector NA & Beck AT & Stolar N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 247-257.
- Romme M & Escher S. (1996). Empowering people who hear voices. In G. Haddock & P.D. Slade (Eds.), *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. London: Routledge.
- Sensky T, Turkington D, Kingdon D et al. (2000). A Randomised Controlled Trial of Cognitive Behavioural Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Slade PD & Bentall RP. (1988). Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucinations. Behaviour, *Research and Therapy*, 10, 85-91.
- Slade PD & Haddock G. (1996). A historical overview of psychological treatment for psychotic symptoms. In G. Haddock & P.D. Slade (Eds.), *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. London: Routledge.
- Startup M, Jackson M & Bendix S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute spectrum disorders: outcome at six and twelve months. *Psychological Medicine*, 34, 214-222.
- Tarrier N, Beckett R, Harwood S. et al (1993). A Trial of Two Cognitive-Behavioural Methods of Treating Drug Resistant Residual Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Wittkowski A et al. (2001). Are Some Types of Psychotic Symptoms more Responsive to Cognitive Behavioural Therapy? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 44-55.
- Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, et al. (1998). Randomized Controlled Trial of Intensive Cognitive Behaviour Therapy for Patients with Chronic Schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- Tarrier N, Lewis SW, Haddock G, Bentall R, Drake R, Dunn G, Kinderman P, Kingdon D, Siddler R, Everitt J, Leadley K, Benn A, GLazebrook, K., Haley, C. Akhtar, S., Davies, L., & Palmer, S. (2004). 18 month follow up of a randomized controlled clinical trial of cognitive behaviour therapy in first episode and early schizophrenia (the SoCRATES trial). *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Tarrier N & Wykes, (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1377-1401.
- Trower P, Birchwood M, Meaden A et al. (2004). Cognitive Therapy for Command Hallucinations: Randomized Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.

- Turkington D, Kingdon D, Turner T et al. (2002). Effectiveness of a Brief Cognitive-Behavioural Therapy Intervention in the Treatment of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.
- Valmaggia LR, van der Gaag M, Tarrier N, Pijnenborg M & Sloof CJ. (2005) Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. ;186:324-330.
- Warman DM, Grant P, Sullivan K, Caroff S & Beck AT. (2005). Individual and group cognitive behavioural therapy for psychotic disorders: a pilot investigation. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 27-34.
- Watts FN, Powell GE & Austin SV. (1973). The Modification of Abnormal Beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.
- Zubin J & Spring B. (1977). Vulnerability- a New View on Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia de las psicosis esquizofrénicas

I. Retos del tratamiento de la esquizofrenia con antipsicóticos

Jarmo Hietala

Introducción

Los primeros efectos clínicos de los fármacos antipsicóticos fueron publicados en 1951 por el médico francés Henri Laborit, que probó la clorpromacina en unos pacientes en busca de una forma específica de anestesia que llamaría «hibernación» (Laborit & Huguenard, 1951). Estos hallazgos fueron seguidos por el estudio fundamental de Delay, Deniker y Harl (1952) que demostraría que la clorpromacina reducía los síntomas psicóticos, en concreto los síntomas de excitación y agitación, de una muestra heterogénea de pacientes con síntomas mixtos psicóticos y maníacos. Estas primeras observaciones fueron verificadas con posteriores estudios controlados que demostraron convincentemente la eficacia de esta clase de fármacos, especialmente para reducir los síntomas psicóticos productivos y para reducir el riesgo de nuevos episodios psicóticos durante la esquizofrenia (Casey y col.1960, v. Davis y col.1980).

En 1952 ya estaba sobradamente claro que los antipsicóticos clásicos no tenían efectos específicos sobre la esquizofrenia, y en aquella época a estos fármacos se les llamaba «tranquilizantes mayores» y ya se estaban utilizando para muchas formas de psicosis. Desde el principio también fue igual de evidente que los efectos clínicos de los antipsicóticos convencionales o «neurolepticos» (clorpromacina, otras fenotiacinas y butirofenonas) consistían fundamentalmente en aliviar la dimensión positiva de los síntomas de la esquizofrenia, a menudo se asociaban a una respuesta clínica parcial y era frecuente que provocasen efectos secundarios motores graves que limitaban la utilidad terapéutica de estos fármacos. Ahora sabemos que el mecanismo central de acción de estos fármacos es el bloqueo de unos receptores de dopamina específicos del cerebro (D2). También sabemos que durante las primeras décadas estos fármacos se utilizaban a dosis innecesariamente elevadas que provocaban un bloqueo excesivo de los receptores dopaminérgicos D2 (bloqueo superior al 80%) y una gran variedad de efectos secundarios extrapiramidales (ESP), desde la distonía hasta la discinesia tardía (Farde y col. 1988). La nueva generación de fármacos antipsicóticos, como la risperidona, la olanzapina y la quetiapina tienen fundamentalmente el mismo mecanismo de acción esencial, es decir, un bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2, pero están diseñadas para que tengan otras propiedades farmacodinámicas, acompañadas de un menor riesgo de efectos secundarios motores cuando se utilizan a dosis normales. Sin embargo, los nuevos fármacos antipsicóticos tienen el mismo problema de eficacia clínica limitada (v.p.ej. Lieberman y col. 2005, Jones y col. 2006). A pesar de los nuevos desarrollos de los tratamientos farmacológicos antipsicóticos, nos seguimos enfrentando por lo menos a tres problemas clínicos principales:

1. A una pequeña proporción de pacientes esquizofrénicos los antipsicóticos apenas les aportan un beneficio marginal;
2. Incluso entre los pacientes que responden, la respuesta suele ser parcial y no todos los dominios psicopatológicos mejoran de la misma forma; y finalmente
3. La eficacia de todos los antipsicóticos está limitada por los efectos secundarios y el grado de cumplimiento por parte del paciente.

Estos temas se debaten a continuación.

Tratamiento farmacológico antipsicótico: eficacia clínica limitada

Se sabe que la respuesta clínica a los fármacos antipsicóticos es individual. Se ha estimado que cerca del 10-20% de los pacientes sólo responde

marginalmente o en absoluto a los antipsicóticos convencionales. Mediante ensayos clínicos controlados se ha demostrado convincentemente que estos pacientes resistentes a la terapia se pueden beneficiar de la clozapina. Cerca del 30-60% de los pacientes refractarios a los antipsicóticos convencionales responden a la clozapina (Kane y col.1998). Esto se ha verificado adecuadamente en la práctica clínica, pero el uso de la clozapina está limitado por sus efectos secundarios, como el riesgo de agranulocitosis, marcado incremento de peso y cambios metabólicos en muchos pacientes. La clozapina también parece ser superior a otros fármacos antipsicóticos nuevos en términos de eficacia clínica.

Aunque algunos pacientes esquizofrénicos no se benefician significativamente de los antipsicóticos, también existe una proporción de pacientes que responden excepcionalmente bien a los antipsicóticos bloqueadores de la dopamina. Veinte años de investigación de imágenes cerebrales han demostrado convincentemente que la esquizofrenia se asocia a una mala regulación del sistema dopaminérgico de los ganglios basales (Hietala y col.1995, Laruelle y col.1996). Sería tentador especular que los pacientes con un sistema dopaminérgico más gravemente alterado serían los más beneficiados de los tratamientos antipsicóticos actuales. Sin embargo, a pesar de las extensas investigaciones realizadas (clínicas, imagen cerebral, genética) con el fin de predecir quién puede responder a los antipsicóticos, todavía tenemos unas herramientas clínicas muy limitadas para clasificar el tratamiento con los antipsicóticos actuales en la esquizofrenia. La intensa investigación sobre la duración de las psicosis clínicas sin tratar y su resultado clínico sugiere que una respuesta más favorable a los antipsicóticos se asocia a una duración media menor de las psicosis y un mejor resultado clínico (v. Perkins y col.2005). Se han sugerido diversos mecanismos para explicar esta asociación, incluyendo la progresión de la enfermedad y la hipótesis de la «toxicidad» de las psicosis, pero las pruebas directas de esta última son escasas. Además, no está claro cómo afectarían los antipsicóticos bloqueantes dopaminérgicos a estos procesos (v. Wyatt 1991, Lieberman y col.1997, van Haren y col.2007). Sin embargo, es evidente que la asociación entre duración de las psicosis sin tratar y el pronóstico destaca la importancia de los paradigmas de la detección e intervención precoces.

Otro problema es que se ha estimado que hasta dos tercios de los pacientes responden sólo parcialmente a la medicación con antipsicóticos, dejándolos frente a síntomas residuales, alteraciones de la función y vocación sociales, y con un mayor riesgo de recaídas. A menudo se habla de un 30% de la reducción de los síntomas (p.ej. en la escala PANSS) como un criterio de respuesta, pero esto suele dejar al paciente con un nivel aún

significativo de síntomas residuales. Sabemos que los fármacos antipsicóticos actúan casi siempre en los síntomas psicóticos positivos, mientras que los más relevantes de síntomas negativos y cognitivos, así como el pronóstico general, son menos modificados. Hace tiempo Eugen Bleuler consideraba las alucinaciones auditivas y visuales como síntomas secundarios de la esquizofrenia, que venían precedidos por un proceso patológico primario que afectaba a las funciones asociativas. Existen pruebas preliminares de ensayos controlados cortos en los que algunos de los nuevos antipsicóticos (p.ej. risperidona, olanzapina) pueden aliviar los síntomas negativos, cognitivos y afectivos de la esquizofrenia, pero todavía está por demostrar si estos efectos son lo bastante consistentes como para ser clínicamente significativos en condiciones de tratamiento real. Una cuestión pendiente de solución es si hay algún fármaco antipsicótico, incluida la clozapina, que actúe en los síntomas negativos primarios de la esquizofrenia.

¿Por qué es tan frecuente que los pacientes interrumpen el tratamiento con antipsicóticos?

Es bien conocido el hecho clínico de que muchos pacientes no quieren seguir tomando medicación antipsicóticos. Esto también se ha ilustrado en el último estudio CATIE en el que una media de 74% de los pacientes esquizofrénicos habían dejado la medicación antipsicóticos al cabo de 18 meses (ya fuese con fármacos nuevos o con los antiguos, como la perfe-nacina) a causa de una gran variedad de razones, entre ellas la falta de eficacia, efectos secundarios intolerables y el propio deseo del paciente de interrumpir la medicación (Lieberman y col. 2005). Esta tasa tan elevada de abandonos limita claramente la eficacia total de los fármacos antipsicóticos actuales y merece mayor consideración.

Tras más de 50 años de intensa investigación, el único mecanismo farmacodinámico que comparten todos los antipsicóticos con eficacia clínica sigue siendo el bloqueo de la neurotransmisión dopaminérgica cerebral (Carlsson y Lindqvist 1963), concretamente el bloqueo del subtipos de receptores dopaminérgicos D2 (Seeman y Lee 1975, Creese y col.1976, Fard y col.1988). El fármaco antipsicótico más eficaz, la clozapina, es la excepción más importante a esta regla que además revela que los efectos antipsicóticos pueden ser inducidos por mecanismos al margen de los receptores dopaminérgicos. Estos mecanismos probablemente impliquen la acción simultánea sobre múltiples sistemas de neurotransmisores, como del glutamato y del GABA, pero desgraciadamente estos mecanismos siguen siendo desconocidos por el momento (v. Freedman 2003).

Sabemos que los antipsicóticos bloqueantes de la dopamina son más eficaces para aliviar los síntomas psicóticos productivos como las alucinaciones auditivas y visuales. Shitij Kapur (2003) ha formulado una hipótesis clínicamente significativa sobre cómo el bloqueo de los receptores D2 permite la resolución de los síntomas psicóticos y en particular de las alucinaciones. El sistema mesolímbocortical de la dopamina y los receptores de tipo D2 se considera que son importantes para atribuir una validez motivacional a los estímulos externos o a las representaciones internas. Kapur supone que los fármacos antipsicóticos que bloquean los receptores D2 reducen la importancia atribuida a los pensamientos psicóticos preocupantes, lo que proporciona el alivio sintomático. Esto coincide con las observaciones originales de Delay y col. (1952) que decían que los neurolépticos provocaban un «estado de indiferencia» de los pacientes. De hecho, muchos pacientes experimentan el efecto antipsicótico de manera que las alucinaciones o ilusiones no desaparecen por completo, pero subjetivamente no les molestan tanto y tienen un efecto menos marcado sobre su pensamiento y su comportamiento (Mizrahi y col. 2005). Si los pacientes abandonan la medicación antipsicótica es probable que las alucinaciones reaparezcan exactamente como eran antes del tratamiento.

El inconveniente bien conocido de este mecanismo de acción es que un bloqueo dopaminérgico D2 excesivo aumenta el riesgo de ESP. A veces es difícil de distinguir entre los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos y los síntomas principales inherentes negativos, cognitivos o afectivos debidos a la propia esquizofrenia. Sin embargo, un bloqueo de los receptores dopaminérgicos demasiado alto también incrementa el riesgo de que se superpongan efectos secundarios dominantes, como una reducción del significado motivacional de los sujetos normales (impulso), síntomas secundarios negativos, sensación de disforia, efectos secundarios de tipo sexual y posiblemente problemas cognitivos, como dificultades de aprendizaje (v. Naber y col. 2005). También existen otros efectos secundarios, probablemente no dopaminérgicos, en los fármacos antipsicóticos que limitan el grado de cumplimiento del paciente y contribuyen a reducir su bienestar y elevar las tasas de abandono. Un buen ejemplo de esto es el incremento de peso, inducido sobre todo por la clozapina y la olanzapina.

Conclusiones finales

La investigación de los factores biológicos y la interacción entre la biología y el entorno de la esquizofrenia es más activa ahora que nunca,

pero hasta ahora poco se sabe de los mecanismos que contribuyen a las características fundamentales de la esquizofrenia. Está claro que la biología de la esquizofrenia abarca redes de múltiples neurotransmisores. Aparte de los mecanismos neurológicos, se están investigando intensamente los sistemas del glutamato y del GABA, pero hasta ahora la única alteración de neurotransmisores directamente documentada en la mayoría de pacientes con esquizofrenia (aunque no en todos) es la del sistema dopaminérgico cerebral (Hietala et y col. 1995, Laruelle y col. 1996). Incluso este hallazgo de la dopamina es improbable que sea específico de la esquizofrenia (Hirvonen y col. 2005), lo que deja margen para tratamientos psicofarmacológicos más específicos o «dirigidos» a esta enfermedad.

El descubrimiento de fármacos antipsicóticos sigue siendo uno de los logros más importantes de la psicofarmacología. Pero tanto los antipsicóticos clásicos como los más nuevos con diferentes perfiles de efectos secundarios comparten una eficacia clínica limitada en el tratamiento de la esquizofrenia, por lo que las opciones de tratamientos farmacológicos actuales distan mucho de ser óptimas. A pesar de la mejora del pronóstico social de la esquizofrenia, muchos pacientes padecen alteraciones funcionales marcadas que provocan una reducción de su calidad de vida y una discapacidad a largo plazo. Se ha estimado que todavía cerca de un tercio de los pacientes acaban siendo crónicos y que a pesar de los avances de la farmacoterapia, el pronóstico global de la esquizofrenia no ha mejorado en los últimos 20 años. En mi opinión, las posibilidades de descubrir principios completamente nuevos para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia estarán íntimamente ligadas a los avances específicos de los estudios de la biología de la esquizofrenia. Actualmente estos estudios se centran en los detalles de desarrollo del cerebro e interacciones entre biología y el entorno durante la infancia y la adolescencia. El principal reto de estos estudios radica en aportar medios para la detección precoz y estrategias de intervención rápida en las fases prodrómica y premórbida de la enfermedad. Al mismo tiempo, se necesitan métodos de tratamiento psicosocial más avanzados que atiendan las necesidades individuales de los pacientes, p.ej. mejorando la funcionalidad cognitiva o las habilidades de interacción social.

Referencias escogidas

- Carlsson A, Lindqvist M. (1963). Effect of chlorpromazine and haloperidol on formation of methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacology and Toxicology* 20:140-144.

- Casey JF, Bennet IF, Lindley CJ, Hollister LE, Gordon MH, Springer NN. (1960). Drug therapy in schizophrenia. A controlled study of the relative effectiveness of chlorpromazine, promazine, phenobarbital, and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 2:210-20.
- Creese I, Burt D.R, Snyder S.H. (1976). Dopamine receptor binding predicts clinical and pharmacological potencies of antischizophrenic drugs. *Science* 192: 481-483.
- Davis J, Schaffer B, Killina GA, Kinard C, Chan C. (1980). Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Scizophr Bull* 6, 70-87.
- Delay J, Deniker P, Harl J-M. (1952). Traitement des etats d'excitation et d'agitation par une methode medicamenteuse derive de l'hibernotherapie. *Ann Med. Psychol (Paris)* 110: 267-273.
- Farde L, Nordström A-L, Wiesel F-A, Pauli S, Halldin C, Sedvall G. (1988). Positron emission tomographic analysis of central D1 and D2 dopamine receptor occupancy in patients treated with classical neuroleptics and clozapine. Relation to extrapyramidal side effects. *Arch Gen Psychiatry* 49:538-544
- Freedman R. (2003). Schizophrenia. *N Engl J Med.* 349:1738-49.
- van Haren NE, Hulshoff Pol HE, Schnack HG, Cahn W, Mandl RC, Collins DL, Evans AC, Kahn RS. (2007). Focal gray matter changes in schizophrenia across the course of the illness: A 5-year follow-up Study. *Neuropsychopharmacology.* 32:2057-66.
- Hietala J, Syvälahti E, Vuorio K, Rääköläinen V, Bergman J, Haaparanta M, Solin O, Kuoppamäki M, Kirvelä O, Ruotsalainen U, Salokangas R. K. R. (1995). Presynaptic dopamine function in striatum of neuroleptic-naive schizophrenic patients. *Lancet* 346:1130-31.
- Hirvonen J, van Erp TG, Huttunen J, Aalto S, Nagren K, Huttunen M, Lonnqvist J, Kaprio J, Hietala J, Cannon TD. (2005). Increased caudate dopamine D2 receptor availability as a genetic marker for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 62:371-8.
- Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, Murray RM, Markwick A, Lewis SW. (2006). Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 63:1079-87.
- Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry.* 45:789-96.
- Kapur S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Amer J Psychiatry* 160:13-23.
- Laborit H, Huguenard P. (1951). L'hibernation artificielle par moyens pharmacodynamiques et physiques. *Presse Med* 59: 1329.
- Laruelle M, Abi-Dargham A, van Dyck CH, Gil R, D'Souza CD, Erdos J, McCance E, Rosenblatt W, Fingado C, Zoghbi SS, Baldwin RM, Seibyl JP, Krystal JH, Charney DS, Innis RB. (1996). Single photon emission computerized tomography imaging of amphetamine-induced dopamine release in drug-free schizophrenic subjects. *Proc Natl Acad Sci USA* 93: 9235-40.
- Lieberman JA, Sheitman BB, Kinon BJ. (1997). Neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. *Neuropsychopharmacology.* 17:205-29.

- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK, (2005). Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 353:1209-23
- Mizrah R, Bagby RM, Zipursky RB, Kapur S, (2005). How antipsychotics work: the patients' perspective. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 29:859-64.
- Naber D, Karow A, Lambert M. (2005). Subjective well-being under the neuroleptic treatment and its relevance for compliance. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 427:29-34
- Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 162:1785-804.
- Rapoport H, Saddington AM, Frangouj S, Psych MR. (2005). The neurodevelopmental model of schizophrenia: update.2005. *Mol. Psychiatry* 10:434-49.
- Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand.* 112: 330-50.
- Seeman P, Lee T. (1975). Antipsychotic drugs - direct correlation between clinical potency and presynaptic action on dopamine neurons. *Science* 188:1217-19.
- Wyatt R J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 17:325-351.

II. Los principios para utilizar o no utilizar neurolépticos en el abordaje finlandés adaptado a las necesidades del tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

Viljo Rökköläinen y Jukka Aaltonen

Fundamentos generales sociales y biológicos del tratamiento de las psicosis sin neurolépticos

Casi con toda seguridad la esquizofrenia no es un trastorno sino diversos relacionados entre sí, con una manifestación de fenómenos complejos para los que no existe una definición aceptada universalmente. Esta dificultad para conseguir una definición exacta parece ser un fenómeno particular de la «esquizofrenia». Cullberg (2000) afirma que es fácil olvidar que la psicosis y la esquizofrenia son conceptos fenomenológicos que se pueden definir simplemente utilizando términos que describan los cambios de comportamiento y subjetivos del mundo que se experimenta.

En psiquiatría biológica el papel de la genética y de la biología a menudo se destacan en exceso: la esquizofrenia se considera una enfermedad del cerebro que se trata con métodos químicos y eléctricos. Esta forma de pensar considera a los acontecimientos vitales solamente como desencadenantes de la manifestación de la enfermedad.

Nuestra tesis es que no es posible separar el comportamiento y pensamiento esquizofrénicos del contexto de la vida de un paciente y de sus logros pasados y presentes. Ignorar o menospreciar este hecho provocaría muchos tipos de malentendidos de los factores humanos y un pesimismo destructivo sobre las posibilidades del tratamiento y recuperación, como dijeron por ejemplo John Read y col. (2004). La cultura contemporánea define lo que es la esquizofrenia y como se debería tratar.

El tratamiento integral adaptado a las necesidades (Alanen, 1997, Alanen y col. 1986, 1991, 2000: v. *Capítulo 12*) ha ido desarrollándose progresivamente en Finlandia desde la década de 1960 y se basa en las necesidades específicas de cada caso. El abordaje fundamental del tratamiento es la aplicación profesional de la interacción humana. En este contexto, el objetivo de la intervención biológica, recurriendo a la denominada medicación antipsicótica, es calmar al paciente para obtener el máximo de posibilidades de interacción personal y para el trabajo orientado a la psicoterapia. La intención es ayudar a los pacientes a que se reintegren mejor en las diversas dimensiones de sus vidas.

Diversos estudios han demostrado que un buen número de casos de primeros episodios se pueden recuperar sin neurolépticos; Cullberg (2000) cree que esto podría llegar a ser cierto en el 50% de los casos. También se sabe que un gran número de pacientes con psicosis no obtienen ningún beneficio del tratamiento antipsicótico (p.ej. Mosher y col. 2004; Lieberman y col. 2005). Según Cullberg (2000), aproximadamente un tercio de los pacientes con esquizofrenia no se desprenden de los síntomas psicóticos con el uso de los neurolépticos. También se ha visto cada vez más claro que tanto los neurolépticos antiguos como los nuevos tienen efectos secundarios graves y a menudo permanentes (p.ej. Lieberman y col. 2005) dependiendo de cada medicamento en concreto, el individuo, la dosis y la duración del tratamiento. Más adelante en este capítulo resumiremos los prometedores resultados finlandeses sobre el tratamiento de primeros episodios de psicosis sin neurolépticos.

Por lo tanto parece lógico, desde un punto de vista ético y humano que se ofrezca por lo menos a un grupo escogido de pacientes con un primer episodio la posibilidad de recuperarse sin el riesgo de los neurolépticos.

Los proyectos finlandeses y el tratamiento de las psicosis sin neurolépticos

Estudio piloto y proyecto API multicéntrico

Al ir desarrollando nuestro modelo de tratamiento integrado nos hemos centrado en la posibilidad de tratar sin neurolépticos a los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia, aplicando en todos los casos una terapia psicosocial intensiva adaptado a las necesidades. Un ejemplo de esto es el proyecto piloto Kupittaa, que comprende un hospital psiquiátrico municipal con una zona de captación de unos 80.000 habitantes de Turku, al oeste de Finlandia (Räkköläinen y col. 1994; v. Alanen y col. 2000).

Los resultados fueron que menos de la mitad del grupo sin seleccionar de casos de primer episodio necesitaron medicación con neurolépticos. Por este motivo hemos empezado sistemáticamente a buscar los criterios específicos psicológicos, de interacción y sociales, para la administración o no administración de neurolépticos en cada caso individual, y ver cómo respondían a las distintas combinaciones de tratamiento y estudiando también el pronóstico según se utilizan estas combinaciones.

El proyecto piloto desembocó en un proyecto de investigación clínica a nivel nacional llamado proyecto API (*Acute Psychosis Integrated treatment*, Tratamiento integral de la psicosis aguda) que abarca seis zonas de captación psiquiátrica (en total 600.000 habitantes) con la cooperación del Centro nacional de investigación y desarrollo del bienestar y la salud (STAKES), la Universidad de Jyväskylä (Departamento de psicología) y la Universidad de Turku (Departamentos de psiquiatría y de farmacología) (Lehtinen, V. y col. 1996, 2000). En los seis centros se aplicó el programa de tratamiento adaptado a las necesidades a todos los pacientes psicóticos con un primer episodio no afectivo. Tres de los centros (grupo experimental) con una cultura más prolongada del planteamiento adaptado a las necesidades, también se habían comprometido a abstenerse por completo o a recurrir a los neurolépticos sólo en cantidades mínimas, mientras que los otros tres centros (grupo de control) recurrieron a los neurolépticos como de costumbre.

Se trataron 135 pacientes, de los que 106 (67 en el grupo experimental y 39 en el grupo de control) participaron en el estudio de seguimiento de dos años. En el grupo experimental, el 43% de los pacientes no se trató con ningún neuroléptico durante todo el periodo de seguimiento de dos años, mientras que en el grupo de control la cifra correspondiente fue del 6%. En conjunto, la condición de los pacientes, transcurridos dos años de seguimiento, fue relativamente buena, pues dos tercios de los pacientes seguían «integrados en su grupo social». En los centros experimentales las dosis y duración de los neurolépticos (cuando se necesitaron) fueron mucho menores que en el grupo de control. Es más, durante el seguimiento, el grupo experimental presentó menos síntomas psicóticos y necesitó menos días de ingreso hospitalario (Lehtinen, V. y col. 1996, Lehtinen, V. y col. 2000, Bola y col. 2006).

Clasificación: administrar o no neurolépticos en función de los logros psicosociales premórbidos del paciente y su reacción a la visita clínica

Basándonos en la clasificación original de Pao (1979) elaborada durante prolongada experiencia en Chestnut Lodge, desarrollamos una clasificación diagnóstica útil para la clínica, que además se reveló importante para las indicaciones de medicación neuroléptica (Aaltonen y col. 2000; Alanen y col. 2000).

En su estudio, Pao clasificó las bases del desarrollo e interacción y pronóstico de las personas con esquizofrenia en tres (o cuatro) categorías.

Nuestro proyecto se basaba en la clasificación de Pao, pero para predecir el pronóstico de la esquizofrenia dimos más importancia al proceso de **interacción** clínica en curso.

La cultura de interacción no contemplaba a la familia de origen ni a la actual red familiar como causa de las psicosis, sino para evaluar de qué manera la familia podía crear una estructura de apoyo al paciente desde la que se pudieran abordar los problemas y hasta qué punto podían trabajar con los sistemas terapéuticos y los componentes del tratamiento. La naturaleza de la interacción continua con el personal también aportó una sólida base psicológica para la administración o no de medicación neuroléptica.

La clasificación presentada aquí fue la primera que se elaboró como resultado del proyecto Kupittaa y confirmó el análisis cualitativo del proyecto API (Aaltonen y col. 2000).

Esquizofrenia I: logros psicosociales premórbidos casi adecuados o adecuados

Según Pao este grupo de pacientes con esquizofrenia tiene un buen pronóstico. Si bien puede haber traumas acumulados en el desarrollo psicológico y social del paciente y en sus logros, la historia de la personalidad del paciente revela un desarrollo, funcionalidad e identidad casi adecuados. El clima de interacción de la familia es abierto; los padres no incluyen al futuro paciente en sus discusiones. Estas circunstancias del desarrollo constituyen la base de un buen pronóstico.

En nuestro proyecto los pacientes de este grupo también tenían en principio un buen pronóstico o una buena base para tenerlo, porque su identidad premórbida era bastante sólida y adecuada a su edad. Los pacientes habían alcanzado las capacidades de desarrollo de separación e individualización (p.ej. en el colegio, formación vocacional y relaciones extrafamiliares) que la psicosis no había llegado a desarraigar. Conservaban estos factores como su «capital psicosocial»: incluso durante la psicosis, además de los elementos regresivos, tenían un historial de buenos logros psicosociales e individualización. Por este motivo podían aprovechar bien la psicoterapia individual, ayudados por los miembros de la familia y por la terapia familiar, donde se constituía un tratamiento en función del insight del paciente y su capacidad de diferenciar self y objeto.

En este grupo de pacientes lo más probable es la remisión espontánea. Unos primeros auxilios seguros y extensos, y apoyo psicológico durante la psicosis, dejan margen a la remisión espontánea y a que el proceso de identidad siga madurando.

En este grupo a menudo estaban indicados los ansiolíticos (p.ej. lorazepam) para aliviar la ansiedad. Otra característica común a este grupo es que conservaban los esfuerzos para orientarse al futuro y su deseo de alcanzar objetivos y satisfacciones de la vida adulta en sus relaciones íntimas y en su vida social. Empezamos a llamar a esta característica el mantenimiento de un proyecto de vida, que se comprobó que generalmente era un indicador del buen pronóstico para la evaluación de los datos del primer episodio (Räkköläinen y col. 1979, Alanen y col. 1986, Salokangas y col. 1989).

Según nuestros resultados, es bastante fácil, incluso durante la primera reunión con la familia, hacer un pronóstico. A menudo durante la primera entrevista clínica estos pacientes, en lugar de presentar los síntomas psicóticos floridos, se volvían inmediatamente más coherentes cuando el entrevistador (o los miembros del equipo) centraba su atención en las relaciones, anteriores o actuales, del paciente con las personas significativas para él.

