Con la colaboración de:

JANSSEN-CILAG

ALANEN LA ESQUIZOFRENIA - SUS ORIGENES Y SU TRATAMIENTO ADAPTADO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE

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

Prólogo de

Stephen Fleck

Introducción a la edición española de

Manuel González de Chávez

LA ESQUIZOFRENIA

Sus Orígenes y su Tratamiento Adaptado a las Necesidades del Paciente

Yrjö O. Alanen

Prólogo de

Stephen Fleck

Introducción a la edición española de

Manuel González de Chávez

Traducción española de

María Eugenia Sanz

Primera edición actualizada en español, 2003.
Copyright de la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, para el IX Curso Anual de Esquizofrenia dedicado a "Psicoterapias combinadas en la Esquizofrenia y otras Psicosis".
28-29 de Noviembre 2003 Madrid.
www.cursoesquizofreniamadrid.com.

Edición española realizada con la ayuda de Janssen-Cilag, S.A.

Primera edición en inglés en 1997
Editorial H. Karnak Ltd.
58 Gloucester Road
Londres SW7 4QY

Copyright 1997 Yrjö O. Alanen.

Los derechos de autor de Yrjö O. Alanen se han declarado de conformidad con los artículos 77 y 78 del Acta de Diseño de Copyright y Patentes de 1988.

Derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma o medio alguno, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado o cualquier otro, sin la previa autorización escrita del editor.

British Library Cataloguing in Publication Data

Este libro tiene un registro de C.I.P. en la Biblioteca Británica.

Depósito Legal: M-45284-2003

A mis colegas

ÍNDICE

PREFACIO Y AGRADECIMIENTOS xi

PARA LA EDICIÓN ESPAÑOLA de Yrjö O. Alanen xiii

PRÓLOGO de Stephen Fleck xv

INTRODUCCIÓN de Manuel González de Chávez xvii

CAPÍTULO UNO

Tres pacientes **1**

Sara, mi primera paciente 3

Eric, la importancia de la psicoterapia individual 7

Paula y la terapia familiar 14

CAPÍTULO DOS

Aspectos generales de la esquizofrenia **23**

Síntomas 23

Subgrupos 28
Sobre el diagnóstico del DSM 30
La esquizofrenia desde la perspectiva de la salud pública 31
Pronóstico 34
Modelos de enfermedad 37

CAPÍTULO TRES

Los orígenes de la esquizofrenia: un intento de síntesis 43
Punto de partida:
la necesidad de un enfoque integrador 43
Estudios sobre la predisposición a la esquizofrenia:
El rol de los factores biológicos 45
Estudios sobre la predisposición a la esquizofrenia:
El rol de los factores psicosociales 56
Un intento de integración 72
Desarrollo de la personalidad prepsicótica 87
Factores precipitantes del desencadenamiento
de la psicosis 93
El desencadenamiento de la psicosis 98
¿La esquizofrenia es una enfermedad uniforme?
Integración de observaciones 102

CAPÍTULO CUATRO

**Los tratamientos actuales de la esquizofrenia
y la investigación en psicoterapia 109**
Observaciones introductorias 109
Tratamiento psicofarmacológico 112
Psicoterapia individual 116
Terapia familiar 123
Grupos y comunidades 128
Progresos en psiquiatría comunitaria 132

CAPÍTULO CINCO

Tratamiento de las psicosis esquizofrénicas adaptado a las necesidades del paciente: desarrollo, principios y resultados **137**

El Proyecto Turku de Esquizofrenia 137

El Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia 156

El Proyecto NIPS Inter-Escandinavo 164

Concepto y principios del tratamiento adaptado a las necesidades del paciente 167

Conclusiones 184

CAPÍTULO SEIS

Experiencias terapéuticas **189**

Experiencias en la aplicación de las diferentes modalidades de tratamiento 189

Tratamiento adaptado a las necesidades: extractos de casos [con Irene Aalto y Jyrki Heikkilä] 212

CAPÍTULO SIETE

El tratamiento de la esquizofrenia y la sociedad **233**

Factores políticos que afectan el tratamiento de la esquizofrenia 234

Merece la pena desarrollar el tratamiento 235

Desarrollo de la organización que proporciona del tratamiento 237

¿Es posible prevenir la esquizofrenia? 248

¿Cómo se vislumbra el futuro? 250

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS *253*

ÍNDICE

PREFACIO Y AGRADECIMIENTOS

El punto de partida de este libro es la propuesta de un concepto y una terapia de las psicosis esquizofrénicas, basada en un enfoque psicodinámico integrado de este trastorno. Las teorías sobre la esquizofrenia son aún muy contradictorias, debido a las perspectivas parciales de los investigadores acerca de sus causas. El progreso en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas también ha encontrado muchos obstáculos debido a la ausencia de puntos de partida integradores. Considero que en la actualidad pocos pacientes esquizofrénicos reciben el tipo de tratamiento que necesitan.

Comienzo con una retrospectiva de mis primeras experiencias como psicoterapeuta de pacientes esquizofrénicos, actividad ésta a la que he estado dedicado 40 años. El segundo capítulo presenta las teorías generales acerca de la naturaleza de la esquizofrenia y su impacto en la salud pública. En el capítulo tres, una breve revisión de la investigación actual sobre la etiología de la esquizofrenia, seguida de un intento de síntesis integradora de los orígenes de la esquizofrenia basada en los hallazgos de las investigaciones y de mis propias experiencias y perspectivas. Este capítulo también puede ser útil como antecedente teórico del enfoque terapéutico descrito en los capítulos finales del libro.

En el capítulo cuatro se presenta un breve análisis del estado actual del tratamiento de la esquizofrenia. Se presta especial atención a los estudios con enfoques psicológicos. El capítulo cinco se centra en el desarrollo y los principios del enfoque psicoterapéutico integrado denominado "tratamiento de las psicosis esquizofrénicas adaptado a las necesidades del paciente", desarrollado por mí y por mis colegas a lo largo de nuestro trabajo en Turku, Finlandia, que ha generado un gran interés, así como aplicaciones en los países escandinavos. En base a nuestra experiencia, el éxito del tratamiento es mayor cuando se basa en una comprensión integradora de las variables necesidades terapéuticas individuales de cada paciente así como las de su entorno interpersonal más inmediato, por lo general, su familia. Los resultados del seguimiento descritos en este capítulo sugieren que nuestro enfoque es eficaz en la reducción de la cronicidad y limitaciones derivadas de la esquizofrenia.

El capítulo seis complementa clínicamente la descripción de nuestro enfoque. En primer lugar resumo mis experiencias en la terapia familiar e individual con pacientes esquizofrénicos así como en el hospital de la comunidad psicoterapéutica adecuado a su tratamiento. Se ilustra la

aplicación práctica del enfoque adaptado a las necesidades a través de los informes concisos de tres casos, uno de ellos escrito en colaboración con mi colega, la enfermera especialista Irene Aalto, y otro con el psiquiatra Jyrki Heikkilä. En el capítulo siete, discuto los efectos de las políticas sociales predominantes sobre el tratamiento y la rehabilitación y presento mi visión del desarrollo de las actividades terapéuticas dentro del contexto de la comunidad psiquiátrica.

Este libro se publicó inicialmente en finlandés en 1993. La edición inglesa se modificó y se hizo una revisión más completa de la investigación en esquizofrenia, se incluyó información derivada de investigaciones posteriores y se amplió el material clínico. Deseo expresar mi cordial agradecimiento por su colaboración a mis amigos, el Dr. Stephen Fleck (M.D.) y el Dr. Murray Jackson. Ambos leyeron pacientemente todo el manuscrito y, basándose en su vasta experiencia, me brindaron consejos invalorables referentes tanto al contenido como al lenguaje. Le estoy también muy agradecido al Dr. Brian Martindale por su crítica constructiva y consejo.

Dedico este libro a mis colegas de la clínica Turku y de todas partes. El Proyecto Turku de Esquizofrenia fue un proyecto de equipo desarrollado activamente a lo largo de los años por parte de muchos investigadores y clínicos, de los cuales deseo mencionar a los psiquiatras Jukka Altonen, Ritva Järvi, Anneli Larmo, Klaus Lehtinen, Ville Lehtinen, Vilho Mattila, Viljo Räkköläinen, Raimo Salokangas, Simo Salonen y Hikka Virtanen, los psicólogos Juhani Laakso y Aira Laine, la operadora Anne Kaljonen y, por último, aunque no por ello menos importante, la enfermera de sala Riitta Rasimus y el personal de la sala 81, que asumieron la responsabilidad principal en el tratamiento de los pacientes psicóticos ingresados, extendiendo las relaciones terapéuticas incluso fuera del hospital. Debo especial gratitud a Irene Aalto y a Jyrki Heikkilä por su valiosa contribución al capítulo seis.

Además de mis colegas de Turku, estoy en deuda con los colegas que participaron en las actividades del Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia y en el Proyecto NIPS Inter.-Escandinavo. Entre estos últimos, quiero honrar especialmente la memoria del difunto Dr. Endre Ugelstad, de Noruega. La contribución de Endre en la planificación y realización del proyecto NIPS fue de gran importancia.

Finalmente, quiero expresar mi mayor gratitud a mi amante esposa Hanni, por su apoyo y comprensión a lo largo de las incontables horas que he dedicado a este trabajo.

Turku, Finlandia

Agosto, 1997

PARA LA EDICIÓN ESPAÑOLA

Es para mi una satisfacción conocer que el enfoque descrito en mi libro ha suscitado también interés en España. Quiero darle especialmente y afectuosamente las gracias a mi amigo, el Dr. Manuel González de Chávez Menéndez, Jefe del Servicio de Psiquiatría I del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" de Madrid, con quien hace más de diez años establecí lazos de cooperación entre nuestros hospitales, me invitó a hablar en Madrid y ha tomado ahora la iniciativa de la traducción española de este libro.

El libro fue publicado originalmente en inglés en 1997 (por Karnac Books de Londres). Algunas actualizaciones basadas en las últimas investigaciones fueron añadidas a la edición alemana (2001, Klett-Cotta) y han sido también incluidas en esta edición española.

El estudio y el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas es un proceso continuo. Me alegraría que mi libro pudiera estimular el desarrollo de enfoque integrados en este trastorno y promoviese orientaciones terapéuticas que intentasen entender estos problemas y enfermedades desde una comprensión psicológica y global.

Turku, Finlandia

Abril 2003

Yrjö O. Alanen

PRÓLOGO

Stephen Fleck
Profesor Emérito de Psiquiatría y Salud Pública.
Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina. Universidad de Yale.

El trabajo del Profesor Alanen puede considerarse el tratado más completo sobre la esquizofrenia escrito en los últimos 25 años- es decir, desde Die Schizophrenen Geistesstörungen de Manfred Bleuler (Bleuler, 1972). El texto de Alanen comienza y termina con informes de pacientes y sus tratamientos, primero ilustra los beneficios y limitaciones de la psicoterapia diádica con esquizofrénicos y la conciencia incipiente sobre la importancia de las perturbaciones familiares. Los informes de casos al final del libro ilustran el "tratamiento adaptado a las necesidades del paciente" desarrollado en Turku bajo el auspicio y orientación del autor, documentando la necesidad y la implantación de la flexibilidad en los enfoques adaptados a cada paciente y también a la situación particular del paciente o de su contexto humano, así como al curso de la enfermedad. Se utilizan los psicofármacos con moderación, usualmente en dosis bajas y éstos nunca constituyen EL tratamiento.

Los cuatro capítulos que hay entre estos informes reflejan nuestras idas y venidas a lo largo de las cuatro últimas décadas y media en particular y lo hacen con una erudición considerable. La evolución de los tratamientos psicofarmacológicos, descubiertos de forma azarosa, y la consiguiente exploración del substrato biológico de las psicosis que prevalece en el campo de la investigación actualmente, tienen su paralelo en el desarrollo

de la psiquiatría comunitaria y los tratamientos orientados hacia la rehabilitación. Sin embargo, en lo que a los fondos para la investigación se refiere, estos últimos están aún en sus inicios.

El Dr. Alanen describe estos desarrollos e investigaciones, así como las teorías y enfoques psicoanalíticos en forma detallada y finalmente ofrece una visión integral sobre el desarrollo de la esquizofrenia un enfoque sistémico que abarca el espectro biopsicosocial desde los factores genéticos hasta los ambientales. Constituye un modelo bien razonado y un contraste constructivo a lo que Uttal (1997) denominó el "neuro-reduccionismo". Las prácticas basadas en la investigación reduccionista se han convertido en el mayor impedimento al tratamiento integral, además de la falta de continuidad de la atención en muchos lugares. La investigación necesariamente supone un diagnóstico limitado y procedimientos de tratamiento rígidos, los cuales desafortunadamente han sesgado la práctica clínica no basada en la investigación (Fleck, 1995).

La visión de Alanen sobre hallazgos relevantes referentes a la esquizofrenia es amplio, detallado y equilibrado, a pesar de lo fragmentarios que éstos puedan ser, y están integrados con el aura de un médico verdaderamente dedicado a sus pacientes. De este modo se desarrolló el "tratamiento adaptado" tratando y ayudando a cada paciente y su contexto de acuerdo a sus necesidades individuales y familiares. Este modelo se ha extendido por Finlandia y algunos países vecinos y sólo nos queda esperar que estas actitudes y programas se extiendan hacia occidente y sirvan como antídoto a la práctica actual en Estados Unidos de la gestión controlada y orientada a la búsqueda de beneficios. Supuestamente resulta más económico hacer que un paciente se ajuste a un servicio incluso a "clínicas especializadas" (lo más pronto posible)- que adaptar los servicios a las necesidades de cada paciente y de sus otros significativos. En el capítulo final, Alanen analiza los aspectos socio-políticos de la esquizofrenia, indicando que los tratamientos a corto plazo y limitados pueden no ser tan "económicos" a largo plazo, aparte de la falta de humanidad de los tratamientos cortos. El conocimiento necesario para ofrecer tratamientos y servicios integrales e individualizados se halla aquí, si bien nuestro conocimiento de la esquizofrenia sigue siendo incompleto. En un futuro, los pacientes, los terapeutas y los investigadores podrían prestar atención a la observación de Fausto: "Afortunado aquel que aún tiene la esperanza de resurgir de este mar de errores" (Goethe, 1808; trad. S.F.).

INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

Manuel González de Chávez
Jefe del Servicio de Psiquiatría I
Hospital General Universitario "Gregorio Marañón"

Yrjö Alanen es uno de esos profesionales que configuran la historia de la esquizofrenia, su comprensión y su abordaje terapéutico global, flexible y adaptado a las necesidades de los pacientes.

En la historia de este trastorno y el del entendimiento y la ayuda a estos enfermos, su nombre figurará, por generaciones, junto al de Eugen y al de Manfred Bleuler, al de Harry Stack Sullivan y al de Frieda Fromm-Reichmann , al de los esposos Theodore y Ruth W. Lidz, y al del mismo Stephen Fleck que prologa este libro.

Yrjö Alanen es toda una vida de lucidez, dedicación y entrega. Profesor Emérito y Director médico de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Universitario de Turku, investigó la dinámica familiar de los enfermos psicóticos, a la vez que instituyó las intervenciones y estrategias psicoterapéuticas familiares e individuales más eficaces y los dispositivos asistenciales globales que estos pacientes precisan para su recuperación. Se preocupó de la formación psicoterapéutica de todos los profesionales, de la creación de equipos de intervención familiar y psicoterapéutica precoz, del desarrollo de programas terapéuticos integrados y de la investigación de los resultados de estos programas en la mejoría o superación de los trastornos psicóticos.

Yrjö Alanen ha sido también el impulsor y líder del plan Nacional para la Esquizofrenia de Finlandia, que ha convertido a dicho país en un ejemplo para la organización de los servicios públicos de todo el mundo.

Desde la ciudad de Turku al resto de Finlandia y desde Finlandia a los demás países escandinavos y a muchas otras regiones y localidades en otros países del mundo, la figura y la obra de Alanen han tenido una influencia decisiva y ha sido para muchos profesionales de este campo un gran ejemplo. Que ahora además, después de más de cinco décadas de experiencia, reflexión y de práctica psicoterapéutica y organizadora en la atención a los pacientes psicóticos, nos hace el auténtico regalo de escribir este libro sobre la esquizofrenia, sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades de estos enfermos.

Pocos libros en este campo son equiparables a éste de Alanen, en el que recopila, estructura y sintetiza conocimientos, a la vez que expone y reflexiona sobre las prácticas psicoterapéuticas, y terapéuticas en general , de un trastorno a cuya comprensión y atención ha dedicado su vida profesional. Recuerdo ahora, entre esos libros valiosos dedicados a la esquizofrenia, la segunda edición del libro de Silvano Arieti con los treinta años de experiencia recogidos en ella, el libro de Ping-Nie Pao "Schizophrenic Disoders" o el pequeño libro de Theodor Lidz, de una sencillez magistral, "The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders", un título cuyo eco recoge Alanen. Son libros cargados de conocimientos destilados y priorizados por toda una vida de estudio y relación con los enfermos, pero sobre todo por una vida de práctica psicoterapéutica, y en el caso de Alanen también de práctica organizativa, creando estructuras asistenciales y programas donde las psicoterapias de estos pacientes ocupan un papel central. Es ese saber práctico el que da a este libro de Alanen un valor especial, que se trasluce casi en cada página del libro.

En este mundo globalizado y cibernético en el que estamos bombardeados por innumerables cantidades de informaciones - que no de conocimientos - desde el campo de cualquier ciencia, es fundamental para los jóvenes profesionales discriminar pronto la hojarasca de los frutos. Para ello no hay nada mejor que la prueba de la práctica. Sólo adquieren conocimientos sobre la realidad aquellos que intentan cambiarla. Sólo nos enseña la experiencia práctica y sólo nos enseñan aquellos que la tienen. Alanen es un gran ejemplo de ese magisterio, como investigador, como psicoterapeuta y como creador y organizador de nuevos dispositivos asistenciales.

Por eso, hemos puesto mucho interés y entusiasmo en la traducción española de este libro de Alanen. Estamos seguros de que su visión global de la esquizofrenia y su experiencia múltiple e integradora de los

abordajes terapéuticos supondrá para muchos profesionales de habla hispana la apertura al mundo tridimensional de la realidad compleja de la esquizofrenia, que es completamente desconocida para una clínica ignorante y plana. Un mundo que es tridimensional porque es psicoterapéutico y porque nos hace posible el verdadero conocimiento de la esquizofrenia en el mismo proceso en el que ayudamos a nuestros pacientes a conocerse y a superarla.

CAPÍTULO UNO

Tres pacientes

La actitud hacia la esquizofrenia y los pacientes esquizofrénicos es un asunto sumamente personal. He notado esto en repetidas ocasiones entre investigadores y psiquiatras: no importa cuán científicos y objetivos deseemos ser, nuestras teorías acerca de la naturaleza y el tratamiento de la esquizofrenia, si bien moldeadas por nuestra formación y experiencia psiquiátrica, también se ven influenciadas por nuestra personalidad e historia personal. Con frecuencia, la actitud hacia la esquizofrenia está influenciada por consideraciones ideológicas.

Comienzo este libro con el relato de mis propias experiencias con pacientes esquizofrénicos. Espero que esto también sirva al lector de introducción al mundo de los esquizofrénicos, a través de la puerta de entrada que yo mismo usé.

El primer esquizofrénico que recuerdo era una mujer joven confinada en el departamento mental de las autoridades locales en Kurikka, en espera de una cama en el hospital mental del distrito. Esto fue hacia finales de la década de los 40, cuando ya había comenzado mis estudios de medicina y fui a visitar el lugar acompañado por mi padre, en ese entonces funcionario municipal de salud en esta comunidad rural de Finlandia. Como conocía mi interés por la psiquiatría, me mostró a la paciente, me dijo que se trataba de una esquizofrénica y me estimuló a que entablara conversación con ella.

La celda era oscura, su único "mobiliario" era un saco de dormir roto con rasgones por los que se salía el relleno. Cerca del techo había una pequeña ventana cerrada. Probablemente me facilitaron una silla, pero no recuerdo dónde estaba la paciente. Sólo recuerdo que estaba sentada en su saco, despeinada, haciendo gestos extraños con la cara de vez en cuando. Pero ella estaba interesada en conocerme y hablaba con soltura, aunque de un modo que resultaba difícil de entender. Su lenguaje permitía entrever problemas relacionados con su familia, referencias extrañas a la homosexualidad y muchas otras cosas.

En esa época, yo también me enfrentaba con problemas de identidad, aunque menos críticos que los de ella. Para mí también eran de gran importancia los conflictos en las relaciones familiares y las presiones personales consiguientes. Las cosas que esta mujer decía me interesaron pero también me horrorizaron. Me pareció obvio que lo que decía no era incoherente por azar, sino que reflejaba sus problemas, aunque de una forma extraña y chocante.

Mi padre adoptó una actitud más objetiva. Dijo que consideraba que la enfermedad era hereditaria y la relacionó con la anormalidad observable en toda la familia. No recuerdo si dijo que otros miembros de la familia padecían también trastornos mentales, pero yo sabía que al hermano de la paciente lo consideraban raro y le llamaban "Satán Sabelotodo". El destino de la chica despertó mi compasión: ¿tendría que pasar el resto de su vida confinada en un hospital?

Otro factor que influyó en mis concepciones preliminares sobre la esquizofrenia era más bien de tipo teórico. Aunque era un estudiante de medicina, también estudié psicología en la universidad y estaba interesado en el arte. En su libro sobre psicología del desarrollo, Heinz Werner (1948) comparó las producciones artísticas de niños, pueblos primitivos y pacientes con trastornos mentales. Llegó a la conclusión de que el arte de los enfermos mentales se produce a un nivel más bajo que el de la lógica de un adulto en un medio con un alto nivel cultural pero que, sin embargo, existe en sus sueños y en su inconsciente. Picasso y otros pioneros del arte moderno del siglo XX buscaron estímulo en ese nivel más primitivo de expresión al cual todos tenemos acceso interno, siempre que no hayamos sufrido bloqueos debidos a los factores externos e internos implícitos en nuestra cultura. Considero que la emergencia del arte moderno y la comprensión psicológica de la esquizofrenia no coincidieron por mera casualidad (si bien la apreciación del arte moderno parece haber progresado más rápidamente).

A medida que fui avanzando en mis estudios, descubrí que me orientaba de manera natural hacia la psiquiatría, lo cual significaba también una solución definitiva a una parte central de mi problema de identidad. Mientras era estudiante en la Clínica Universitaria del Hospital Lapinlahti en Helsinki,

comencé, motivado por mi profesor Martti Kaila, a trabajar en una tesis doctoral sobre las madres de los pacientes esquizofrénicos (Alanen, 1955) mientras que aprendía a comprender y a tratar a estos pacientes que suscitaban mi interés. He mantenido ese interés desde entonces.

Las primeras experiencias de trabajo terapéutico son especialmente importantes en el desarrollo y orientación profesional de un psiquiatra. A continuación describiré a tres pacientes de los cuales aprendí mucho (sus nombres han sido cambiados).

Sarah, mi primera paciente

Sarah, una estudiante de 25 años con un lenguaje claramente esquizofrénico, fue mi primera paciente a largo plazo perteneciente al grupo de la esquizofrenia. Cuando la conocí (en 1953) apenas comenzaba mi formación psiquiátrica y era tan solo un año mayor que ella.

Sarah había entrado repentinamente en un estado delirante mientras estudiaba en una escuela de verano en la universidad, lejos de casa. Sus padres me dijeron que cuando se les informó sobre la enfermedad de su hija y fueron a verla, ella les dijo que era una médium y trató de hipnotizarlos, haciendo gestos de rechazo con las manos. En el hospital, Sarah me comentó que la habían estado utilizando para experimentos en los cursos de psicología que se llevaban a cabo entonces en la escuela de verano. Comenzaron por hipnotizarla y entrenarla en un grupo de diez personas. Dijo que ahora era clarividente, una médium capaz de hablar con espíritus y con personas que estaban muy lejos, que se alternaban para hablar por turno a través de su mente. Más tarde estas voces se fusionaron en una, que ella denominó su "Guía". El "Guía" vivía dentro de Sarah, pero era una persona independiente de ella. Sarah podía escuchar la voz del Guía dentro de sí misma y hablar con él. El Guía también podía escribir, utilizando la mano de Sarah.

Aunque las manifestaciones de la enfermedad aparecieron de manera repentina, éste era el punto final de una larga evolución. Sarah siempre había vivido aislada: prefería vivir en su propio mundo de fantasía y tendía a apartarse de sus compañeros. Durante los dos años previos había desarrollado un miedo mórbido a los exámenes y conferencias. Fracasó en los estudios. También comenzó a aislarse en su casa, estudiaba de noche y se levantaba por la tarde, para evitar a sus padres. La escuela de verano había sido su último intento por reanudar sus estudios en un nuevo ambiente, pero al final esto condujo a una ruptura de su integración psíquica.

Conocí a Sarah y a su Guía alrededor de tres meses después de su ingreso. Para entonces había sido tratada con insulina y electroshock, lo

que produjo una mejoría notable en su psicosis. Aún así, seguía estando seriamente enferma, prefería el aislamiento, hablaba consigo misma y se reía con sus voces. La entrevisté para mi investigación, interrogándola sobre sus recuerdos de infancia y la relación con sus padres. Contestó con respuestas normales y calmadas, pero seguía mirando por la ventana y cubría parte de su cara con la mano. Su narración era gris y convencional. Mostró cierta amargura hacia su madre, pero tan pronto expresó dicha amargura, comenzó a defender a la madre. Insistía en que había sido una niña de carácter conciliatorio, buena en el hogar y dijo que su vida hogareña realmente había sido "bastante normal".

Cuando ya había conversado con la paciente por espacio de una hora, le pregunté si aún tenía a la otra persona, el Guía, dentro de ella. Sucedió algo sorprendente. Sarah dijo: "Deja a tu Guía hablar ahora" y entonces comenzó a recitar en un tono profundo, monótono y teatral: "La Srta. K -se refería a sí misma- no está enferma, es una criatura única, una médium. Dentro de ella hay otra persona, pero la Srta. K no sabe quién es esa otra persona; ella no está segura de si es una médium o una esquizofrénica. El Guía piensa que son especulaciones vanas." El Guía continuó diciendo que había estado descontento por mucho tiempo con las "buenas palabras" de la Srta. K y que resultaba molesto ver a personalidades tan diferentes como las de la Sra. y el Sr. K los padres de Sarah- teniendo que vivir juntos. A continuación Sarah comenzó, con su propia voz, a culpar al Guía por liberarla de su responsabilidad hacia sus padres y entonces comenzó un animado diálogo entre ella y el Guía. En el papel del Guía, Sarah caminaba por la habitación, hacía gestos teatrales, reía e incluso comenzó a cantar.

La madre de Sarah pertenecía a los grupos que yo estaba estudiando para mi tesis doctoral y tuve oportunidad de conocerla poco después de esta entrevista. La describí del modo siguiente (Alanen, 1958, p. 175):

> Cuando interrogué a la madre (M) sobre la infancia de la paciente, desvió la conversación voluntariamente hacia su hogar cuando era una niña, diciendo que "allí, más que en cualquier otro lugar, habría encontrado problemas". El propio padre de M, a quien se sentía apegada, era alcohólico y se pegó un tiro cuando M tenía 16 años. Después de esto, M tuvo que abandonar la escuela contra su voluntad y encontrar un empleo para poder ayudar a su madre, con la que tenía una relación tensa, en la manutención de sus hermanos menores.
>
> Desde entonces, en la actitud de M hacia la vida predominaba un resentimiento de víctima muy intenso. "Cuando la vida transcurre apaciblemente, siempre pienso que pronto vendrá algún golpe de alguna parte."... Se casó con un hombre de negocios de temperamento voluble, excesivamente impaciente y nervioso, con rasgos hipomaníacos, que a veces consumía grandes cantidades de alcohol. La paciente (P) describió

a su padre diciendo que siempre había un aire de "catástrofe inminente" en él. M se había sentido frustrada por haber tenido que permanecer sola por largo tiempo. Tuvo su primer hijo un año después de casarse; era una niña y a la madre le pareció hermosa; su actitud hacia ella siempre fue de mayor apego que hacia P, la segunda hija. P nació 4 años después que su hermana; pero esta vez los padres deseaban un niño. Entretanto, M encontró un trabajo con el que se sentía satisfecha, pero lo abandonó después del nacimiento de su segunda hija. M nunca habló de ello, pero tanto el padre (Pa) como P se dieron cuenta de que el nacimiento de P había sido un evento muy desagradable para M. Se sintió enferma varias veces durante el embarazo -"muy enferma", tal y como solía decir después a P y sentía amargura hacia Pa. Después del nacimiento de P, ella se quedó en casa. Refiere que, a partir de ese momento, se sacrificó por su familia. Cuidó ella sola de los niños y confeccionó su ropa. Su conversación evidenciaba su resentimiento hacia ese rol que, no obstante, asumía con ansia de víctima; parecía como si M estuviese repitiendo masoquistamente la situación que vivió después de la muerte de su padre, cuando también "tuvo que sacrificarse". Sucedió, por ejemplo, algo bastante típico cuando M relató con gran auto-compasión, la forma en que sus hermanas se asombraron y sintieron lástima por el hecho de que sus manos, que siempre habían admirado por su belleza, estuviesen estropeadas por estar lavando constantemente... La actitud de M hacia P siempre había sido de hostilidad encubierta, con una mezcla de desprecio y la actitud de M hacia la enfermedad de P era de una frialdad sorprendente.