Conclusión: cuando existen buenos logros psicosociales premórbidos y un buen tratamiento amplio e intenso orientado a la psicoterapia, no hay ninguna indicación para una medicación con neurolépticos. En muchos pacientes de este grupo la medicación se puede considerar incluso perjudicial.

Esquizofrenia II: Retraso relativo en los logros psicosociales premórbidos, especialmente en el desarrollo de la separación

En este grupo ha habido un proceso de separación largo y tortuoso durante los primeros años del desarrollo del paciente; el proceso ha sido tormentoso, a menudo con intentos poco realistas de individualización. También ha habido un retraso del desarrollo (presumiblemente con componentes biológicos) o retraso en varias fases y logros del desarrollo psicológico y social. Se observa que el clima de interacción de la familia de origen no es abierto, además, los padres tendían a incluir al futuro paciente en sus propias discusiones.

Según nuestros resultados estos pacientes tienen un pronóstico global bastante bueno, si bien se vuelve menos favorable por las cuestiones descritas sobre los intentos tormentosos y desesperados de separación, incluso en muchas relaciones adultas. Esto significa que comparándolos con el primer grupo de pacientes, su red social y otros logros psicosociales han sido más escasos, por lo que al inicio de la psicosis los pacientes de este grupo tienen acceso a recursos internos y externos más limitados a causa de sus características premórbidas. Por eso las situaciones de separación acaban en punto muerto, incluso en los temas de separación que surgen en las relaciones cotidianas.

La terapia familiar intensiva está indicada especialmente al principio del proceso de tratamiento, específicamente concentrada en la creación de la capacidad de separación de todos los miembros de la familia. Después de este proceso puede continuar en la terapia individual del paciente. Se comprobó que estos pacientes eran susceptibles de padecer episodios depresivos profundos durante el proceso de tratamiento, como parte de sus dificultades ante la separación.

Es característico y diagnóstico que en la visita clínica los temas que se centran en una individualización o separación del paciente, o los temas que en la mente del paciente se asocian a la separación, provoquen inmediatamente una aceleración de la desintegración psicótica: los pacientes caen en una experiencia de separación sin fondo que contrasta con la inmediata reacción de coherencia del primer grupo de pacientes.

Conclusión: Como parte de un abordaje adaptado a las necesidades, que para este grupo era una combinación de una terapia familiar intensiva y una individual más prolongadas, dos tercios del grupo necesitaron medicación con neurolépticos; sin embargo, en muchos casos sólo fue temporal y a dosis bajas para ayudarles a renunciar a las soluciones psicóticas y a los temas de separación.

Esquizofrenia III: funcionamiento claramente defectuoso del ego desde las primeras fases del desarrollo psicosocial.

En este grupo de pacientes la prolongada simbiosis con la familia de origen era manifestada como un afecto plano, pensamientos autistas, regresión psicosocial y aislamiento, sin ninguna delimitación clara de la fecha de inicio de la psicosis.

Incluso, desde sus primeros años, los pacientes habían vivido en un clima de interacción en el que predominaban las comunicaciones y emociones escasas y limitadas, además de una cultura intrafamiliar de doble vínculo (Bateson y col. 1956). Esto había desembocado en un apego psicológico problemático para los futuros pacientes y una distorsión y limitación de su desarrollo psicosocial y sus logros en la mayoría de áreas de sus vidas. Los pacientes seguían en su familia de origen sin la capacidad de hacer ningún esfuerzo por separarse. Esta historia de fondo aportaba los elementos de una psicosis de larga duración sin tratar, un cuadro crónico con mal pronóstico.

En este grupo la visita clínica típica encontraba que los pacientes eran extraordinariamente pasivos y a menudo, igual que sus padres, estaban contra cualquier tratamiento psiquiátrico o cualquier interés por cambiar

su forma de interacción y apego. Estos pacientes necesitan intensas intervenciones de rehabilitación desde muy al principio del tratamiento, porque existe el peligro de que durante el tratamiento sigan con un apego infructuoso, ahora con el personal. Está indicada una terapia orientada a la estructura de la familia.

Conclusión: Algunos pacientes parecían obtener beneficios de la medicación neuroléptica, especialmente cuando reducían su hipersensibilidad sumamente marcada por su extremo retraimiento de su entorno. Se necesita una atención especial porque la propia medicación puede agravar la pasividad, los síntomas negativos y el deterioro.

Algunas observaciones sobre la nueva investigación neurobiológica que explica la clasificación clínica

Con el progreso de los métodos de investigación neurobiológica se han aclarado y entendido mejor los trastornos funcionales de los circuitos neuronales de las psicosis: cuando una parte del proceso de adaptación estrechamente integrado se desmorona, la consecuencia son intentos inútiles por reorganizarse, que a nivel clínico se manifiestan como síntomas psicóticos. La amígdala, el hipocampo y la corteza frontal constituyen un triángulo estructural cuya cooperación adaptativa a través de los circuitos neuronales parece desmoronarse de distintas formas en los estados psicóticos.

Según las últimas investigaciones, hipótesis tales como la del exceso de dopamina se deben revisar. El simple modelo de hiperdopaminergia subcortical no basta para explicar los síntomas negativos y el desequilibrio cognitivo de la esquizofrenia (Hirvonen, 2005). La hipoactividad de la corteza frontal se asocia a síntomas negativos. La hiperactividad de los receptores D2 de los núcleos corticales explica los síntomas positivos: su bloqueo con neurolépticos es la forma habitual de hacer desaparecer los síntomas positivos.

Sin embargo, se ha visto que la situación es más complicada: la dopamina regula la interacción sináptica de todos los circuitos neuronales que participan en las reacciones adaptativas. Por hacer un resumen ha quedado claro que se necesita un flujo de dopamina suficiente en los receptores de la corteza frontal para poder controlar el flujo de dopamina entre los receptores D2 subcorticales. Desde el punto de vista de la medicación antipsicótica, la situación se ha revelado *paradójica*. Si se altera la inhibición de la función adaptativa reguladora de la corteza

frontal y se reduce bloqueando los receptores (p.ej. con medicación), el resultado podría ser que los síntomas negativos, que a menudo ya existían antes del tratamiento, se exacerbaban. Ha ido siendo cada vez más aparente que el efecto sináptico de las moléculas de dopamina dentro del triángulo sistémico de estos circuitos neuronales puede ser a la vez inhibitorio y excitador dependiendo del reto adaptativo que se afronte.

Si incorporamos los hallazgos biológicos a nuestra clasificación de interacción presentada en este capítulo, nuestra hipótesis relacionada con la biología diría que

- 1) En la esquizofrenia I se debe evitar inicialmente la administración de neurolepticos a causa de los posibles efectos paradójicos recién mencionados. Haciendo esto se incrementa al máximo la capacidad premórbida de recuperación.
- 2) En la esquizofrenia II está terapéuticamente indicado recurrir a los neurolepticos para controlar el flujo excesivo de dopamina subcortical y para dejar más espacio a la función cortical adaptativa (racional).
- 3) En la esquizofrenia III a veces con una intervención biológica se pueden relajar procesos corticales excesivamente inhibitorios (reducción clínica de síntomas negativos).

Conclusiones finales

Tanto si el caos de las psicosis se manifiesta en la agonía de las alucinaciones o el aislamiento, la respuesta más adecuada es la de la interacción humana y la oportunidad de volver a aprender a través de la interacción. En muchos casos el camino que lleva hasta ahí tiene sus trucos y la medicación neuroleptica puede ser útil para ayudar y calmar la situación del paciente y para permitirle que se vuelva a animar a comprometerse en las interacciones humanas.

El uso rutinario de los neurolepticos antiguos y nuevos para los casos de primer episodio de psicosis se debe cuestionar, pero hoy en día es un tema candente que provoca puntos de vista apasionados en muchas direcciones, en lugar de resultados convincentes. Esto indica que en algunos casos el tratamiento neuroleptico no es tan esencial como habitualmente se creía, si se proporciona un tratamiento psicosocial intensivo. Es importante destacar que una condición previa para adaptar con éxito los principios que recomendamos es un contexto de tratamiento psicoterapéutico intensivo adaptado a las necesidades, basado en programas de formación y supervisión dirigidos a todos los miembros del personal.

En conjunto, la evaluación específica de cada caso adaptada a las necesidades debería ser el procedimiento esencial para que la medicación neuroléptica no se utilice durante demasiado tiempo ni a dosis demasiado altas, ni paralice la capacidad del paciente para aprovechar sus logros anteriores, aprender otros nuevos y descubrir posibilidades de reorganización y desarrollo psicológicos. Como dijo Johan Cullberg (2006) «Pregúntate a ti mismo cómo habrías tratado a un familiar directo si hubiese sufrido un primer episodio de psicosis».

Referencias

- Aaltonen J, Koffert T, Ahonen J. & Lehtinen V. (2000) The need-adapted treatment of schizophrenia is team work [in Finnish with English summary]. *Stakes Raportteja* 257. Helsinki: Stakes.
- Aaltonen J & Rökköläinen V. (1988). On the foundations of family therapy of schizophrenia [In Finnish]. In J. Aaltonen, V. Rökköläinen & A. Kokkola (Eds.) *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa* (Experiences about family-centered treatment of first-episode schizophrenia patients in Finland, pp. 7.-17.[In Finnish]. Helsinki: Sairaalaliitto, Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma.
- Alanen YO. (1997). *Schizophrenia - Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen YO, Lehtinen V, Aaltonen J, Lehtinen K & Rökköläinen V. (2000). The Finnish Integrated Model for Early Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses. In B Martindale, A Bateman, Crowe & F Margison (Ed.); *Psychosis. Psychological Approaches and Their Effectiveness*. pp. 235-265. London: Gaskell and ISPS.
- Alanen YO, Rökköläinen V, Laakso J, Rasimus R & Kaljonen A. (1986). *Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bateson G, Jackson DD, Haley J & Weakland J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1:251-64.
- Bola J, Lehtinen K, Aaltonen J, Rökköläinen V, Syvälahti E & Lehtinen V. (2006). Predicting medication-free treatment response in acute psychosis: Cross-validation from the Finnish Need-Adapted project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191: 219-229.
- Cullberg J. (2000). *Psykosor, ett biologiskt och humanistiskt perspektiv*, [in Swedish]. Stockholm: Natur och Kultur. (In English: *Psychosis: an Integrated View*, London: Routledge, 2006).
- Cullberg J. (2006). Integrated treatment and implications for off-medication periods. *Schizophrenia Bulletin*, 32: 299.
- Hirvonen J. (2005). *Brain Dopamine Receptors and Genetic Risk for Schizophrenia. A Twin Study Using Positron Emission Tomography* Turku: Annales Universitatis Turkuensis Ser. D., Tom 687.

- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rääköläinen V & Syvälahti E. (1996) Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis. The Finnish API-project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50:281-287.
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rääköläinen V & Syvälahti E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European J. Psychiatry*, 15: 312-320.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RSE, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England J of Medicine* 353: 1209-23.
- Mosher L, Gosden R & Beder S. (2004). Drug companies and schizophrenia. Unbridled capitalism meets madness. In: J. Read, L. Mosher & R. Bentall (eds.) *Models of Madness*. New York: Routledge.
- Pao PN. (1979). *Schizophrenic Disorders. Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View*. New York: International Universities Press.
- Rääköläinen V, Salokangas R & Lehtinen P (1979). Protective constructions in the course of psychosis: a follow-up study. In Müller, C. (ed.). *Psychotherapy of Schizophrenia*, pp. 233-43. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Rääköläinen V, Vuorio KA, Syvälahti E, et al. (1994). Observations of comprehensive psychotherapeutic treatment of new schizophrenic patients without neuroleptic drugs in Kupittaa Hospital in 1989-92. Paper read at the XIth International Symposium for Psychotherapy of Schizophrenia, Washington, D.C.
- Read J, Mosher L, R & Bentall, RP. (Eds.) (2004). *Models of Madness*. Routledge: New York.
- Salokangas R, Rääköläinen V & Alanen YO. (1989). Maintenance of grip on life and goals on life: A valuable criterion for evaluating outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80: 187-193.

Prevención e intervención precoz en la psicosis

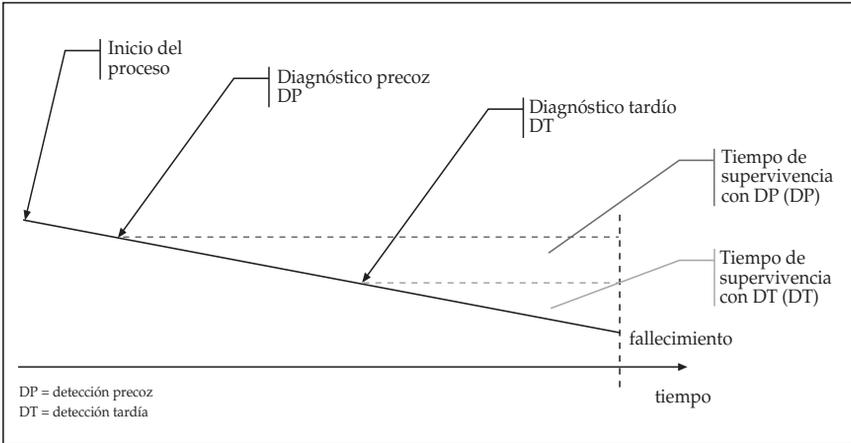
T. K. Larsen

La detección precoz es uno de los principios que guían la medicina somática; tiene valor pronóstico para mejorar el resultado de algunas enfermedades importantes, pero también es problemática desde el punto de vista práctico y metodológico. En este capítulo abordaremos si las críticas que han recibido los procedimientos de screening selectivo de enfermedades como el cáncer de mama, por ejemplo, se pueden aplicar y son válidas para las psicosis o las prepsicosis. Con esta finalidad analizaremos y compararemos las diferencias epistemológicas que existen entre los trastornos somáticos y los mentales. Por último describiremos y resumiremos nuestra experiencia con un programa de detección precoz de la psicosis aplicado en el último decenio en Noruega.

En trastornos como el cáncer de mama y el aneurisma de aorta abdominal, la mejora de la capacidad de detectar anomalías anatómicas ha dado lugar a un aumento de las estimaciones de la prevalencia del trastorno, lo que a su vez puede suponer un exageración de los efectos de la intervención precoz (Black, 1988). Se han descrito tres sesgos en relación con el diagnóstico precoz de las enfermedades somáticas: uno en cuanto al tiempo, otro en cuanto a la duración, y otro en cuanto al diagnóstico excesivo. El *sesgo en cuanto al tiempo* se refiere a comparaciones que no se

ajustan a la cronología del diagnóstico. Por ejemplo, si el tiempo de supervivencia es la variable principal de resultados, se pueden obtener estimaciones de resultados mejores, pero infladas artificialmente. En la **figura 1** se recoge un ejemplo gráfico que ilustra este efecto.

Figura 1.
Enfermedad somática; p. ej., cáncer de mama



Como el tiempo hasta la supervivencia es la variable clave de interés, puede parecer que la detección precoz aumenta el tiempo de supervivencia, mientras que la mayor parte de los casos detectados precozmente nunca llegarían a convertirse en enfermedad en la realidad. Al analizar los efectos reales de la detección precoz es importante controlar este tipo de sesgo; lo ideal sería incluir grupos de comparación identificados por el mismo método de detección.

El segundo tipo de sesgo, el *sesgo en cuanto a la duración*, aparece cuando las comparaciones no están ajustadas a la tasa de progresión de la enfermedad. Como escribió Black (1989), “la probabilidad de que una enfermedad sea detectada es directamente proporcional a la duración de su fase preclínica, que está inversamente relacionada con su velocidad de progresión”.

El *sesgo por exceso de diagnóstico* se refiere al fracaso en el control de falsas enfermedades, es decir, al hecho de considerar enfermedades a casos que en realidad no lo son. Un ejemplo es el cáncer de mama, cuya tasa de prevalencia es del 1% aproximadamente en mujeres de 40 a 50 años de edad. Según esta tasa de prevalencia, sólo el 1% de las mujeres se ven afectadas por el cáncer de mama a lo largo de su vida. Pero en un estudio,

los modernos métodos de selección como la mamografía elevaron la tasa de prevalencia al 36%, a base simplemente de detectar tumores más pequeños (Black y Welch, 1993). El resultado es que el aumento de la prevalencia, según aquel estudio, ¡fue del 3.600%!.

Los sesgos metodológicos que hemos señalado son inconvenientes importantes que complican la detección precoz de las enfermedades somáticas. La consecuencia es que se ha suscitado un muy intenso debate internacional sobre la mejor manera de evitar, identificar y controlar estos sesgos. ¿Qué relevancia tienen esta gran confrontación y debate en la detección precoz de la psicosis?

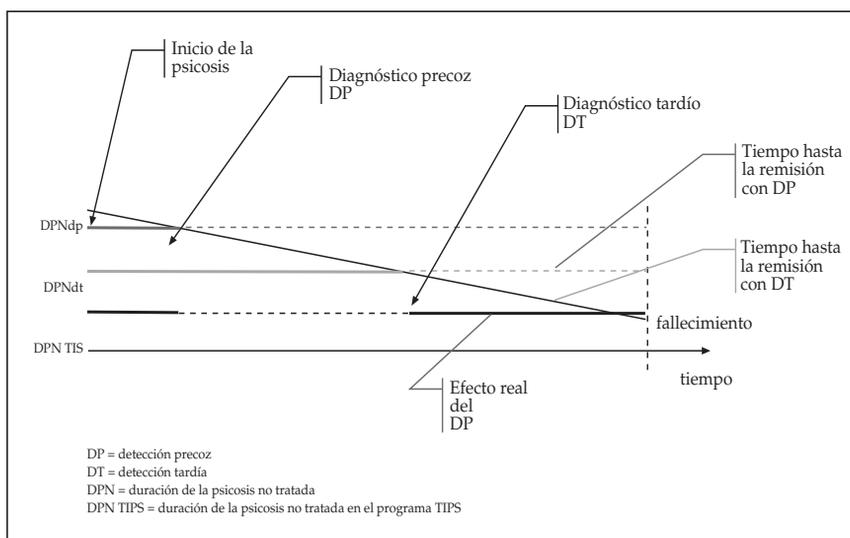
Enfermedad y síndrome; consideraciones epistemológicas

En enfermedades somáticas como la neumonía, la diabetes y el cáncer de mama, se hace una distinción entre *síntomas* y *signos*, basándose en los diferentes niveles de descripción. Los *síntomas* son indicaciones de la enfermedad basadas en las experiencias subjetivas del paciente, como la tos, la sed o el dolor local. Los *signos* también son indicaciones de la enfermedad, pero se observan con la exploración física o con pruebas como las radiografías de tórax, la medición de la glucemia y los resultados de las mamografías. Los síntomas y los signos difieren en su nivel de descripción. Se considera que los signos son más objetivos, y que pueden aportar pruebas que confirman o desmienten la validez del diagnóstico basado en los síntomas del paciente. Si un trastorno ocasiona síntomas y signos en diferentes niveles de descripción, se considera que es una *enfermedad* (Sackett, 2002). Por el contrario, en los *síndromes* el nivel de descripción de signos y síntomas es el mismo. La mayor parte de los trastornos del campo de la psiquiatría son síndromes, lo que refleja la ausencia de pruebas físicas que permitan confirmar el diagnóstico basado en la experiencia subjetiva del paciente, comunicada por el mismo. Esta limitación tiene una especial relevancia en la aplicación de técnicas de detección precoz en salud mental. Aunque las mejoras introducidas en las técnicas de visualización han permitido detectar las enfermedades a nivel *presintomático* en la medicina somática, esto sigue sin ser posible en síndromes como la psicosis o la esquizofrenia (Larsen y Opjordsmoen, 1996). Por ejemplo, en la medicina del cáncer la detección precoz representa el diagnóstico de una enfermedad presintomática. Pero en el caso de los diagnósticos psiquiátricos, la detección precoz significa la detección de trastornos sintomáticos. Es importante señalar esta diferencia a la hora de debatir los problemas conceptuales, epidemiológicos y éticos relacionados con el diagnóstico precoz en la psicosis.

Asimismo, estas diferencias en la definición tienen una relevancia especial si se contemplan en el contexto de los tres sesgos descritos por Black y cols. (1989). En primer lugar, la ilustración gráfica del sesgo en cuanto al tiempo tiene un aspecto muy diferente cuando se aplica a la psicosis. Al contrario que el cáncer, por ejemplo, en salud mental no se suele utilizar el tiempo de supervivencia como medición del resultado. En su lugar se suele emplear el tiempo hasta la remisión.

En la **figura 2** hemos hecho una representación gráfica de los efectos previstos de la detección precoz de la psicosis. Por razones de simplicidad hemos dado por supuesto que la intervención no influye en la evolución ni en el resultado del trastorno. Como se ha demostrado, artificialmente puede parecer que la detección precoz empeora el resultado, por que incrementa el tiempo hasta la remisión. Es interesante señalar que este problema contrasta mucho con el ejemplo del cáncer de mama, porque puede verse afectado por el sesgo en el sentido contrario, debido a las diferentes definiciones del resultado (la duración de la supervivencia y la duración de la enfermedad). Si no tenemos en cuenta este posible sesgo, corremos el riesgo de infravalorar los efectos positivos del tratamiento precoz. Si resulta que la detección precoz de la psicosis es ciertamente eficaz, debemos esperar que su duración total sea significativamente menor que la que se observa con los métodos de detección habituales.

Figura 2.
Enfermedad psiquiátrica; p. ej., psicosis



Lo que se suele entender por intervención precoz

Las consideraciones anteriores corresponden a los que se suele entender por una intervención precoz. Como ilustración, si un paciente contrae una infección por un virus para la que no hay tratamiento, la duración total de la enfermedad será la misma con independencia del tipo de tratamiento recibido. Según el sesgo con respecto al tiempo, si se adelanta la administración de un tratamiento ineficaz puede parecer erróneamente que es nocivo, porque la duración de la enfermedad posterior al tratamiento sería mayor. Pero si el paciente padece una enfermedad tratable, como una neumonía, con una evolución natural (sin tratamiento) de 3 semanas, la administración precoz del tratamiento acorta significativamente la duración total de la enfermedad, aunque no se vea afectado el tiempo hasta la remisión. Si los antibióticos alivian los síntomas tras dos días de tratamiento, existe una diferencia sustancial entre tomar los antibióticos el día 3 y hacerlo el día 13. El efecto resultante es igual a la diferencia en días entre el inicio del tratamiento, o sea, 10 días.

Como ocurre con las enfermedades somáticas, una consecuencia del sesgo en cuanto al tiempo cuando se aplica a la psicosis puede ser el aumento de la probabilidad de detectarla y de que el pronóstico sea bueno, dada la prolongada duración de la enfermedad. La investigación sobre los efectos de la detección precoz debe controlar esta advertencia en pruebas con múltiples variables. No obstante, es poco probable que el exceso de diagnóstico suponga una amenaza, porque el diagnóstico de la enfermedad presintomática no constituye un problema. En un programa de detección precoz de la psicosis con éxito como el estudio TIPS (véase más adelante) no se ha encontrado un aumento significativo de la incidencia de la psicosis, al contrario de lo ocurrido con trastornos somáticos como el cáncer de mama. Se ha argumentado que este resultado respalda las consideraciones teóricas expuestas anteriormente.

Detección precoz de la psicosis y detección precoz de la prepsicosis

Hasta hace poco, en general los estudios se han centrado en el diagnóstico precoz de la *psicosis*, con escasa atención al diagnóstico de la enfermedad presintomática. Pero se han suscitado preguntas difíciles sobre el diagnóstico de los llamados estados prodrómicos o prepsicóticos. ¿Se pretende con estos estudios diagnosticar la enfermedad presintomática, o hemos de suponer que hemos identificado un nuevo sín-

drome de trastorno mental? La bibliografía internacional aparece dividida al respecto, con argumentos mixtos en apoyo de si hemos identificado o no una enfermedad presintomática (Olsen y Rosenbaum, 2006). En el seno de la tradición alemana de los síntomas básicos, que ha identificado una fase prodrómica precoz y otra tardía, se argumenta que los estados prodrómicos precoces se pueden entender como estadios presintomáticos (Huber y Gross, 1989). Recientemente se ha publicado una contrapartida escandinava al modelo alemán de síntomas básicos, en forma de guía-entrevista (EASE). Este modelo se centra en las experiencias subjetivas, y proporciona descripciones que pueden considerarse como un intento de diagnosticar la enfermedad presintomática (Parnas y cols., 2005). Los autores escriben, "de lo que se está hablando es de cómo el paciente se experimenta a sí mismo y a su mundo, y no de una "realidad" o "morbilidad" de estas experiencias, prescritas de manera objetiva o por un médico" (p. 238). Se hace hincapié en el aspecto subjetivo, de forma que se pierde la posibilidad de describirlo o contabilizarlo.

Sin embargo, en manuales de entrevistas como el CAARMS australiano (Yung y cols., 2005) y el SIPS estadounidense (Rosen y cols., 2006)⁹ se considera a los síntomas positivos atenuados como posibles estados prodrómicos. Los estados de síntomas positivos atenuados son trastornos claramente sintomáticos, y la intensidad de los síntomas se puntúa en una escala concreta para definir las puntuaciones de forma operativa. Desde nuestro punto de vista, la forma óptima de designar a estos síndromes es la de hipopsicosis (Larsen, 2005), que abarca síntomas psiquiátricos claros muy parecidos a los de la psicosis. Pensamos que para evitar los problemas del sesgo en cuanto al tiempo y del diagnóstico excesivo, es importante identificar y definir la hipopsicosis como un nuevo estado sintomático. En consecuencia dicho estado requeriría tratamiento simplemente porque los pacientes están enfermos y buscan tratamiento.

El estudio TIPS

Antecedentes

En el último decenio hemos diseñado y aplicado un programa para la detección precoz de la psicosis en el condado de Rogaland en la costa occidental de Noruega, programa actualmente en curso. El sistema de de-

tección precoz está formado por tres elementos: campañas de información, equipos de detección precoz y evaluación sistemática de cualquier posible primer episodio de psicosis, y de los casos prodrómicos (hipopsicóticos).

Las campañas de información han sido desarrolladas y diseñadas para la población general, los servicios sanitarios de atención primaria y las escuelas. De forma regular se han publicado grandes anuncios en los periódicos locales y, una vez al año, se han enviado folletos informativos a todos los domicilios del condado. Además se han dado seminarios de formación y conferencias a médicos de cabecera, maestros y psicólogos escolares (Johannessen y cols., 2005). Estas campañas de información fueron intensivas entre los años de 1997 y 2000. Durante este período llevamos a cabo un estudio de investigación para comparar nuestro programa de detección precoz con otros puntos de Escandinavia que no disponen de un sistema de detección precoz (se hace la detección "habitual"). En la actualidad hemos empezado a utilizar las campañas de información de manera regular y continua.

Los equipos de detección precoz son equipos de evaluación de bajo umbral que responden a cualquier aviso de un posible caso de primer episodio de psicosis. Cualquiera puede avisar simplemente llamando al equipo, y garantizamos una evaluación en un plazo de 24 horas. Los equipos de detección están formados por tres miembros del personal de enfermería psiquiátrica o trabajadores sociales, disponibles a diario desde las 08:00 hasta las 15:30. Se les enseña a utilizar la PANSS (escala de síntomas positivos y negativos, Kay y cols., 1987), sobre la que basamos las decisiones sobre la posibilidad de que se trate de una psicosis. En la actualidad los equipos de detección precoz están integrados en el sistema de urgencias del Hospital Universitario de Stavanger. Si en el primer screening se decide que se puede estar desarrollando un primer episodio de psicosis, respondemos rápidamente realizando una evaluación sistemática. Se hace una exhaustiva evaluación basal para medir la función premórbida, la calidad de vida, la función social, el uso/abuso de drogas y alcohol, las experiencias traumáticas y la función neuropsicológica, y se emite un diagnóstico conforme con los criterios del DSM-IV.

Resultados de los estudios TIPS

Los estudios TIPS se pueden dividir en 4 periodos: pre-TIPS (1993-94), TIPS (1997-2005), TIPS-II (2001-) y TIPS-III, que empezó en 2007. Vamos a hacer una breve descripción de los resultados de cada periodo.

Pre-TIPS (1993-94)

En los años de pre-TIPS llevamos a cabo un estudio inicial de los primeros episodios de psicosis no afectivas. Estudiamos a pacientes de 15 a 65 años de edad, que residían en nuestra área de captación y que presentaron un primer episodio de psicosis. El hallazgo principal de este estudio fue que la duración de la psicosis no tratada (DPnT) es alta, con una mediana de 26 semanas y una media de 104 semanas (Larsen y cols., 1996). Más del 50% de los pacientes con esquizofrenia habían padecido psicosis de forma continua durante más de 54 semanas hasta que recibieron diagnóstico y tratamiento.

TIPS (1997-2005)

El estudio TIPS contó con un programa de detección precoz localizado en una sola región, el condado de Rogaland, Noruega, en el que viven 370.000 personas. Los pacientes identificados mediante el programa de detección precoz fueron comparados con los detectados con los métodos convencionales en otras zonas de Escandinavia, en el sector de asistencia sanitaria de Ullevaal en el condado de Oslo y la zona central del condado de Roskilde en Dinamarca, con un total de 295.000 habitantes. Los pacientes fueron reclutados entre 1997 y 2000, y se hicieron seguimientos de 1, 2 y 5 años de duración. Los criterios de inclusión fueron vivir en la zona de captación de 1 de las 4 zonas de asistencia, tener entre 15 y 65 años y cumplir los criterios del DSM-IV con respecto a uno de los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo (trastornos del espectro de la esquizofrenia estrecho), trastorno psicótico breve, trastorno delirante, psicosis afectiva con delirio incongruente con el estado de ánimo o trastorno psicótico no especificado.