Yo había leído en la literatura psicoanalítica por ejemplo en *La Teoría Psicoanalítica de las Neurosis* de Otto Fenichel (1945)- que los síntomas esquizofrénicos se pueden dividir en dos categorías, la primera relacionada con la escisión y la regresión de las funciones psíquicas normales del paciente (síntomas regresivos) y la segunda referente al esfuerzo por recuperar el equilibrio perdido, pero desde la enfermedad y de forma patológica (síntomas restitutivos). El Guía de Sarah era el ejemplo más ilustrativo de la última categoría: era su apoyo y su guía y, al mismo tiempo, una especie de yo ideal, que también ayudaba a Sarah a expresar sus emociones mejor de lo que ella misma podría haberlo hecho - aunque de un modo separado de su propia personalidad. En retrospectiva, podría destacar también la significación del Guía al satisfacer las necesidades simbióticas de Sarah: esta figura alucinatoria la seguía como un padre que la ayudaba.

Mi investigación sobre las madres me convenció de que las alteraciones en las relaciones intrafamiliares eran de gran importancia en la patogénesis de la esquizofrenia, pero también me hizo darme cuenta de que no se debe culpar a las madres ni a los padres por la enfermedad de sus hijos; por el contrario, necesitan comprensión. En realidad, nos estamos enfrentando a

las consecuencias de los problemas de los padres generalmente inconscientes- ante los cuales ellos se han visto sin ayuda, problemas que han heredado de sus propios hogares y usualmente agravados por sus relaciones de pareja. Fue fácil para mí estar de acuerdo con el Guía de Sarah, que criticaba a su madre por reprimir sus sentimientos normales de rabia ("La Sra. K piensa que un buen niño es aquel cuyo comportamiento es tres veces más controlado que el de un adulto"), pero también podía ver a esta madre como una chica joven a la que, después del suicidio de su padre, se obligó a apoyar a una madre a la que odiaba en secreto.

Después de darle el alta, Sarah continuó en psicoterapia conmigo por más de un año. Su condición parecía evolucionar favorablemente. Pero entonces se produjo una detención: los exámenes y los profesores le resultaban tan amenazantes como antes, su ansiedad aumentó, no dormía bien, era incapaz de concentrarse y los elementos acusadores y amenazantes comenzaron a dominar sus alucinaciones. Pronto llegué a la conclusión de que un reingreso era inminente.

Entonces, en su perplejidad, el futuro psiquiatra joven e inexperto dio un paso equivocado. Durante una sesión, Sarah reclinó la cabeza sobre la mesa en un gesto de desesperación. Con un sentimiento de simpatía, comencé a pasar la mano suavemente por su pelo. Yo no me había permitido aproximarme a ella de ese modo antes. El resultado fue sorprendente. Sarah levantó la cabeza y dijo que ahora escuchaba mi voz dentro de sí: "Yrjö Alanen está hablando, se ha convertido en mi Guía."

La psicosis transferencial, con la cual yo me enfrentaba en ese momento, era una experiencia nueva y desconcertante para mí. Me negué a hablar con Sarah de otro modo que no fuese como lo había hecho hasta ahora es decir, durante nuestra conversación. Esto le resultaba confuso, porque ella seguía oyendo mi voz en su cabeza, en lugar de la del Guía previo. Si bien el cambio fue repentino, me dí cuenta de que hubo signos que permitían anticiparlo: el Guía ya tenía algunos rasgos similares a los míos con anterioridad a esta ocasión, identificables por ejemplo en su creciente conocimiento médico.

La inclusión del terapeuta como parte del mundo psicótico del paciente ya sea en un sentido positivo o negativo- es relativamente común en la psicoterapia de la esquizofrenia y, en consecuencia, he tenido varias experiencias de este tipo, aunque no tan dramáticas como en el caso de Sarah. Varios terapeutas Searles (1965) y Benedetti (1975) por ejemplo, consideran la psicosis transferencial como una parte normal e incluso necesaria en el curso de la terapia de la psicosis.

De ahí que considerase un error el haber negado el delirio de Sarah referente a mi persona. Yo no necesitaba confirmar verbalmente esta internalización; habría bastado con no contrariarla y comprenderla como

una fase del proceso terapéutico. También considero un error debido a mis propios sentimientos contratransferenciales no suficientemente controlados- el haber acariciado el cabello de Sarah y desde entonces siempre he evitado todo acercamiento de este tipo. Frieda Fromm-Reichmann (1952) ha escrito que el terapeuta debe mantener inalterada su actitud de escucha empática en diferentes situaciones, y me parece que esto garantiza de forma óptima la relación terapéutica y la continuidad del proceso terapéutico. La interacción entre Sarah y yo podría haberse desarrollado más apaciblemente y en mayor armonía con nuestros recursos internos, si yo me hubiese abstenido de demostrarle mi empatía a través del contacto físico.

A la larga, el destino de Sarah fue triste. Después de la psicosis transferencial, se tornó cada vez más inquieta y fue reingresada, lo cual era de todos modos inevitable. Seguí tratándola allí, pero nuestra relación terapéutica nunca volvió a ser la misma. Ella seguía escuchando mi voz en su cabeza y este "Yrjö Alanen" probablemente se fue tornando cada vez más diferente del que fue a verla a la sala del hospital. Otro psiquiatra le aplicó incluso tratamiento de electroshock para tratar de sacarlo de la cabeza de Sarah.

Una vez dada del alta del hospital, Sarah continuó en psicoterapia con otro terapeuta, que era tan inexperto como yo, dado que había muy pocos disponibles en Finlandia en ese entonces. Pocos años después fue ingresada como paciente crónica. Intenté ponerme en contacto con ella mientras escribía el manuscrito de este libro, pero me dijeron que murió de cáncer y que había permanecido en el hospital casi sin interrupción por más de 20 años. Vivía en su propio mundo, su personalidad se había desintegrado seriamente y hablaba con sus alucinaciones. El Guía y los psiquiatras habían sido sustituidos por una serie de espíritus buenos y malos, entre ellos Jesucristo, Gautama Buda y Lucifer.

Eric, la importancia de la terapia individual

Durante unos pocos años después tuve varios pacientes en psicoterapia que sufrían psicosis clasificables como esquizofrénicas. Tuve conocimiento de ellos primero en el Hospital Lapinlahti, al igual que Sarah, pero algunos llegaron a través de mi consulta particular. Se trataba de terapias de apoyo en el sentido de que intentaba ayudar a los pacientes a enfrentar sus problemas reales, pero también empleé el enfoque psicoanalítico con el fin de ayudar a alcanzar una mayor comprensión de las causas de sus dificultades y hacer crecer la dimensión humana de sus personalidades. Esta combinación de enfoques es común en la psicoterapia de los trastornos psicóticos.

Mi análisis personal, que comencé en 1955, fue de una importancia crucial en mi desarrollo como psicoterapeuta. Me ayudó a aclarar muchos de mis propios problemas e hizo posible que me aproximara a los problemas de mis pacientes de manera empática, manteniendo la distancia interna suficiente y sin permitir que mi propia ansiedad interfiriera con el desarrollo del proceso interactivo. Aunque la personalidad del terapeuta es más importante en la psicoterapia de pacientes psicóticos que en las terapias más técnicas de las neurosis, estoy de acuerdo con Vamik Volkan (1987) y otros, que han hecho énfasis en la importancia del propio tratamiento psicoanalítico del terapeuta como pre-requisito para el éxito en la terapia a largo plazo de pacientes psicóticos. Hay algunas excepciones a esta regla, algunos raros talentos naturales que están mejor capacitados que la mayoría de nosotros para entender los problemas de los pacientes psicóticos, fundamentalmente a través de su experiencia personal. En Finlandia, uno de estos talentos fue Allan Johansson quien, en la década de los 80, recopiló las experiencias de su vida en un libro (Johansson,1985) ilustrado con casos con períodos de catamnesis de hasta 30 años. Él también consideraba importantes la formación psicoanalítica y la terapia personal asociada, si bien él había sido capaz de mantener relaciones terapéuticas de un éxito excepcional incluso antes de dicha formación.

En 1962 publiqué una descripción de mis propias experiencias en *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* (Alanen, 1962). También incluí un informe de seguimiento informal de 26 de mis pacientes. Excluí los casos agudos, claramente reactivos y solo incluí pacientes con síntomas más persistentes -no obstante, algunos podrían definirse mejor como "esquizofrénicos borderline" y algunos estaban aún en terapia. Consideré que los hallazgos eran alentadores: 17 de los 26 pacientes estaban en buenas condiciones. Los síntomas psicóticos no estaban completamente ausentes en todos los casos, pero en su entorno normal eran capaces de funcionar de manera satisfactoria, correspondiente a su nivel social previo.

Al discutir el pronóstico, puse énfasis en la importancia de la capacidad de contacto del paciente. En algunos pacientes predominaban rasgos de aislamiento autista, por ejemplo, el miedo a la relación interactiva con el terapeuta y el deseo de abandonarla, mientras que otros mostraban mayor confianza y transferían sus necesidades de apoyo y dependencia a su terapeuta, incluso en las fases iniciales de nuestra relación. La terapia fue considerablemente más satisfactoria en el segundo grupo que en el primero. La duración de la psicoterapia también fue un dato significativo: un contacto terapéutico que posiblemente fue menos frecuente, pero de larga duración, produjo mejores resultados que la terapia corta intensiva.

Eric fue uno de los pacientes que respondió más favorablemente a la terapia. Vino a mi consulta, inicialmente tres veces por semana y después dos veces a la semana, por espacio de dieciocho meses. Cuando me marché para cursar

mis estudios en Estados Unidos, entró en terapia con otro psiquiatra, pero volvió conmigo cuando este colega se marchó para continuar su formación. Mi trabajo con Eric se extendió durante varios años más.

Cuando conocí a Eric, tenía alrededor de 30 años y su personalidad difería significativamente del estereotipo rígido presentado generalmente en los textos sobre pacientes esquizofrénicos. Era excepcionalmente flexible -de manera sumisa- y tenía una buena capacidad de contacto, además de lo cual era también uno de mis pacientes con más talento. Ciertamente estos factores eran parte de una estructura de personalidad favorable para un buen pronóstico. Aunque el trastorno de Eric incluía rasgos esquizofrénicos, probablemente debido a sus habilidades de adaptación y a nuestra alianza terapéutica, éstos no desembocaron en una desintegración grave. Nunca requirió ser ingresado. Se le prescribieron neurolépticos, en dosis bajas y por menos tiempo, comenzando en el período del hogar asistido que se describe más adelante. No estoy convencido de que fueran necesarios, ni siquiera entonces.

Durante su primera sesión, Eric se sentó en su silla, pensativo y vacilante, con una sonrisa amistosa ocasional, aunque ligeramente mecánica y me contó aspectos generales de su vida, pero guardando para sí sus pensamientos más personales. Durante la segunda sesión comenzó a hablar más abiertamente sobre sus experiencias y creencias. Me contó que en el trabajo, su jefe anterior se había vuelto "esquizofrénico" tres años antes: "Yo recibía mensajes en un lenguaje ambiguo." La esposa de Eric también "se volvió esquizofrénica": comenzó con una actitud de deleite al confesar sus infidelidades en un "lenguaje de segundo grado", causando gran dolor a su esposo. El psiquiatra al que Eric consultó un año antes por consejo de un amigo, se comportó de manera similar: el 75% de su lenguaje era "un absoluto sin sentido" y Eric no fue capaz de decir gran cosa acerca de sí mismo, como si fuese inmediatamente silenciado con toses y murmullos. No obstante, cierto tipo de "terapia" había tenido lugar desde el momento en que detuvo estas visitas. Eric tuvo experiencias de ser "alimentado" y su "presión interna" se reguló; posiblemente había dispositivos auditivos que su mujer podía controlar y encender a voluntad. Eric se percibía a sí mismo como un "robot" cuya vida era controlada por otros. Me preguntó si yo había sido designado ahora para esta "terapia", cuyas riendas pensaba él, las llevaba un Americano.

Le dije a Eric que ahora yo era su terapeuta y que debíamos descubrir juntos lo que le estaba pasando.

Las experiencias psicóticas de Eric habían comenzado cuando él proyectó el desencadenamiento de la "esquizofrenia" en su jefe. Este hombre había criticado a Eric por negligencia en su trabajo, sin razón aparente. A Eric le agradaba su jefe, pero sintió que se estaba tornando cada vez más hostil hacia

él. Prueba de ello eran las expresiones y conductas del jefe y gradualmente este lenguaje de "segundo grado", que Eric sentía que le causaba "variaciones de presión" insoportables en él mismo. Había o un exceso de presión o un "agujero" a través del cual se salía toda la presión, dejándolo sumamente débil y con su voluntad controlada por otros.

Si utilizamos la terminología clásica, podríamos decir que Eric había comenzado progresivamente a vivir en un mundo de delirios de referencia. Con el "lenguaje de segundo grado" se refería a significados que le pertenecían a él y que estaban implícitos en el lenguaje de sus otros significativos. Los otros por sí mismos no reconocían dichos significados -pero éstos frecuentemente podían estar estrechamente relacionados con actitudes inconscientes expresadas por ellos inintencionadamente. Por ejemplo, en la empresa un hombre miró a través de la ventana y dijo: "Se está nublando", lo que fue interpretado por Eric como la expresión de su creciente hostilidad hacia él. Así, el "lenguaje de segundo grado" apareció en la mente de Eric y él también utilizaba sus expresiones para materializar la ansiedad que experimentaba como abrumadora.

Los delirios de referencia se han asociado siempre a delirios físicos de influencia. Eric creía, por ejemplo, que al realizar su labor de bordado su mujer era capaz de hacer ciertos movimientos con los dedos para darle con una frecuencia determinada- un "shock de sueño", que Eric sentía como "un gorro en su cabeza".

A pesar de los delirios, Eric continuó desenvolviéndose sorprendentemente bien en su entorno social. Encontró un nuevo trabajo, pero me comentó durante las sesiones terapéuticas, que incluso allí tenía casi a diario experiencias de "regulación de presión" por parte de sus compañeros. No habló con ellos sobre estas experiencias, pero sí con un superior a quien sentía protector. Este último alertó a Eric a que mantuviese estrictamente en secreto estas cosas y mencionó a tres miembros de su entorno laboral que ciertamente no le entenderían. Eran precisamente los "que hacían el agujero", dijo Eric. Me pareció que éste era un buen ejemplo de la "doble contabilidad" descrito por Eugen Bleuler (1911), que se halla frecuentemente en las formas leves de esquizofrenia: aunque el paciente siente sus delirios como verdaderos, simultáneamente tiene un sentimiento latente de enfermedad, que le lleva a ocultar sus síntomas de aquellos que no lo entenderían.

Muchos de los delirios psicóticos de Eric podrían interpretarse simbólicamente, pero él los experimentaba a nivel concreto. No siempre estaba claro hasta qué punto entendía la naturaleza simbólica de sus experiencias y expresiones. Una vez, por ejemplo, se describió a sí mismo como un "coche", refiriéndose a que otras personas eran capaces de controlarlo como si pudieran conducir un coche. En otra oportunidad me pidió que lo condujera. Le dije que preferiría ser un instructor de

conducción, que le enseñaría a conducirse a sí mismo. Supuse que Eric podría comprender este simbolismo y de hecho, lo hizo. Sin embargo, una mañana me llamó en un estado de extrema preocupación diciéndome que había recibido una llamada de un número equivocado preguntándole si él tenía un coche en venta.

Los problemas de autoestima en el entorno laboral y especialmente en la relación con su mujer, constituían el núcleo central de las dificultades que condujeron a la enfermedad de Eric. Esto se veía reflejado en sus fantasías psicóticas de la infidelidad de su mujer con muchos hombres. Los celos de Eric por el afecto de su mujer hacia sus dos hijos pequeños pueden haber influenciado esta dinámica. Las peleas en torno a estos incidentes imaginarios al final condujeron a una situación en la que el divorcio comenzó a parecer inevitable. En ese momento, Eric vino al campo a pasar el verano, en un hogar protegido en el que yo estaba trabajando como psiquiatra. Ese verano fue muy importante en el desarrollo de nuestra relación terapéutica. Eric sintió que la atmósfera del centro era muy benéfica, ayudándole a equilibrar su situación. Durante su estancia allí desarrolló un nuevo término, "carpa", para describir una condición de solidaridad interpersonal satisfactoria, en la cual prevalecía un equilibrio de la presión, porque las personas se brindaban presión unas a otras, libremente, cuando era necesario. "¿No podríamos montar una "carpa"?", me preguntaba Eric ocasionalmente, incluso posteriormente, cuando sentía que nuestras variaciones de presión mutuas amenazaban su propio bienestar.

La comprensión empática del lenguaje concreto de las experiencias psicóticas - sobre las cuales el psicoanalista Finlandés Eero Rechardt (1971) ha escrito un artículo revelador- es una de las cosas que aprendí mientras fui terapeuta de Eric. En la clínica, nuestra interacción mutua se desarrolló hasta un estado que Harold F. Searles (1961) ha denominado "simbiosis completa". Durante las sesiones que tuvimos en esa época, ocasionalmente me encontré empleando expresiones psicóticas que había tomado de Eric. Si alguien externo a la situación hubiese estado presente escuchando nuestras conversaciones, probablemente se habría quedado perplejo ante lo que escuchaba. Pero yo también era consciente de que la tarea del terapeuta no es simplemente entender tales expresiones, sino también revelar su naturaleza simbólica y de ese modo intentar aumentar el sentido de realidad del paciente.

Esto podría denominarse "interpretación hacia arriba" (Rechardt) y no puede tener éxito sin la mutua comprensión de los problemas del paciente, incluso más ampliamente de lo que sugiere su estilo de lenguaje. Las "interpretaciones hacia abajo", para explorar y develar el inconsciente, frecuentemente utilizadas en la psicoterapia de las neurosis, en ocasiones pueden ser innecesarias o incluso peligrosas en la terapia de esquizofrénicos. En una oportunidad llegué hasta el punto de sugerir a

Eric que en sus fantasías sobre las escapadas de su mujer, parecía que se imaginaba a sí mismo en su posición: posiblemente era capaz de imaginar en su mujer sus propios sentimientos hacia estos hombres. Eric soltó una carcajada, por lo cual para beneficio de nuestro proceso terapéutico-pareció descartar este intento de interpretación erróneo, o al menos inoportuno. Incluso la interpretación de sus sentimientos agresivos, que evidentemente influenciaban sus delirios proyectivos, no tuvo mucho efecto en los comienzos de la terapia.

Sin embargo, la comprensión que alcanzamos al analizar juntos los problemas de Eric, sus antecedentes familiares y de desarrollo, fue de crucial importancia. Su madre resultó ser una persona excepcionalmente temperamental y dominante, características éstas que al comienzo Eric había descrito de forma idealizada y a punto de llorar. Más tarde describió su infancia como un infierno: por ejemplo, había sido forzado a arrodillarse ante su madre para disculparse por sus pequeñas travesuras, mientras ella le tiraba del pelo con tanta fuerza que le arrancaba mechones enteros. Eric sentía que su hermano pequeño era el preferido de su madre, ya que le alimentaba y mimaba de modo diferente que a él; esto nos dio acceso a las bases de sus celos. Hablaba menos de su padre que, al parecer, era el más pasivo de sus padres, subordinado a su mujer. Por lo tanto, no cabía duda de que Eric se hallaba luchando contra problemas similares en su vida adulta y que nuevas figuras parentales, como los jefes en el trabajo y el terapeuta, eran importantes para él.

De este modo, la terapia de Eric se concentró gradualmente en el señalamiento e interpretación de las conexiones entre sus antecedentes familiares infantiles y sus problemas actuales. Analizamos, por ejemplo, su experiencia infantil de un amor que requería sumisión, que no dejaba lugar para la voluntad propia. También hallamos que la madre que demandaba sumisión, estaba de este modo "aliviando su presión". Los "shocks de sueño" tenían su contrapartida en la necesidad de irse a la cama a determinada hora durante la infancia. Al poco tiempo Eric desarrolló la habilidad para percibir estas conexiones por sí mismo. "Si a ti simplemente se te pide que obedezcas durante toda tu infancia, no cabe duda de que crías a un robot." A medida que proseguimos en nuestra exploración sobre las influencias de la infancia, las preguntas en torno a la sexualidad y los problemas de cercanía y distancia en las relaciones humanas adquirieron una importancia creciente. Estas preguntas también fueron tema de conversación cuando Eric encontró a una amiga nueva después de su posterior divorcio.

No es necesario describir en detalle el curso posterior de la terapia de Eric después de mi regreso de Estados Unidos. Prácticamente no tenía delirios, aunque algunas veces éstos reaparecían como "conejos blancos".

Este término, que el propio Eric empleaba de forma graciosa, consciente de su significación simbólica, provenía del film americano *Harvey*, en el cual James Stewart, en el rol del personaje principal, a veces ve la compañía de una amistosa criatura de este tipo, que es invisible para los demás. Eric se dio cuenta de que estaba teniendo experiencias similares -formas más leves de las ideas de "segundo grado" recurrentes- especialmente cuando era incapaz de entender la agresión de otras personas y las reacciones que éstas causaban en él. Si uno fuese consciente racionalmente de ellas, entonces no necesitaría a los "conejos blancos". También se le asistió algunas veces en situaciones que le provocaban ansiedad, por sus especulaciones sobre cómo podría el terapeuta abordar lo que Eric denominaba "proyección permisible".

No era fácil, sin embargo, abandonar los "conejos blancos" por completo. En una ocasión, Eric dijo: "En cierto modo, es nostálgico dejarlos y estar sano siempre", demostrando una creciente comprensión sobre sí mismo. Sin embargo, los "conejos" abandonaron la escena gradualmente para no volver.

Con frecuencia, me sorprendo del grado de comprensión desarrollado por Eric sobre el comienzo de sus experiencias psicóticas, así como sobre los motivos inconscientes, tanto de sí mismo como de otras personas, un rasgo que, en conjunto, no es infrecuente en pacientes de este tipo. Así, cuando ocasionalmente su jefe le daba órdenes "militares", Eric se preguntaba si debía "oponerme a él por su propio bien , pero yo no soy su niñera". Esto también implicó el tema psicótico referente al "intercambio de presión", pero ahora en un nivel no psicótico. Y cuando una vez, posteriormente, mencionamos los "shocks de sueño" que le daba su primera esposa, él señaló: "Era sólo una necesidad de contacto." A mí no se me ocurrió esta interpretación obvia, mientras trataba de entender la dinámica de los sentimientos agresivos mutuos entre los esposos.

Eric se volvió a casar mientras seguía en terapia con mi colega y, hasta donde puedo juzgar, su nuevo matrimonio fue moderadamente feliz. Después de finalizar nuestra terapia, publicó una disertación doctoral y trabajó por más de veinte años en un puesto exigente a nivel intelectual. Lo volví a ver recientemente para solicitar su permiso para la publicación de mis experiencias en su terapia. Me dio su autorización, con la esperanza de que este libro pueda aumentar la comprensión de los problemas interpersonales y modificar actitudes, por ejemplo, en los ambientes de trabajo. Estaba en buena condición tanto física como psíquica y no ha tenido necesidad de ayuda psiquiátrica o medicación desde su terapia.

La experiencia con Eric y otros pacientes me llevó a la creencia de que al menos parte de las psicosis del grupo de la esquizofrenia son comprensibles psicológicamente y que los pacientes que sufren tales psicosis pueden recuperar su integridad mental a través de la psicoterapia.

La recuperación es parte de un proceso de desarrollo de la personalidad que, a medida que avanza, hace innecesarios los síntomas psicóticos. También es cierto que se producen recaídas pero -si se garantiza la continuidad de la terapia- las fases psicóticas recurrentes o la agravación de síntomas de los pacientes que están en terapia son más leves que los episodios previos, a diferencia de los pacientes que no han tenido una relación psicoterapéutica.

Desde mi punto de vista, no existe una diferencia consistente observable en el curso y resultado de la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos con buen pronóstico y la terapia a largo plazo de pacientes neuróticos. En ambos casos, los síntomas se atenúan gradualmente y no siempre por completo: incluso después de un tratamiento psicoterapéutico exitoso, la tendencia hacia los síntomas puede persistir (indicando la expresión de áreas de conflicto no resueltas) y manifestarse a través de situaciones problemáticas, aunque menos llamativas y con mejor control que antes de la terapia. Dado que los síntomas psicóticos implican una perturbación más profunda del sentido de realidad, con mayores desventajas sociales -entre ellas las reacciones de las personas cercanas al paciente- la analogía entre éstos y los síntomas neuróticos es ignorada frecuentemente.

No obstante, también he tratado a pacientes psicóticos cuya terapia no tuvo éxito.

Paula y la terapia familiar

A medida que me seguí dedicando a la investigación con familias, aumentó mi comprensión de la esquizofrenia. Me mostró también la necesidad de prestar mayor atención en mis terapias a los asuntos relacionados con el entorno familiar. Pasó mucho tiempo, sin embargo, antes de que comenzara a practicar la terapia familiar combinada con la terapia individual. Esta forma de terapia era desconocida en Finlandia para ese entonces y se mantuvo así por algún tiempo después del año (1959-1960) que pasé en Estados Unidos, donde los pioneros de la terapia familiar habían comenzado su trabajo. El Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale, donde pasé un año productivo como miembro del equipo de Theodore Lidz, no era el lugar más indicado para la integración de la terapia familiar e individual -si bien el equipo era considerado, con razón, el pionero central en investigación sobre esquizofrenia-orientada a la familia. En Yale se estaba practicando la terapia familiar, pero el foco terapéutico estaba en las terapias individuales y comunitarias, que se complementaban con reuniones separadas con los padres de los pacientes para estudiar la dinámica familiar y apoyar la terapia del paciente.

No obstante, yo podía observar detrás del espejo unidireccional la terapia familiar conjunta conducida por Stephen Fleck, donde pensé que el terapeuta mostraba al paciente con su propia conducta la forma en que éste podía relacionarse con su padre. Cuando visité el Instituto Nacional de Salud Mental, presencié una sesión de terapia familiar conducida conjuntamente por Lyman C. Wynne y Harold F. Searles, quienes me impresionaron considerablemente. Me pareció que los terapeutas habían dividido sus roles: Searles actuaba como "estimulador", haciendo preguntas o interpretaciones fuertes, mientras que Wynne permanecía como una figura paternal segura, que llevaba las riendas y ayudaba a brindar una percepción integrada de la situación.

A continuación, me di cuenta de que había más aspectos personales, que eran parte de mi propia historia familiar y de los cuales sólo más tarde fui consciente, que hacían que me resistiese a ser un terapeuta familiar. Entre éstos, el miedo a la emergencia de ansiedad y agresión hacia los padres de los pacientes, debido a mi comprensión empática del paciente y la identificación proyectiva consiguiente. Por otra parte, no estaba seguro de sí yo podía ser lo suficientemente leal al paciente en una situación en la cual fuéramos atacados por su padre o madre dominantes. Inicié la terapia familiar en una etapa en la que mis propias ansiedades se habían atenuado lo suficiente a través de mi propio psicoanálisis y me sentía más capaz, en una situación terapéutica, de verme a mí mismo como terapeuta, tanto de los padres del paciente (o su pareja) como del paciente.

Tal y como estos sentimientos personales ilustran, la terapia familiar es más diversificada y más difícil de controlar que la terapia individual. Esta es una de las razones por las cuales la terapia familiar se considera actualmente como una tarea de un equipo terapéutico o de al menos dos terapeutas, en lugar de un terapeuta trabajando solo.

Hacia la mitad de la década de los 60, cuando comencé la terapia familiar de pacientes esquizofrénicos en el Hospital Lapinlahti, que se había convertido en la Clínica de Psiquiatría del Hospital Central de la Universidad de Helsinki, me reunía con las familias yo solo. Encontré apoyo en un seminario de terapia familiar que había comenzado al mismo tiempo, donde escuchábamos grabaciones de las sesiones de terapia familiar y las discutía con mis colegas. Mis experiencias iniciales en esta nueva forma de tratamiento fueron básicamente favorables y pronto me convencieron de que la terapia familiar puede ser significativamente útil en la terapia de muchos pacientes esquizofrénicos.

Una de mis primeras pacientes en terapia familiar fue Paula, una estudiante de 24 años. Había sido ingresada cuatro veces durante los dos últimos años. Su cuadro psicótico, dominado por síntomas de inquietud, desorganización, ocasionales trastornos del pensamiento y delirios, remitía

pronto en el hospital, pero se deterioraba rápidamente cuando salía del hospital, lo que hacía necesario volver a ingresarla.

Tan pronto me familiaricé con el entorno familiar de Paula, encontré que en la relación parental predominaban la tensión y el conflicto. Su padre era un hombre rígido y desconfiado, con rasgos obsesivos, que tendía a dominar a su familia. La terapia reveló también sus fuertes sentimientos de inferioridad y el miedo a ser ignorado. La madre era aparentemente más tranquila, pero se sentía frustrada y tendía a aferrarse a sus hijas, tratando de aislar al padre del resto de la familia -del mismo modo que ella sentía que él la había aislado del mundo externo. Sus tres hijas estaban "divididas" entre los padres, como es típico en las familias divididas (Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1957b). Paula era considerada la más sumisa de las niñas y se sentía ligada a la madre.