Nuestros resultados principales indican que logramos hacer una detección precoz en comparación con la muestra de control histórica de 1993 (Larsen y cols., 2001) y con los grupos paralelos de Oslo (Noruega) y Roskilde (Dinamarca) (Melle y cols., 2004). Los hallazgos de la comparación controlada con grupos en paralelo demostraron que la DPnT fue de 16 semanas en los pacientes reclutados por el sistema convencional, y de 4,5 semanas en los reclutados por el sistema de detección precoz. La identificación realizada por los centros de detección precoz se correlacionó significativamente con un estado clínico mejor antes del tratamiento, a juzgar por la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) y la escala de evaluación global de la función (GAF). Al cabo de 3, meses el estado clí-

nico también mejoró según las puntuaciones PANSS y GAF, excepto la subescala positiva de la escala de síndromes positivo y negativo. Se hicieron múltiples análisis de regresión lineal que no detectaron posibles influencias de factores de confusión. Los pacientes en quienes se hizo la detección precoz eran más jóvenes, solteros y de origen predominantemente escandinavo, y presentaba una incidencia de abuso de drogas significativamente superior. La tasa de suicidios preocupantes (idea o intento) fue significativamente superior en los pacientes detectados por los métodos convencionales, incluso tras el ajuste con los factores de predicción de suicidio (Melle y cols., 2006).

Cuando investigamos los efectos de la detección precoz en el resultado, los hallazgos demostraron que los pacientes del sector con detección precoz tenían menos síntomas negativos en el seguimiento realizado al cabo de un año, pero no hubo efectos en cuanto al tiempo de remisión ni al grado de remisión de los síntomas positivos (Larsen y cols., 2006). Según lo antedicho con respecto a las consideraciones metodológicas, mantenemos que la suma de la duración de la psicosis no tratada (DPnT) y el tiempo hasta la remisión es probablemente la que mejor expresa el efecto de la detección precoz (DP) (es decir, una mediana de 22 semanas con la DP y de 44 con la detección convencional). Por consiguiente los resultados indican que, por término medio, en pacientes en los que se hizo una DP del primer episodio de psicosis la psicosis activa duró la mitad que en los pacientes de los centros de control. Desde nuestro punto de vista, se trata de un importante logro clínico.

TIPS-II (2001-)

El estudio TIPS-II empezó un año después de que terminara la financiación del programa TIPS. Afortunadamente tuvimos la oportunidad de mantener los equipos de detección precoz que estaban integrados en la planta correspondiente de nuestro hospital. Pero no hubo fondos para mantener las campañas de información. El resultado fue que tuvimos la oportunidad de estudiar la repercusión de la suspensión de las campañas de información sin suspender los demás componentes del programa de DP. Los resultados indicaron que la DPnT aumentó (15 semanas en comparación con 5 semanas (mediana)), y que los equipos de detección detectaron a menos pacientes. La situación clínica de los pacientes fue significativamente peor, con más síntomas positivos y puntuaciones GAF más bajas. En conclusión, los hallazgos del estudio TIPS II indican que las campañas de información parecen ser un elemento fundamental para reducir la DPnT en el primer episodio de psicosis.

TIPS-III (2007-)

Recientemente hemos recibido financiación para crear una unidad de investigación especializada en psicosis. En estas circunstancias pretendemos seguir con nuestra tarea de detección precoz y aplicar nuestros conocimientos a la obtención de los siguientes tres objetivos, como mínimo:

- a) mantener una DPnT corta en nuestra zona y estudiar los efectos a largo plazo de la detección precoz (es decir, estamos planeando un estudio de seguimiento del TIPS durante 10 años),
- b) mejorar el tratamiento precoz para ver si se puede mejorar el resultado del tratamiento haciéndolo más intensivo, y
- c) estudiar aspectos relacionados con la psicosis precoz como la psicosis inducida por fármacos, la psicosis en los ancianos, etc.

Prevedemos que la siguiente fase, TIPS-III, mejorará nuestros conocimientos sobre la detección precoz de la psicosis en los años venideros.

Conclusiones y comentarios finales

Es posible hacer una correcta detección precoz de la psicosis mediante el uso de campañas de información dirigidas a la población general, a las escuelas y a los servicios sanitarios de atención primaria, combinado con equipos de detección de bajo umbral. Es importante que los equipos de detección sean móviles y que respondan con rapidez a las llamadas de los posibles pacientes, sus familiares o seres queridos, los MAP, los profesores u otros miembros de la comunidad. En Noruega los resultados de nuestro programa intensivo de detección precoz han demostrado que combinando las campañas de información con los equipos de detección se puede reducir la DPnT a 4,5 semanas (mediana). Ahora sabemos que con esfuerzos continuos e intensivos se puede mantener una DPnT corta. Debemos recordar que la mayoría de los pacientes que padecen su primer episodio de psicosis carecen de insight y discrepan de la percepción de que están "enfermos". Por eso es extremadamente importante que los equipos de detección respondan de inmediato a los avisos, prácticamente sin demora. Los individuos que padecen psicosis no demandan tratamiento inmediato, y es habitual que no se quejen de la demora en el tratamiento. En la medicina somática, la presión de los pacientes insatisfechos suele ser un factor potente que ayuda a la detección precoz. En psiquiatría, por otro lado, es importante que psiquiatras y psicólogos asuman su responsabilidad en nombre de los pacientes y de sus familias.

Según los resultados del estudio TIPS compilados en el último decenio, estamos plenamente convencidos de la necesidad de que la detección precoz de la psicosis sea definida como un derecho del paciente. También opinamos que la responsabilidad de establecer tal programa de detección y tratamiento precoces recae en los profesionales de la salud mental. Así que mire a su alrededor. ¿Las personas de su área tienen el derecho y la oportunidad de recibir tratamiento precoz para la psicosis? Si la respuesta es no, tiene usted trabajo.

Bibliografía

- Black WC. (1998). Biases in the assessment of diagnostic innovations. *Acad Radiol* 5 (Suppl 2):280-82.
- Black C, Welch HG. (1993). Advances in diagnostic imaging and overestimations of disease prevalence and the benefits of therapy. *N Engl J Med* 328:1237-43.
- Huber G, Gross G. (1989). The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Progr Med* 80:646-52.
- Johannessen JO, Larsen TK, Joa I, et al. (2005). Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study. *Br J Psychiatry* 185 (Suppl 489):24-28.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13:261-76.
- Larsen TK. (2005). A critical discussion of the use of concepts in relation to early intervention in psychosis: do we really know what we are talking about? In: Colm Ma, ed. *Schizophrenia; challenging the orthodox*. London, UK: Taylor and Francis.
- Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. (1996). First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull* 22:241-56.
- Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen J.O., et al. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *Am J Psychiatry* 158:1917-19.
- Larsen TK, Melle I, Auestad B, et al. (2006). Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull* 32:758-64.
- Larsen TK, Opjordsmoen S. (1996). Early identification and treatment of schizophrenia: conceptual and ethical considerations. *Psychiatry* 59:371-80.
- Melle I, Johannessen JO, Friis S, et al. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 163:800-04.
- Melle I, Larsen TK, Haahr U, et al. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 61:143-50.
- Melle I, Larsen TK, Haahr U, et al. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 61:143-50.

- Olsen KA, Rosenbaum B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatr Scand* 113:247-72.
- Parnas J, Moller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 38:236-58.
- Rosen JL, Miller TJ, D'Andrea JT, McGlashan TH, Woods SW. (2006). Comorbid diagnoses in patients meeting criteria for the schizophrenia prodrome. *Schizophr Research* 85:124-31.
- Sackett DL. (2002). Clinical epidemiology. what, who, and whither. *J Clin Epidemiol* 55:1161-66.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry P-D, et al. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 39:964-71.

Relación entre los abordajes psicoterápicos y la rehabilitación psiquiátrica en pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes: una llamada hacia estrategias más integradoras

Courtenay M. Harding y Dennis J. McCrory

Introducción

Con el paso del tiempo han aparecido y reaparecido muchas perspectivas para los pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes, incluyendo los abordajes biológico, psicoanalítico, psicodinámico, del aprendizaje, cognitivo, humanista-existencial y social y rehabilitador. Este capítulo explora muchas de las similitudes y diferencias esenciales entre los abordajes psicoterápico y de rehabilitación psiquiátrica en el trabajo con pacientes que se enfrentan a enfermedades graves y persistentes. Los autores son un psiquiatra/psicoterapeuta formado en Harvard (DJMC) y un psicólogo formado en Vermont y en Yale (CMH), cuyas carreras profesionales se han centrado en el trabajo con pacientes psiquiátricos con enfermedades graves y persistentes que precisaban rehabilitación, realizando estudios de investigación y colaborando con los sistemas asistenciales.

En los últimos 50 años, los esfuerzos de muchos grupos se han centrado en ayudar a las diversas profesiones a ampliar su campo de interés añadiendo la rehabilitación y/o hablando con los pacientes cuando se les

prescriben los fármacos. Concluimos que los campos de la psicoterapia y la rehabilitación tienen muchas más similitudes que diferencias en cuanto a objetivos globales, pero hasta hace poco cada uno de estos campos ha actuado de formas totalmente diferentes. Parece que la combinación adicional de estos abordajes ayudaría a muchos más pacientes, discapacitados por su trastorno psiquiátrico, a participar activamente en su proceso de curación y a mejorar su calidad de vida.

Una suposición de que estos abordajes son contradictorios

A primera vista, esta combinación de abordajes parece ser bastante contradictoria. Además, estas estrategias parecen ser administradas por diferentes tipos de profesionales con trasfondos y formaciones muy diferentes que utilizan filosofías asistenciales que parecen ser diametralmente opuestas. Aunque de muchas de estas diferencias existen en realidad, sus objetivos tienen similitudes sorprendentes.

Similitudes de los objetivos para los pacientes que solicitan asistencia

Cualquier profesional, ya sea psicoterapeuta o rehabilitador, que atiende al paciente/consumidor/usuario/cliente/participante, tiene la probabilidad de intentar recuperar su vida. Hemos identificado los siguientes como elementos que ambos grupos verían como factores críticos para la consecución de esa recuperación:

- Tener más conocimiento del propio self y de la vida
- Experimentar menos síntomas
- Conseguir mejores relaciones
- Adquirir más habilidades
- Desplazar más el poder impredecible de la enfermedad hacia el control por la persona
- Resolver el duelo por las oportunidades perdidas
- Fomentar el desarrollo adulto adicional
- Tener menos miedo y ser más fuerte
- Integrar el propio yo después del trauma
- Aumentar la autoestima y la autoconfianza
- Tener esperanza en una vida mejor

Los abordajes clásicos que se utilizan para conseguir estos objetivos tienen lenguajes y énfasis diferentes

Los profesionales de ambas áreas tienden a utilizar énfasis muy diferentes, que se reflejan en el lenguaje que utilizan, para alcanzar los objetivos que se señalan más arriba. Estos factores ponen de relieve y reflejan la diversidad de formación, modelos conceptuales, valores y tradiciones. La *Tabla 1*, más adelante, muestra un conjunto propuesto de diferencias entre los abordajes de las psicoterapias de orientación psicoanalítica más clásicas (especialmente individuales) y de la rehabilitación. Se debe señalar que se han hecho avances significativos en el tratamiento integrado combinado de los pacientes psicóticos (véanse los estudios de Falloon y cols., 1998; Fenton, 2000). Este grado de movimiento contemporáneo hacia la integración se debe tener en cuenta cuando se lea la *Tabla 1*.

Tabla 1.

Primeras diferencias entre los psicoterapeutas clásicos y los profesionales de la rehabilitación.

Profesional de la psicoterapia	Profesional de la rehabilitación
<i>Dirigido a la introspección</i>	<i>Dirigido a la función</i>
Basa el plan en los problemas, los defectos y el diagnóstico de la persona	Basa el plan en los puntos fuertes, las necesidades y los intereses de la persona y de entorno
Objetivos dirigidos por el psicoterapeuta	Objetivos dirigidos por el paciente
Objetivo: reducir los síntomas y comportamientos que interfieren con la vida	Objetivo: fomentar los comportamientos que integrarán a la persona en un hogar, un trabajo unos amigos y la justicia social
Se centra en la reacción interna de la persona a su entorno	Se centra también en la ingeniería medioambiental para elaborar un entorno más adecuado para el desarrollo de la persona
Autoconocimiento utilizando un nuevo vocabulario del modelo del terapeuta	Autodeterminación mediante la psicoeducación y la recuperación del control
Aprender del pasado para mejorar el presente	Aprender del presente para mejorar el futuro
El terapeuta mantiene el plan	El rehabilitador mantiene la esperanza
Volver a tejer una personalidad	Volver a tejer una vida
Se realiza en sesiones individuales o de grupo	Se realiza en equipos en la comunidad y con grupos de iguales
Formación: prolongada, intelectual y modelos específicos, habitualmente en contextos académicos o consultas privadas	Formación: más corta, práctica, resolución de problemas, habitualmente se realiza en la comunidad o en una agencia
Actúa sobre la resistencia	Actúa sobre la persistencia

Tabla 1. (cont.)

Profesional de la psicoterapia	Profesional de la rehabilitación
<i>Dirigido a la introspección</i>	<i>Dirigido a la función</i>
Prefiere a las personas que son inteligentes e interesantes	Prefiere a una mayor gama de funciones humanas
Se mantienen de forma estricta los límites	Límites escasos pero importantes
Relación de superioridad-inferioridad	Colaboración entre iguales
Basado en la consulta	Basado en la comunidad
Con frecuencia utilizan fármacos como tratamiento de elección o como parte del paquete	Se consideran los fármacos como complemento a las estrategias rehabilitadoras
Enseña nuevas formas de ver los viejos problemas	Enseña la automonitorización y el autoabordaje del estrés, los efectos adversos y el empeoramiento de los síntomas
Habilidades para manejar las formas en las que la personalidad interfiere con el futuro	Habilidades para manejar las actividades de la vida diaria
Utiliza grupos de iguales profesionales para recibir más supervisión y nuevas ideas	Utiliza la defensa de los pacientes y las políticas públicas
Se preocupa por mantener la separación de límites y realizar el tratamiento de una forma hábil y fiable	Se preocupa por los efectos de la pobreza, el escaso nivel de alfabetización, las estrategias de contención de los costes y el estigma/discriminación
Selecciona estrategias para una persona	Realiza actividades con una persona

Abordajes psicoterápicos

Se han desarrollado abordajes psicoterápicos en los últimos tres siglos, que siguen influyendo en el trabajo contemporáneo. Sin embargo, los orígenes se pueden remontar a Platón (429-347 a.e.c.), que pensaba que las alteraciones del comportamiento se originaban en conflictos entre las emociones y la razón. En la era del “pensamiento racional” del siglo XVIII, Heinroth (1773-1843) propuso que las enfermedades mentales estaban producidas por conflictos internos entre los impulsos inaceptables y la consiguiente culpa, que con frecuencia pasaba desapercibida para la persona. Trabajando sobre el pensamiento previo, Sigmund Freud (1856-1939) desarrolló su “curación por la palabra” y se centró en la búsqueda del *significado* inconsciente de los síntomas. Como se ha descrito en diversos capítulos de este libro, le han seguido otros muchos pensadores que han desarrollado aún más el psicoanálisis clásico y sus modificaciones (p. ej., psicología del ego, teorías de las

relaciones objetales, psicología del self); otros abordajes se basan en otros marcos conceptuales teóricos (p. ej., humanistas, conceptos fenomenológicos-existenciales, teorías de sistemas, comportamentales y del aprendizaje).

Cada una de estas escuelas de pensamiento, conceptos e ideas ha hecho importantes contribuciones a nuestro conocimiento de los seres humanos y de sus comportamientos. Con frecuencia los supervisores seleccionaban casos de enfermedades graves y persistentes para dar a los residentes de psiquiatría oportunidades de formación psicoterápica interesantes e ilustrativas. Un componente necesario de la práctica actual ha sido establecer una relación entre el profesional y el paciente con amabilidad, esperanza, escucha atenta y empatía. Mucho de ese trabajo ha modelado la formación de los rehabilitadores como conocimiento de fondo de las complejidades de los seres humanos. Su ejercicio profesional se ha visto influido por ideas como transferencia, contratransferencia, negación, proyección, represión, regresión, volverse contra el propio yo, formación de reacciones, objetos transicionales y las nociones de las relaciones de conflicto. Sin embargo, todas estas contribuciones se han reconocido de forma insuficiente en el campo de la rehabilitación en su intento de diferenciarse de la psiquiatría.

Muchos de los nuevos modelos de equipo terapéutico/rehabilitador son más exhaustivos y la mayoría de ellos pone un énfasis especial en la familia y en el entorno, junto a un trabajo específico con los individuos en cada etapa (p. ej., Fenton, 2000).

Abordajes biológicos

El campo de la psiquiatría biológica ha entrado y salido del uso de la rehabilitación y de la psicoterapia a lo largo del tiempo. Griesinger (1817-1869) luchó por la idea de que las "enfermedades mentales son enfermedades del cerebro". Le siguió Kraepelin (1836-1926), que intentó clasificar los trastornos mentales como procesos orgánicos. La llegada de la clorpromazina abrió la puerta a un formidable período de psicofarmacología. Actualmente la mayor parte de los pacientes con psicosis reside en la comunidad, y la financiación se centra principalmente en un modelo de tratamiento farmacológico, estabilización, mantenimiento y derechos. DeSisto y cols. (1995) han mostrado que este modelo es menos útil para el proceso de mejoría y recuperación que la rehabilitación, la autosuficiencia y la integración en la comunidad.

De forma lenta pero segura hemos comenzado a integrar a la persona como un todo con los trabajos fragmentarios en los diversos campos.

Abordajes rehabilitadores

La provisión de la rehabilitación y la psicoterapia parece alternar o complementar a los tratamientos biológicos durante toda la historia de la humanidad. En la historia más antigua, los pueblos indígenas tenían la costumbre de encontrar un lugar en sus sociedades para las personas que luchaban con las discapacidades. Aunque los griegos, como Hipócrates (460-377 a.e.c.), Platón y Aristóteles (384-322 a.e.c.), pensaban posteriormente que los problemas estaban causados por los humores corporales, también pensaban que el ejercicio, la tranquilidad, la dieta y factores socioculturales serían útiles en sus templos de la salud mental. Los romanos, con Galeno, el médico griego (129-199 e.c.), añadieron el diagnóstico al tratamiento humanitario, a la vez que pensaban que los problemas eran procesos normales exagerados.

Mucho después, Pinel (1745- 1826) luchó por buscar un tratamiento científico y humanitario frente al terrible encarcelamiento de los pacientes con enfermedades mentales en su día al sacar a sus pacientes de las húmedas, frías y oscuras mazmorras del hospital de París. Al mismo tiempo, William Tuke (1732-1822), el cuáquero inglés, inició el movimiento de tratamiento moral fundando el centro York Retreat sobre los principios de "benevolencia, comodidad y compasión". El Tratamiento Moral se basaba en la "elevación y reorganización de los procesos mentales de los pacientes" mediante cursos académicos en filosofía, música, arte y literatura. El Tratamiento Moral también incluía un régimen regular y organizado de actividades físicas y mentales para el día, un tratamiento amable con la utilización media de sujeciones, y un entorno sin agentes estresantes. Europa siguió desarrollando el campo y los Estados Unidos, Asia y África siguieron su estela.

La rehabilitación psiquiátrica, como se ejerce actualmente, también recibió durante la segunda guerra mundial la influencia de los principios de la rehabilitación física y se desarrolló a través de múltiples iteraciones, de forma muy similar a como han evolucionado a lo largo del tiempo los tratamientos psicológicos que se han mencionado antes. Además, Anthony y cols. (2000) señalan que la necesidad de que los soldados volvieran a trabajar llevó al Congreso estadounidense a aprobar la ley de Rehabilitación Profesional de 1943, que constituye la base para conseguir que las

personas con discapacidades psiquiátricas volvieran a trabajar. Antes de esta ley, la mayor parte de los pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes permanecían ingresados en hospitales y trabajaban sin sueldo en granjas como “terapia laboral” o se sentaban tranquilamente en bancos en entornos institucionales con pocos estímulos. En lugar de centrarse en los conceptos y síntomas psicológicos, la rehabilitación se ha centrado en los puntos fuertes como la participación de los iguales, colaboración y apoyo, fomentando la capacidad de ser productivo, y poniendo énfasis en conseguir para las personas luchan por un alojamiento decente, comida, ropas, habilidades sociales y ocupacionales, amigos, ejercicio, y buenas prácticas nutricionales y de salud general, y el restablecimiento de la conexión con los apoyos comunitarios naturales (p. ej., coros de iglesia, cineclubs, ligas atléticas), dependiendo de los intereses del consumidor/usuario/participante.

Durante años, los meditados trabajos de rehabilitación y la atención comunitaria en los Estados Unidos han recibido la influencia del programa *Community Support Program Guiding Principles for Community Services at the National Institute of Mental Health* (véase la Tabla 2 del trabajo de B. Stroul, NIMH, 1984)

Tabla 2.
Principios del apoyo comunitario (NIMH).

Implica al consumidor, la familia y la comunidad	Normalización
Refuerzo de la dignidad persona y la autodeterminación	Exhaustivo
Disponible a demanda	Tiene como objetivo la autoayuda
Coordinado	Aporta continuidad
Accesible	No discriminador
Confidencial	Implica a los apoyos naturales

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (2006) ha estimado el efecto económico de esa discapacidad expresada como “año de vida ajustado por la discapacidad” (AVAD). Este efecto es mayor cada año hasta el punto de que, por ejemplo, se considera que en 2020 la depresión mayor será la segunda causa principal de pérdida económica, del orden de miles de millones de dólares. El efecto de la esquizofrenia es similar. Es esta situación, con pérdida de capacidad productiva y unos inmensos costes sanitarios, lo que constituye otro motivo adicional para la importancia de administrar rehabilitación.

En un avance similar al de otros campos de la medicina, la rehabilitación ha comenzado a suministrar “prácticas basadas en la evidencia” como: Tratamiento y Recuperación de las Enfermedades (Mueser y cols., 2004), que recientemente se ha traducido en Manejo y Recuperación del Bienestar (SAMHSA, 2003); Tratamiento Asertivo Comunitario (Stein y Test, 1980); Psicoeducación Familiar (McFarlane y cols., 1995, Miklowitz y cols., 2000); Empleo Supervisado (Drake, 1998); Tratamiento Dual Integrado de los Trastornos (Drake y cols., 1995, Mueser y cols., 1998); Formación en Habilidades Sociales (Lieberman y cols., 1989) y Estrategias de Aprendizaje Social para pacientes hospitalizados (Paul y cols., 1997). Otras prácticas prometedoras incluyen: Alojamiento Supervisado (Ridgway y Zippel, 1990); Educación Supervisada (Bybee y cols., 1999); Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (WRAP) (Copeland, 2005); Tratamiento del Trauma (Mueser y cols., 2004); Gestión de Casos Basada en los Puntos Fuertes (Rapp, 1998); Toma de Decisiones Compartida (Deegan y Drake, 2006) y protocolos breves de screening neuropsicológico como el protocolo NIMH-MATRIC, que actualmente se está estudiando en múltiples centros (Kirkpatrick y cols., 2006). Se deben considerar todas estas estrategias como parte de las herramientas de un equipo clínico para ayudar a estos pacientes complejos de formas muy específicas.

Los programas se deben evaluar en base a los valores que modelan la asistencia al fomentar la esperanza, la capacitación, la función y la toma de decisiones dirigida por el paciente, la disponibilidad de rehabilitación, la autosuficiencia y la integración en la comunidad, además de la fidelidad a las estructuras programáticas (véase Anthony, 2003).

Muchas ideas y valores están integrados en intentos programáticos de ayudar a los pacientes/clientes/usuarios/consumidores como: reclamar el control de la propia vida, un self activo, pasar revista a la vida, confiar en uno mismo, encontrar apoyos, aprender a amar, aumentar la autoestima, tolerancia/aceptación, construir la vida sobre la realidad, mejora del afrontamiento, automonitorización, espiritualidad, ver la vida como un proceso y reclamar el derecho a la esperanza.

Aunque las ciencias de la rehabilitación quieren diferenciarse de la psicoterapia en un intento de establecerse en sí mismas, muchas de las contribuciones de esta última han influido y dado forma a la práctica actual, como la transferencia, la contratransferencia y las nociones de relaciones conflictivas. Además, las personas que tienen enfermedades graves afirman que sienten la necesidad de lamentarse por el tiempo y las oportunidades perdidas y continuar con su desarrollo como adultos, que

ya está retrasado. El principal problema es que muchos pacientes/consumidores/clientes/usuarios/participantes con frecuencia reciben sólo uno o dos abordajes de rehabilitación de la misma forma que con frecuencia reciben sólo psicoterapia o solo tratamiento farmacológico. Sus necesidades individuales y sus retos vitales continuos precisan sistemas cambiantes, flexibles y multidimensionales.

Ejemplos de algunos abordajes integradores

Excluyendo los reductos de excelencia dispersos por todo el mundo, los sistemas asistenciales públicos se han arriesgado a ser instituciones tan tutelares como los viejos hospitales estatales. Lo que se necesita actualmente en todo el mundo para reclamar a la psicosis las vidas de los pacientes son abordajes integrados simultáneamente. Las profesiones humanitarias y los propios consumidores de los servicios han diseñado muchas nuevos abordajes que fusionan dos estrategias aparentemente dispares a fin de ayudar a los adultos con trastornos psiquiátricos graves y persistentes como la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno bipolar, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad grave y los trastornos de la personalidad incapacitantes o perjudiciales. Trabajos recientes también se han dirigido a niños, adolescentes y jóvenes.

Muchos programas de rehabilitación innovadores incluyen los siguientes ejemplos, que se han copiado en todo el mundo y han sido desarrollados por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales enérgicos y con visión de futuro. Por ejemplo, muchos lectores podrían estar familiarizados con, entre otros, Fairweather Lodges (George Fairweather, 1980), el Vermont State Hospital Rehabilitation Program (George Brooks, véase Chittick y cols., 1961), Fountain House (James Beard, y cols., 1982 en Nueva York), The Trieste Work Cooperatives (Franco Basaglia, 1982 en Italia), el Sopimusvuori Deinstitutionalization Project (Erik Anttinen y cols., 1983, en Tampere, Finlandia), el Parachute Project (Cullberg y cols., 2002), Soteria House East and West (Loren Mosher y Alma Menn, 1978, Mosher y Hendrix, 2004) en California y Luc Ciompi (1997) en Suiza, el PACT Model (Len Stein y Mary Ann Test, 1980, en Wisconsin), abordajes integrados para adultos jóvenes que están entre los sistemas asistenciales de niños y adultos (p. ej., Clark y Davis, 2000 en los EE.UU.), Recovery -Oriented Systems (William Anthony y cols., 2000 y 2003, en Boston, Massachusetts) y The Village (Mark Ragins, 2006, en Long Beach, California), entre otros muchos.

El trabajo de Anthony y cols. (2002) en el Boston University's Center for Psychiatric Rehabilitation pone de relieve los siguientes valores de rehabilitación cruciales y habituales en este trabajo. Esos componentes incluyen:

- 1) *orientación a la persona,*
- 2) *énfasis en el desempeño de funciones,*
- 3) *apoyo cuando sea necesario,*
- 4) *los aspectos específicos del entorno de la persona,*
- 5) *participación como "socios de pleno derecho",*
- 6) *medición de los resultados del paciente, y*
- 7) *éxitos y satisfacción.*

Todos estos programas se han centrado en ayudar a la persona que lucha por recuperar su vida.

Recientemente, 62 países han aprobado un nuevo sistema de clasificación que se centra en el desempeño de funciones. Esta clasificación, conocida como Clasificación Internacional de Función, Discapacidad y Salud (International Classification of Function, Disability, and Health, ICF), se dirige al "desempeño de las funciones humanas, no simplemente a la discapacidad; un modelo universal y no un modelo para minorías; un modelo integrador y no simplemente médico o social; un modelo interactivo y no un modelo progresivo lineal; el modelo de paridad y no de causalidad etiológica; un modelo que incluye el contexto y no se dirige a la persona de forma aislada; un modelo que se aplica a las diversas culturas y no simplemente a los conceptos occidentales; un modelo operativo y no dirigido sólo por las teorías; y un modelo que abarca toda la vida y no simplemente la edad adulta" (OMS, 2001)

Ejemplos de cómo un psiquiatra trabajando en contextos de rehabilitación y clínicos se adapta a ambos abordajes

A continuación presentamos ejemplos de casos de cómo un contexto clínico se puede hacer más rehabilitador y cómo un contexto rehabilitador se puede hacer más clínico.

1 - Cómo un contexto rehabilitador se hizo más clínico: A mediados de la década de 1950 se produjeron varios avances importantes en la Massachusetts Rehabilitation Commission (MRC). Se crearon dos puestos nue-

vos: un Coordinador de Salud Mental y un Consultor Psiquiátrico de ámbito estatal. Juntos planificaron y pusieron en práctica el cambio del sistema. Se contrató a los psiquiatras para que actuaran como tutores de los consejeros de rehabilitación profesional y después actuaron como consultores psiquiátricos en las oficinas de la MRC. La función de estos consultores era realizar una "evaluación" de la información de fondo obtenida por los consejeros sobre los posibles pacientes, que afirmaban que tenían una discapacidad psiquiátrica, para asegurarse de que la persona tenía verdaderamente una discapacidad psiquiátrica y de que la información era suficiente para determinar si la persona tenía una "expectativa razonable" de volver a trabajar. Los consultores ayudaban a los consejeros a elaborar planes profesionales. También había consultas disponibles en cualquier momento del proceso, cuando el consejero pensaba que era necesario. También se creó el puesto de "Supervisor de Discapacidad Mental" en todas las consultas para dar apoyo a los consejeros de forma continua en su trabajo con esta nueva población.