Cuando Paula estuvo en el hospital por tercera vez, uno de mis colegas hizo un serio intento de terapia individual con ella, mientras yo me reunía con sus padres. Sin embargo, este encuadre despertó fuertes sospechas en Paula. Incluso su terapia individual tuvo que suspenderse cuando, al estar de vuelta en casa, su condición se deterioró y dejó de ver al terapeuta.

Al ser ingresada por cuarta vez, comencé sesiones conjuntas con ella, sus padres y la hermana que vivía en su casa. Tuve dudas debido a que temía que Paula se sintiese aplastada por las continuas, frecuentemente serias discusiones entre sus padres. Aunque a veces reclinaba su cabeza hacia atrás durante los altercados más fuertes y se retiraba a su propio mundo, generalmente lo llevaba bastante bien, comenzando, cuando era apoyada por el terapeuta, a expresar sus propios puntos de vista. Estaba muy motivada con la terapia familiar por la razón fundamental de que ella consideraba que su enfermedad se debía a los conflictos familiares.

Uno de los efectos más favorables de esta terapia fue que la agresividad de Paula que al principio, durante la psicosis, se expresaba de forma descontrolada e incoherente, comenzó gradualmente a adquirir formas más organizadas y equilibradas, integradas a su personalidad. Un desarrollo paralelo tuvo lugar en toda la familia, lo que apoyaba la integración de Paula: la atmósfera de las sesiones terapéuticas, que al principio estaba dominada por las peleas caóticas, pronto se tornó más apacible y la familia comenzó, estimulada por las afirmaciones de Paula, a analizar seriamente los problemas en sus relaciones.

Para ilustrar esto, veamos el siguiente extracto de una sesión que fue grabada. En este punto las sesiones conjuntas habían tenido lugar semanalmente por espacio de tres meses.

El primer extracto comienza cuando la familia discute si Mary, la hermana menor de Paula, debe seguir asistiendo a las sesiones. Mary había estado asistiendo hasta ese momento, pero estaba ausente en esta sesión.

TERAPEUTA: ¿Qué opina Ud., sería favorable que ella continúe asistiendo? Ella vino porque vive en la familia, es un miembro de la familia y parece que sería importante, especialmente para Paula, que Mary también asista, ya que habido una cierta tens...

MADRE: Sí...

TERAPEUTA: ...tensión entre ellas, también.

MADRE: Ciertamente sería bueno y yo diría que Mary podría seguir asistiendo.

PADRE: Tratemos de hacer que venga. *(Empáticamente)* Podemos hacer que Mary venga incluso si no quiere. *(Riendo)* Ella no sufrirá si yo le digo: Ven ahora, niña...

MADRE: Sería realmente bueno si Mary también viene, de ese modo no quedaría excluida del todo.

TERAPEUTA: ¿Qué piensas sobre esto, Paula?

PAULA: Bueno, realmente yo no...*(pausas).*

TERAPEUTA: Tú realmente no...

PAULA: *(tartamudeando)*: Bueno, yo he tenido... como yo he... siempre desde el principio, he tenido una posición en nuestra familia diferente de la de Mary, quiero decir en el sentido de que... eh... quiero decir que Mary siempre ha tenido una posición diferente a mí en nuestra familia... quiero decir... eh... es como... como, lo que quiero decir, realmente no hay ninguna diferencia. Ella podría estar aquí, de acuerdo, pero entonces de nuevo realmente no sé, pero es como que ahora ya es tarde... Quiero decir, para arreglar las relaciones, pero...

TERAPEUTA: ¿Sigues sintiendo que esa posición diferente tiene efecto en tí?

PAULA: Eso ya no me afecta en modo alguno.

(Pausa)

PADRE: ¿Qué quieres decir con una posición diferente?

PAULA: ¡Bueno ya sabes... tú deberías saberlo, más o menos, qué tipo de posición tiene Mary en nuestra familia. Mary tiene una personalidad muy dominante y... digo... eh... una personalidad muy dominante... y *(subiendo el tono de voz)* estoy segura de que sabes lo que trato de decir, la diferencia que existe entre Mary y yo en nuestra familia y tú debes saberlo!

MADRE: Paula probablemente quiere decir que Mary siempre consigue lo que quiere, en cambio Paula no -¿es eso lo que tratas de decir?

PAULA: Es acerca de eso... Quiero decir que cuando Mary...

MADRE: Si hay algo que ella no quiere hacer, no lo hace y si hay algo que ella quiere, se hace como ella quiere. ¿Creo que es eso lo que tratas de decir?

PAULA: Sí, algo así.

PADRE: *(las mira).*

MADRE: Entonces...

PADRE: Iba a...

MADRE: Pero Mary es un poco como, quiero decir que ella quiere...

PADRE: Lo que yo diría es que puede ser algo... pero ¿te ha ocurrido eso Paula, esa es tu reacción hacia Mary?

PAULA: No lo es... no fue así desde el principio, sucedió cuando yo... no es... quiero decir que no depende de eso, pero en cierto modo lo sé, porque yo me llevo bien con Mary, mucho mejor que Cathy, por ejemplo *(Cathy es la hermana mayor, que se mudó de casa)*. Mary y Cathy no se llevan nada bien.

MADRE: La verdad es que no.

PAULA: Yo me llevo bien con Mary, pero hay unas condiciones... eh... *(tartamudeando)*... las condiciones... las condiciones que yo tengo en nuestra familia.

PADRE: ¿Cuáles son esas condiciones?

PAULA: Quiero decir, yo siempre tengo que aceptar todo y Mary nunca cede en nada, quiero decir en nada... como ocurre aún...

PADRE: Es decir, tú y Mary...

PAULA: Sí.

PADRE: Me refiero a la relación entre vosotras dos.

PAULA: Sí, refleja nuestras relaciones desde el punto de vista de toda la familia.

(Pausa. El padre las mira).

MADRE: Veo claramente lo que Paula quiere decir, lo veo claramente ahora.

PADRE: Sí, bueno, yo...

MADRE: Quisiera dar un ejemplo ¿Puedo?

PADRE: Sí, claro.

TERAPEUTA: Sí.

MADRE: Sólo doy este ejemplo. En una oportunidad dijimos que Paula podría tener la habitación que tiene Mary. Es una habitación más grande y como podría ser para Paula, que está enferma, como solía ser... Quiero decir que ella estaba acostumbrada a eso y siempre se

iba a la cama cuando no se sentía bien. Y ahora estábamos diciendo que Paula tendría esa habitación... y ya estaba decidido que Paula la tendría, pero cuando comenzamos a hablar sobre esto con Mary, qué deberíamos hacer, resultó que al final Paula no tuvo la habitación, sino que tuvo que tomar la otra y Mary se quedó con la grande. Esto muestra qué clase de posición... que es como esto. ¿No era eso entonces?

PAULA: Quiero decir que si tú piensas que... yo soy la que está enferma en la familia y que tú pensaste que alguien que está enfermo debería tener la mejor habitación y que el que está sano se cambiaría. Si tú piensas que la enfermedad realmente se ha desarrollado dentro de la familia, entonces no es mi propiedad privada, esta enfermedad que tengo, sino que en realidad es algo que proviene de la familia. Entonces podrías haber esperado que yo tuviese esa habitación.

MADRE: *(mirando)*: Sí.

PAULA: Quiero decir que cedí tan fácilmente.

MADRE: Sí.

PAULA: Yo estaba segura de que Mary conseguiría la mejor habitación, que se la quedaría para ella, así que ni siquiera intenté reclamarla. Simplemente acepté la otra habitación y también viví en esa otra habitación.

PADRE: Bueno ahora, acerca de esta habitación aún... eh... por lo que Mamá ha dicho tengo la impresión de que Paula se siente realmente satisfecha y es precisamente porque está esa cortina y tú siempre miras el movimiento allí y tú...

PAULA: Yo nunca he...

PADRE:... tú tienes... te tienes a tí misma...

MADRE: Al comienzo ella...

PADRE: Tú te has dicho eso incluso a tí misma, eso y... eh... ¿no será eso Paula, que tú podrías sentir cierta satisfacción de la que tú eres capaz... eh... y que tú tienes una buena habitación, también... que de este modo has sido capaz de construir la armonía en la familia, que no importa si tú no tienes esa habitación? Mary, quizás...

PAULA: *(furiosa)*: ¿A qué te refieres cuando dices que yo no importo, cuando estoy en casa. Quieres decir que...

PADRE: No... pero lo que quiero decir es que no ha sido en modo alguno molesto para ti el vivir en esa habitación. Tú has sido muy feliz allí. ¿O acaso no lo has sido?

PAULA: Bueno, sí, pero sería aún más feliz si... Quiero decir que era feliz por no tener que compartir una habitación con Mary, pero *(más*

alto) pero sería aún más feliz si tuviese la mejor habitación, pero soy perfectamente feliz en esa habitación *(la actual)*, también, perfectamente feliz.

Paula, que tiene el apoyo de su madre con la oposición de su padre- plantea sus puntos de vista con una fuerza creciente, aunque utilizando su enfermedad como arma. La observación del padre sobre cómo Paula ha sido capaz de traer armonía a la familia a través de su sumisión es un buen ejemplo del deseo de mantener el tipo de homeostasis familiar descrita por Don D. Jackson (1957), un estado de equilibrio que con frecuencia es muy difícil de cambiar en estas familias y que está regulado por reglas implícitas (no escritas) basadas en las relaciones emocionales y de poder existentes entre los miembros de la familia.

Paula no estaba satisfecha con la suposición de que su amargura se debía esencialmente a su necesidad de someterse. A medida que continuaba la sesión, señaló que en realidad ella se refería a relaciones intrafamiliares en las cuales ella no era a diferencia de su hermana Mary- "aceptada simplemente como soy". Con respecto al rendimiento en los estudios, por ejemplo, a ella se le exigía más que a sus hermanas.

Los reclamos de Paula afectaron especialmente al padre que, en realidad, era el objetivo principal de Paula. El padre estaba, en ese momento, intentando establecer contacto con ella, interesándose por su condición y haciendo preguntas sobre asuntos personales, con demasiada frecuencia y de un modo que a Paula le resultaba irritante. Durante una de las siguientes sesiones terapéuticas el padre describió la forma en que, desde el principio, su relación con Paula había sido menos adecuada que sus relaciones con las otras hijas:

PADRE: Este es ahora, supongo, el asunto... y las razones son profundas y... y... de este modo tú no puedes... bueno, obviamente es imposible remediarlas. Sólo recuerdo que la última vez Paula reveló que ella no había recibido reconocimiento y ese asunto me ha preocupado mucho y supongo que eso se refería también al padre. Bueno, ahora, la madre quizás ha estado cerca... muy cerca de Paula, tanto que incluso siendo ya una chica mayor... hace un año e incluso este año, cuando yo no estoy en casa, Paula se va a dormir con su madre y *(toses)*, bueno...

MADRE: No, no por más tiempo, por supuesto...

PAULA *(simultáneamente)*: Eso era cuando yo... cuando yo estaba enferma...

PADRE: No... también cuando ella está bien...

(Todos hablan a la vez con excitación).

PAULA: Te diré, yo prefería dormir en esa cama porque se está tan fresco allí por esa ventana...

PADRE: Bueno, sí. Vamos a dejarlo así... pero... pero, bueno... Supongo que tú has anhelado alguna vez a tu padre, que no te entendió, y te ha ignorado, o no ha... es decir, no ha logrado encontrarse contigo de alguna manera y tú que eres tan sensible y tímida que no has sido capaz de venir, incluso aunque tu padre podría haber sido... podría haber sido capaz entonces de recibirte... que te ha sucedido esto ahora, mientras que no ha sido así con tus hermanas, que han sido más activas, que han tomado ellas mismas la iniciativa y así sucesivamente, que existe una razón más profunda en esto, de algún modo y bueno... Creo que también lo entiendes ahora y que después de esta conversación quizás... comenzará a aclararse mejor, tú entenderás a tu padre también... todos debemos entender, todos nosotros... *(suplicante)* tú también tienes que entenderme a mí, es decir, que tú tienes...

PAULA: Francamente te digo que no puedo tolerar tu petición... *(carcajada general)*... Francamente te digo que no consiento...

Naturalmente, Paula no era capaz de cumplir con la petición de su padre de alterar su relación tan rápidamente, ya que inevitablemente esto también conllevaba elementos provocadores de ansiedad. Durante la sesión siguiente, ella y su madre atacaron al padre, tomando su turno para defender la homeostasis psicológica previa de la familia. Durante las próximas semanas, el terapeuta también tuvo la impresión de que Paula quería venganza por el rechazo que había experimentado por parte de su padre, rechazándolo ella ahora. Aún así, su diálogo también sugería una obvia satisfacción mutua y gradualmente Paula se fue acercando más a su padre.

Las sesiones semanales de terapia familiar continuaron durante dieciocho meses en total, período durante el cual la atmósfera familiar y las relaciones intrafamiliares se desarrollaron de manera claramente favorable. Paula experimentó, probablemente debido a la nueva comprensión paterna acerca de ella, una disminución de sus sentimientos previos de amargura reprimida y parecía haberse liberado del tipo de vínculos que ésta había causado. La relación entre los padres también mejoró, lo que tuvo un efecto liberador para Paula. Abandonó parcialmente la dependencia simbiótica de su madre. Se puso a trabajar y finalmente fue capaz de reanudar sus estudios. Siguió teniendo algunos rasgos psicóticos-paranoides, si bien menos obvios que antes.

Sin embargo, esta terapia familiar se interrumpió demasiado pronto, debido a que el terapeuta se trasladó a otra localidad. La familia no estaba motivada a tratarse con otro terapeuta y yo no podía persuadir a Paula a

que volviese a una terapia individual, que me pareció la solución óptima, dadas las circunstancias. Paula continuó haciendo progresos durante algún tiempo después de la interrupción de la terapia familiar. Incluso concluyó sus estudios y se casó. Pero estos cambios vitales también trajeron consigo nuevos problemas que dieron lugar a recaídas, e incluso la agravación ocasional de los síntomas paranoides. No obstante, Paula se las ha arreglado para evitar nuevos ciclos de tratamiento hospitalario.

Además de la terapia familiar de los pacientes, con frecuencia seriamente enfermos, que vivían con sus padres, tuve también la experiencia de hacer terapia de pareja con pacientes esquizofrénicos y sus parejas. Los problemas en las relaciones conyugales frecuentemente se evidenciaban de forma notable en estos casos y el resultado de la terapia variaba en gran medida, dependiendo, por ejemplo, de la actitud de las esposas.