Al mismo tiempo, se abrieron Talleres Supervisados en muchos centros hospitalarios estatales para ayudar a preparar a los pacientes ingresados para su alta. La MRC abrió "consultas en subdistritos" para "abrir casos" y participar en la planificación del alta. A mediados de la década de 1960 estos cambios del sistema contribuyeron a un importante aumento del número de pacientes que recibían servicios de rehabilitación profesional. Los hallazgos mostraron que la tasa pasó desde menos de una persona al año hasta el 15% de los casos abiertos.

A mediados de la década de 1970 estos talleres pasaron a la comunidad, y los programas de la MRC también lo hicieron. Con el paso del tiempo estos talleres fueron sustituidos por un mayor énfasis en el empleo con apoyo y en devolver a la persona a la mano de obra real. Merece la pena señalar el hecho de que estos avances fueron simultáneos a otros avances en el sistema de salud mental, el efecto de la introducción de clorpromazina en el primer caso, y los primeros pasos de la "desinstitucionalización" en el segundo.

2 - Cómo un contexto clínico se hizo rehabilitador: Una mujer de 35 años de edad con un trastorno psicótico mejoraba y expresó su interés en volver a trabajar. Una consejera de rehabilitación profesional confirmó que sus funciones eran estables y que quería volver a su trabajo como secretaria, que había desempeñado varios años antes. Sus habilidades estaban "oxidadas" y tenía miedo del transporte público, su único medio de transporte. La consejera propuso un plan de rehabilitación escalonado que incluía aprender a tomar el autobús sin sentir angustia, un curso de

reciclaje en una academia de secretariado local, y la inclusión en una bolsa de trabajo.

A la paciente le gustó este plan y lo comentó con su terapeuta, que llamó irritada a la consejera, insistiendo en que había derivado a la paciente para un trabajo. La consejera explicó que pensaba que la paciente podía volver a trabajar, aunque necesitaba un "proceso", una serie de pasos, para alcanzar el objetivo. La terapeuta consintió con reticencia a apoyar el plan. Seis meses después la paciente se estaba ajustando a su nuevo trabajo como secretaria.

Es evidente que la psicoterapeuta había ayudado a su paciente en su recuperación hasta tal punto que pudo pensar seriamente en volver a trabajar e hizo una derivación oportuna a los servicios de rehabilitación profesional. La asesora realizó una evaluación y propuso un plan de acción para poner en práctica este interés. La terapeuta no estaba preparada inicialmente para oír que el resultado de la derivación era "un proceso". Una conversación entre las dos proveedoras de servicios dejó clara la utilidad del abordaje: la paciente no estaba "preparada" para poner en práctica inmediatamente su objetivo sin pasos preparatorios... y el plan tuvo éxito a largo plazo. La terapeuta aprendió una elección importante de esta experiencia sobre la evaluación basada en intereses/puntos fuertes/necesidades y una planificación escalonada que pudo aplicar a su trabajo con otros pacientes. Esta experiencia también llevó a un curso de formación en la empresa entre los dos programas de la alianza de rehabilitación (McCrorry y cols., 1991).

Estas historias muestran el desarrollo clínico de los consejeros de rehabilitación profesional y de las prácticas de rehabilitación de los clínicos. Además, en una de las oficinas de la MRC, los consejeros mostraron su interés en cómo el consultor, tras la evaluación de la información de fondo, había predicho el riesgo de reingreso hospitalario de varios de sus pacientes. Una revisión del material mostró que había habido un patrón repetitivo de regresiones y remisiones en las historias clínicas. Un paciente con esquizofrenia había tenido una recaída de su psicosis. Y otro paciente que era una persona con un trastorno borderline de la personalidad había vuelto a tener tendencias suicidas. Antes de estos reingresos, los dos habían tenido un desempeño de funciones muy adecuado que los consejeros supieran, cuando, sin previo aviso, se vieron superados y necesitados de una asistencia intrahospitalaria.

Esto intrigó a los consejeros, que quisieron aprender a estar preparados para este riesgo y a prevenirlo en la medida de lo posible. Por lo tanto, durante varios meses cada una de las "revisiones de casos" se centró

en esta posibilidad. Al final de año la consulta había descubierto lo que llamaron la "crisis de rehabilitación" (McCrory y cols. 1980). Lo que es más importante, habían aprendido a prestar atención a este riesgo, especialmente en los pacientes que hacían cambios significativos en sus vidas. Este cambio desde una persona discapacitada a una persona "capaz" y la experiencia del conflicto y del estrés, que acompañaban a estos cambios, eran importantes indicadores que se debían tener en consideración.

La historia siguiente también es ilustrativa. El personal asesor de la agencia celebró un taller sobre Crisis de Rehabilitación. Se analizó el caso de un varón en la quinta década de la vida con un diagnóstico de esquizofrenia, que estaba a punto de empezar a trabajar en un puesto de transición. Dos intentos previos no habían tenido éxito porque el paciente presentó un cuadro psicótico, se mostró agresivo y precisó un reingreso. El taller llevó a que el consejero enviara por correo a la terapeuta del cliente una copia de un artículo sobre la Crisis de Rehabilitación y a una conversación telefónica sobre la idea de que el estrés de la transición superara al cliente, lo que llevó a una recaída de su psicosis y a un comportamiento agresivo. En la siguiente cita la terapeuta planteó este tema y descubrió que este "paso de progreso" había hecho que su paciente se sintiera tan incómodo que, en las dos ocasiones previas había abandonado el tratamiento en un intento de sabotear su éxito. Cuando tuvo la posibilidad de analizar el tema, el paciente decidió seguir adelante con el cambio del programa, y de hecho pidió que se aumentara la dosis del tratamiento e inició con éxito su nuevo trabajo competitivo. Finalmente se abandonó la utilización de los talleres supervisados para los pacientes con enfermedades persistentes y graves.

El personal asesor aprendió a prestar más atención a los riesgos de las transiciones en sus pacientes vulnerables. Se sensibilizaron no sólo a la sintomatología de sus pacientes, sino también a las situaciones que incrementaban el estrés. Aprendieron a reconocer estas situaciones o desencadenantes y a ofrecer apoyo antes de que el estrés se hiciera irresistible. Los psiquiatras descubrieron que los pacientes con síntomas podrían llegar a volver a trabajar y que con frecuencia la concordancia trabajo-persona también reducía los síntomas. Estos ejemplos ilustran el éxito de la colaboración entre consejeros en rehabilitación y clínicos. Los equipos clínicos y de rehabilitación integrados proporcionan actualmente nuevos abordajes trabajando de forma coordinada y cooperativa con pacientes que tienen enfermedades graves y persistentes, utilizando una amplia gama de prácticas de base científica y prometedoras según las necesidades y los deseos.

Conclusión

Este capítulo comenzó con un análisis de las muchas similitudes y diferencias esenciales entre los abordajes psicoterápico y rehabilitador psiquiátrico en el trabajo con personas que se enfrentan a enfermedades mentales graves y persistentes, llamando la atención sobre la compatibilidad básica de estos dos abordajes. Ha seguido revisando brevemente los muchos avances en ambos campos a lo largo del tiempo, con algunas referencias a la aparición de abordajes biológicos. Finalmente, ha hablado sobre la utilidad de la integración de estos abordajes y ha presentado ejemplos de cómo se consigue esto cuando los psicoterapeutas y los consejeros en rehabilitación trabajan juntos.

Los autores están convencidos de la utilidad de integrar los abordajes, de trabajar y aprender unos de otros en la práctica clínica, la formación y la investigación, porque ambos campos participan con los psicofarmacólogos en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de los pacientes con estas incapacitantes enfermedades. Este mensaje es muy oportuno en la medida en que en los últimos años se ha prestado mucha atención a la "fragmentación" de los sistemas asistenciales de salud mental. Muchos sistemas han crecido en las últimas cinco décadas de forma muy similar a la canción infantil "la casa que construyó Jack". Estos sistemas han elaborado programas de servicios/modelos de servicios separados y con frecuencia competitivos y con fuentes de financiación muy distintas, centrándose en necesidades diferentes, con lenguaje, objetivos y métodos diferentes. Sin embargo, los pacientes con enfermedades graves y persistentes necesitan acceder a una amplia variedad de opciones en diversos puntos de su proceso de recuperación. Por lo tanto, los sistemas y la práctica deben adaptarse a las ofertas de la ciencia y de la base de conocimientos disponibles.

Este capítulo es otra "llamada" a las estrategias integradoras fundamentales que se están extendiendo lentamente por todo el mundo. Independientemente de que un clínico o un rehabilitador apliquen estrategias de base científica, basadas en los valores, integradoras, específicas de base, ajustadas y flexibles, el resultado final sigue siendo la importancia de la colaboración en la relación laboral con personas que buscan la restauración de su vida.

Agradecimiento

Los Autores quieren agradecer a los asistentes de la presentación del primer borrador de este capítulo en el 15^a Congreso de la ISPS en Madrid por sus útiles comentarios, que nos ayudaron a dar forma a este trabajo.

Bibliografía

- Anthony WA. (2000). A recovery oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24:159-168.
- Anthony WA. (2003). Editorial: Bridging the gap between values and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 105.
- Anthony WA, Cohen M, Farkas M, y Gagne C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd Ed.) Boston, MA.: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College, Boston University.
- Anttinen EE. (1983). Can the vicious circle of chronicity and institutionalization be broken? *Psychiatria Fennica, Yearbook*, pp. 21-31. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.
- Basaglia F. (1982). Riabilitazione e controllo sociale. In F. Basaglia & F. Basaglia Ongaro (Eds.) *La maggioranza deviante*. Torino, Italy, Einaudi.
- Beard JH, Propst RN, Malamud TJ. (1982). The Fountain House Model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5: 47-53.
- Bybee D, Collins M, Mowbray CT. (1999). Supported education for individuals with psychiatric disabilities: Long-term outcome from an experimental study. *Social Work Research*, 23.
- Chittick RA, Brooks GW, Irons FS, y cols. (1961). *The Vermont Story: Rehabilitation of chronic schizophrenic patients*. Burlington, VT., Queen City Printers.
- Ciampi L. (1997). The Soteria concept: Theoretical bases and practices: 13 year experience with a multitherapeutic approach to acute schizophrenia. *Psychiatria et Neurologica Japonaca*, 9, 6334-650.
- Clark, H.B. & Davis, M. (2000). *Transition to Adulthood: A resource for Assisting Young People with Emotional or Behavioral Difficulties*. Baltimore, MD., Paul H. Brookes, Pubs.
- Copeland ME. (2005). WRAP: *Step by Step*. <http://www.copelandcenter.com>
- Cullberg J, Levander S, & Holmqvist R, y cols. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4):276-85.
- Deegan PE, & Drake RE. (2006). Shared Decision Making and Medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636-1639.
- DeSisto, M, Harding CM, McCormick RV, y cols. (1995). The Maine-Vermont three decade studies of serious mental illness: matched comparison of cross-sectional outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167:331-338.

- Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, y cols. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance abuse disorder: A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68:201-215.
- Drake RE, Noordsy DL. & Ackerson T. (1995). Integrating mental health and substance abuse treatments for persons with severe mental illness. In: A.E. Lehman & L.B. Dixon (Eds.) *Double Jeopardy: Chronic mental illness and substance abuse*. New York: Harwood Academic Publishers, Inc., 251-264.
- Fairweather GW. (Ed.) (1980). The Fairweather Lodge: A twenty-five year retrospective. *New Directions for Mental Health Services*. No.7. San Francisco, CA, Jossey-Bass, Pubs.
- Falloon IRH, Held T, Roncone R y cols. (1998). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 32:32-49.
- Fenton W. 2000 Evolving perspectives on individual psychotherapy. *Schizophrenia Bulletin*. 26 (1), 47-72.
- Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT y cols., (2006). The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32:214-219.
- Lieberman RP & Eckman TA. (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities: Overcoming obstacles to the utilization of a rehabilitation innovation. *British Journal of Psychiatry*, 155(Suppl.5), 117-122.
- McCrary DJ, Connolly PS, Hanson-Mayer TP y cols. (1980) The rehabilitation crisis: The impact of growth. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 11:136-139.
- McCrary DJ. (1991). The Rehabilitation Alliance. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1:58-66.
- McFarlane WR, Lukens E, Link B y cols. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52: 679-687.
- MedMAP and other Evidence-Based Practices - (2003) See <http://www.samhsa.gov>
- Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL y cols. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1 year effects of a psychoeducation; program in conjunction with pharmacology. *Biological Psychiatry*, 48: 582-592.
- Mosher L & Hendrix V. (2004). *Soteria: Through Madness to Deliverance*. San Diego, CA. XLIBRIS Corp.
- Mosher LR & Menn AZ. (1974). Soteria: An alternative to hospitalization for schizophrenia. In JH Masserman (Ed), *Current psychiatric therapies*. (Vol. XL, pp. 287-296). New York: Grune and Stratton.
- Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW y cols. (2004). Illness management and recovery: A review of the research. *APA Focus* 2:34-47.
- Mueser KT, Drake RE & Noordsy DL. (1998) Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4:129-139.
- Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK y cols. (2004). A cognitive-behavioral treatment program for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7:107-146.

- Paul GL, Stuve P & Menditto AA. (1997). Social-learning program (with token economy) for adult psychiatric inpatients. *The Clinical Psychologist*, 50:14-17.
- Rapp CA. (1998). *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. New York, Oxford University Press.
- Ragins M. <http://www.thevillage-isa.org>
- Ridgway P & Zipple AM. (1990). The paradigm shift in residential services: From linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 13:11-32.
- Stein LI & Test MA. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37: 392-397.
- Stroul B. (1984). *Principles of Community Support Systems*. Rockville, MD., National Institute of Mental Health.
- World Health Organization. (AVAD) *Disability adjusted life years* (2006) <http://www.who.int/healthinfo/bodAVAD/en/index.html>
- World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Endorsed by the 54th World Health assembly, 9th Plenary Meeting, May 22nd, Geneva Switzerland.

Soteria: un modelo de tratamiento y un movimiento de reforma en psiquiatría

Volkmar Aderhold

Dedicado a Loren Mosher

«Todo el mundo es mucho más simplemente humano que otra cosa»

H.S. Sullivan - *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (1953)

Introducción

El modelo de tratamiento de Soteria fue iniciado por el psiquiatra americano Loren Mosher a principios de la década de 1970. Como director del Centro de esquizofrenia del Instituto nacional de salud mental (1966-1980) desarrolló dos proyectos de investigación con financiación federal: «Soteria» (1971-1983) y «Emanon» (1974-1980). El objetivo era investigar los efectos de una terapia ambiental de apoyo («estar con») en individuos con un diagnóstico de «esquizofrenia» que experimentaban episodios psicóticos agudos por primera o segunda vez en su vida. En es-

tos programas los neurolépticos se evitaban por completo o sólo se daban a dosis bajas.

Desde que Luc Ciompi fundara Soteria Berna en 1984, se han desarrollado programas similares en Europa, la mayoría en forma de edificios residenciales situados en las proximidades de hospitales psiquiátricos. Hoy el modelo Soteria sigue siendo especialmente estimulante para el movimiento de consumidor /superviviente. Constituye una alternativa concreta al tratamiento tradicional dominado por el uso de neurolépticos, demuestra el potencial de autocuración de los individuos que sufren psicosis agudas y constituye un gran intento por humanizar la psiquiatría.

Raíces personales - Loren Mosher (1934-2004)

Siendo estudiante Mosher descubrió el existencialismo y la fenomenología al acercarse al sufrimiento humano inevitable y desarrolló un gran aprecio por la subjetividad, el aperturismo y las teorías divergentes. Su formación psiquiátrica en Harvard estuvo poderosamente influida por Elvin Semrad, que estaba menos obsesionado con curar pacientes que por explorar con ellos sus vidas, guiado por el conocimiento, el respeto y la empatía. Semrad impulsó las experiencias de confrontación con la inseguridad, imprevisibilidad e ininteligibilidad, que son fundamentales en los problemas psiquiátricos y que desencadenan la ansiedad entre «terapeutas» y pacientes por igual. Otra fuente importante de influencia sobre Mosher fue la forma en que Sullivan (1962) presentaba las relaciones humanas terapéuticas en su teoría interpersonal y la aplicaba en su medio especialmente diseñado para personas con esquizofrenia, en el hospital Sheppard-Pratt, a finales de la década de 1920.

Después de su residencia, Mosher pasó los años 1966 y 1967 como miembro de la clínica Tavistock de Londres, donde conoció a John Bowlby y a Anna Freud. Al mismo tiempo, se mantuvo en contacto con Kingsley Hall (1965-1970), una comunidad terapéutica de individuos con un diagnóstico de «esquizofrenia» dirigida por R. D. Laing. Este entorno estaba diseñado para permitir deambular por las experiencias psicóticas sin influencias patológicazantes innecesarias. Al final Mosher se sintió como un extraño en Kingsley Hall y la institución parecía desamparada para enfrentarse a las dificultades de sus residentes. De todos modos Kingsley Hall fue un punto de referencia para el desarrollo del modelo Soteria, tanto en un sentido positivo como negativo.

Mosher adoptó una fenomenología aplicada de los estudios clínicos de R. D. Laing (1960, 1967) y del análisis existencial (*Daseins*) de Medard Boss (1963). Durante esos años, también se interesó por la teoría del "labelling" propuesta por Scheff (1966), que sugería que la condición de los que padecían trastornos mentales acostumbra a empeorar cuando se les asigna la etiqueta de «loco». Mosher también coincidió con el análisis de Irving Goffman (1961) de la rígida estructura de los hospitales psiquiátricos, clarificando los viejos procesos de institucionalización predominantes y sus consecuencias perjudiciales para los pacientes. También estaba familiarizado con los planteamientos de los hospitales psiquiátricos municipales como el de Fairweather Lodge (Fairweather y col., 1969).

Entender la psicosis

Mosher mantuvo toda la vida su escepticismo frente a modelos de «esquizofrenia», entre otros motivos porque oscurecían una visión fenomenológica abierta, en especial desde que el uso de este término no ha disminuido el enigma de los fenómenos hasta la fecha. Mosher veía las psicosis como un mecanismo de defensa y una respuesta a años de acontecimientos diversos que se experimentaban subjetivamente como traumáticos y que hacían que la persona se retrajese de la realidad. Los características de las experiencias y las conductas de la «psicosis», entre ellos la irracionalidad, el terror y las experiencias místicas, se contemplan como extremos de cualidades humanas básicas.

El contexto Soteria

Un entorno «hogareño» en un edificio de 12 habitaciones con jardín, en un barrio bastante pobre de San José (California) que ofrece una terapia de medios intensivos a 6-7 personas, llamadas residentes o clientes. Por motivos de investigación eran personas solteras con un diagnóstico reciente de «esquizofrenia» y solamente se admitían uno o dos residentes nuevos cada mes.

Se seleccionaron unas siete personas a tiempo completo, más voluntarios, en función de sus características individuales más formales, caracterizados por su fortaleza psicológica, independencia, madurez, calidez y empatía. El personal de Soteria era significativamente más intuitivo, introvertido, flexible y tolerante a estados alterados de la conciencia que el

personal de la unidad de ingresados de psiquiatría general (Hirschfeld y col. 1977; Mosher y col. 1973). Estos trazos de personalidad parecen ser sumamente importantes para el éxito en este tipo de trabajo.

Los antiguos residentes podían convertirse en miembros del personal, cosa que sucedió en varias ocasiones. Soteria empleaba a un psiquiatra a una cuarta parte de jornada, que visitaba la casa una vez por semana y al que siempre se podía llamar. Los turnos de 24 o 48 horas daban la oportunidad de estar con los residentes durante períodos de tiempo prolongados experimentando así ciclos completos psicóticos, biológicos y psicológicos de los clientes, a la vez que se evitaban las separaciones traumáticas debidas a la rotación del personal, una experiencia que solamente miembros de la familia u otros íntimos experimentan en condiciones normales.

En épocas de gran actividad, casi siempre desde la tarde hasta medianoche, Soteria tenía una mezcla el 50% de personas relativamente «organizadas» y desorganizadas, incluyendo clientes en fase de recuperación y voluntarios (Mosher y Hendrix 2004).

Procedimientos

La función principal del personal es «estar con» los clientes desorganizados sin la expectativa de que tengan que estar haciendo nada en concreto. Si tienen miedo, deberán pedir ayuda. Generalmente se conseguía una recuperación parcial de los clientes en el plazo de 6-8 semanas, mientras que la duración media de la estancia fue de 4-5 meses.

Soteria fue un sistema social abierto que permitía un acceso, marcha y retorno fáciles mientras hiciera falta. Todo el mundo compartía los quehaceres diarios de la casa en la medida en que podía. Los papeles apenas estaban mínimamente diferenciados para estimular la flexibilidad, poniendo poco énfasis en la jerarquía, lo que implicaba un funcionamiento relativamente informal del día a día. Lo principal era la integración en la comunidad local (Mosher, 1972, 1992).

En lugar de una «terapia» formal y tradicionalmente definida, se ofrecía yoga, masaje, arte, música, danza, deportes, excursiones, ir de tiendas, cocina, etcétera. Estas actividades eran muy apreciadas. Se programaban entrevistas especiales para tratar problemas interpersonales cuando aparecían y se ofrecía mediación familiar cuando era necesario. Se estimulaba mucho la continuidad de las relaciones después de marcharse de la casa.

Normas generales de comportamiento, interacción y expectativas:

- No perjudicar.
- Tratar a todos y esperar ser tratado con dignidad y respeto.
- Garantizar el asilo, tranquilidad, seguridad, apoyo, protección, contención, validación interpersonal, comida y cobijo.
- Esperar una recuperación de la psicosis, lo que puede implicar aprender y crecer a través de y desde la experiencia psicótica.
- Ofrecer explicaciones positivas y optimistas.
- Identificar las explicaciones plausibles: destacar la biografía, acontecimientos vitales y factores desencadenantes en lugar de la vulnerabilidad, promoviendo experiencias de éxito.
- Estimular al paciente a desarrollar su propio plan de tratamiento; se le considera el experto.
- Identificar los aspectos significativos de la vida más allá de ser un paciente.
- No asumir la responsabilidad de nada que los clientes sean capaces de conseguir, confiar en la autoayuda.
- No aplicar las etiquetas «esquizofrenia» ni «esquizofrénico».

Reglas

- Está prohibida la violencia contra uno mismo o contra los demás.
- No se permite la entrada de visitantes sin cita previa y conformidad de los residentes de la casa. Los miembros de la familia y amigos son bienvenidos pero se prefiere que planifiquen sus visitas con antelación.
- No se permiten drogas ilegales en la casa. (En la práctica los residentes raramente utilizaban drogas ilegales y desde luego no en la casa).
- No se permiten relaciones sexuales entre el personal y los residentes (una forma de tabú de incesto).
- Mientras no sean una amenaza para los propios residentes o para terceros, se toleran comportamientos humanos extremos.

Tres fases

1. Crisis agudas

Durante esta fase se recurre al «estar con» como práctica de fenomenología interpersonal. El uso de una sala especial (como la «sala blanda» de Berna) se abandonó rápidamente a favor de una forma fluida interpersonal de «estar con», en diversos escenarios físicos y sociales.

«(El) principio más básico es “estar con”, una forma atenta pero no intrusiva y gradual de meterse uno mismo “en la piel de la otra persona” de manera que se puede establecer un significado compartido de los aspectos subjetivos de la experiencia psicótica con una relación de confianza. Esto exige una aceptación incondicional de la experiencia de los demás como algo válido y comprensible dentro del contexto histórico de la vida de cada persona, incluso cuando no se puede validar de forma consensuada. Soteria también prestó mucha atención a la experiencia de la situación del cuidador (no muy distinto del concepto psicoanalítico de la “transferencia” [y contratransferencia]. El método pretendía mantener la atención en todo del “estar” (“Dasein”) en relación con los demás» (Bola, Mosher y col. 2005).

Se publicaron informes detallados de casos en Mosher y Hendrix (2004) y en Mosher & Hendrix y col. (1994).

2. Restitución de la personalidad fragmentada en un contexto protegido

Durante esta fase se espera que el residente se involucre en las rutinas diarias; para el personal señala un cambio de papel, pasando de ser un «padre» a una relación más simétrica entre iguales. Para normalizar la experiencia de la psicosis, se la refiere al contexto biográfico de la persona, enmarcada en términos positivos y descrita en lenguaje cotidiano.

Desarrollar relaciones es muy importante para facilitar un proceso de imitación e identificación entre los clientes y para que el personal sea capaz de reconocer los acontecimientos desencadenantes y las emociones dolorosas que surgen de ellos. Habitualmente estas emociones se niegan, pero en Soteria se discutían hasta que se llegaban a tolerar.

3. Orientación al mundo exterior

Esto implica una diversificación de papeles, una competencia creciente y el desarrollo de nuevas relaciones dentro y fuera de la casa: coopera-

ción, planificación, acuerdos. Era habitual alcanzar un consenso entre todo el grupo antes de dar de alta a un residente.

El desarrollo natural de la red social de iguales continuaba después del alta para ayudar a la recuperación y facilitar la integración en la comunidad, lo que implicaba ayuda directa con el alojamiento, educación, trabajo y vida social. Una vez que uno había sido miembro de la comunidad de Soteria, siempre era bienvenido en caso de que tuviera dificultades, mientras hubiera sitio en la casa. Todos eran bienvenidos por igual, incluso aunque no tuviera ningún problema o sólo quisieran hacer vida social o ayudar con las actividades. Con el tiempo tanto los residentes como el personal establecían relaciones sociales fuera de la propia residencia.

Mosher creía que esta red tenía una importancia crucial para el resultado a largo plazo del trabajo de Soteria. La «comunidad Soteria» seguía activa por lo menos 10 años después de cerrar el programa. Nunca se investigó formalmente desde que tuvo un desarrollo no planificado.

Voyce Hendrix estima que aproximadamente el 5% de los residentes fueron hospitalizados durante su estancia en Soteria porque el personal tenía la sensación de que no era capaz de evitar que se dañasen a sí mismos o a otros, si bien este tipo de decisiones a menudo las tomaba todo el grupo.

Medicación

Siempre que se podía evitar no se administraban neurolépticos durante las primeras seis semanas de tratamiento. Sin embargo, se permitían las benzodiazepinas. Si no se conseguía una mejora suficiente al cabo de seis semanas, se iniciaba la clorpromazina (*thorazine*) a dosis de 300 mg o más (Mosher y Menn, 1978). Básicamente se suponía que la medicación quedaba bajo el control de cada residente. Las dosis se ajustaban en función de la autoobservación y comunicaciones al personal. Al cabo de dos semanas el paciente podía decidir si continuaba con la medicación o no (Mosher, Hendrix y col., 1994).

«Actualmente mi postura es que puesto que no existen alternativas reales a los fármacos antipsicóticos, es insostenible estar totalmente contra ellos. Por lo tanto, ocasionalmente los recomiendo para personas gravemente alteradas como parte de una planificación de colaboración con mi cliente, aunque a las dosis más bajas y durante el tiempo más breve posibles. Sin embargo, en lugar de antipsicóticos, prefiero calmar la psicosis agudas y restablecer los ciclos de sueño y vigilia con un tratamiento inicial a base de tranquilizantes menores acompañado de una intervención de la crisis en casa» (Mosher en: Mosher y Hendrix 2004).

Supervisión

Los psiquiatras y el investigador principal eran los encargados de supervisar al personal. «Se exploraban con detalle los sentimientos que parecían hacer que el personal pasase de “estar con” a “hacer a”» (Mosher y col. 1973, p.393).

Dirección y financiación

Alma Menn se convirtió en el director del programa de Soteria. Durante los años siguientes, hasta que Soteria y Emanon se cerraron, Joyce Hendrix trabajó como coordinador del programa. Inicialmente Soteria sólo tenía financiación para 18 meses. Durante los 10 años siguientes se solicitaron y presentaron ocho informes de continuación, y se realizaron cinco visitas del lugar por parte de revisores federales. «Nuestra beca se revisó más veces y por más comités que cualesquiera otra de la historia del Instituto nacional de salud mental (NIMH)» (Mosher y Hendrix 2004, p. 304).

En 1976 Mosher terminó como investigador principal de Soteria y el diseño de investigación cambió desde el de la primera cohorte, en el que se asignaba un tratamiento (1971-1976, con 79 sujetos), a un diseño experimental con asignación aleatoria en la segunda cohorte (1976-1979, con 100 sujetos).

En 1980 Mosher fue apartado de su puesto de jefe del Centro de esquizofrenia del NIMH mientras disfrutaba de un período sabático en Italia para escribir un libro sobre psiquiatría hospitalaria. «Todo esto sucedió a causa de mi fuerte oposición al uso excesivo de la medicación y su desprecio por las intervenciones psicológicas sin fármacos para tratar los trastornos psicológicos» (Mosher y Hendrix 2004).

Una vez que se acabó la financiación del NIMH, a pesar de seguir con un cuidadoso método de recogida de datos y resultados positivos, Emanon y Soteria solamente permanecieron abiertos hasta 1980 y 1983 respectivamente.

Diseño experimental

En la primera cohorte (1971-1976, n= 79) el proyecto Soteria aplicó una comparación de tratamientos casi experimental con admisiones consecutivas y asignación al tratamiento en función del espacio disponible; en la segunda cohorte se aplicó un diseño experimental con asignación aleato-

ria (1976-1979, n= 100). Se recogían datos durante los dos años siguientes al ingreso. Se reclutaban sujetos de las salas de urgencias de los dos hospitales psiquiátricos del área de la bahía de San Francisco, para el grupo de estudio o el de control. A todas las personas que cumplían los criterios se les pedía que firmasen un consentimiento informado. (Mosher y Menn, 1978; Bola y Mosher, 2003).

Criterios de inclusión (en la segunda cohorte)

- edad de 15 a 32 años, sin estar casado en la actualidad (grupo de pronóstico relativamente malo)
- diagnóstico inicial de esquizofrenia por tres médicos independientes (DSM-II)
- la hospitalización se consideraba necesaria
- una o ninguna hospitalización previa con un diagnóstico de esquizofrenia durante menos de cuatro semanas
- tratamiento de alta no sometido a control

Grupo de control

- tratado en una sala psiquiátrica de un hospital general, bien dotado de personal, y con un modelo médico
- el 94% fue tratado con antipsicóticos (una media de 700 mg de clorpromazina o equivalente al día)
- prácticamente todos recibieron medicación al alta
- se les trasladaba a otros puntos de la red psiquiátrica después de la alta en caso necesario
- el tratamiento después de la alta no se controlaba

Resultados

Resultados a las seis semanas

Los resultados de ambos grupos (medidos con la GAS ,escala psicopatológica global) fueron similares y mostraron una mejoría significativa. Pero como sólo el 33% de los sujetos de Soteria se trataron con neurolépticos

durante las primeras seis semanas (un 12% con tratamiento continuo). Soteria demostró que en la mayoría de los clientes era igual de eficaz que los neurolépticos para reducir los síntomas agudos (Mosher y col. 1995).

Resultados a los dos años

El análisis separado de las dos cohortes experimentales arrojó unos resultados globales igual de favorables que el grupo de control y significativamente mejores con respecto a la condición de vida independiente. Mientras que la primera cohorte experimental mostró una tasa significativamente menor de recidiva (y de medicación) en dos años (Mosher y Menn, 1978) la segunda cohorte solamente mostró una tendencia no significativa en este sentido. Mosher sugería que esto podría haberse debido al efecto desmoralizante de la inestabilidad financiera del programa sobre el personal y en particular a la disolución de las redes sociales que se habían desarrollado en torno a ambas casas (Soteria y Emanon).

En la primera cohorte se demostró un impacto positivo de la intervención de Soteria sobre la prevención de recidivas, o más bien sobre la prevención de nuevas hospitalizaciones, durante un periodo de dos años, aplicando análisis de supervivencia (Matthews y col. 1979). Los residentes de Soteria (n=32) alcanzaron tasas de supervivencia significativamente mejores transcurridos dos años, especialmente los que se trataron sin neurolépticos (92% en la primera cohorte), que el 50% de los sujetos de control (total n=36) que se trataron con neurolépticos continuamente durante dos años.

En su *reanálisis integral* de ambas cohortes (consúltense los detalles metodológicos en Bola y Mosher 2003), se incluyeron todos los que habían completado el estudio y se dividieron en varios subgrupos, teniendo en cuenta las mayores tasas de abandono entre los sujetos de control. El 28% de los sujetos de control (50 de 179) había desaparecido del seguimiento a los dos años.

Sujetos con respuesta sin fármacos

Al cabo de dos años de seguimiento, el grupo sin fármacos (43% de los sujetos de Soteria) estaba bastante por encima (0,82 veces la desviación estándar, DE) de la media de la muestra total del ensayo, en una escala de resultados constituida por las dimensiones de nueva hospitalización, psicopatología, vida independiente, funciones sociales y profesionales.

Como se indica en el resumen, los resultados clave para los sujetos de Soteria que completaron el estudio fueron (Bola y col., 2005):

- para *todos los sujetos* Soteria tuvo un efecto beneficioso de magnitud moderada (+0,47 DE; $t = 2,20$; $p = 0,03$).
- para los *sujetos esquizofrénicos* Soteria tuvo un efecto beneficioso de gran magnitud (+0,81 DE; $t = 2,42$; $p = 0,02$).
- los sujetos con un diagnóstico de *trastorno esquizofreniforme* también obtuvieron resultados mejores tratados con Soteria; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa (+ 0,34 DE, $t = 1,22$; n.s.).

El 43% de los sujetos que pasaron por el programa Soteria no se trataron con antipsicóticos durante el seguimiento y alcanzaron resultados extraordinariamente buenos (media 0,82 veces la DE por encima, en una escala de resultados constituida por las dimensiones de nueva hospitalización, psicopatología, vida independiente, funciones sociales y profesionales).

Luc Ciompi y Soteria de Berna

Teoría de la esquizofrenia

Para Ciompi, igual que para Mosher, todas las teorías de la esquizofrenia se deberían basar en el elemento básico y fundamentalmente humano del «ser esquizofrénico». Todos los aspectos de la experiencia esquizofrénica tienen sentido desde la perspectiva de la biografía.

En su libro «*Affeklogik*» (1982) Luc Ciompi desarrolló una visión sofisticada del planteamiento de Soteria con una mezcla inteligente y exhaustiva de resultados empíricos y perspectivas teóricas, todos con el objetivo de conseguir que las psicosis fuesen más comprensibles. Integró los aspectos fenomenológicos y psicopatológicos, subjetivos y objetivos, afectivos y cognitivos, biológicos y sociales. Los elementos centrales de la presentación de Ciompi son los estudios longitudinales de pacientes con esquizofrenia (Ciompi y Muller, 1976), las referencias a factores psicosociales del curso de la enfermedad (Ciompi, 1980, 1988), la psicología del desarrollo de Piaget, la teoría de sistemas, las terapias individuales psicoanalíticas y familiares sistémicas, y la neurobiología. Posteriormente Ciompi también prestó atención al importante papel de los afectos en la organización de los procesos (intra)psíquicos (Ciompi, 1991, 1997) y completó su modelo de psicosis con consideraciones basadas en la teoría del caos como una teoría de la dinámica de sistemas no lineales y caóticos (Ciompi 1989, Ciompi y col., 1992).

Según la «afectológica» (con su doble significado de «la lógica de los afectos» y de «afectividad de la lógica») Ciompi entiende una psicosis aguda como un tipo de desintegración llevada por la ansiedad de «sistemas de relación afectivos y cognitivos» difusos o «programas concernientes a los sentimientos, pensamientos y comportamientos», con el posible resultado de crear «reinos afectivos y cognitivos» relativamente aislados, es decir, ideas delirantes. La transición hacia una psicosis manifiesta se puede entender desde una perspectiva de la teoría del caos, como un salto de fase no lineal (bifurcación) dado un exceso de afecto; en consecuencia, la remisión se puede considerar como una inversión de este salto en condiciones de relajación.

La imagen de referencia del tratamiento de la psicosis aguda, según Ciompi, es «una buena madre que intuitivamente sabe cómo calmar a su hijo atrapado en terribles ataques de fiebre delirante» (Ciompi, en: Ciompi y col. 2001, p. 60). En consecuencia, atribuye una gran importancia a la protección de los estímulos, destacando una relajación emocional persistente, calmando la ansiedad y con una relación continua que le llevó a reintroducir la «sala blanda» en el tratamiento de los estados agudos. La comunicación inequívoca y no contradictoria es otro elemento importante del tratamiento (Ciompi y col. 1991, 1992b).

Desarrollo de Soteria de Berna

En 1984 Ciompi fundó Soteria de Berna porque se había «contagiado» durante su estancia en la Soteria de California siete años atrás. Estuvo al cargo del proyecto hasta 1998, año en que le sucedió Holger Hoffman. A diferencia de Mosher, Ciompi se consideraba un «reformista psiquiátrico» (Ciompi, en Ciompi y col. 2001, p. 46) y desde un principio pretendía integrar la Soteria de Berna en la red de servicios municipales de salud mental, estableciéndola como un marco teórico dentro de un modelo bio-psico-social de la psicosis. En Berna, más de la mitad del personal eran profesionales de la salud mental.

Fundamentalmente el proceso específico por etapas tiene una estructura similar en Berna y en California. Se destacan la relajación y la protección frente a los estímulos durante la fase aguda. Soteria de Berna añadió la «sala blanda» para la fase inicial del tratamiento en la que los residentes y asistentes pasaban la mayor parte del tiempo durante los primeros días y semanas de su estancia. Se aplica el diagnóstico de esquizofrenia y se discute abiertamente con los pacientes y sus familiares.

Comparada con la Soteria de California, Berna recurre a un mantenimiento más preventivo de la medicación durante la fase de reintegración y a un abordaje más sistemático con tratamientos individuales y familiares.

Soteria de Berna dice que solamente el 10-15% de los individuos que experimentan un primer episodio psicótico no se pueden tratar en su programa, lo que indica un nivel de selectividad bastante bajo.

Evaluación de la investigación

La evaluación de la investigación ha llevado a una replicación de los estudios de Soteria en una nueva estructura del programa que era completamente independiente de sus predecesoras americanas. Llegado este punto, Ciompi escogió un diseño de estudio prospectivo de dos años que incluía a 22 sujetos con un primer episodio de psicosis que cumplieran los criterios DSM-III de esquizofrenia y los comparó con un grupo de control emparejado formado por 22 individuos estadísticamente similares en edad, sexo, ajuste social premórbido de síntomas predominantes positivos o negativos, reclutados de cuatro servicios clínicos distintos.

Los resultados de este esfuerzo no fueron tan impresionantes como los del estudio de Soteria original, dado que los resultados en las áreas de psicopatología, reintegración social y vocacional, y tasas de recidiva, no fueron mejores que los de otros centros de control que funcionaban bien. Una diferencia destacable fue el hecho de que transcurridos dos años (igual que California) solamente el 9% de los sujetos de Soteria vivían en casa de sus padres, frente al 34% del grupo de control, un resultado que apunta hacia una mayor capacidad para tener un estilo de vida independiente.

La proporción de sujetos con un primer y episodio que no se trataron con neurolépticos fue del 30%. Además, entre los sujetos de control las dosis fueron tres a cinco veces mayores (Ciompi y col. 1993).

Al principio los costes de tratamiento por paciente en el estudio piloto fueron mayores, pero ultimamente se habían reducido al 90% el coste del tratamiento agudo del ingreso al reducir la duración media de la estancia en Soteria de Berna a tres meses

Donde había una mayor probabilidad de encontrar un efecto especialmente positivo del tratamiento era en el dominio de las experiencias subjetivas: satisfacción, autoestima, concepto positivo de sí mismo, des-

arrolló de la personalidad a largo plazo, menos estigmatización y discriminación entre los residentes y sus familiares («datos relativos» de una investigación cualitativa que todavía tiene que completarse formalmente).

Soteria de Berna consiguió llegar a estar firmemente establecida dentro del sistema de servicios psicosociales de Berna, sirviendo como programa modelo. Desde su fundación, Soteria de Berna ha sido un estímulo para los usuarios y proveedores del servicio como un programa modelo y un lugar de formación. Otra característica única de Soteria de Berna es la derivación regular de antiguos residentes a psicoterapia ambulatoria, especialmente utilizando los servicios de Elizabeth Aebi, un antiguo miembro del personal de Soteria y psicoanalista con mucha experiencia.

Desarrollos posteriores

En años recientes la duración de la estancia se ha acortado a tres meses en respuesta a las presiones de las mutuas. Esto hizo que el uso de la «sala blanda» fuese más limitado en el tiempo. El objetivo terapéutico se centra más en la relajación y en proporcionar una protección frente a una estimulación excesiva, que en un interactivo «estar con» la experiencia psicótica. Con respecto a la farmacoterapia, Ciompi prefiere dosis bajas a un tratamiento sin fármacos. En los últimos años se administraban neurolépticos en el plazo de 2-3 semanas si persistían los síntomas. Además, se recetaban neurolépticos de mantenimiento a dosis bajas como una norma para evitar las recidivas, dado que en Soteria de California las tasas de recidiva solamente se redujeron moderadamente (primera cohorte) y en Berna nada en absoluto.

La tasa de readmisión relativamente baja del 12% y la administración fundamentalmente rutinaria de neurolépticos indican una conexión bastante próxima con el sistema de atención tradicional (lo que quizá sugiera que Soteria sigue siendo una experiencia singular con un impacto bastante limitado).

Los conceptos de Ciompi de psicosis y tratamiento agudo para proporcionar una relajación emocional persistente pretenden un alto grado de objetividad científica en virtud a su tendencia a evitar directrices prácticas, de una forma considerablemente más estructurada que el abordaje fenomenológico abierto de Mosher. Sin embargo, incluso el propio Ciompi comparte algo de escepticismo sobre las explicaciones científicas en una reflexión personal posterior sobre Soteria que expresa un «profundo

respeto ante el misterio irresoluto de la esquizofrenia: con los años se han descubierto supuestamente los misterios demasiadas veces, o han sido infringidos por alguna verdad parcial, ya sea desde una perspectiva dinámica genética, eugénica, psicofarmacológica, social o familiar. Igual que Loren Mosher, he llegado a la conclusión, tras frecuentes y casi inofensivos excesos dogmáticos, de que la incertidumbre teórica y la inmediatez emocional de una persona inexperta comprometida y empática, sin duda con un diálogo constante con expertos igualmente empáticos, puede acercarse más a la verdad más profunda de este “trastorno” enigmático (o por lo menos causar menos daño) que cualquier teoría grandilocuente (Ciompi, en: Ciompi y col. 2001, p. 179).

Intentos de explicar la eficacia de Soteria

Mosher:

- Facilitaba nuevas relaciones:

«Las relaciones eran elementos decisivos: en Soteria, si no aparecían no cambiaba nada. Pero es que era casi imposible evitar que se formase algún tipo de relación. La única cuestión era qué tipo de relaciones había que impulsar». (Mosher y col. 1994, p. 15)

- Desarrollaba una identidad más independiente:

«Sin la red de apoyo de relaciones interpersonales básicas, los clientes no eran capaces de desarrollar una identidad independiente de sus familias de origen. Si no tenían éxito en esta cuestión, esos jóvenes que acababan de salir de casa de sus padres en pleno episodio psicótico estaban condenados a otra crisis». (Mosher y col. 1994, p 67)

Aparte de esto, existen bastantes coincidencias entre el planteamiento de Soteria y los elementos terapéuticos más destacados de Frank (1972):

- Un entorno percibido como curativo.
- Una relación de confianza con el terapeuta.
- Elaborar explicaciones plausibles para los problemas presentados.
- Favorecer expectativas positivas de futuro, fundamentalmente mediante las cualidades personales del terapeuta.
- Impulsar la posibilidad de tener experiencias positivas como parte del proceso terapéutico.

Ciampi

Para explicar los efectos de Soteria, Ciampi construye su concepto de la afecto-lógica. El principal elemento es la reducción constante de la tensión, que contiene otros «componentes más sutiles» que no son fáciles de identificar (Ciampi, en: Ciampi y col. 2001). Este factor fundamental se corresponde teóricamente con el concepto de «lógica afectiva» del punto de vista de Ciampi sobre la psicosis, porque influye sobre la capacidad que tienen «los afectos para impactar sobre el pensamiento y el comportamiento» (id. p. 50) y también porque imitan los efectos de los neurolépticos en ese contexto (id. p. 60).

Difusión y replicabilidad del planteamiento Soteria

Desde la fundación de Soteria en 1971 se han puesto en marcha aproximadamente 12 proyectos similares por todo el mundo, la mayoría de ellos en Europa. Actualmente existen proyectos en Berna (Suiza), Zwielfalten y Munich Haar (Alemania), Estocolmo norte (Suecia), varios en Dinamarca y uno a iniciar en Alaska en 2008. Otras 11 iniciativas han flaqueado por falta de cooperación de los hospitales de la zona. Esta claro que cualquier éxito de la aplicación de Soteria se apoya en una colaboración directa con un hospital regional (en: Ciampi y col., 2001).

La gran popularidad y las réplicas de Soteria en los países europeos probablemente es el resultado del planteamiento más integrador de Luc Ciampi. Ciampi especula que la actitud antipsiquiátrica de Loren Mosher y su posición crítica contra los neurolépticos ha sido un gran obstáculo para que se replicase por Estados Unidos.

Además, el modelo Soteria ha contribuido a crear unidades de ingreso de pacientes agudos dentro del sistema de salud mental establecido que emplea los denominados «elementos de Soteria» (Kroll, 1998): los primeros ejemplos fueron dos salas del hospital psiquiátrico de Gütersloh (que se cerró en 2001 por un cambio de administración) y de Giessen; por lo menos ha habido otras ocho unidades de internamientos similares y residencias para crisis, todas ellas promulgando explícitamente el concepto de Soteria.

Tanto Mosher como Ciampi han dado la bienvenida a este desarrollo del principio. Mientras tanto, se observado un cierto nivel de polarización entre el concepto original de Soteria y estas unidades de ingreso de pacientes agudos que recurren a elementos de Soteria. Existe un conflicto con la difusión de los principios de Soteria a base de integrarlos en el sistema de tratamiento estándar: podría implicar el riesgo de diluir el efecto

del tratamiento y etiquetarlo erróneamente. Por otro lado, también preocupa que mantener la idea original con su considerable potencial terapéutico y su aversión a los neurolépticos implica el riesgo de que aún se la margine más y acabe provocando su extinción.

En circunstancias ideales asumo que estos dos planteamientos pueden ser válidos, especialmente si se muestran claramente las intenciones. Sin embargo, en este punto yo abogaré fundamentalmente por el establecimiento de programas auténticos de Soteria para apoyar la investigación y seguir desarrollando el programa. Evidentemente, esta posición no tiene en cuenta el nivel de la oposición generalizada a estos esfuerzos.

Soteria como «movimiento ideológico» e idea orientativa

Más allá de todo esto, la idea de Soteria ha contribuido al hecho de que los aspectos del medio e interpersonales del tratamiento, especialmente en países de habla alemana, se tomen un poco más en serio. «En los últimos 15-20 años hemos sido continuamente acompañados, abiertamente o no, por el modelo Soteria. Se ha convertido en una medida de los métodos de tratamiento humanos, un planteamiento humano de los pacientes, incluso una medida de la conducta apropiada de los médicos». (Maneros, en: Ciompi y col. 2001, p. 219). La influencia de la idea de Soteria y sus aplicaciones también prevalece en los países del norte de Europa (v. Capítulo 12). Como parte del «Proyecto paracaídas» multicéntrico sueco, en diversas regiones se dispusieron pequeños apartamentos de crisis fuera del hospital que facilitaban la intervención rápida de las crisis. Los pacientes que recurrieron a estos apartamentos obtuvieron unos resultados significativamente mejores en sus funciones psicosociales que los sujetos de control y estaban especialmente satisfechos con este tratamiento, igual que sus familias. (Cullberg y col. 2002, 2006). Las condiciones especiales del contexto de los programas de tipo Soteria se pueden crear en un hogar familiar, en una residencia no familiar o en una red de reuniones celebradas prácticamente en cualquier sitio. Finlandia ha sido pionera en este tipo de asistencia (Alanen y col. 2000, Lehtinen y col., 2000; Seikkula y col., 2003), que ahora también se estudia en Suecia (Cullberg y col. 2002); cf. Bola, Mosher & Cohen (2005).

Valoración y punto de vista personal

El modelo Soteria ha constituido un notable impulso para mejorar el medio terapéutico dentro del sistema de asistencia aguda, sobre todo en

los países de habla alemana, con lo que ha hecho una contribución fundamental para mejorar la calidad de los servicios y las vidas de los individuos que sufren psicosis. Además, han surgido diversos modelos de programas que han aplicado con éxito algunos de los elementos de Soteria en los servicios habituales. Sin embargo, casi nunca se puede proporcionar un «estar con» continuo más allá de unas cuantas horas. En los últimos años no se han creado programas clásicos de Soteria.

Actualmente existe el riesgo de que el desarrollo de Soteria se detenga o incluso inicie un retroceso gradual, sobre todo dadas las afirmaciones de que los nuevos neurolépticos «atípicos» serían suficientes para resolver los problemas. Con limitaciones financieras cada vez mayores, estamos asistiendo a una reducción de los tratamientos psicosociales en los servicios ofrecidos a los individuos con psicosis.

Desde mi punto de vista el potencial histórico y terapéutico de los conceptos de Soteria dista mucho de estar agotado. Muy probablemente la combinación de las instalaciones de Soteria con los equipos de tratamiento de psicosis de los hospitales que trabajan con el modelo adaptado a las necesidades pueda ofrecer la mejor oportunidad para su supervivencia. (Alanen y col. 2000; Alanen 1997; Aderhold y col. 2003). Un planteamiento así reduciría significativamente la duración de la estancia en Soteria y, por lo tanto, sus costes. Lehtinen y col. (2000) y Seikkula y col. (2003, 2006) han demostrado que un sistema de servicios fundamentalmente ambulatorios como éste puede ofrecer tratamiento sin neurolépticos al 40-70% de los individuos que sufren un primer episodio psicótico (v. también Bola y col., 2006). En tres regiones y dos cohortes históricas estos subgrupos obtuvieron mejores resultados que sus controles. Este modelo también se evaluó con éxito en Suecia (Cullberg y col. 2002, 2006).

Supongo que un mayor refinamiento de los métodos neurobiológicos aportará una mayor claridad sobre los efectos «antipsicóticos» de las relaciones terapéuticas y los entornos relajantes sobre los sistemas neuronales que se alteran con las psicosis, y por lo tanto aportará un mayor fundamento para incluir el modelo Soteria entre los tratamientos clave de las psicosis.

También es bastante probable que una mayor percepción de la toxicidad de los neurolépticos atípicos, junto con los síndromes de déficits inducidos por el fármaco, la obesidad, elevación de los niveles de colesterol, diabetes, incremento de la muerte celular (apoptosis; p.ej. en Bonelli 2005) y de la mortalidad, especialmente cuando se prescriben combinados con otros fármacos (Henderson y col. 2005, Joukamaa y col. 2006), facilitará la reconsideración del todo del potencial que tiene el tratamiento

psicosocial. El objetivo debería ser evitar los fármacos por completo al menos en el 40% de los pacientes, o por lo menos aplicarlos a la dosis mínima posible para limitar sus potenciales riesgos.

Los neurolépticos se deben considerar como elementos de compromiso histórico y no como una solución curativa. Se debe abrir un debate ético franco sobre su uso entre los usuarios del servicio y sus organizaciones. Más servicios de Soteria combinados con equipos basados en hospitales que apliquen el modelo de tratamiento adaptado a las necesidades permitirían más estudios multicéntricos con muestras más grandes.

Un modelo de tratamiento como el de Soteria puede convertirse en un punto de encuentro de los usuarios del servicio y sus familiares, especialmente en Europa. Los profesionales todavía parecen estar frustrados por la dependencia económica de la industria farmacéutica, que ha invadido todo el sistema médico insidiosamente (Angell 2004), junto con las creencias unidireccionales determinadas por el reduccionismo biológico. Actualmente hay un notable esfuerzo, sobre todo en Inglaterra (Comité de Salud del Parlamento, 2005) para frenar la influencia de la industria farmacéutica sobre el sistema médico. Existe un movimiento internacional creciente para promover y difundir Soteria y otros programas alternativos de tratamientos similares (p.ej. <http://www.soterianetwork.org/>; www.intar.org). Soy optimista y creo en los movimientos que han promovido el diálogo a lo largo de la historia.

Bibliografía

- Aderhold V, Alanen Y, Hess G, Hohn P. (Hrsg) (2003): *Psychotherapie der Psychosen Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Gießen: psychosozial.
- Alanen YO. (1997): *Schizophrenia - Its Origins and Need-Adapted Treatment*, London: Karnac.
- Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K. et al. (2000). The Finnish model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In: B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. London: Gaskell, pp. 235-65.
- Angell M. (2004): *The Truth about the Drug Companies - How they deceive us and what to do about it*. New York: Random House.
- Bola JR, Lehtinen K, Aaltonen J, et al- (2006): Predicting medication-free treatment response in acute psychosis: Cross-validation from the Finnish Need-Adapted project. *J Nervous Mental Disease* 194:732-9.
- Bola JR, Mosher LR. (2003): Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcomes from Soteria Project: *J Nervous Mental Disease* 191: 219-29.

- Bola JR, Mosher LR & Cohen D. (2005) Treatment of newly diagnosed psychosis without antipsychotic drugs: The Soteria project. In: *Mental Disorders in the Social Environment: Critical Perspectives from Social Work*, ed, S. Kirk. New York: Columbia University Press.
- Bonelli RM, Hofmann P, Aschoff A, Niederwieser G, Heuberger C, Jirikowski G., Kampfhammer H P. (2005): The influence of psychotropic drugs on cerebral cell death: female neurovulnerability to antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology* 20, S. 145-49.
- Boss M. (1963): *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*. New York (Basic Books).
- Ciampi L. (1980): Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 48: 237-48.
- Ciampi L. (1982): *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta. (English edition: *The Psyche and Schizophrenia. The Bond between Affect and Logic*. Cambridge MA: Harvard Univ. Press, 1988).
- Ciampi L. (1988): Learning from outcome studies. Towards a comprehensive biological-psychological understanding of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1: 373-84.
- Ciampi L. (1997): *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ciampi L. (1989): The dynamics of complex biological-psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 155: 15-21.
- Ciampi L, Ambühl H, Dünki R. (1992a): Schizophrenie und Chaostheorie. *System Familie* 5: 133-47.
- Ciampi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi, E. (1991): Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. *Nervenarzt* 62: 428-35.
- Ciampi L, Dauwalder HP, Maier C. et al. (1992b). The pilot project 'Soteria Berne': Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*, 161(Suppl. 18): 145-53.
- Ciampi L, Hoffmann H, Broccard M. (Hrsg.) (2001): *Wie wirkt Soteria?*, Bern (Huber).
- Ciampi L, Kupper Z, Aebi E. et al. (1993): Das Pilot-Projekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. *Nervenarzt* 64: 440-50.
- Ciampi L, Müller C. (1976): *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*. Heidelberg, New York, Berlin (Springer).
- Cullberg J, Levander S, Holmquist R. et al. (2002): One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4): 276-85.
- Cullberg J, Mattsson M, Levander S et al (2006): Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish 'Parachute Project' and Two Comparison Groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (10).
- Fairweather GW, Sanders D, Cressler D, & Maynard H. (1969). *Community Life for the Mentally Ill: An Alternative to Institutional Care*. Chicago: Aldine.

- Goffman E. (1961): *Asylums*. Garden City N.Y.: Anchor.
- Henderson DC, Nguyen DD, Copeland PM et al. (2005): Clozapine; diabetes mellitus, hyperlipidemia and cardiovascular risks and mortality: Results of a 10-Year naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 66: 1116-21.
- Hirschfeld RM, Matthews SM, Mosher LR, & Menn AZ. (1977) Being with madness: Personality characteristics of three treatment staffs. *Hospital and Community Psychiatry* 28: 267-73.
- House of Commons Health Committee (2005): *The influence of the pharmaceutical industry*. <http://www.parliament.the-stationary-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf>.
- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P et al. (2006): Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *British J Psychiatry*. 188.122-27.
- Kroll B. (1998): *Mit Soteria auf Reformkurs*, Gütersloh.
- Laing RD. (1960): *The Divided Self*. Chicago: Quadrangle Books.
- Laing RD. (1967): *The Politics of Experience*, New York: Ballantine Books.
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T. et al. (2000): Two-Year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry* 15: 312-20.
- Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, Menn AZ. (1979) A Non-Neuroleptic Treatment for Schizophrenia: Analysis of the Two-Year Postdischarge Risk of Relapse. *Schizophrenia Bulletin* 5: 322-33.
- Mosher LR (1972). A research design for evaluating psychosocial treatment for schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 23): 17-22.
- Mosher LR. (1992). The social environment treatment of psychosis: Critical Ingredients. In A. Webart and J. Culberg (Eds.), *Psychotherapy of schizophrenia: Facilitating and obstructive factors* (pp. 254-260). Oslo: Scandinavian University Press.
- Mosher LR, Hendrix V, et al. (1994). *Dabeisein: Das Manual zur Praxis in der Soteria*, Bonn (Psychiatrie-Verlag).
- Mosher LR, Hendrix F, with Fort DC. (2004): *Soteria - through madness to deliverance*. To Order: Xlibris Corporation, www.Xlibris.com,
- Mosher LR. and Menn AZ. (1978). Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up. *Hospital and Community Psychiatry* 29: 715-23.
- Mosher LR, Reifman A, Menn AZ. (1973): Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry* 24:391-96.
- Mosher LR, Vallone R, Menn A. (1995). The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six week psychopathology outcome data from the Soteria project. *International Journal of Social Psychiatry*, 41:157-73.
- Scheff T. (1966). *Being Mentally Ill*. Chicago: Aldine.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J et al. (2003): Open Dialogue Approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services* 5:163-82.

Seikkula, J.; Aaltonen, J.; Alakare, B.; Haarakangas, K. (2006): Five-year Experience of first episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case studies. *Psychotherapy Research* 16: 214-28

Sullivan H S. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.

Sullivan H S. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New York (Norton).