Al revisar nuestras experiencias con la terapia familiar (Alanen, 1976; Alanen y Kinnunen, 1975), percibí como en el caso de las terapias individuales- la importancia de la duración de la terapia en el desarrollo de los cambios que tienen lugar en las relaciones intrafamiliares. Mi orientación como terapeuta familiar era psicodinámica, basada en el marco de referencia que me era familiar, si bien naturalmente éste tuvo que complementarse y ampliarse con los hallazgos sobre la dinámica familiar. La motivación de los diferentes miembros de la familia incluido el paciente- a discutir problemas comunes demostró ser un factor pronóstico importante. En los casos óptimos, las familias mismas tenían recursos sanos para el cambio y para establecer una alianza con el terapeuta. En otros casos, sin embargo, mis esfuerzos encontraron resistencias, lo que con frecuencia provocó la interrupción de la terapia en su fase inicial.

El problema principal en el desarrollo posterior del tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia resultó ser la pregunta sobre las indicaciones: ¿Cuándo era útil escoger la terapia individual, cuándo la terapia familiar y cuando debían combinarse ambas? En mi opinión, en ese momento, estas dos modalidades de terapia no eran mutuamente excluyentes sino, más bien, métodos complementarios y la elección entre ambas era mejor hacerla según el caso.

En 1968 fui designado Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Turku y Director Médico del hospital psiquiátrico universitario que se había fundado el año previo como parte del sistema de salud pública de la Ciudad de Turku. En la Clínica Psiquiátrica de Turku me encontré con un grupo, estimulante y en constante renovación, de estudiantes y colegas. La investigación sobre el desarrollo del tratamiento de la esquizofrenia fue uno de los principales objetivos que compartimos.

CAPÍTULO DOS

Aspectos generales sobre la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que usualmente se manifiesta en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. Se caracteriza por la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, regresión en el desarrollo, tendencia al abandono de los contactos interpersonales y el repliegue en un mundo interno subjetivo de ideas, frecuentemente caracterizadas por alucinaciones o delirios. La enfermedad puede comenzar repentinamente o de manera gradual y los síntomas pueden mejorar o ser de carácter crónico en grados diferentes. Muchos pacientes experimentan períodos de mejoría en los que sólo presentan síntomas menores y períodos de empeoramiento cuando los síntomas se agravan. La esquizofrenia difiere de las enfermedades mentales de origen orgánico definido en el hecho de que no genera demencia ni trastornos de memoria, de orientación o de tipo intelectual comparables a los que se observan en las enfermedades de origen orgánico.

Síntomas

Un aspecto central de la desorganización de la personalidad es la *pérdida de la verificación de la realidad*, que generalmente se considera un signo

patognomónico de todos los trastornos psicóticos. Ello significa que se ha perdido la capacidad para establecer, sin ambigüedades, la diferencia entre las experiencias internas y las sensaciones (percepciones) del mundo exterior, lo que tiene como consecuencia la aparición de las alucinaciones. Las alucinaciones auditivas son particularmente comunes en la esquizofrenia, si bien todas las funciones sensoriales pueden estar involucradas. La pérdida de la verificación de la realidad, en su forma más leve, también está presente en los delirios, que se deben a la malinterpretación subjetiva de las observaciones del mundo circundante.

Además, es típico que la *frontera psicológica* que separa al yo de los otros tiende a borrarse en la esquizofrenia. El paciente puede, por ejemplo, experimentarse simultáneamente como él mismo y como un actor que ha visto en la televisión, o puede interpretar las sensaciones que siente en el bajo abdomen como si fueran las sensaciones de otra persona. En un grado mayor, este problema afecta la capacidad del paciente para establecer una línea divisoria entre las ideas internas sobre sí mismo y sobre los otros (representaciones del yo y del objeto).

En términos psicoanalíticos, podríamos entonces afirmar que la *desintegración de las funciones de la personalidad* en la esquizofrenia tiene que ver principalmente con el yo es decir, con la parte de las funciones psíquicas responsable de su integración lógica, del control del balance interno y de la adaptación al mundo externo.

Eugen Bleuler (1911), autor del término "esquizofrenia", consideró como particularmente típico de esta enfermedad que el paciente presente trastornos, lagunas y cambios de asociaciones, lo que deteriora su hilo de pensamiento al interferir con el mantenimiento de la intención o de la atención. David Shakow (1962), psicólogo experimental, ha afirmado que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades, en su pensamiento y en otras funciones, para captar las series holísticas principales, pero se aferran a las series menores o segmentadas. En otras palabras, los árboles no les permiten ver el bosque.

Si miramos de cerca los trastornos de pensamiento, éstos pueden revelar sus conexiones con las asociaciones personales del paciente: a diferencia de las personas sanas, el paciente esquizofrénico está a merced de estas asociaciones, que tienden a interferir con su pensamiento. Muchos esquizofrénicos también han descrito haber tenido la experiencia de que sus pensamientos eran extraídos de su cerebro o bien que ideas extrañas eran introducidas a la fuerza en su mente.

La *regresión de las funciones del ego* se refiere al deterioro de los modos de pensamiento y conceptualización gobernada por una lógica de un nivel realista y organizado y su consiguiente sustitución por un sistema lógico más arcaico compatible con los modos ideativos del "proceso primario"

propio de los sueños y del inconsciente. Este proceso se ha descrito de maneras diferentes, según los aspectos que más se hayan destacado. E. von Domarus (1944) y Silvano Arieti (1955) han hablado de "pensamiento paleológico", mientras que Norman Cameron (1938) se inclinó por el término "sobreinclusión", indicando que un determinado rasgo compartido puede conducir a asociaciones diferentes pero inclusivas. Por ejemplo, una paciente se llama a sí misma la "Virgen María" porque ella es virgen y María también fue una virgen (Arieti, 1955). Me gustaría enfatizar especialmente, siguiendo a K. Goldstein (1948), la *concretización* una inequívoca interpretación concreta de las expresiones simbólicas. Somos capaces de interpretar los símbolos como símbolos, pero nuestros pacientes los interpretan como una parte de la realidad que ellos toman como si fuera concreta. En el caso de Eric, descrito en el capítulo uno, se dieron buenos ejemplos de esto.

La concretización de este tipo también es evidente en los delirios físicos: La influencia psicológica de otra persona puede experimentarse como un contacto a nivel concreto inducido por él o ella a distancia. En las alucinaciones auditivas, la concreción puede aparecer como culpa dirigida al paciente, que lucha con sus pensamientos internos como si se tratara de hechos; la paciente se culpabiliza por ser una prostituta si tiene pensamientos sexuales. También, de modo característico, la regresión en el yo de los esquizofrénicos relaciona los eventos externos con el propio yo. Una paciente, por ejemplo, tomó una rueda inservible que había en el patio como una alusión maliciosa hacia su órgano sexual inservible. En su forma más extrema, tal egocentrismo llega a convertirse en pensamiento omnipotente. Pero incluso un significado interpretado de forma global revela y refleja el significado personal subyacente.

Uno de los pacientes en nuestro hospital afirmaba que las guerras y el desempleo habrían desaparecido del mundo si su relación con su novia anterior hubiese continuado. Si esto hubiese sido así, habría evitado el comienzo de su enfermedad al menos temporalmente- así como sus tendencias violentas y desempleo posteriores. De este modo, podemos ver que incluso esta asociación, que carece del menor sentido, contiene un cierto sentido, al reconocer la regresión del mundo experiencial del paciente a un nivel omnipotente.

Las expresiones verbales de los pacientes esquizofrénicos en estado de profunda regresión frecuentemente son muy parcas y bloqueadas, o tan llenas de frases y neologismos extremadamente subjetivos, o al menos de palabras idiosincráticas semánticamente, que son difíciles o casi imposibles de entender. En algunos casos, no obstante, la historia del desarrollo y curso de vida del paciente puede iluminar de forma inesperada su lenguaje críptico, como se muestra en los ejemplos siguientes.

Con propósitos educativos, entrevisté a un joven extremadamente solitario. Cuando le pregunté sobre el comienzo de su enfermedad, me dijo que había perdido parte de sus huesos. Cuando proseguí y le pregunté qué pensaba sobre la posible causa de esto, contestó: "Probablemente me esté muriendo". El paciente dijo también que había estado viviendo en el lodo marino bajo el agua y que le había resultado difícil moverse "en cualquier sector" debido a que los "meridianos" eran tan estrechos que difícilmente le permitían darse la vuelta. Cuando le pregunté si escuchaba voces, al principio lo negó, pero después dijo que escuchó conversaciones telefónicas a unos 50 metros de distancia incluso cuando estaba bajo el agua.

Podemos entender claramente lo que el paciente quiere decir con su "probablemente me esté muriendo": describe una experiencia de muerte psicológica. Esto se hizo obvio de forma más bien desconcertante cuando más tarde me dijo: "Me gustaría convertirme en un ser humano algún día ahora ya no soy un ser humano". Los meridianos resultaron ser espacios de aire en los cuales el paciente podría moverse, rutas que le parecían seguras y que podía utilizar; cuando estaba fuera de ellos, sentía una detonación molesta en su cabeza.

La afirmación del paciente acerca de vivir bajo el mar también podría interpretarse simbólicamente. Un miembro del personal de sala presente durante la entrevista proporcionó, sin embargo, información que aclaraba las cosas: después del divorcio de su madre y su padrastro, el paciente estuvo viviendo en un pequeño cobertizo cuyo suelo, al menos según su propio informe, estaba por debajo del nivel del mar, razón por la cual estaba siempre inundado en primavera. A unos 50 metros de distancia de su cobertizo había una cabina telefónica que solía ser la primera ubicación de alucinaciones auditivas.

Otro paciente dijo que padecía diabetes, lo cual no era cierto. El significado de este delirio se hizo comprensible cuando el paciente le dijo a su terapeuta que cuando era niño y tenía una rabieta, sus padres le decían frecuentemente: "Ahora tu hígado está secretando demasiado azúcar en tu sangre".

Una desintegración similar a la de las funciones del pensamiento también tiene lugar en las *expresiones afectivas*. Muchos investigadores, especialmente los de orientación psicoanalítica, tienden a atribuir a los trastornos afectivos mayor importancia en la esquizofrenia que a los trastornos del pensamiento. En las manifestaciones agudas de esquizofrenia con frecuencia predominan la ansiedad, el pánico y/o la agitación. Esto refleja el horror que conlleva el cambio fatal en el mundo experiencial *(ansiedad de desintegración)* y generalmente está relacionado también con las alucinaciones y los delirios que penetran en la conciencia. Esto puede conducir más tarde al sentido de pérdida de la propia identidad o a la muerte de todo sentimiento. El joven paciente del ejemplo anterior describió

tales experiencias de manera sobrecogedora. Una "*extinción afectiva*" de este tipo es particularmente común en las formas hebefrénicas de la esquizofrenia.

Pero formas más leves de apatía afectiva pueden también considerarse como consecuencia de un desarrollo autista, una tendencia a replegarse en uno mismo, lo cual frecuentemente está aunque no siempre- asociado con la esquizofrenia. Con frecuencia, esta tendencia incluye una pérdida de energía y una indiferencia pasiva hacia el mundo externo y hacia la propia condición.

Se ha expresado una variedad de opiniones referentes a la naturaleza de los síntomas autistas y afectivos, tales como el aislamiento y la pasividad. Los investigadores de orientación biologicista con frecuencia establecen una distinción entre *síntomas positivos* o productivos ansiedad, trastornos del pensamiento, delirios y alucinaciones- y *síntomas negativos* como la pasividad, la tendencia al aislamiento y el empobrecimiento del lenguaje (Andreasen y Olsen, 1982). Un criterio importante para esta diferenciación es que los neurolépticos afectan predominantemente a los síntomas positivos. Muchos de estos investigadores suponen que los síntomas negativos se deben a un proceso patológico orgánico (Barnes, 1989).

Desde el punto de vista de un psicoterapeuta o de un centro comunitario, el autismo con frecuencia resulta ser un fenómeno secundario o relativo: un enfoque empático puede ayudar al paciente a abandonar su autismo con bastante rapidez. Donald L. Burnham y col. (Burnham, Gladstone y Gibson, 1969) describieron el problema básico del paciente esquizofrénico como un "dilema de dependencia y miedo": por una parte, el paciente siente la necesidad de un mayor contacto con las personas mientras que, por la otra, tal contacto le asusta por miedo a ser malinterpretado o rechazado o a ser tragado por el otro y, por ende, privado de su propia personalidad. De ahí que el paciente se repliegue.

Los trastornos afectivos incluyen también un *debilitamiento del control de los impulsos*, que se observa tanto en la esquizofrenia aguda como en los pacientes crónicos. Puede manifestarse en forma de accesos violentos de cólera pobremente controlados o especialmente en el caso de los pacientes crónicos- estar combinado con una conducta regresiva indiferente a los principios morales y reacciones del entorno, como la masturbación en público.

A pesar de esto, la tasa de homicidios en esquizofrénicos es solo ligeramente superior al promedio de la población, aunque los crímenes que cometen tienden a atraer mucha publicidad. Los actos homicidas generalmente ocurren en un estado de pánico paranoide. Los suicidios son más comunes: 3-13% de los pacientes esquizofrénicos se suicidan, usualmente durante los dos primeros años de la enfermedad (Caldwell y Gottesman, 1990; Miles, 1977).

La predisposición hacia la esquizofrenia no se correlaciona con la inteligencia, pero en muchos casos se relaciona con una sensibilidad hacia las otras personas. Puede estimular los talentos artísticos. La mayor parte de los artistas esquizofrénicos, sin embargo, han perdido su poder creativo después de la manifestación de la enfermedad (p. ej., los poetas Friedrich Hölderlin y J.J. Wecksell, que vivieron las últimas décadas de sus vidas como pacientes hospitalizados apagados mentalmente), o bien sus síntomas han hecho que su arte sea más difícil de apreciar por parte del resto de las personas (p. ej., los pintores C. F. Hill y Ernst Josephson). Pero también ha habido cursos de desarrollo diferentes: August Strindberg, una vez recuperado de su fase de infierno, fue capaz de utilizar su "inmersión" psicótica al nivel psíquico gobernado por el proceso primario para realzar artísticamente su talento expresivo (p. ej. "El camino a Damasco" y "El Juego del Sueño").

Subgrupos

La esquizofrenia no es una enfermedad única y unificada. Eugen Bleuler (1911) ya habló de los "grupos nucleares y marginales", que diferían notablemente entre sí, tanto en la intensidad de los síntomas como en el pronóstico y la misma dicotomía, pero formulada de manera diferente, ha persistido hasta el presente.