Desinstitucionalización y neurolépticos: El mito y la realidad

Robert Whitaker

La mayoría de las historias de la psiquiatría atribuye el vaciamiento de los hospitales mentales de los Estados Unidos y de otros países occidentales a la aparición de la clorpromazina y de otros fármacos antipsicóticos en la década de 1950, y considera que éste es un momento fundamental en la atención de los pacientes con enfermedad mental por parte de la sociedad. En su libro de 1997 *A History of Psychiatry* (Historia de la psiquiatría), Edward Shorter resumió con claridad esta creencia: “La clorpromazina inició una revolución en la psiquiatría, comparable a la introducción de la penicilina en la medicina general”. Afirmaba que con este fármaco los pacientes esquizofrénicos “podían llevar vidas relativamente normales y no estar confinados a las instituciones” (Shorter, 1997). Es una historia reconfortante de progreso, y permite que los Estados Unidos y otros países occidentales piensen que, por imperfecta que sea la asistencia moderna, está a años luz de lo que había antes.

Sin embargo, hay muchos motivos para poner en duda esta historia de progreso, al menos en los Estados Unidos. Desde la introducción de la clorpromazina, el porcentaje de estadounidenses discapacitados por las enfermedades mentales ha aumentado cinco veces (Whitaker, 2005). Hay

cientos de miles de pacientes con enfermedad mental que están sin hogar o que están internados en prisiones de los Estados Unidos. E incluso los que permanecen bastante estables con el tratamiento con fármacos antipsicóticos se ven con frecuencia con multitud de problemas físicos que pueden incluir disquinesia tardía, obesidad, diabetes, trastornos hematólogicos, impotencia y problemas cardiovasculares. También hay datos de que los fármacos pueden producir una muerte prematura.

Por lo tanto, hemos avanzado en el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales graves, ¿o no? De hecho, es bastante sencillo escribir una historia alternativa de la psiquiatría, una historia que no muestre ningún avance en absoluto. Se puede afirmar que la forma más progresiva de tratamiento que hemos tenido, al menos en los Estados Unidos, tanto en relación con su humanidad como en su capacidad de ayudar a las personas a recuperarse, tuvo lugar a principios de la década de 1800, cuando los cuáqueros defendieron la idea de tratamiento moral, donde se podía atender a los locos en pequeños refugios.

Tratamiento Moral

Aunque podemos pensar en Philippe Pinel como el padre de la psiquiatría moderna, fueron los cuáqueros de York, en Inglaterra, los que elaboraron el modelo asistencial que se adoptó en los Estados Unidos a principios de la década de 1800. El York Retreat (véase *Capítulo 2*) era un lugar sencillo, con jardines y paseos donde los enfermos podían respirar aire limpio. Los cuáqueros alimentaban a sus pacientes cuatro veces al día, y celebraban “juegos de té” en los que se animaba a los pacientes a que se disfrazaran. Durante el día se mantenía ocupados a los pacientes con diversas tareas (costura, jardinería y otras actividades domésticas) y se les daba la oportunidad de leer, escribir y jugar a juegos como el ajedrez.

Según señalaron los cuáqueros de York en 1813, este método de tratamiento producía buenos resultados: durante los 15 primeros años del Retreat se recuperó el 70% de los pacientes cuya enfermedad había durado menos de 12 meses, lo que significa que se les había dado de alta y no habían vuelto al Retreat. Incluso el 25% de los pacientes que habían tenido una enfermedad crónica antes de venir al Retreat, a los que se consideraba incurables, se recuperó (Tuke 1813/1996).

Los cuáqueros de Filadelfia abrieron el primer asilo para tratamiento moral en los Estados Unidos en 1817, y pronto se establecieron centros si-

milares en Boston, Hartford, Nueva York y otras ciudades. El primer asilo público se abrió en Worcester, Massachusetts, en 1833, y en 1841 había 16 asilos privados y públicos en los Estados Unidos que prometían administrar un tratamiento moral a los lunáticos.

La característica definitoria de un asilo para el tratamiento moral estaba definida de una manera bastante clara. Se debía intentar que el centro fuera pequeño, y que asistiera a no más de 250 pacientes. Debía estar localizado en el campo, embellecido por parterres y jardines, en donde los enfermos mentales podían respirar aire limpio y encontrar consuelo en el cuidado de las plantas. Se suponía que el propio edificio debía ser agradable desde el punto de vista arquitectónico, porque se pensaba que los locos eran particularmente sensibles a las influencias estéticas. El asilo debía estar dirigido por un superintendente que fuera "razonable, humanitario... que poseyera estabilidad y dignidad de carácter, suave y ... compasivo" (Scull, 1989). Y finalmente, se debía mantener ocupados a los pacientes con diversas tareas (jardinería, lectura, juegos y tareas educativas) que pudieran distraer sus mentes de sus pensamientos obsesivos y locos.

Los historiadores que han retrocedido y examinado los archivos de los primeros asilos de tratamiento moral han concluido que esta forma de tratamiento ayudó a muchos a curarse. En las primeras décadas del tratamiento moral, se daba de alta en el primer año al 35%-80% de todos los pacientes ingresados, y se consideraba que la mayoría de los pacientes a los que se daba de alta estaban curados (Dain, 1964; Grob 1973, 1994; Scull, 1989). En el Pennsylvania Hospital, dirigido por Thomas Kirkbride durante más de 40 años, durante el período de su dirección se dio de alta por curación al 45% de 8546 pacientes "lunáticos", y a otro 25% se dio de alta por mejoría (Morton, 1895). Mientras tanto, un estudio de seguimiento a largo plazo de 984 pacientes dados de alta del Worcester State Lunatic Asylum entre 1833 y 1846, que se realizó en la década de 1880, encontró que el 58% había seguido bien durante toda la vida. El 7% había tenido una recaída al menos una vez, aunque posteriormente habían vuelto a la comunidad. Sólo el 35% había tenido una enfermedad crónica o había muerto mientras persistía la enfermedad mental (Bockoven, 1972).

Por supuesto, no tenemos forma de saber que diagnósticos se habrían asignado actualmente a esos pacientes. Sin embargo, es evidente que estaban bastante graves cuando ingresaron: el asilo de Worcester admitía a "lunáticos con locura furiosa, y peligrosos para la paz y la seguridad de la comunidad" (Torrey, 2001). Además, en 1850 sólo una de cada 5000 personas de los Estados Unidos estaba en un manicomio, y por lo tanto es evidente que los pacientes estaban, en relación con su trastorno de conducta, en el extremo más lejano del espectro (Torrey, 2001).

La Caída del Tratamiento en Manicomios: 1850-1950

La caída del tratamiento moral se puso en marcha en la década de 1840, cuando la reformadora Dorothea Dix, una mujer de Massachusetts que ella misma había sufrido una crisis varios años antes y que se recuperó tras un año de reposo, presionó a los gobiernos estatales a que construyeran manicomios que administraran tratamiento moral y que esta humanitaria forma de tratamiento pudiera estar disponible para todos. En 1840 sólo había en los Estados Unidos 2561 pacientes atendidos en hospitales y manicomios, y, por lo tanto, muchas personas “locas” estaban recluidas en míseras cárceles y hospicios (Deutsch, 1937). En respuesta a las emotivas llamadas de Dix, los Estados respondieron generosamente con una oleada de construcción de manicomios, y en 1880 había 139 hospitales mentales privados y públicos en los Estados Unidos. Sin embargo, a medida que avanzaba esta oleada de construcción de manicomios, los Estados comenzaron a internar en estas instituciones a personas con todo tipo de enfermedades. Los pequeños “retiros” se convirtieron en hospitales abarrotados y escasamente financiados que albergaban a 500 pacientes o más, y, evidentemente, los que tenían enfermedades orgánicas (la senilidad de la ancianidad, aterosclerosis cerebral, tumores cerebrales y demencia asociada a sífilis en estadio avanzado) no tenían ninguna esperanza de recuperación. Las instituciones se llenaron de pacientes crónicos. Se llegó a ver la terapia moral como una forma fracasada de tratamiento.

La “ciencia” que modeló de forma más directa la asistencia de los enfermos mentales por parte de la sociedad en el medio siglo siguiente fue la eugenesia (término acuñado en 1862 por el inglés Sir Francis Galton). Los partidarios de la eugenesia afirmaban que se debía estimular a procrear a las personas que tenían “genes buenos”, mientras que se debía evitar que procrearan las personas que tenían genes malos, y, por supuesto, los enfermos mentales estaban a la cabeza de esta categoría de “incapaces”.

En 1896 Connecticut aprobó una ley que prohibía que los “locos” se casaran, y otros Estados siguieron rápidamente esta estela. En 1907 Indiana se convirtió en el primer Estado que aprobó una ley de esterilización obligatoria. En 1945 se habían realizado operaciones de este tipo a 21.311 personas de hospitales mentales estatales estadounidenses (Robitscher, 1973). Al mismo tiempo, los Estados empezaron a segregar a los enfermos mentales por períodos cada vez más prolongados. Por ejemplo, sólo el 42% de los pacientes con un primer episodio que ingresaron en los hospitales del Estado de Nueva York entre 1909 y 1911 fueron dados de alta en los 17 años siguientes (Grob, 1983). Al darse de alta a tan pocos pa-

cientes, el número de enfermos mentales hospitalizados aumentó rápidamente desde 151.507 en 1903 hasta 272.527 en 1929 (Myerson, 1936), lo que llevó a la revista *Journal of Heredity* a afirmar sin recato en un editorial que “la segregación de los enfermos mentales está bastante completa” (Popenoe, 1923).

Neurolépticos y Desinstitucionalización

Con el final de la Segunda Guerra Mundial y la revelación completa de los horrores de la Alemania nazi, la eugenesia se convirtió en una ciencia deshonrada. Ya no era aceptable afirmar que se debía segregar a los enfermos mentales debido a su mal “plasma germinal”, y en aquel momento los estados empezaron a hablar de buscar alternativas a los hospitales mentales. El número de enfermos mentales hospitalizados superaba poco a poco los 500.000, y los costes colectivos de la asistencia de estos pacientes habían alcanzado los 500 millones de dólares, un gasto que deseaban reducir. A principios de la década de 1950, el Consejo de Gobiernos Estatales articuló una visión de la reforma. “En los hospitales estatales hay muchas personas que actualmente no necesitan mantener un tratamiento hospitalario psiquiátrico”, según anunció el Consejo. “Se deben emplear las consultas ambulatorias y se deben desarrollar otros recursos comunitarios para atender a las personas que necesiten ayuda, pero no un ingreso hospitalario” (Council of State Governments, 1950; Rusk, 1954).

En los años siguientes los Estados comenzaron a desarrollar iniciativas asistenciales comunitarias, canalizando al menos a algunos enfermos mentales a residencias de ancianos y centros de reinserción. En 1955 el censo de pacientes en los hospitales mentales estatales alcanzó un récord histórico de 558.600, y posteriormente, en los seis años siguientes, disminuyó ligeramente hasta 528.000. Como la disminución había coincidido con la introducción de los neurolépticos (la utilización clorpromazina comenzó en los Estados Unidos en 1954), dos investigadores del New York State Department of Mental Hygiene, Henry Brill y Robert Patton, concluyeron que esta pequeña disminución se debía a los nuevos neurolépticos. No hicieron ninguna referencia al cambio de política que habían anunciado los Estados antes de la introducción de la clorpromazina (Brill y Patton, 1962).

Sin embargo, California sí comparó las tasas de alta de los pacientes esquizofrénicos tratados con y sin neurolépticos, y sus resultados contradijeron la conclusión a la que habían llegado Brill y Patton. En un estudio de 1413 varones esquizofrénicos con un primer episodio que ingresaron

en los hospitales californianos en 1956 y 1957, los investigadores encontraron que “los pacientes tratados con fármacos tienden a tener periodos más prolongados de ingreso hospitalario; además, los hospitales en los que se trata con estos fármacos a un mayor porcentaje de pacientes con un primer ingreso por esquizofrenia tienden a tener tasas de retención ligeramente mayores para este grupo en conjunto” (Epstein y cols., 1962).

El verdadero período de desinstitucionalización en los Estados Unidos se extendió desde 1963 hasta finales de la década de 1970, y este éxodo estuvo impulsado por un cambio de las políticas sociales y fiscales. En 1963 el gobierno federal empezó a asumir algunos de los costes de la asistencia de los enfermos mentales que no estaban en instituciones estatales, y dos años después la legislación de Medicare y Medicaid incrementó la financiación federal para la asistencia de los pacientes mentales en contextos extrahospitalarios. Naturalmente, los Estados respondieron enviando a los enfermos hospitalizados a residencias de ancianos y otros asilos. En 1972, una reforma de la Ley de Seguridad Social autorizó el pago por el gobierno federal de pensiones por incapacidad a los enfermos mentales, lo que aceleró la transferencia de los pacientes hospitalizados a centros privados. Como consecuencia de estos cambios de las políticas *fiscales*, el número de pacientes ingresados en los hospitales mentales estatales disminuyó desde 504.600 en 1963 hasta 153.544 en 1978 (Scull, 1984).

Neurolépticos y Enfermedad Crónica

El primer estudio bien diseñado sobre la eficacia de los neurolépticos lo realizó el *National Institute of Mental Health* en 1961. Fue un estudio de nueve hospitales que incluyó a 344 pacientes con esquizofrenia, y al cabo de seis semanas el 75% de los pacientes tratados con fármacos había mejorado “mucho” o “muchísimo” en comparación con el 23% de los pacientes tratados con el placebo. La investigación del NIMH concluyó que ya no se debía considerar que los neurolépticos eran simples “tranquilizantes”, sino fármacos “antiesquizofrénicos”, lo que sugería que la ciencia había desarrollado algo parecido a una bala mágica para esta enfermedad (Cole y cols., 1964). Este hallazgo encaja perfectamente con la historia de progreso médico que habían avanzado Brill y Patton, y también contribuyó a llevar a John F. Kennedy a anunciar un plan nacional para sustituir los hospitales centrales estatales por una red de asistencia comunitaria. Afirmó que los nuevos fármacos “hacían posible tratar con éxito a la mayoría de los enfermos mentales en sus propias comunidades y devolverles su lugar útil en la sociedad” (New York Times, 6 de febrero de 1963).

Actualmente se sigue citando ese estudio de seis semanas en el sentido de que demuestra la eficacia de los neurolépticos en el control de los episodios agudos de la esquizofrenia. Sin embargo, el estudio de seguimiento que realizaron los investigadores del NIMH narra una historia muy diferente. Encontraron, para su sorpresa, que al final de un año “los pacientes que habían recibido el tratamiento con el placebo tenían menos probabilidad de reingresar que los que habían recibido cualquiera de las tres fenotiazinas activas” (Schooler y cols., 1967). Este resultado planteó una inquietante posibilidad: aunque los fármacos eran eficaces a corto plazo, tal vez hacían que las personas fueran biológicamente más vulnerables a la psicosis a largo plazo, lo que explicaría las mayores tasas de ingreso al cabo de un año.

Otros estudios intensificaron pronto esta sospecha. Los pacientes tratados con fármacos entraban y salían de los hospitales de forma cíclica, y los investigadores señalaron que parecía que “las recaídas durante la administración de los fármacos tienen mayor gravedad que cuando no se administran fármacos” (Gardos y Cole, 1977). Bockoven y Solomon (1975) refirieron que el 45% de los pacientes tratados en el Boston Psychopathic Hospital en 1947 con un modelo asistencial avanzado no tuvo recaídas en los cinco años siguientes al alta, y que el 76% vivía con éxito en la comunidad al final ese periodo de seguimiento. Por el contrario, sólo el 31% de los pacientes tratados en 1967 con neurolépticos en un centro de salud comunitario permaneció libre de recidivas en los cinco años siguientes, y en conjunto eran mucho más “dependientes socialmente” (en relación con el bienestar y la necesidad de otras formas de apoyo) que los de la cohorte de 1947.

Con el creciente debate sobre los neurolépticos, el NIMH financió tres estudios en la década de 1970 que analizaron si se podía tratar con éxito sin fármacos a los pacientes con un episodio temprano de esquizofrenia. En todos los casos los pacientes tratados sin fármacos tuvieron mejor evolución. En 1977, Carpenter y cols. encontraron que sólo el 35% de los pacientes tratados sin fármacos (tratados con un abordaje psicoterápico intensivo) tuvo una recaída en el año siguiente al alta, en comparación con el 45% de los pacientes tratados con neurolépticos. Los pacientes tratados sin fármacos también tenían menos depresión, menos inhibición emocional y menos lentitud motora (Carpenter y cols., 1977). Rappaport y cols. (1978) señalaron que en un estudio de 80 varones jóvenes esquizofrénicos que ingresaron en un hospital estatal, sólo el 27% de los pacientes tratados sin neurolépticos tuvo una recaída en los tres años siguientes al alta, en comparación con el 62% del grupo tratado con fármacos. El último estudio lo realizó Loren Mosher, en aquel tiempo director de investigación en esquizofrenia del NIMH (*véase el Capítulo 23; Bola y Mosher, 2003*).

En conjunto, los resultados de los estudios de Mosher, Rappaport y Carpenter planteaban una conclusión desconcertante: la exposición a los neurolépticos aumentaba la incidencia de recaídas a largo plazo. El grupo de Carpenter definió el enigma:

No hay duda de que, una vez que se trata a los pacientes con fármacos, son menos vulnerables a las recaídas si se les mantiene con neurolépticos. Pero ¿que habría ocurrido si nunca se hubiera tratado de entrada con fármacos a estos pacientes? ... Planteamos la posibilidad de que los fármacos antipsicóticos pueden hacer que algunos pacientes esquizofrénicos sean más vulnerables a las recaídas futuras que en la evolución natural de la enfermedad (Carpenter y cols., 1977).

A finales de la década de 1970, dos médicos de la McGill University de Montreal, Guy Chouinard y Barry Jones, ofrecieron una explicación biológica de este fenómeno. El encéfalo responde a los neurolépticos (que bloquean entre el 70% y 90% de todos los receptores dopaminérgicos D₂ del encéfalo) como si fueran una agresión patológica. Como compensación, las células dopaminérgicas del encéfalo aumentan la densidad de los receptores D₂ en un 30% o más. El encéfalo es en este momento "supersensible" a la dopamina, y se piensa que este neurotransmisor es un mediador de las psicosis. La persona se ha hecho más vulnerable biológicamente a la psicosis, y hay un riesgo particularmente elevado de recaída grave en el caso de que dejen de tomar súbitamente los fármacos (Chouinard y cols., 1978; Chouinard y Jones, 1980).

Por lo tanto, el cuadro de la investigación estaba bastante completo. Se sabía que los neurolépticos producían un vertiginoso conjunto de efectos adversos físicos y emocionales, e incluso en el síntoma fundamental de la psicosis, los pacientes tratados con fármacos tenían peor evolución que los pacientes que recibieron el placebo a largo plazo. Dos años antes Jonathan Cole, una de las figuras pioneras en la psicofarmacología, que había dirigido el primer estudio del NIMH, publicó, con G. Gardos, un artículo cuyo provocativo título era "Maintenance Antipsychotic Therapy: Is the Cure Worse than the Disease" (Tratamiento antipsicótico de mantenimiento: ¿es el remedio peor que la enfermedad?), en el que concluyeron que "se debe intentar determinar la viabilidad de la interrupción del fármaco en todos los pacientes" (Cole y Gardos, 1977).

Otros Datos Confirmatorios

Todos los datos estaban en la escena hace 25 años, y desde entonces se han realizado diversos estudios que confirman que el tratamiento neuroléptico estándar en los Estados Unidos, que supone decir a todos los pacientes esquizofrénicos que tienen una enfermedad cerebral incurable y que deben recibir fármacos antipsicóticos durante el resto de sus vidas, ha sido un fracaso abismal y que no tiene surge de la “medicina basada en la evidencia”.

Tal vez los hallazgos más irrefutables proceden de la Organización Mundial de la Salud, que en las décadas de 1970 y 1980 realizó dos estudios que compararon la evolución de la esquizofrenia en los países “desarrollados” y “subdesarrollados”. En el primer estudio, que se inició en 1969, los investigadores de la OMS encontraron que en tres países pobres (la India, Nigeria y Colombia) los pacientes tenían una evolución mucho mejor a los 2 y 5 años de seguimiento que los pacientes de los Estados Unidos y otros cuatro países desarrollados. A los cinco años aproximadamente el 64% de los pacientes de los países pobres estaba asintomático y con un buen nivel de desempeño de funciones. Por el contrario, sólo el 18% de los pacientes de los países ricos estaba en esta categoría de evolución favorable. La diferencia de evolución fue tal que los investigadores de la OMS concluyeron que vivir en un país desarrollado era un “importante factor predictivo” de que un paciente esquizofrénico nunca se recuperaría por completo (Leff y cols., 1992).

Estos hallazgos sorprendieron a los psiquiatras occidentales, y por ello la Organización Mundial de la Salud realizó un segundo estudio para ver si se confirmaban los hallazgos. Esta vez comparó la evolución durante dos años en 10 países, y se centró en los esquizofrénicos con un primer episodio, todos diagnosticados según criterios occidentales. Los resultados fueron los mismos. En los países pobres el 63% de los esquizofrénicos tuvo una buena evolución. Tan sólo poco más de un tercio evolucionó hacia la cronicidad. En los países ricos el cociente de evolución buena a mala fue casi exactamente inverso. Sólo el 37% tuvo una evolución favorable, y el resto de los pacientes no tuvo una evolución tan buena (Jablensky y cols., 1992).

Los investigadores de la OMS no identificaron una causa de esta importante disparidad de resultados. Sin embargo, sí observaron que había una diferencia en el tratamiento médico que se había suministrado. Los médicos de los países pobres generalmente no trataban a sus pacientes con neurolépticos, mientras que los médicos de los países ricos sí lo hacían.

an. En los países pobres sólo se trató con los fármacos al 16% de los pacientes, en comparación con el 61% de los pacientes de los países ricos. Una vez más, los datos apuntaron a la misma conclusión: hay correlación entre la utilización de neurolépticos de forma continua y una mala evolución a largo plazo.

Hay abundantes estudios de este tipo. En 1994 Courtenay Harding encontró que un tercio de todos los esquizofrénicos que habían estado en un pabellón de crónicos en el Vermont Hospital en la década de 1950, se había recuperado como consecuencia de un programa de rehabilitación, y que todos los pacientes de este grupo recuperado compartían una característica: habían dejado de tomar neurolépticos (McGuire, 2000). Concluyó que era un mito que los pacientes deben recibir tratamiento farmacológico durante toda la vida, y que “en realidad puede ser un pequeño porcentaje el que precise medicación de forma indefinida” (Harding y Zahniser, 1994). Aquel mismo año, investigadores de la Harvard Medical School encontraron que la evolución a largo plazo de los pacientes con esquizofrenia había empeorado en los 20 años previos, y que en ese momento no estaban mejor de lo que habían estado en 1900, cuando la hidroterapia en el tratamiento de moda (Hegarty y cols., 1994). Los investigadores de Harvard también señalaron que en los estudios en los que se retiraron gradualmente los neurolépticos, sólo poco más de un tercio de los pacientes tuvo una recurrencia en los seis meses siguientes, y que los que llegaban a los seis meses sin una recurrencia tenían una probabilidad elevada de permanecer bien de forma indefinida. “El riesgo posterior de recaída era notablemente bajo”, según escribieron (Viguera y cols., 1997). Finalmente, en un estudio de pacientes con esquizofrenia del área de Chicago, investigadores de la University of Illinois Medical School señalaron en 2007 que el 40% de los pacientes que se negaron a tomar fármacos antipsicóticos se había recuperado en los seguimientos de los 5 y los 15 años, frente al 5% de los pacientes tratados con fármacos (Harrow y Jobe, 2007).

El fracaso de la revolución psicofarmacológica, con su énfasis en “fármacos de por vida”, también se puede ver en un contexto más amplio en el número cada vez mayor de enfermos mentales discapacitados en los Estados Unidos. Hasta la década de 1950, el número de enfermos mentales hospitalizados constituía una estimación aproximada de este grupo, y en aquel año había 550.000 pacientes en hospitales estatales, o 3,38 personas por cada 1000. En la actualidad los enfermos mentales discapacitados reciben una pensión de incapacidad del programa Social Security Disability Insurance (SSDI) o del programa Supplemental Security Income (SSI), y muchos viven en refugios residenciales o en otros alojamientos subvencionados. Así, el paciente hospitalizado de hace 50 años recibe una pen-

sión del SSDI o del SSI, y en 2003 había 5.726.000 personas en los Estados Unidos que recibían uno (o ambos) de estos pagos, lo que representa una tasa de discapacidad de 19,69 personas por cada 1000, lo que es más de cinco veces que en 1955.

Un Modelo para la Reforma

Por supuesto, hay pacientes esquizofrénicos que se benefician de los neurolépticos, y por lo tanto el reto es extraer de los estudios de resultados un paradigma diferente para su utilización. Y lo que los estudios de investigación indican es esto: primero, se debe tratar inicialmente sin fármacos a los pacientes que presenten un episodio temprano, porque esto permitiría que muchos pacientes (el 50% o más, de acuerdo con los estudios realizados por Carpenter, Rappaport y Mosher en la década de 1970) se recuperaran de la psicosis sin ser sometidos a los cambios inducidos por los fármacos que hacen que una persona sea más vulnerable a la psicosis a largo plazo. Segundo, todos los pacientes estabilizados con los fármacos deben tener la oportunidad de retirarlos gradualmente, porque muchos (aproximadamente dos tercios, según los investigadores de Harvard) no tendrán una recaída y tendrán una probabilidad elevada de permanecer bien de forma indefinida. En otras palabras, los datos hablan a favor de un uso selectivo y cauto de los fármacos, y, de forma sorprendente, los investigadores finlandeses y suecos que han seguido este abordaje en un contexto terapéutico de orientación psicoterápica han descrito buenos resultados (Cullberg, 1999, 2002; Lehtinen, V., y cols., 2000; Lehtinen, K., 2001).

La sociedad también debe dar un refugio seguro a los pacientes psicóticos, y es aquí donde el tratamiento moral podría actuar como guía. Se podrían construir pequeños retiros modelados según los asilos del tratamiento moral de principios del siglo XIX, con la utilización selectiva y cauta de neurolépticos que se ha descrito antes. *El experimento Soteria* de Loren Mosher mostró que este abordaje podría ser útil en la actualidad. Aunque la mayoría de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico, los pacientes dormían en dormitorios no cerrados, y se esperaba que ayudaran a cocinar y a realizar otras tareas de la casa. Se esperaba que el personal les tratara con dignidad y respeto y que "estuviera con ellos" en su lucha con sus propias mentes. Los buenos resultados de Mosher llevaron a Luc Ciompi, en Suiza, a establecer un hogar en Soteria (véase el Capítulo 23), y en 1992 Ciompi concluyó que los pacientes con un primer episodio a los que se trataba con dosis nulas o muy bajas de fármacos "obte-

nían resultados significativamente mejores” que los pacientes tratados de forma convencional (Ciompi y cols., 1992). Por supuesto, ésta era la firma de una buena ciencia: los resultados de Mosher fueron replicados por un segundo investigador.

Sin embargo, nada de esto va a suceder en los Estados Unidos. El punto de vista aceptado es que los fármacos permitieron la desinstitucionalización, y que esto inauguró la era moderna de tratamiento “científico” que ha mejorado mucho las vidas de los pacientes con enfermedades mentales graves. Aunque esta historia no se confirma por la propia investigación de los psiquiatras, es un mito reconfortante para la sociedad moderna, a la vez que aporta grandes beneficios a las compañías farmacéuticas y a un sistema psiquiátrico que vende este mito al público. Sin embargo, los mitos exigen algo a cambio, y la bibliografía muestra con bastante claridad quién paga el precio.

Bibliografía

- Bockoven J. (1972). *Moral Treatment in Community Mental Health*, Spring Publishing Company, (págs. 14-15 y 55-67).
- Bockoven J, Solomon H. (1975). Comparison of two five-year follow-up studies: 1947-1952 and 1967-1972. *Am J Psychiatry* 132:796-801.
- Bola J, Mosher L. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria Project. *J Nerv Ment Dis* 191:219-29.
- Brill, H, Patton R. (1962). Clinical-statistical analysis of population changes in New York State mental hospitals since introduction of psychotropic drugs. *Am J Psychiatry* 119: 20-35.
- Carpenter W, McGlashan T, Strauss J. (1977). The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *Am J Psychiatry* 134:14-20.
- Chouinard G, Jones B, Annable L. (1978). Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis. *Am J Psychiatry* 135:1409-10.
- Chouinard G, Jones B. (1980). Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacological characteristics. *Am J Psychiatry* 137:16-20.
- Ciompi L, Dauwalder H, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z, y cols. (1992). The Pilot Project Soteria Berne. *Br J Psychiatry* 161 (Supp. 18):145-53.
- Cole J, Klerman G, Goldberg S. (1964). The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 10:246-61.
- Council of State Governments. (1950). The mental health programs of the forty-eight states. *The Council*, 1950, pág. 5.

- Cullberg J. (1999). Integrating psychosocial therapy and low dose medical treatment in a total material of first-episode psychotic patients compared to treatment as usual: a three-year followup. *Med Arch* 53:167-70.
- Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattsson M, Wieselgren IM. (2002). One-year outcome in first-episode psychosis patients in the Swedish Parachute Project. *Acta Psychiatr Scand* 106:276-85.
- Dain N. (1964). *Concepts of Insanity in the United States, 1789-1865*. Rutgers University Press (págs. 120, 132).
- Deutsch A. (1948). *The Shame of the States*. Harcourt Brace.
- Epstein L, Morgan R, Reynolds L. (1962). An approach to the effect of ataraxic drugs on hospital release rates. *Am J Psychiatry* 119:36-47.
- Gardos G, Cole J. (1977). Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease? *Am J Psychiatry* 133:32-6.
- Grob G. (1973). *Mental Institutions in America*. Free Press (pág. 68).
- Grob G. (1983). *Mental Illness and American Society*, Princeton University Press (págs. 193-196).
- Harding C, Zahniser J. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand* 90 (Suppl 384):140-6.
- Harrow M, Jobe T. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications. *J. of Nervous and Mental Disease* 195: 406-414.
- Hegarty J, Baldessarini R, Tohen M, Waternaux C, Oepen G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 151:1409-1416.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Ansker M, Korten A, Cooper J, y cols. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures, A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med* 1992; 20 (Monograph Suppl):1-95.
- Leff J, Sartorius N, Korten A, Ernberg G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med* 22:131-45.
- Lehtinen K. Finnish need-adapted project: 5-year outcomes. (2001). Madrid, España. Congreso internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rökköläinen V, Syvälahti E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur J Psychiatry* 15:312-20.
- Mathews S, Roper M, Mosher L, Menn A. (1979). A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse. *Schizophr Bull* 5:322-32.
- McGuire, P. (2000). New hope for people with schizophrenia. *APA Monitor* 2000; 31 (number 2). Disponible en: www.apa.org/monitor/feb00/schizophrenia.html.
- Morton, T. (1895). *The History of the Pennsylvania Hospital*. Time Printing House (pág. 243).
- Myerson A. (1936). *Eugenical Sterilization*. Macmillan (pág. 24).

- New York Times (1963). President seeks funds to reduce mental illness. *New York Times*, 6 de febrero de 1963.
- Popenoe P. (1923). In the melting pot. *Journal of Heredity*, 14: 223.
- Rappaport M, Hopkins H, Hall K, Belleza T, Silverman J. (1978). Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated. *Int Pharmacopsychiatry* 13:100-11.
- Robitscher J. (1973). *Eugenic Sterilization*. Charles C. Thomas. (pág. 123)
- Rusk H. States map a new attack to combat mental illness (1954). *New York Times*, 21 de febrero de 1954: 46.
- Schooler N, Goldberg S, Boothe H, Cole J. (1967). One year after discharge: community adjustment of schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 123:986-95
- Scull, A. (1984). *Decarceration: Community Treatment and the Deviant, a Radical View*. Rutgers University Press.
- Scull, A. (1989) *Social Order/Mental Disorder*. University of California Press (págs. 90, 102, 110).
- Shorter E. (1997). *A History of Psychiatry*. Wiley (pág. 255).
- Torrey E. (2001). *The Invisible Plague*. Rutgers University Press, (págs. 208, 350).
- Tuke S. (1813/1916). Description of the Retreat. *Process Press*, 1996, reimpresión de la edición de 1813 (págs. 201-203).
- Viguera A, Baldessarini R, Hegarty J, Van Kammen D, Tohen M. (1997). Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry* 54:49-55.
- Whitaker R. (2005). Anatomy of an epidemic. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 7: 23-35.

Avances futuros de los abordajes terapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: un punto de vista integrado

Yrjö O. Alanen, Manuel González de Chávez, Ann-Louise S. Silver Y Brian Martindale

Vamos a resumir el mensaje de este libro con cuatro puntos:

- 1) Los modelos biológicos dominantes de las psicosis esquizofrénicas y los abordajes terapéuticos basados en ellos han defendido visiones unilaterales y fatalistas de ese trastorno, que con frecuencia dan lugar a bajos niveles de ayuda, asistencia sanitaria y dedicación profesional a los pacientes psicóticos y sus familias. Sin embargo, cada vez hay más avances encaminados hacia un conocimiento más integrado de las características y el tratamiento de estos trastornos, tanto en investigaciones de orientaciones neurobiológicas como psicodinámicas.*
- 2) Se ha demostrado que es posible ofrecer una mejor calidad en el tratamiento y los cuidados sociales de estas personas, y actualmente esto es un objetivo necesario.*
- 3) Este libro contiene revisiones extensas de los tratamientos psicológicos que son eficaces en los pacientes con psicosis esquizofrénicas, que*

muestran su carácter multidisciplinar y que utilizan diversos abordajes y perspectivas.

- 4) *Este libro pretende ser una herramienta útil para aumentar la difusión de los programas integrados y para facilitar la enseñanza y la formación de los profesionales en salud mental en intervenciones psicoterapéuticas y modalidades terapéuticas para los pacientes psicóticos.*

Han aumentado las condiciones previas para el desarrollo integral

Los puntos de vista contradictorios y antagónicos en relación con las psicosis esquizofrénicas han sido muy perjudiciales para los intentos de elaborar tratamientos. Hay una necesidad evidente de abordajes más integrados, lo que pone de relieve la exigencia de unas premisas amplias, necesarias para elaborar contextos terapéuticos eficaces.

Las condiciones previas para un desarrollo más integrado del tratamiento de las psicosis esquizofrénicas son mayores que en las décadas anteriores. Los motivos de este fenómeno son dobles. Los abordajes terapéuticos que han aparecido gradualmente son más diversos, pero al mismo tiempo son más complementarios entre sí. Además, en los últimos diez años, el progreso de la investigación neurobiológica ha acercado entre sí los puntos de vista que previamente elaboraron los investigadores psicoanalíticos y otros investigadores psicoterapéuticos, lo que ha hecho que a nivel teórico sea más factible un abordaje integrador. En primer lugar haremos referencia a este último fenómeno.

Abordaje integrador en el campo de la neurobiología

El estudio biomédico de los trastornos esquizofrénicos no ha podido encontrar una causa orgánica o genética inequívoca de la esquizofrenia. El objetivo se ha trasladado a hipótesis multifactoriales. Con el desarrollo de los estudios cerebrales, la división de los trastornos mentales entre una psicología explicativa y una psicología comprensiva, tal como la presentó Jaspers hace casi 100 años (véase el *Capítulo 1, págs. 2-3*) se ha convertido en menos categórica. La mayor parte de los neurocientíficos actualmente pone de relieve la naturaleza holística de todas las funciones cerebrales: a) la mayor importancia de las redes o circuitos neurales en comparación con los centros individuales, b) la plasticidad y la posibilidad de modificar estas funciones y, lo que tal vez sea más importante, c) que el desarrollo y la función del cere-

bro dependen de la interacción del individuo con el entorno humano. Estos puntos de vista se hicieron familiares especialmente como consecuencia de las cinco tesis del neurobiólogo y psiquiatra Eric Kandel, Premio Nobel, que presentó en su obra *"A New Intellectual Framework for Psychiatry"* (Un nuevo marco intelectual para la psiquiatría) (Kandel, 1998), y su ampliación, que aborda la relación entre los estudios cerebrales y el psicoanálisis (Kandel, 1999). Kandel afirma que los genes son determinantes importantes de las interconexiones neuronales en el cerebro, aunque la expresión génica se ve afectada de forma crucial por factores relacionados con el desarrollo y factores sociales, principalmente la interacción humana. El aprendizaje modifica la expresión génica y las redes neuronales. Debido a la plasticidad de las funciones del sistema nervioso central, la psicoterapia y el apoyo psicosocial, además de los fármacos, pueden producir cambios en las redes neuronales y en las interconexiones entre las neuronas. Los fenómenos biológicos y psicológicos se afectan recíprocamente entre sí.

La interacción entre los factores genéticos y los factores psicológicos ambientales en la génesis de los trastornos esquizofrénicos se observó claramente en los resultados del extenso estudio finlandés de familias adoptivas (Tienari y cols., 2003, 2004; Wahlberg y cols., 2004; Wynne y cols., 2006), al que se hizo una referencia breve en el *Capítulo 1*. De esta forma actualmente se ha verificado la hipótesis de Kandel sobre la dependencia de la expresión génica de la interacción con el entorno humano en relación con la etiología de las psicosis esquizofrénicas.

En el *Capítulo 16*, de Koehler y Silver, se presenta una revisión más detallada del desarrollo de la investigación integrada neurobiológica y psicosocial, que también es importante para el estudio de las psicosis esquizofrénicas.

Mirando hacia el futuro, otro conjunto de observaciones excepcionalmente interesantes procederá con mucha probabilidad de la investigación sobre las *neuronas espejo* o, tal vez mejor, las *funciones* neuronales en espejo, del cerebro, descubiertas por Rizzolatti y Gallese (Rizzolatti y cols., 1996; Gallese y cols., 1996). Se supone que son importantes para el desarrollo temprano de la personalidad humana, especialmente para el desarrollo de la empatía mutua y las identificaciones durante las interacciones entre el niño y su madre (u otro cuidador). Los estudios adicionales sobre las funciones de las neuronas espejo pueden arrojar más luz sobre el conocimiento de las primeras interacciones entre las características genéticas individuales y los efectos de la interacción emocional más temprana. Su relevancia para el estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia es evidente (véase Olds 2006; Gallese 2006; Nishitani y cols., 2004).

Muchos psicoanalistas y/o investigadores y clínicos de orientación psicodinámica han estudiado la integración de los abordajes biológicos y psicológicos de los trastornos esquizofrénicos. Los libros de Michael Robbins (1993) y Johan Cullberg (2006) son ejemplos excelentes.

Desarrollo integrador de los abordajes terapéuticos

El tratamiento de los pacientes esquizofrénicos es un problema complejo que en la mayoría de los casos se puede realizar de forma óptima dentro del sistema sanitario público. Esto se debe incluso a la naturaleza heterogénea de las psicosis esquizofrénicas, lo que implica la disponibilidad de un contexto terapéutico exhaustivo, así como la necesidad de colaboración con otras actividades psicosociales, como la detección temprana de los trastornos y la rehabilitación.

Sobre los abordajes psicodinámico y cognitivo y su relación mutua

Se pueden diferenciar dos orientaciones principales con puntos de partida diferentes, la orientación psicodinámica (de orientación psicoanalítica) y la cognitiva-conductual. Ambas se han aplicado a la terapia individual, grupal y familiar (en este último caso, combinado con frecuencia puntos de vista de la teoría de sistemas).

Como se ha señalado en varios capítulos de nuestro libro, desde los trabajos pioneros de Freud varias generaciones de psicoanalistas han desarrollado el conocimiento y los métodos terapéuticos psicoanalíticos (o, en su sentido más amplio, psicodinámicos) para conseguir que sean adecuados para la psicoterapia de pacientes psicóticos. El punto de partida es estudiar junto al paciente los problemas que contribuyen a su enfermedad y sus conexiones con el campo más profundo del desarrollo de su personalidad. En el proceso terapéutico individual tiene una importancia crucial la relación transferencia-contratransferencia, que se establece mediante la escucha empática por parte del terapeuta. De esta forma el terapeuta puede ayudar al paciente a ser capaz de renovar un proceso de desarrollo de su personalidad y de las relaciones humanas. De forma simultánea a este desarrollo, aumentaría el insight sobre el significado de los síntomas psicóticos, perderían su importancia y disminuiría el riesgo de su recurrencia.

Las relaciones terapéuticas individuales intensivas de orientación psicoanalítica precisan de parte del paciente tanto la capacidad de exploración interna como la motivación para hacerlo (lo que con frecuencia sólo se puede clarificar cuando ya se ha establecido una relación terapéutica empática). El proceso terapéutico habitualmente es prolongado y no es adecuado para todos los pacientes esquizofrénicos, lo que plantea límites para su utilización en los centros psiquiátricos comunitarios. Sin embargo, también se ha exagerado este aspecto. El conocimiento de base psicodinámica se utiliza con éxito también en conexión con relaciones psicoterapéuticas menos intensivas. Y, como ha señalado Murray Jackson (*Capítulo 8*), este conocimiento tiene también la máxima importancia para la atmósfera general de una unidad de internamiento (o para las unidades de hospitalización de día) que tratan a pacientes esquizofrénicos.

Los métodos terapéuticos cognitivos-conductuales (TCC; véase Dudley y cols., *Capítulo 19* y Kennard, *Capítulo 8*) se basan en las teorías del aprendizaje. La TCC está centrada en los síntomas y los problemas desde el principio, y se dirige más a los factores que mantienen los síntomas del paciente que a los factores que se relacionan con sus orígenes psicológicos. El número de sesiones es limitado, habitualmente entre 6 y 20 sesiones. El objetivo es desarrollar un mejor control de los síntomas psicóticos, especialmente animando al paciente a que busque explicaciones alternativas de sus alucinaciones y sus delirios. Con los pacientes que tienen su primer episodio se presta una atención especial a las experiencias precipitantes que preceden al inicio de la psicosis, a fin de enseñar al paciente (y/o a sus familiares) a manejar mejor el riesgo de recaídas. Los métodos conductuales también se utilizan en la rehabilitación de los pacientes con evoluciones más prolongadas para que puedan afrontar mejor su contexto y su vida.

En comparación con la psicoterapia psicodinámica, es más fácil aplicar los métodos cognitivos-conductuales a un mayor número de pacientes. El punto débil de la TCC es su carácter más superficial, que habitualmente pasa por alto la naturaleza más profunda de los problemas de los pacientes. Su duración limitada puede dificultar el logro de los efectos a largo plazo del tratamiento (un riesgo que a veces se alivia por las denominadas sesiones de refuerzo). Muchos terapeutas conductistas asocian su trabajo con la negación del papel que juegan los factores psicológicos en la historia del desarrollo de la psicosis. Habitualmente se considera que el uso continuado del tratamiento con fármacos neurolepticos es un complemento necesario a las terapias conductuales en los pacientes psicóticos.

Sin embargo, los terapeutas psicodinámicos y cognitivos (aunque no los estrictamente conductistas) comparten características comunes, como el objetivo de ayudar a los pacientes. Los terapeutas cognitivos también pretenden conocer los problemas de sus pacientes, y los terapeutas psicodinámicos dan a sus pacientes “explicaciones alternativas” de sus delirios psicóticos en forma de interpretaciones y traducciones del lenguaje psicótico a un lenguaje más común. En algunos centros europeos se ha establecido el término “*psicoterapia cognitiva-analítica*”, lo que supone la utilización de técnicas de base cognitiva junto a una psicoterapia de orientación psicodinámica, o la implicación de un conocimiento psicológico más profundo en una psicoterapia de orientación cognitiva.

La evolución de las terapias cognitivas en los últimos 10 años es interesante. Esto está bien representado por la evolución personal de Paul Chadwick, uno de sus principales promotores (Chadwick y cols., 1996; Chadwick, 2006). Con la ayuda de importantes iconoclastas de la esquizofrenia como Bentall (1990) o Boyle (1990), se produjo primero una orientación hacia los síntomas y luego una reorientación desde los síntomas hacia la persona que sufre los síntomas psicóticos. El análisis ABC de delirio, voces y paranoia (Chadwick y cols., 1996) ha evolucionado a la *Terapia cognitiva centrada en la persona con trastornos psicóticos* (Chadwick, 2006), con mayor énfasis en la relación terapéutica (de tipo rogeriano). Esta incluye una meditación consciente para aliviar el malestar que originan estas experiencias y sus significados, una perspectiva metacognitiva e insight para conocer las experiencias, y el trabajo con un concepto unificador del *self* como esquema y como proceso, así como con el objetivo central de la aceptación de uno mismo (Chadwick, 2006).

Éste puede ser un paso importante hacia un diálogo más fácil y una posible convergencia futura con las terapias psicodinámicas, que también consideran el inconsciente y la persona globalmente, en su dinámica biográfica y su situación específica. Tal vez ahora podamos adoptar una actitud más abierta e intercambiar nuestras concepciones mutuas de los trastornos psicóticos y los procesos terapéuticos y reflexionar sobre las mismas. Además del abordaje de Chadwick, esta reflexión puede ayudar incluso a adquirir una perspectiva sobre la “neofenomenología del *self*” en la esquizofrenia (Zahivi, 2000; Cheung Cheng y cols., 2006). Estamos en habitaciones contiguas. Sólo tenemos que abrir la puerta.

Evaluaciones basadas en la evidencia y el campo de la psicoterapia

En la investigación psiquiátrica actual hay algunos factores cuya influencia ha sido perjudicial, especialmente para el desarrollo de la psicoterapia psicodinámica. La clasificación DSM, por importante que sea con fines de investigación, tiende demasiado a trasladar el objetivo de la docencia psiquiátrica hacia la fenomenología basada en los síntomas, lo que parece socavar el interés en el conocimiento psicodinámico de los pacientes. Podemos esperar que los intentos de renovar la clasificación psiquiátrica internacional sobre la base de la *Psiquiatría para la Persona* (Mezrich, 2007; Mezrich y Saloum, 2007) tengan un efecto positivo en esta situación.

Otro factor es la *evaluación basada en la evidencia* (EBE) de los resultados terapéuticos, a cuya importancia se da actualmente mucho énfasis, incluso en psiquiatría, con opiniones contradictorias entre los psicoterapeutas. Las evaluaciones de EBE estrictamente son aquéllas que se basan en estudios aleatorizados y controlados (EAC), que habitualmente tienen premisas bastante rígidas en relación con la definición de los métodos terapéuticos. Los criterios de valoración durante el seguimiento se basan en datos u observaciones externos que se pueden definir y medir con facilidad. Es fácil reconocer que la utilización de agentes externos, como fármacos, es más adecuada para este tipo de evaluaciones que la evaluación de los abordajes psicoterápicos. Esto es especialmente cierto para las terapias de orientación psicoanalítica, en las que el objetivo crucial es un desarrollo interno gradual de la personalidad del paciente, en el que siempre es muy importante el carácter individual de la relación terapéutica particular (véase, p. ej., Hinshelwood, 2002). Es más fácil hacer una evaluación basada en la evidencia de los abordajes sencillos de TCC que siguen técnicas y criterios claramente predefinidos. Para hacer una evaluación del trabajo de un terapeuta de orientación psicodinámica es necesario un estudio cualitativo específico del caso que se centre en las experiencias de la relación terapéutica por parte del paciente y del terapeuta.

En relación con las psicosis esquizofrénicas, este tipo de evaluación se complica además por otros factores. La naturaleza compleja y heterogénea de este grupo de pacientes no se aborda bien mediante una intervención terapéutica restringida definida de antemano. Para que la terapia tenga éxito, con frecuencia es necesario un abordaje terapéutico más amplio que incluya (de una u otra forma) al entorno humano más próximo del paciente, además de la modificación de los planes terapéuticos en ca-

da etapa. Este abordaje no se puede estudiar con un método rígido de EBE, y por lo tanto habitualmente queda fuera de las recomendaciones que se basan en métodos de EBE. En su libro sobre los abordajes centrados en redes, Seikkula y Arnkil (2005) afirman de forma sucinta que las recomendaciones basadas en EBE que no tengan en consideración la naturaleza compleja y que no la adapten a las necesidades del trabajo psicoterapéutico con los pacientes psicóticos “no son recomendaciones para el trabajo terapéutico práctico, sino recomendaciones para una realidad artificial generada por el contexto de la investigación”.

Las dificultades debidas a la naturaleza heterogénea del grupo de esquizofrenias de las psicosis también se pueden ejemplificar en los estudios de seguimiento de la terapia individual psicodinámica en poblaciones aleatorizadas de pacientes esquizofrénicos. Es bien conocido que la mayoría de estos estudios ha dado resultados bastante pesimistas. Sin embargo, si este tipo de terapia se adapta bien a algunos pacientes, con buenos resultados, aunque no es adecuada para otros (muchos de ellos incluso carecen de motivación para este tipo de relación terapéutica), los resultados buenos y malos se anulan entre sí en un análisis estadístico. Además, no se puede considerar que una modalidad terapéutica sea ineficaz si sólo beneficia a algunos de los pacientes. Por el contrario, debemos investigar en qué pacientes está indicado este tratamiento.

Se debe añadir que todavía es posible evaluar los resultados de los abordajes psicoterapéuticos integrados y globales como entidad (p. ej., *el tratamiento adaptado a las necesidades* cuyo contenido varía de unos casos a otros) en un abordaje de base científica, aun cuando no sea en el contexto de un EAC rígido. Esto se puede realizar comparando la evolución de los pacientes en áreas de influencia en las que se ha realizado este tratamiento, con la evolución en áreas en las que se han aplicado otros tipos de modelos, o siguiendo las evoluciones en cohortes cronológicamente sucesivas en áreas de influencia en las que se ha establecido el nuevo modelo (véanse los proyectos finlandés y sueco que se describen en el *Capítulo 12*).

Desarrollando un tratamiento global e integrado de los pacientes esquizofrénicos

Durante el último siglo, en general, se ha considerado que el sector psiquiátrico de la asistencia sanitaria pública tiene una importancia secundaria. Se han ignorado con facilidad sus necesidades y se han ahorra-

do costes mediante la restricción de sus actividades. A la luz de gran importancia de los trastornos mentales, en relación tanto con el bienestar como con los factores económicos, incluyendo la pérdida de días de trabajo, esto ha sido una política francamente desastrosa. En este nuevo siglo se debe cambiar rápidamente esta situación, lo cual está además justificado por el desarrollo de los conocimientos y las actividades psicoterapéuticas.

En los capítulos de este libro se han descrito diversos ejemplos de abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas, que se han establecido en países con contextos sociales y culturales diferentes. A continuación exponemos algunos aspectos que encontramos especialmente importantes para el desarrollo futuro.

Sobre la actitud psicoterapéutica

Es muy importante *ver a nuestros pacientes esquizofrénicos como seres humanos iguales que nosotros*, escuchándoles y reconociendo su personalidad y su difícil situación. La autoestima de la mayoría de estos pacientes es débil, y su admisión para su tratamiento (especialmente el tratamiento hospitalario) es un golpe adicional que, además de la crisis psicótica, con frecuencia provoca síntomas de estrés postraumático, (Shaw y cols., 1997). Como han señalado de forma muy enfática muchos psicoterapéuticos de las psicosis (p. ej., Frieda Fromm-Reichmann en su libro clásico *Principles of Intensive Psychotherapy* [Principios de psicoterapia intensiva, 1950]), una actitud respetuosa y sincera hacia el paciente es la base necesaria para el éxito del trabajo del terapeuta como constructor del puente entre el paciente y la realidad. La franqueza es muy importante. También se debe poner en práctica la participación del paciente en todas las reuniones que aborden la planificación de su tratamiento. Se debe evitar la aplicación de tratamientos innecesarios. Sin embargo, si se considera que es necesaria una fase involuntaria de tratamiento, debe ser lo más breve posible, se debe aclarar al paciente el motivo de la misma y se debe garantizar el acceso a los documentos relacionados con la misma.

Una actitud psicoterapéutica, compartida entre los miembros del personal y basada en los esfuerzos por comprender qué le ha ocurrido al paciente y cómo se podría utilizar ese conocimiento para acercarse a él y ayudarle, debe ser el punto de partida y la característica continua del tratamiento. En nuestra opinión, una evaluación de orientación psicodinámica debe ser una parte necesaria de esta primera etapa del tratamiento,

incluso en los casos en los que otro tipo de orientación terapéutica pueda ser la decisión que finalmente se tome. De esta forma el énfasis en una comprensión más profunda de los problemas del paciente se puede extender entre los miembros del equipo terapéutico y convertirse en una característica del clima terapéutico general.

La ampliación del estudio psicodinámico al entorno interpersonal más próximo del paciente (habitualmente la familia) es una parte importante de la fase temprana del tratamiento, como se verá más adelante en la descripción de las denominadas reuniones de terapia. En concordancia con este abordaje centrado en el entorno, se debe tener también en consideración el contexto cultural más específico del paciente en la planificación y ejecución del tratamiento. La importancia del conocimiento del trasfondo cultural del paciente y de su entorno interpersonal ha sido descrita de forma muy ilustrativa por Lyn Chua, Chan Hee Huh y J. Geekie y cols. en los *Capítulos 14 y 15* de nuestro libro, que describen el desarrollo de las actividades terapéuticas en condiciones culturales algo diferentes de las de los países occidentales. Se trata de un tema que no se limita a áreas específicas, sino que está adquiriendo una importancia cada vez mayor tanto los países europeos como en los Estados Unidos, debido a la creciente dispersión cultural de la población mundial.

Prevención e intervención temprana

Muchos pacientes esquizofrénicos llegan tarde al tratamiento. En el estudio noruego que precedió al proyecto TIPS que describe Larsen en nuestro libro (*Capítulo 21*), la duración media de la psicosis no tratada (DPNT) era de 114 semanas y la mediana era de 26 semanas (Johannessen y cols., 2000). El retraso se debe con frecuencia a la negación que hace el paciente de su enfermedad y/o a prejuicios y sentimientos de culpa presentes en la familia. Sin embargo, es probable que este retraso temporal empeore el pronóstico porque los síntomas psicóticos como parte de la dinámica interna del paciente tienden a hacerse más fijos, y las actitudes de la familia y del resto del entorno empeoran, lo que consolida el rol del paciente como enfermo mental.

Por lo tanto, las actividades preventivas y los intentos dirigidos a las intervenciones más precoces tienen una gran importancia. Con toda la razón, su desarrollo ha estado cada vez más en el centro de interés en los últimos años (véase, p. ej., el libro de Gleeson y McGorry, 2004). Los excelentes resultados del proyecto pionero de Falloon (1992) en Buckinghamshire, Inglaterra, llamaron mucho la atención, y se obtuvie-

ron resultados similares en el estudio finlandés de Laponia occidental (*Capítulo 12*; véanse estos proyectos en el *Capítulo 17*). Estos dos proyectos se realizaron en áreas de captación rurales relativamente pequeñas. Sin embargo, los resultados clínicos del proyecto TIPS de Larsen en el área de captación que rodea a la ciudad de Stavanger fueron impresionantes en comparación con los centros testigos. McGorry y cols. (2002) ha demostrado que también se puede realizar un importante trabajo preventivo en una ciudad como Melbourne, en Australia.

Larsen (*Capítulo 21*) y Kennard (*Capítulo 8*) han descrito proyectos que tratan de la *detección precoz de las psicosis*. Se debe despojar al trabajo preventivo del estigma de “buscar la esquizofrenia”, para reducir el riesgo de posibles consecuencias perjudiciales. De acuerdo con un trabajo preliminar de McGorry y cols. (1995), estas características prodrómicas son “muy prevalentes” en adolescentes mayores y es poco probable que sean específicas de una esquizofrenia posterior. Es necesaria una actitud muy cuidadosa y empática en el trabajo psiquiátrico preventivo. Sería un error fatídico, por ejemplo, indicar el tratamiento con neurolépticos a muchos jóvenes “hipopsicóticos”, en lugar de una entrevista y apoyo de orientación psicológica. Heinimaa y Larsen (2002) han publicado una revisión de los aspectos conceptuales y éticos del diagnóstico y la intervención tempranos.

En nuestro libro se han descrito *centros de intervención precoz* con un abordaje humano multifactorial, especialmente en los *Capítulos 14* (Lyn Chua) y *15* (Geekie y cols.). Aquí también haremos referencia al abordaje centrado en la familia que se ha desarrollado asociado al modelo terapéutico finlandés adaptado a las necesidades (Alanen y cols., 2000; véase *Capítulo 12*). Las reuniones conjuntas iniciales (“*reuniones de terapia*”) del paciente, sus familiares y el equipo terapéutico tuvieron un efecto sorprendentemente beneficioso para la evolución del paciente, incluso a largo plazo (K. Lehtinen, 1993). Escuchar al paciente al mismo nivel que a otros participantes tiende a disminuir la tendencia que hay a etiquetarlo como enfermo sin esperanza, con el consiguiente aislamiento social, el “cierre” que describieron acertadamente Scott y Ashworth (1967). Al mismo tiempo, es posible apoyar a los familiares en su situación, que con frecuencia es muy estresante. Los pacientes psicóticos son mucho más dependientes de sus familias y su evolución depende mucho más de las actitudes de los familiares que otras personas menos alteradas (como indican incluso los *estudios EE*; Leff y cols., 1985). En la fase inicial, la mayor parte de las familias están muy motivadas para asistir a estas reuniones, que habitualmente continúan en los días y semanas siguientes, a veces junto a visitas domiciliarias.

Sobre los medios terapéuticos

Hacia el final del siglo XX, una característica típica de la asistencia psiquiátrica en los países occidentales era la reducción muy significativa del número de camas hospitalarias. Esto se basaba en parte en la disminución de los pacientes con síntomas psicóticos graves producida por la introducción de la combinación de tratamiento psicosocial y farmacológico, en parte en consideraciones económicas, y a veces en la indiferencia por el destino de los pacientes con psicosis crónica. En algunos países (véase *Capítulo 11*, sobre Italia) esto dio un impulso, bien recibido, al desarrollo de los tratamientos ambulatorios, incluyendo la creación de diversos dispositivos que dan un apoyo adicional al bienestar y las circunstancias de la vida del paciente. Sin embargo, y especialmente en las grandes ciudades, a veces esto llevó también a abandonar a su suerte a muchos pacientes psicóticos.

El desarrollo de una asistencia ambulatoria amplia y completa tiene una importancia fundamental para el desarrollo futuro de tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Los centros ambulatorios, preferiblemente descentralizados de acuerdo con un modelo sectorial, deben estar dotados con un personal adecuado, de diferentes disciplinas, con los recursos cuantitativos y cualitativos capaces de realizar un trabajo terapéutico amplio y diversificado. Es esencial una colaboración estrecha con los hospitales, lo que es más probable si los centros ambulatorios y los hospitales forman parte de la misma organización descentralizada. Esto puede aumentar la coherencia de las actividades y ofrecer más posibilidades para evitar interrupciones y cambios innecesarios en las relaciones psicoterapéuticas. Además de la terapia individual, se deben elaborar terapias de grupo y diversos tipos de actividades grupales. También es importante la necesidad de actividades centradas en la familia y en el entorno, con un aumento de las visitas domiciliarias, que tienen mayor probabilidad de producirse en una red asistencial abierta y descentralizada.