Se considera que el grupo nuclear de la esquizofrenia consiste en tres subcategorías: *hebefrénica, catatónica* y *paranoide*. La desorganización y regresión del yo son más profundas en la esquizofrenia hebefrénica (o, de acuerdo con el sistema del DSM, desorganizada), que es también de comienzo más precoz, se manifiesta usualmente antes de los veinticinco años y frecuentemente de manera gradual. Las alucinaciones auditivas predominan particularmente en este tipo de esquizofrenia (aunque también se observan en trastornos más leves, algunas veces incluso como el único síntoma psicótico). La esquizofrenia catatónica, que habitualmente tiene un inicio agudo, también presenta alteraciones psicomotoras además de los otros síntomas; éstos toman la forma ya sea de estupor o de pánico y a veces agitación violenta. En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios y las alucinaciones asociadas; aparte de las alucinaciones auditivas, las sensaciones somáticas de ser influenciado por otros son muy comunes, mientras que la desintegración de las funciones del yo es menos llamativa.

En el caso de los pacientes crónicos resulta más difícil discriminar entre estas subcategorías. Muchos de ellos tienden a mostrar las consecuencias de la institucionalización, tales como la desesperanza apática, la adaptación a la inactividad pasiva y la pérdida del contacto y las habilidades sociales

cotidianas. En el sistema del DSM establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría (cuya versión más reciente es el DSM-IV: Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), el término *esquizofrenia indiferenciada* se utiliza para identificar a los pacientes que presentan rasgos típicos de más de un subtipo.

Aparte de estas formas nucleares, hay *psicosis esquizofreniformes*, que son menos serias y, con frecuencia, precipitadas por situaciones conflictivas actuales.

La utilización de este término, introducido originalmente por Langfeldt (1939) ha variado. En los países escandinavos, se interpreta como psicosis agudas con confusión o perplejidad en el punto crítico del episodio psicótico, ausencia de síntomas típicos de una esquizofrenia severa (incluyendo los síntomas negativos), buen funcionamiento premórbido y, casi invariablemente, buen pronóstico. En el sistema del DSM, se emplea para clasificar psicosis que reúnen los criterios sintomatológicos de esquizofrenia pero su duración (tomando en cuenta las fases prodrómica, activa y residual) es limitada. En el DSM-IV, la duración de un episodio psicótico debe ser de al menos un mes pero inferior a seis meses y existe un especificador adicional para indicar la presencia o ausencia de rasgos que pueden estar asociados a un mejor pronóstico (ver arriba). Si la duración del episodio psicótico es inferior a un mes, la categoría diagnóstica correspondiente sería *trastorno psicótico breve* (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Los trastornos psicóticos más prolongados y/o más recurrentes leves se han denominado también *esquizofrenias borderline.*

Los síntomas de esquizofrenia y psicosis afectivas bipolares ocasionalmente pueden combinarse de tal modo que el paciente muestra, simultáneamente, tanto síntomas esquizofreniformes como un típico cambio afectivo maníaco o depresivo. Estas psicosis se denominan *psicosis esquizoafectivas* (denominadas originalmente por Kasanin, 1933) y su pronóstico tiende a ser mejor que el de la esquizofrenia típica, incluso si se caracteriza por presentar episodios recurrentes.

El límite entre la esquizofrenia y las psicosis debidas al consumo de alcohol y/o drogas ocasionalmente puede ser difícil de establecer. En el subproyecto de Oslo, parte del Proyecto de Psicoterapia Multicéntrico Escandinavo que trataba con pacientes de primer ingreso (Alanen, Ugelstad, Armelius, Lehtinen, Rosenbaum y Sjöström, 1994), por ejemplo, había un grupo curioso de pacientes jóvenes con un diagnóstico dual de abuso de drogas y una psicosis del grupo de la esquizofrenia (Hjort y Ugelstad, 1994). Probablemente este tipo de pacientes está incrementándose en las áreas metropolitanas (Allebeck, Adamsson, Engström y Rydberg, 1993; Linszen, Dingemans y Lenior, 1994).

Las edades límite de riesgo para desarrollar una esquizofrenia se sitúan usualmente entre los 15 y 45 años. También se presentan casos de

esquizofrenia infantil, aunque con poca frecuencia, y no deben confundirse con el autismo infantil precoz (si bien la línea divisoria entre ambos puede ser difícil de trazar). También hay pacientes mayores de 45 años en los que se desencadena una psicosis cuyos síntomas son similares a los de la esquizofrenia paranoide.

Las psicosis paranoides con delirios limitados sistemáticamente a cierta área de conflicto, pero sin otros trastornos en las funciones del yo o alucinaciones, no se clasifican como esquizofrenias. Incluso este límite diagnóstico puede ser difícil de definir con exactitud.

Aunque las características clínicas de la esquizofrenia típica son generalmente fáciles de reconocer para los psiquiatras, podemos concluir que los pacientes incluidos en psicosis marginales o atípicas del grupo de la esquizofrenia no son claramente diferentes de los pacientes con otros trastornos psicóticos, tales como las psicosis afectiva, paranoide y reactiva. Es por esta razón que la teoría de las psicosis generales un término sombrilla para todos los trastornos psicóticos- aún tiene sus defensores (ver, por ejemplo, el trabajo de Einar Kringlen, 1994 sobre este tema).

Sobre el diagnóstico del DSM

Si bien se emplean también otros sistemas diagnósticos, especialmente entre los investigadores, actualmente el sistema oficial para el diagnóstico de la esquizofrenia es en gran parte paralelo a la última versión (DSM-IV) del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994).

Esta clasificación ilustra la naturaleza contractual de los límites diagnósticos definidos para la esquizofrenia. Como se mencionó anteriormente, los "trastornos esquizofrénicos" están separados de los "trastornos esquizofreniformes" principalmente sobre la base de que ciertos síntomas psicóticos distintivos, junto con síntomas preliminares o residuales definidos separadamente, hayan persistido por un mínimo de seis meses en la primera categoría y por más de un mes, pero menos de seis meses, en la segunda. En la versión anterior del DSM-III, el límite más bajo era de dos semanas. Se ha propuesto además que haya cierto deterioro del funcionamiento social presente en el trastorno esquizofrénico.

Un sistema diagnóstico aplicable de manera general es importante para la investigación epidemiológica comparativa, así como también otra forma de facilitar la comunicación sobre la esquizofrenia. Uno de los factores estimulantes detrás del desarrollo de la clasificación del DSM publicado como DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980)- era la

observación efectuada en un proyecto de investigación en colaboración Británico-Americana (Cooper y col., 1972): resultó que en Londres la esquizofrenia era muy diferente a la esquizofrenia en Nueva York, donde los límites diagnósticos establecidos eran más amplios e incluían algunos casos denominados ahora "esquizotípicos" o trastornos "borderline" de la personalidad.

Desde el punto de vista epidemiológico, también es ventajoso que las etiquetas diagnósticas de la clasificación del DSM no estén relacionadas con conceptos etiológicos, como con frecuencia era el caso con sistemas diagnósticos anteriores, sino que se basan en definiciones sintomáticas (de acuerdo con los antiguos principios Kraepelianos). Esto minimiza los efectos que las diferencias conceptuales entre psiquiatras y escuelas de psiquiatría pueden tener sobre hallazgos comparativos. Sin embargo, desde el punto de vista de un tratamiento psiquiátrico en curso, la clasificación conlleva el gran riesgo de concentrarse en los síntomas y su categorización a costa de la comprensión de los pacientes y su situación vital.

Podríamos afirmar que la planificación del tratamiento no ha sido la base sobre la que se ha desarrollado la clasificación del DSM. El tratamiento de los pacientes requiere también otros enfoques: un esfuerzo por entender cómo la enfermedad está relacionada con el desarrollo de la personalidad del paciente, el curso de su vida y sus relaciones interpersonales.

Existe el riesgo adicional de que a los criterios del DSM para hacer el diagnóstico diferencial entre los trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes se les atribuya una significación predictora del pronóstico del paciente, que en gran medida y con frecuencia también influye en ese pronóstico un fenómeno que ciertamente no carece de precedentes históricos.

La Esquizofrenia desde la perspectiva de la salud pública

La dificultad para definir los límites de la esquizofrenia se ve reflejada también en los niveles de incidencia y prevalencia proporcionados por la literatura. Si se aplica el conjunto de criterios relativamente amplio sugerido por Eugen Bleuler (1911), resulta que entre el 0,7-1% de la población de alrededor de 45 años ha sufrido psicosis esquizofrénica. La "prevalencia puntual" -es decir, la proporción de la población adulta que ha presentado un síndrome esquizofrénico en un momento dado - es inferior a 0,1-0,8% (Eaton, 1985). No obstante, en un estudio multicéntrico Americano (ECA) la prevalencia en un período de seis meses de los trastornos esquizofrénicos/esquizofreniformes fue de 0,6-1,2% (Myers y col., 1984),

incluso según los criterios del DSM-III, mientras que la prevalencia vital fue de 1,1-2,0% (Robins y col., 1984).

Si el diagnóstico se delimita estrictamente, como se hizo en dos investigaciones Británicas (Sheperd, Watt, Faloon y Smeeton, 1989; Wing y Fryers, 1976), la incidencia anual es decir, el número de nuevos pacientes esquizofrénicos admitidos en unidades de tratamiento psiquiátrico cada año- es de tan solo 7-14 casos por cada 100.000 habitantes. Una encuesta que se realizó en seis áreas diferentes de Finlandia en la década de los 80 reveló un promedio de 11-14 nuevos diagnósticos de "trastornos esquizofrénicos" según el DSM-III por cada 100.000 habitantes; al incluir los trastornos esquizofreniformes, la incidencia ascendió a 16-20 (Salokangas y col., 1987). En los otros países nórdicos las estadísticas de incidencia tienden a ser inferiores (ver Alanen y col., 1994).

Fue interesante observar que aunque no hubo diferencias significativas entre los distritos situados en diferentes regiones de Finlandia, el número de pacientes esquizofrénicos era tres o incluso cuatro veces más alto en algunas áreas (principalmente en Finlandia oriental), que en los "mejores distritos" (las áreas del Suroeste y Sur del país). El equipo que llevó a cabo el programa nacional para el desarrollo del tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia, fue el que realizó estas encuestas comparativas, postuló que la diferencia se debía fundamentalmente a las condiciones sociales, incluyendo los efectos de la inmigración, por una parte, y por otra al hecho de que la orientación hospitalo-céntrica tendía a aumentar con el aumento del número de camas hospitalarias disponibles en el distrito (Alanen, Salokangas, Ojanen, Räkköläinen y Pylkkänen, 1990b; Consejo Médico Estatal en Finlandia, 1988). Una diferencia similar en la prevalencia de la esquizofrenia entre diferentes regiones de Finlandia se encontró también en la parte psiquiátrica del Proyecto Mini-Finlandia supervisado por Ville Lehtinen, en el que se hicieron estimaciones en base a una amplia muestra de la población mayor de 30 años. En este estudio, la prevalencia de esquizofrenia osciló entre 0,9-2,1% (Lehtinen y Joukamaa, 1987).

Según los datos epidemiológicos, la morbilidad por esquizofrenia es muy similar en todo el mundo, si bien existen numerosas regiones en las cuales no se dispone de datos fiables. Se han registrado tasas de morbilidad superiores al promedio en Irlanda (Torrey y col., 1984), en la población católica de Canadá, el norte de Croacia y la población Tamil del sur de la India y Sri Lanka (Murphy, 1973). Referente a los hallazgos citados arriba, Finlandia oriental puede agregarse a la lista. También se dispone de observaciones interesantes realizadas recientemente en algunos países industrializados, las cuales sugieren que ha habido un cierto descenso en la incidencia de esquizofrenia durante las últimas décadas (Der, Gupta y

Murria, 1990; Munk-Jorgensen y Mortensen, 1992). Hasta ahora estas observaciones no se han corroborado suficientemente.

El Estudio Piloto Internacional llevado a cabo por la OMS a finales de la década de los 60 y comienzos de los 70 demostró también que las formas de esquizofrenia son, en principio, similares en los diferentes continentes y en diferentes culturas (Organización Mundial de la Salud, 1979). Los hallazgos de Lambo (1955) en Nigeria ya en 1950 sugerían, sin embargo, que los miembros de la tribu Yoruba que vivían en su cultura tradicional generalmente presentaban psicosis que consistían en estados crepusculares y confusionales, mientras que los hombres de la tribu que se habían trasladado a las ciudades con frecuencia sufrían estados paranoides parecidos a los de la población blanca. En un informe publicado recientemente por la OMS en diez países (Jablensky y col., 1992) se demostró que la esquizofrenia, definida en términos amplios, es más común en los países en vías de desarrollo, mientras que la esquizofrenia definida en términos más estrictos era igualmente común tanto en los países industrializados como en los que están en vías de desarrollo.

Desde el punto de vista tanto de la economía nacional como de la salud pública, la esquizofrenia constituye el mayor problema psiquiátrico, si bien muchos otros trastornos psiquiátricos, en particular las neurosis, son más comunes. Estudios epidemiológicos llevados a cabo en Finlandia han demostrado que la incidencia global de problemas psiquiátricos serios afecta a cerca del 20% de la población. Aproximadamente 400 personas por cada 100.000 de la población, establecen anualmente su primer contacto con centros de salud mental, pero solo una de cada 20 personas presenta psicosis del grupo de la esquizofrenia. A pesar de esta cifra tan baja, al final de la década de los 80 el 10% de *todas* las pensiones por incapacidad otorgadas por varias enfermedades, fue por esquizofrenia; en el grupo de 16-45 años la proporción de esquizofrénicos con pensión era superior al 20%, según el Instituto Nacional de Pensiones en 1989. En Noruega y Suecia, la proporción de esquizofrenia es menor, probablemente en parte debido al uso más estricto de los criterios diagnósticos.

Estas estadísticas reflejan la severidad relativa de la esquizofrenia, su inicio precoz y la consiguiente larga duración de la enfermedad. También subrayan la necesidad de invertir los recursos destinados al tratamiento de la esquizofrenia tan eficazmente como sea posible, en las fases iniciales de la enfermedad, cuando las oportunidades de asegurar un resultado favorable son mayores.

Pronóstico

A pesar de la naturaleza arbitraria de los límites diagnósticos, los hallazgos relativos al pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia han mostrado un consenso relativamente bueno.