Sin embargo, en el caso de muchos pacientes esquizofrénicos jóvenes que ingresan por primera vez, un período de tratamiento hospitalario suficientemente prolongado es un requisito previo necesario para el establecimiento de una relación terapéutica duradera. Eso se puede conseguir de forma óptima en una unidad que se caracterice por una atmósfera tranquila, una comunicación mutua abierta, diversas actividades de grupo, reuniones terapéuticas centradas en la familia, y en el desarrollo de relaciones terapéuticas de apoyo con las enfermeras personales (Alanen, 1997, págs. 144-145; 191-195, describió un ejemplo de una *comunidad psicoterapéutica* de este tipo). La actual atmósfera apresurada de muchas

unidades de enfermos agudos no es muy adecuada para este fin, un hecho que se debe tener en cuenta muy seriamente en los avances futuros. Una solución mejor puede ser la creación de *hogares terapéuticos* separados para los pacientes psicóticos que ingresan por primera vez y también para aquellos con recaídas, siempre en el marco de la psiquiatría comunitaria, siguiendo el *modelo Soteria* y sus aplicaciones (véase Aderhold, *Capítulo 23*). Las experiencias de Soteria, en Berna, así como las del proyecto Parachute, en Suecia (véase *Capítulo 12*), pueden servir aquí como ejemplos a seguir.

Abordajes familiares

Los abordajes entrados en la familia habitualmente deben continuar después de las intervenciones clínicas. Se pueden basar en una orientación psicodinámica o un TCC, dependiendo con frecuencia de los recursos disponibles (sin embargo, se deben considerar como indicadores las opiniones y las necesidades de los pacientes y sus familias). Una intervención continuada centrada en la familia es más necesaria en el tratamiento de pacientes jóvenes con inicio agudo de una psicosis asociada a conflictos con los padres, así como (cuando si es posible hacerlo) en pacientes que han presentado la psicosis cuando ya estaban casados o mantenían una relación de pareja de larga duración. Sin embargo, las reuniones familiares continuadas u otro tipo de tratamiento centrado en la familia también están indicadas en los casos en los que las únicas relaciones interpersonales de un paciente grave y retraído se producen en el hogar. Con los pacientes con riesgo de cronicidad, la TCC puede ayudar tanto al paciente como a los familiares a observar con más facilidad los signos de una amenaza de recaída o de empeoramiento de los síntomas y pueden estar más atentos para evitar este riesgo (p. ej., Gumley y cols., 2003; véase también *Capítulo 19*). Se han descrito experiencias particularmente positivas de trabajo psicoeducativo con grupos multifamiliares (McFarlane, 2000).

En su análisis del desarrollo de los abordajes centrados en la familia para las psicosis esquizofrénicas, Helm Stierlin (*Capítulo 17*) lamenta los puntos de vista extremistas que presentan algunos investigadores y terapeutas familiares que, por su parte, estimularon ideas infundadas que culpaban a los padres de las enfermedades de sus hijos. En algunos países, como los Estados Unidos, esto llevó a una oposición comprensible, liderada por las asociaciones familiares. Lamentablemente, también las actitudes de varios investigadores llevaron a considerar un *tabú* la investigación de las dinámicas familiares y la terapia en este campo, una

actitud más moralizadora que científica. Hay investigadores de orientación biológica para los cuales el término "entorno" se restringe a los efectos externos a que ha estado sometido el niño durante la vida intrauterina y el parto. Puede ser adecuado que los clínicos eviten el término "terapia familiar" y, en su lugar, hablen de reuniones o consultas familiares, aunque tiene la máxima importancia la continuación de las reuniones comprensivas y no acusadoras con las familias de los pacientes psicóticos.

En los últimos años han despertado mucho interés las relaciones entre el trauma y la psicosis (véase la revisión de Morrison y cols., 2003), lo que ha culminado en estudios que revelan la elevada frecuencia de maltrato físico y sexual experimentado durante la infancia por los futuros pacientes esquizofrénicos (Read y cols., 2005). Sin embargo, estos hallazgos no son específicos de la esquizofrenia, sino que también se encuentran en otros trastornos psiquiátricos. Hay motivos para esperar que no se exageren los resultados de estos estudios y que no reactiven la culpabilización. El punto de partida de los terapeutas familiares es ayudar a las familias. Sabemos que los orígenes de las psicosis esquizofrénicas, al igual que los de otros muchos trastornos mentales, son multifactoriales, con muchos aspectos y facetas, que incluyen factores genéticos y otros factores biológicos (incluyendo el efecto precipitante de drogas como el cannabis), así como las relaciones interactivas tempranas y las experiencias durante etapas posteriores de la vida. También sabemos que muchos pacientes esquizofrénicos son niños particularmente importantes para sus padres. Una terapia familiar psicodinámica con éxito puede ayudar a los padres que de forma inconsciente han mantenido relaciones claramente simbióticas con sus hijos, con frecuencia estimuladas por las inclinaciones innatas de los niños, a apoyar su proceso de desarrollo hacia una personalidad más integrada y una vida independiente. Para obtener este resultado, es necesario que los terapeutas vean los acontecimientos mediante el conocimiento empático de cada uno de los miembros de la familia, que "asuman el papel de todos" (*Allparteilichkeit*, Stierlin y cols., 1977). Con frecuencia es importante, a veces crucial, para el éxito de la terapia individual posterior, un contacto positivo entre el terapeuta y los padres, establecido durante las reuniones familiares previas.

Psicoterapia individual

Una terapia individual psicodinámica prolongada puede seguir siendo la forma de tratamiento más útil para ayudar a un paciente es-

quizofrénico a restablecer su personalidad. Sin embargo, no está indicada en todos los casos de esquizofrenia. La probabilidad de éxito es mayor en los pacientes que pertenecen a la mitad mejor de los esquizofrénicos, los que han hecho mayores progresos en su vida que el promedio de los pacientes esquizofrénicos. El inicio de su psicosis habitualmente es agudo, al menos relativamente, y surge pronto en ellos cierta motivación para estudiar sus propios problemas. Muchos de estos pacientes pueden establecer rápidamente una relación de transferencia de tipo simbiótico con el terapeuta, que sirve de base para un proceso terapéutico eficaz. Tenemos aún que lamentar las consecuencias generalizadas de los puntos de vista erróneos de Freud sobre que la retirada narcisista en las psicosis no permitía establecer una relación terapéutica fructífera.

Esto no quiere decir que para muchos pacientes esquizofrénicos no sea difícil desarrollar la motivación necesaria para la psicoterapia psicodinámica. Esto es cierto especialmente para los pacientes más graves y para los que tienen delirios paranoides tenaces. En estos casos, habitualmente, es una alternativa mejor la terapia de orientación cognitiva-conductual (véase el estudio de Iso-Koivisto (2004) que se describe en el *Capítulo 12*). Sin embargo, las directrices no deben ser rígidas: se debe estudiar y seguir individualmente el plan terapéutico de cada paciente, de una forma "específica para cada caso". Más arriba ya hemos señalado los signos de una creciente congruencia entre los abordajes psicodinámico y cognitivo. Y siempre está la cuestión de los recursos disponibles.

Habitualmente se ha considerado que las posibilidades de aumentar la cantidad de terapias individuales de orientación psicoanalítica en el contexto de la salud pública son escasas. En los países del norte de Europa algunas terapias individuales de pacientes esquizofrénicos, cuando están indicadas, se contratan con terapeutas que ejercen fuera del sistema sanitario público, aunque debemos reconocer que la terapia individual psicodinámica de un paciente psicótico no precisa la misma frecuencia de sesiones que el psicoanálisis clásico. Se recomiendan dos horas a la semana, y muchos terapeutas de los servicios lo encuentran viable. En su instructivo libro *Weathering the Storms - Psychotherapy for Psychosis* (Capeando el temporal: psicoterapia de las psicosis), Murray Jackson (2001) presenta muchos ejemplos de buenos resultados de terapias prolongadas con una frecuencia relativamente baja, conseguidas incluso por personal de enfermería con la ayuda de una supervisión competente. La terapia tiene lugar cara a cara, lo que ofrece mayores probabilidades de empatía mutua e introyección, "mirroring", para utilizar el término propuesto por Benediti (1976).

Terapia de grupo y actividades de grupo

La importancia y los efectos beneficiosos de la psicoterapia de grupo en las esquizofrénicas se ponen de relieve en el *Capítulo 18*. Las características de la psicoterapia de grupo difieren de las de otras psicoterapias. Estas diferencias pueden poner de relieve algunos factores terapéuticos que afectan de forma favorable a las experiencias y los comportamientos de los pacientes esquizofrénicos. Ese tipo de terapia debería ser un componente esencial de todos los programas de psicoterapia, puesto que ofrece a todos los pacientes la oportunidad de un contexto dinámico grupal con personas que tienen o han tenido estas experiencias psicóticas. Se pueden expresar, establecer comparaciones, validar sus experiencias y conocerse mejor a sí mismos. También es un lugar en el que pueden adquirir insight sobre sus características y dificultades, gracias a las reacciones especulares, al mirroring grupal, y el grupo es también un espacio y un tiempo en el que pueden reconstruir su identidad y su mundo de una manera estable y realista. Otras actividades o reuniones de grupo entre iguales pueden tener también el mismo tipo de funciones de una forma menos específica.

Rehabilitación y psicoterapia

En el *Capítulo 22*, Harding y McCrory hacen una llamada a unas estrategias más integradoras entre las intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitadoras. Ilustran esto con ejemplos interesantes de las formas en las que estos abordajes pueden (y deben) apoyarse entre sí. Ya debería ser algo del pasado plantearse de forma secuencial estos dos tipos de intervenciones con estrategias excesivamente economicistas que consideran la rehabilitación solamente después de un período avanzado del trastorno y cuando los pacientes claramente hayan mostrado su “marca defectual”. Una de las enseñanzas más beneficiosas obtenidas de la intervención precoz en las psicosis es el mayor conocimiento de las dificultades que ya tienen muchos pacientes durante el período premórbido: sus problemas en las relaciones sociales y la intimidad, y en la adaptación y el ajuste al mundo educativo, la orientación profesional y el mundo laboral. Estas dificultades premórbidas, que indudablemente han influido en el proceso de enfermar del paciente, también exigen una intervención rehabilitadora precoz. Actualmente conocemos mejor la *necesidad de complementariedad y simultaneidad de la psicoterapia y la rehabilitación* y debemos facilitar el ajuste y el desarrollo personal de nuestros pacientes en ambas

direcciones, dándole apoyo en sus propias acciones y contextos profesionales. En el Proyecto Nacional Finlandés (*Finnish National Project*), el “compromiso con la vida” de los pacientes recién ingresados en el hospital (lo cual se refiere a si el paciente ha mantenido o perdido sus intentos de conseguir los objetivos y modos de satisfacción asociados a las relaciones interpersonales y la vida social de una persona adulta) pareció ser uno de los factores más importantes que precedían la evolución (Salokangas y cols., 1989).

Sobre el tratamiento con neurolépticos

Desde una perspectiva mundial, en la segunda mitad del último siglo se ha considerado que el uso de fármacos neurolépticos es el elemento más crucial del tratamiento de los pacientes con trastornos del grupo de la esquizofrenias. Sin embargo, cada vez hay más debate sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de los neurolépticos. Aun cuando el tratamiento neuroléptico alivia los denominados síntomas positivos en aproximadamente dos tercios de los pacientes y les ayuda a integrarse mejor en la comunidad, el meta-análisis de Hegarty y cols. (1994) y otros muchos estudios han mostrado que el número de pacientes con esquizofrenia que se recuperan totalmente no ha aumentado desde la introducción de los neurolépticos. Sabemos que los efectos adversos de estos fármacos son perjudiciales para los pacientes si se utilizan a dosis innecesariamente elevadas, lo cual sigue siendo una práctica general lamentable en muchos pacientes. Los efectos adversos perjudiciales no han desaparecido con el desarrollo de la “nueva generación” de neurolépticos, aunque sí han cambiado algo sus características (p. ej., Lieberman y cols., 2005). Hay muchos pacientes que no cumplen el tratamiento prolongado con neurolépticos, simplemente por los efectos adversos. Cada vez hay más oposición al tratamiento obligatorio con estos fármacos, con el apoyo por ejemplo del movimiento *Mind Freedom* de los EE.UU. (mindfreedom-news@intenex.net).

La utilización de neurolépticos, especialmente a dosis elevadas, también puede estar más motivada por las necesidades defensivas de los psiquiatras y otros miembros del personal que por el interés del paciente. Esto puede incluir el deseo inconsciente de evitar encontrar los problemas profundamente enraizados que generan ansiedad en los pacientes psicóticos (véase *Capítulo 1*), o (de modo más consciente) el deseo del personal de tranquilizar la atmósfera de una planta psiquiátrica por su propia comodidad.

El efecto de los fármacos neurolépticos se basa fundamentalmente en el bloqueo de la transmisión dopaminérgica cerebral (especialmente los receptores dopaminérgicos D₂). Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) han demostrado que se debería considerar que es suficiente el bloqueo de la transmisión dopaminérgica a un nivel del 60% al 80%, y que esto se consigue con una dosis bastante baja de neurolépticos (véase Hietala, *Capítulo 20*). Una dosis mayor es una elección errónea, porque no mejora la respuesta al tratamiento, aunque sí aumenta notablemente el número de efectos adversos. Como señala Whitaker (*Capítulo 24*), la ingesta crónica de neurolépticos también produce un aumento compensador de la densidad de los receptores D₂ del cerebro. La consecuencia es que aumenta el riesgo de recaída en los síntomas psicóticos después de interrumpir los fármacos, especialmente si se retiran de forma súbita.

No se han confirmado las afirmaciones de que el tratamiento neuroléptico debe proteger al cerebro de los efectos claramente perjudiciales de la esquizofrenia. Por otro lado, sabemos que los propios neurolépticos tienen efectos perjudiciales sobre el cerebro. También es importante recordar que la transmisión dopaminérgica es muy importante para el funcionamiento del cerebro en el proceso de aprendizaje y, por lo tanto, también en la interacción psicoterapéutica (un hecho en el que ha insistido, p. ej., Braus, 2005). Incluso debido a esto, el tratamiento con neurolépticos a dosis mayores es incompatible con las actividades psicoterapéuticas. El efecto calmante de una menor dosis de neurolépticos se puede utilizar como apoyo para una relación psicoterapéutica, pero es importante reducir gradualmente la dosis en el transcurso de la terapia e incluso suspender la medicación, si ya no es necesaria. Como han mostrado Rökköläinen y Aaltonen (*Capítulo 20*), en muchos estados psicóticos agudos se puede obtener la tranquilización satisfactoria con un abordaje psicoterapéutico combinado con benzodiazepinas administradas durante un periodo breve de tiempo. En su *Capítulo*, Rökköläinen y Aaltonen presentan experiencias piloto sobre las indicaciones de la utilización o la no utilización de los neurolépticos en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos clasificados en tres grupos; de acuerdo con datos clínicos y psicodinámicos; y con un primer ingreso, en un contexto de tratamiento intensivo de orientación psicoterapéutica.

Vamos a continuación a poner énfasis en los siguientes puntos de vista sobre el tratamiento con neurolépticos de los pacientes con trastornos del grupo de la esquizofrenias:

- 1) El tratamiento de los pacientes con un primer episodio de psicosis debe comenzar con un período de aproximadamente tres semanas de du-

ración durante el cual un contacto psicoterapéutico intensivo con el paciente y con las personas que componen su red de interacciones personales tiene una importancia fundamental. Cuando sea posible, se debe posponer la utilización de neurolépticos, y la ansiedad y la agitación del paciente se deben controlar con benzodiazepinas. Cuando sea necesario un tratamiento con internamiento, éste se debe realizar preferiblemente en una unidad hospitalaria o en una residencia en la que se pueda garantizar tiempo y recursos suficientes; cuando se realice en el domicilio o en otro contexto ambulatorio, se debe garantizar la intensidad del tratamiento y la seguridad del paciente y de sus familiares.

- 2) Después de este período, está indicado el tratamiento neuroléptico, con dosis pequeñas o moderadas, para apoyar la intervención psicoterapéutica continuada en pacientes cuyo estado psicótico persista y esté enraizado profundamente. En muchos pacientes que se recuperan de una psicosis aguda se puede evitar el tratamiento con neurolépticos, lo que ayudará a evitar un uso innecesario y con frecuencia estigmatizante de los neurolépticos, que una vez que se comienza con frecuencia se prescribe indefinidamente. Tan sólo por este motivo se debe seguir cuidadosamente a estos pacientes y debe revisarse a intervalos frecuentes la indicación de la necesidad de los neurolépticos.
- 3) La utilización de dosis elevadas de fármacos neurolépticos está contraindicada en todos los pacientes con psicosis del grupo de la esquizofrenias. Se debe analizar y hablar frecuentemente con el paciente sobre los fármacos y sus diversos efectos, reducir gradualmente las dosis, e incluso se debe suspender el tratamiento cuando se considere posible.

Formación y supervisión

Como el sector de salud mental ha estado en una situación infravalorada durante mucho tiempo, los recursos tanto cuantitativos como cualitativos siguen siendo insuficientes en la mayoría de los países. Quisiéramos poner de relieve especialmente la importancia de aumentar los recursos cualitativos. Durante el proyecto *National Schizophrenia Project* de Finlandia, por ejemplo (véase *Capítulo 12*), fue posible un avance real de las actividades sólo después de un aumento significativo de los recursos cualitativos por la implantación de actividades de supervisión y de formación relacionadas con el proyecto de trabajo, y esto también se realizó en áreas de captación en las que el número de miembros del personal era mayor que la media.

El primer paso para desarrollar las capacidades psicoterapéuticas del personal es la formación y el establecimiento de supervisión por terapeutas con experiencia. De forma simultánea, los servicios sanitarios públicos deben ofrecer la posibilidad de que los miembros del personal participen en programas de formación en psicoterapia, incluyendo la psicoterapia de las psicosis. Somos firmes defensores de los programas de formación elaborados sobre una base multiprofesional, que incluyan a miembros del personal de enfermería junto a los médicos y los psicólogos. Las enfermeras especializadas en psiquiatría que trabajan en centros psiquiátricos comunitarios constituyen un importante recurso psicoterapéutico cuya contribución al trabajo psicoterapéutico habitualmente no se ha reconocido adecuadamente, a pesar de las primeras pioneras como Gertrude Schwing, la alumna y colaboradora de Paul Federn (véase *Capítulo 5*). Este mismo se aplica a los trabajadores sociales, especialmente en su función de miembros de los equipos de terapia familiar.

Debido a la gran diversidad de las actividades psicoterapéuticas con las psicosis esquizofrénicas no es recomendable elaborar programas y/o recomendaciones estandarizados rígidamente; se han producido algunas experiencias negativas. Por el contrario, se deben desarrollar diferentes tipos de programas de formación en psicoterapia, siendo conscientes de la necesidad de su carácter mutuamente complementario. Sin embargo, se recomiendan normas generales que definan las necesidades de formación de cada trabajo psicoterapéutico (nivel especial) y del puesto de formador y supervisor (nivel especial avanzado).

La formación en psicoterapia individual con pacientes psicóticos y con otros pacientes con regresión grave habitualmente no se ha incluido en los programas de formación psicoanalítica. Un ejemplo que se podría seguir podría ser la formación de un nivel especial avanzado en psicoterapia psicodinámica con pacientes con trastornos graves (Aaltonen y cols., 2002). En la psicoterapia cognitiva también se deben desarrollar más los programas de formación para terapias con pacientes psicóticos. En los programas de formación del equipo en terapia de grupo y familiar con frecuencia se incluye el trabajo con pacientes psicóticos.

En sus perspectivas sobre el futuro desarrollo de la ISPS, Gaetano Benedetti (2006) abordó los motivos por los que muchos de sus seminarios, incluso a pesar de la entusiasta respuesta de sus participantes, no daban lugar a esfuerzos organizativos, ni actividades terapéuticas duraderas. Después escribió sobre la importancia de crear, dentro de las instituciones psiquiátricas y psicoterapéuticas, grupos de terapeutas que pudieran compartir sus experiencias, incluso en el nivel de la comunicación pre-

verbal e incluyendo las resistencias de los terapeutas producidas por las relaciones diarias de tipo simbiótico con los pacientes psicóticos. También se podría considerar que esto es una llamada a la colaboración y el intercambio mutuo de experiencias también a nivel general, para poder desarrollar mejor el abordaje psicoterapéutico de los pacientes esquizofrénicos y sus problemas.

Conclusión

Es muy difícil predecir el futuro de cualquier avance en un mundo que se enfrenta a grandes problemas que exigirán recursos mundiales comunes durante las próximas décadas: la expansión continua de la población, las crecientes desigualdades entre personas y países ricos y pobres, los problemas de contaminación y falta de agua potable, y el amenazante cambio climático, con sus diversas consecuencias. Para poder enfrentarnos a estos retos, debemos esperar sinceramente que la solidaridad común entre los diferentes países sea mayor que en la actualidad.

El desarrollo de los abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas, que se describe en diversos capítulos de este libro, también se debe enfrentar a muchos retos especiales. La psiquiatría biológica en sus formas reduccionistas sigue predominando en la investigación y la docencia psiquiátricas, apoyada en el interés general en las técnicas y ciencias biológicas, así como en el mundo económico, representado por la industria farmacéutica. En el terreno médico se piensa, con frecuencia, que las investigaciones y tratamientos asociados con un equipo técnico costoso son mejores objetivos para la ayuda económica que los proyectos psicoterapéuticos y las actividades de formación.

Nuestro conocimiento de la esencia de las psicosis esquizofrénicas sigue siendo parcial e incompleto. Ya son bienvenidos y tangibles los signos de un desarrollo más integrado en el futuro, tanto en la teoría como en la práctica. La diversificación de las modalidades de psicoterapias han aumentado nuestras posibilidades de ayudar a un mayor número de pacientes y ha llevado al desarrollo de actividades terapéuticas que tendrán una evolución más integradora. Esperamos que este avance continúe y que aumente la importancia de los abordajes psicoterapéuticos en los pacientes esquizofrénicos. No pensamos que la "remisión estable con síntomas leves" de los pacientes (según la definición de algunos influyentes investigadores) mantenida con la ayuda de un tratamiento continuo con fármacos neurolépticos, sea un objetivo satis-

factorio para nuestras actividades terapéuticas (aun cuando sea necesaria en una proporción afortunadamente cada vez menor de nuestros pacientes). Pensamos que el tratamiento precoz e intensivo basado en la comprensión psicológica permitirá en el futuro que un número creciente de pacientes pueda superar mejor sus profundamente enraizados problemas y facilitará su crecimiento como seres humanos en sus capacidades interpersonales y sociales.

Hay signos que permiten predecir un futuro mejor. Entre ellos se encuentra el desarrollo continuo y diversificado de la *International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenia and other Psychoses* (Sociedad internacional para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia y de otras psicosis; ISPS). Durante 50 años la ISPS ha crecido desde la organización de pequeños (aunque importantes) symposiums hasta una organización internacional viva con grandes Congresos (al último, de Madrid en 2006, acudieron unos 1200 participantes) y con asociaciones locales activas en diferentes partes del mundo (véase Alanen, Silver and González de Chávez, 2006). Esperamos que una nueva generación de psicoterapeutas de diferentes disciplinas profesionales sea testigo del nacimiento de una era más integradora (y más humanista) de la investigación y el tratamiento de las esquizofrenias. Estaríamos muy satisfechos si este libro pudiese jugar su papel estimulando ese desarrollo.

Bibliografía

- Aaltonen J, Alanen YO, Keinänen M, Rökköläinen V, (2002). An advanced special- level training programme in psychodynamic individual psychotherapy of psychotic and borderline patients: the Finnish approach. *European Journal of Psychotherapy & Counseling & Health*, 5: 13-30.
- Alanen YO. (1997). *Schizophrenia - Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Londres: Karnac.
- Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J, and Rökköläinen V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En: B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe and F. Margison (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness* (págs. 235-65). Glasgow: Gaskell (ISPS).
- Alanen YO, Silver S S y González de Chávez M. (2006). *Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychoses*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, para su distribución durante el XV Congreso Internacional de la ISPS.
- Benedetti G. (1976). Curative factors in psychotherapy with schizophrenic patients. En: Jorstad, J. Ugelstad, E. (eds.), *Schizophrenia 75. Psychotherapy, family therapy, research*, (págs. 15-27).

- Benedetti G. (2006). My views for the future development of the ISPS. En: Alanen, Y. O. Silver, S. S., and González de Chávez, M. (eds.): *Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychoses* (págs. 327-30).
- Bentall R. (1990). *Reconstructing Schizophrenia*. Routledge. Londres.
- Boyle M. (1990). *Schizophrenia. A Scientific Delusion*. Routledge. Londres.
- Braus DF. (2005). Aktuelle neurobiologische Forschungsergebnisse, die von der Bedeutung für die Psychotherapie sind. *Kongress Brennpunkte der Psychiatrie*, Hamburg, 28-30 April, 2005.
- Chadwick P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Chadwick P, Birchwood M & Trower P. (1996) *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Cheung Chung M, Fulford K & Graham G. (2006). *Reconceiving Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Cullberg C. (2006). *Psychoses. An Integrated Perspective*. Londres: Routledge
- Fromm-Reichmann F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago IL: Chicago University Press.
- Gallese V. (2006). Mirror neurons and intentional attunement. Commentary on Olds. *Journal of American Psychoanalytical Association* 54:47-57.
- Gallese V, Fadiga L, Fogassi L and Rizzolatti, &. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain* 119:593-609.
- Gleeson JFM and McGorry PD. (eds.) (2004). *Psychological Interventions in Early Psychosis. A treatment handbook*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gumley AI, O'Grady M, McNay L, y cols. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy. *Psychological Medicine* 33:419-31.
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M. y cols. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry* 151:1409-11.
- Heinimaa M and Larsen TK. (2992). Psychosis: conceptual and ethical aspects of early diagnosis and intervention. *Current Opinion Psychiatry* 15:633-41.
- Hinshelwood RD. (2002). Symptoms or relationships. *British Medical Journal* 324:292-3.
- Jackson M. (2001). *Weathering the Storms. Psychotherapy for Psychosis*. Karnac: Londres.
- Johannessen JO, Larsen TK, McGlashan T and Vaglum P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multicentre study in Scandinavia. In Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. and Matgison, F. (eds.): *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness* (págs. 210-34). Glasgow: Gaskell (ISPS).
- Kandel E. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 155:457-69.
- Kandel E. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry* 156:505-24.

- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R and Sturgeon D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 146:594-600.
- Lehtinen K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia. A five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87:96-101.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP y cols. (2005). Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE). Effectiveness of antipsychotic drugs in schizophrenia. *New England J of Medicine* 353:1209-23.
- McFarlane WR. (2000). Psychoeducational multi-family groups: adaptations and outcomes. En: B. Martindale, A, Bateman, M. Crowe & F. Margison (eds.). *Psychosis - Psychological Approaches and their Effectiveness*, págs. 68-95.
- McGorry PD, McFarlane C, Patton GC y cols. (1995). The prevalence of prodromal features in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92:241-49.
- McGorry PD, Yung AR, Phillips RJ y cols. (2002). A randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 59:921-28.
- Mezzich JE. (2007). Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007:1-3.
- Mezzich JE, Salloum IM. (2007). Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116:1-5.
- Morrison AP, Frame L, Larkin W. (2003). Relationships between trauma and psychosis. *British J of Clinical Psychology* 42:331-53.
- Nishitani H, Avikainen S, Hari R. (2004). Abnormal imitation-related cortical activation sequences in Asperger's syndrome. *Annales Neurologiae* 55:558-62.
- Olds DD. (2006). Identification: Psychoanalytical and biological perspectives. *Journal of American Psychoanalytical Association* 54:17-46.
- Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112:330-50.
- Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, and Fogassi L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3:131-41.
- Salokangas RKR, Rökköläinen V, Alanen YO. (1989). Maintenance of grip on life and goals of life: a valuable criterion for evaluating outcome of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80:187-193.
- Scott RD and Ashworth PL. (1967). "Closure" at the first schizophrenic breakdown: a family study. *British Journal of Medical Psychology* 40:109-45.
- Seikkula J. and Arnkil RE. (2005). *Dialogical Meetings in Social Networks*. Londres: Karnac.
- Shaw K, McFarlane A, Bookless C. (1997). The phenomenology to traumatic reactions to psychiatric illness. *J Nervous and Mental Diseases* 434-41.
- Stierlin H, Rucker-Emden I, Wetzell N and Wirsching M. (1977). *Der erste Familiengespräch*. Stuttgart: Ernst Klett.

- Tienari P, Wynne LC, Läksy K y cols. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence of the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 160:1-8.
- Tienari P, Wynne LC, Sorri A y cols. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry* 184:216-22.
- Wahlberg K-E, Wynne LC, Hakko H y cols. (2004). Interaction of genetic risk and adoptive parent communication deviance: longitudinal prediction of adoptee psychiatric disorders. *Psychological Medicine* 34:1531-41.
- Wynne LC, Tienari P, Sorri A y cols. (2006). I. Genotype-environment interaction in schizophrenia spectrum: Genetic liability and global family ratings in the Finnish adoption study; II. Genotype-environment interaction in the schizophrenia spectrum: Qualitative observations. *Family Process* 45:419-47.
- Zahavi D. (2000). *Exploring the Self*. Amsterdam: John Benjamin.