Uno de los estudios de seguimiento más ampliamente conocido fue el de Manfred Bleuler en 1972. Sus grupos consistían en 208 pacientes ingresados exitosamente durante los años 1942-1943. De estos pacientes, 152 alcanzaron un estado estable durante cinco años o más antes de su muerte o de la valoración de seguimiento efectuada 23 años más tarde. De los pacientes, el 20% se recuperó completamente, el 33% estaba ligeramente enfermo, el 24% moderadamente enfermo y el 24% restante estaba seriamente enfermo; cuando sólo se tomaron en consideración los primeros ingresos, los porcentajes correspondientes fueron 23, 43, 19 y 15%. Bleuler observó que el estado psicológico de un paciente esquizofrénico, en promedio, no se deteriora una vez transcurridos cinco años desde el brote psicótico; con mayor frecuencia hay una tendencia hacia la mejoría (Bleuler, 1972).

Los grupos suizos de Ciompi y Müller (1976), los de Alemania Occidental (de Huber, Gross, Schüttler y Linz (1980) y los grupos en USA formados por Tsuang y sus colegas de Iowa (Tsuang, Woolson y Fleming, 1979), mostraron de igual modo que cerca de la mitad de los pacientes se encontraban en relativamente buenas condiciones después de un período largo de seguimiento, mientras que la condición de la otra mitad era pobre. Todos estos hallazgos se basaron en períodos de seguimiento muy largos y la mayoría de los pacientes fueron admitidos antes del inicio de la era neuroléptica. Un estudio de seguimiento de cinco años llevado a cabo por Harris, Linker y Norris (1956) en Gran Bretaña a continuación de un tratamiento de shock con insulina mostró que el 45% de los pacientes se recuperó a nivel de su vida social. En un estudio de seguimiento de duración similar diez años más tarde, el equipo de G. Brown y J. K. Wing (Brown, Bone, Dalison y Wing, 1966) obtuvo un porcentaje de recuperación correspondiente del 56% en un grupo tratado con neurolépticos; además, el 34% de los pacientes vivía en sus comunidades como "inválidos sociales". Harris ha encontrado un 21% de "invalidez social". La mejoría del pronóstico se debió probablemente tanto a la introducción de los neurolépticos como al progreso alcanzado en la atención ambulatoria. En los grupos estudiados más recientemente por Shepherd y col., (1989) que sólo incluían pacientes esquizofrénicos de primer ingreso, el pronóstico fue bueno "sin deterioro o sólo un deterioro leve- en 58% de los casos y Bland, Parker y Orn (1976) en Canadá, obtuvieron el mismo resultado en un seguimiento de 10 años de pacientes esquizofrénicos nuevos.

Harding y col. (1987) presentaron hallazgos de buen pronóstico excepcionales, al analizar los resultados en un lapso de 20-25 años, de los pacientes que participaron en un programa de rehabilitación extenso en Vermont, en la década de los años 50. De los pacientes esquizofrénicos, muchos de los cuales habían estado en el hospital por largos períodos de tiempo y que retrospectivamente resultó que cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-III- un 68% no tenía síntomas psicóticos en el momento del seguimiento (algunos de ellos recibieron medicación neuroléptica) y la mayoría se desenvolvía moderadamente bien a nivel psicosocial.

En un meta-análisis reciente de la literatura del siglo XX, Hegarty y col. (1994) encontraron que un 40% de los pacientes esquizofrénicos había mejorado después de seguimientos de un promedio de 5,6 años. La proporción de pacientes que mejoró aumentó significativamente después de la mitad del siglo (1956-1985 vs. 1895-1955, 48% vs. 35,4%). No obstante, durante la década pasada la tasa promedio de resultados favorables ha descendido al 36,4% lo cual, según los autores, reflejaba la re-introducción de conceptos diagnósticos estrictos. Cabe preguntarse si esta fue la única razón para el mencionado descenso.

En las investigaciones de la OMS mencionadas anteriormente, los hallazgos referentes al pronóstico fueron interesantes e inesperados. Tanto el pronóstico clínico como social de los esquizofrénicos era mejor en los países en vías de desarrollo que en las áreas industrializadas del mundo. En la primera investigación, los dos mejores de los cinco grupos de pronóstico incluyeron entre el 34-48% de los pacientes en Estados Unidos, Gran Bretaña, Dinamarca, Checoslovaquia y la Unión Soviética, mientras que las estadísticas correspondientes a los países en vías de desarrollo fueron 86% en Ibadan, Nigeria, 66% en Agra, India y 53% en Cali, Colombia (OMS, 1979). Hubo también otro hallazgo paralelo en la investigación subsiguiente llevada a cabo en 10 países diferentes (Jablensky y col., 1992). No ha habido acuerdo en torno a las razones de estos hallazgos. La presunción más plausible puede ser la propuesta por Mosher y Keith (1979) a saber, que la razón principal que explica las diferencias en el pronóstico es la influencia del entorno social. La familia extendida y las redes de las comunidades más primitivas dan su apoyo a los individuos enfermos mejor que los occidentales, que tienden a aislarse en sus propias viviendas individuales (ver por ejemplo, las descripciones de Tanzania hechas por el psiquiatra infantil Finlandés Forssen, 1979). También es más fácil reanudar el trabajo y otras actividades en las sociedades menos diferenciadas. Las formas relativamente más leves de la enfermedad en los países en vías de desarrollo es un factor que probablemente también influya en este hallazgo, pero la relación causal puede funcionar de las dos formas.

Algunos otros estudios (Hsia y Chang, 1978; Raman y Murphy, 1972; Waxler, 1979) así como la revisión efectuada por Lin y Kleinman (1988), han confirmado los hallazgos preliminares del pronóstico relativamente bueno de la esquizofrenia en aquellas áreas menos desarrolladas. Waxler (1979), que trabajó en Sri Lanka, enfatizó especialmente la importancia de las creencias culturales y el menor etiquetamiento.

El efecto de las condiciones laborales en el pronóstico social de la esquizofrenia resulta obvio en los grupos de estudios pronósticos realizados por K. A. Achté, J. Lönnqvist, O. Piirtola y P. Niskanen (1979) en Helsinki. De los 100 pacientes del grupo de esquizofrenia admitidos por primera vez en el hospital en 1950, 59% se recuperó socialmente es decir, con capacidad para trabajar a pesar de sus posibles síntomas- después de cinco años; el porcentaje correspondiente fue del 68% para los ingresos de 1960 y el 54% para los ingresos en 1970. Los autores postularon que la introducción de los neurolépticos tuvo un efecto beneficioso en el pronóstico desde 1950 hasta 1960, pero el deterioro en la situación laboral empeoró el pronóstico social en los años 70. Este último postulado se confirmó posteriormente con un informe publicado por K. Kuusi (1986) con pacientes admitidos en el hospital en Helsinki en 1975: solo el 38% de ellos reunía los criterios de recuperación social cinco años después de su ingreso. En los grupos de Kuusi los criterios diagnósticos para la inclusión fueron más estrictos de lo que habían sido previamente. El 58% de los pacientes que es superior que en los grupos anteriores- todavía no presentaba síntomas psicóticos obvios.

Retomaré los datos del seguimiento de los grupos orientados psicoterapéuticamente de Turku y del Estudio Multicéntrico Finlandés (Proyecto NSP) en el capítulo cinco.

Se ha observado en varios estudios que los factores predictores de un buen resultado incluyen la ausencia de síntomas nucleares o su corta duración, un inicio agudo en comparación con un inicio gradual, manifestación de esquizofrenia a una edad más avanzada, una menor tendencia al aislamiento, la presencia de expresiones afectivas, una relación de pareja heterosexual establecida previo al inicio de la enfermedad y la "normalidad" de las relaciones interpersonales en general, así como un empleo y una posición económica satisfactoria previa a la enfermedad (p. ej., Gelder, Gath y Mayou, 1984; Simon y Wirt, 1961).

En el Proyecto NSP Finlandés, descrito en el capítulo cinco, los factores psicosociales fueron más significativos en el pronóstico que la sintomatología clínica. Un importante factor predictor de la evolución posterior del paciente resultó ser la variable pronóstica desarrollada por nosotros en Finlandia: mantenimiento o pérdida del "compromiso de vivir" (Salokangas, Räkköläinen y Alanen, 1989) -esto es, si el paciente, en el

momento del ingreso, mantiene o ha abandonado sus aspiraciones y sus propios objetivos, apropiados a su edad y en relación con otras personas y con la vida social.

Hombres y mujeres no difieren en cuanto a la morbilidad esquizofrénica, pero casi todas las encuestas pronósticas recientes (ver, p. ej., Goldstein y Tsuang, 1990; Salokangas, 1983) han demostrado que el pronóstico a largo plazo promedio es mejor en las mujeres que en los hombres. La razón de las diferencias asociadas al género puede deberse a factores biológicos o a diferencias en los roles sociales. Las primeras pueden incluir el efecto de la progesterona, que posiblemente proporciona una relativa protección contra la psicosis y finaliza con la menopausia (Häfner y col., 1994).

Pero debemos tener presente que todo lo que he expuesto hasta ahora sobre los factores que influyen en el pronóstico están basados en resultados promedio; hay excepciones en casos individuales debidas al tratamiento precoz y activo así como a factores ambientales. En un estudio de seguimiento realizado en Turku, la influencia de estos factores se evidenció de manera significativa, incluso en el análisis estadístico (Alanen, Rákköläinen, Laakso, Rasimus y Kaljonen, 1986). Luc Ciompi afirma:

> Para todo aquel que no relacione el concepto de esquizofrenia con un resultado negativo obligatorio, la enorme variedad de evoluciones posibles muestran que *no existe un curso específico de la esquizofrenia.* [Ciompi, 1980, p. 420]

Modelos de enfermedad

Las premisas de los investigadores relativas a los orígenes y la naturaleza de la esquizofrenia siguen siendo sumamente contradictorias. Además, con frecuencia son extremadamente unilaterales: el campo de estudio relativamente reducido adoptado en el propio trabajo se considera como el único enfoque correcto y la visión propia se limita con prejuicios que efectivamente evitan que se pueda ver cualquier otro campo.

La polarización de la práctica clínica puede haber disminuido en cierto grado durante los últimos años. Pero sigue existiendo e impidiendo notablemente el desarrollo del tratamiento de nuestros pacientes. Después de todo, los enfoques terapéuticos son determinados por nuestras teorías sobre la naturaleza de la enfermedad.

En el Cuadro 2.1, he resumido los enfoques contemporáneos más importantes sobre las causas y la naturaleza de la esquizofrenia "los modelos de enfermedad de la esquizofrenia". La premisa central de cada enfoque se expresa como una quizás levemente exagerada afirmación y

CUADRO 2.1.
Modelos de Enfermedad de la Esquizofrenia y modalidades de tratamiento asociadas

1. BIOMÉDICO
   "La enfermedad se debe a un proceso orgánico del cerebro"
   - Tratamiento psicofarmacológico.
   - Otros tratamientos orientados somáticamente.

2. PSICOLÓGICO INDIVIDUAL
   "La enfermedad se debe a un trastorno temprano en el desarrollo de la personalidad"
   - Psicoterapia individual.
   - Aplicación de los principios de la psicología individual en otras formas de tratamiento (p.ej., terapia de grupo, terapia familiar, arte-terapia).

3. INTERACTIVO
   "La enfermedad es parte de una red interactiva disfuncional y/o se manifiesta como dificultades de adaptación interactiva"
   - Terapia familiar sistémica.
   - Terapia grupal de orientación dinámica.
   - Comunidades terapéuticas.

4. SOCIAL Y ECOLÓGICO
   "El paciente debe tener el apoyo de los miembros de la comunidad"
   - Actividades de salud mental centradas en la comunidad.
   - Rehabilitación.

5. INTEGRADO
   "Todos los enfoques presentados anteriormente son justificados. Su importancia así como su relación mutua tienen un peso diferente según el caso"
   - El tratamiento debe efectuarse de forma exhaustiva y según las necesidades específicas de cada caso.

se presentan los modos de terapia más importantes según los principios de cada enfoque.

Los nombres y afirmaciones de cada enfoque reflejan una causa central de la divergencia de conceptos: sus antecedentes científicos, métodos de investigación y marcos de referencia para los hallazgos difieren notablemente entre unos y otros. Cualquier investigador interesado en despojarse de sus prejuicios y familiarizarse con otro enfoque de investigación realmente debe entrar en un mundo diferente y abandonar por un momento sus criterios sobre la investigación científica.

El *modelo biomédico* está profundamente enraizado en la cultura de la investigación natural-científica y en la tradición médica fundada en ella. Por esta razón siempre se le ha dado una posición prominente a los investigadores de la esquizofrenia que tienen formación médica. En una revisión de la investigación reciente en esquizofrenia, es fácil ver que los proyectos y publicaciones de orientación biomédica predominan cuantitativamente.

Otros métodos similares a los biomédicos la experimentación y medición empírica, análisis estadístico de los resultados- también se aplican en algunas investigaciones psiquiátricas de orientación psicológica y sociológica. Los modelos psicológicos en el Cuadro 2.1 están, sin embargo, basados en un enfoque diferente, hacia la comprensión de casos específicos. *Los modelos psicológicos individuales e interactivos* se acercan en este sentido, aunque están separados por ciertas diferencias radicales que también han sido fuente de disputas entre las diferentes escuelas. Ambos difieren del modelo biomédico en el hecho de que sus hallazgos son difíciles de verificar con métodos aceptables en las ciencias naturales, tales como la experimentación. La posibilidad de reproducir los resultados terapéuticos también es menos convincente, debido a que siempre dependen del desarrollo de la relación interactiva entre terapeuta y paciente. Ya en la década de los 50, Whitehorn y Betz (1960) observaron la influencia considerable de la personalidad del terapeuta en la relación terapeuta-paciente.

A pesar de todos estos aspectos, la investigación que aplique modelos psicológicos es empírica y experiencial y las observaciones se basan en el conocimiento profundo de casos específicos, siempre que revelen un patrón recurrente, pueden entonces generalizarse como conocimiento común. Empleando la terminología del filósofo alemán Jürgen Habermas (1968), podríamos decir que estos enfoques difieren de la investigación biomédica en que el conocimiento que busca es hermenéutico emancipatorio (no científico-natural o técnico), aspira a un proceso de desarrollo liberador hecho posible a través de la comprensión del fenómeno en sí. En la terapia individual, este proceso tiene lugar a través de una relación diádica entre el paciente y el terapeuta que trata, a través de esta relación, de descubrir las distorsiones en el desarrollo previo del paciente y promover un nuevo crecimiento de la personalidad. En el modelo interactivo, los síntomas del individuo son interpretados como una indicación de la red o sistema interactivo, por lo general la familia, de la cual el paciente es miembro y los esfuerzos van dirigidos a alterar sus interacciones.

El cuarto enfoque*social y ecológico*- no se basa en el tipo de formación de teoría etiológica subyacente en los otros enfoques. Por este motivo he formulado una afirmación más pragmática para éste. A pesar de la ausencia de un foco etiológico, los métodos de este enfoque es decir, trabajo de

salud mental y rehabilitación orientada al entorno- son tan importantes como los otros métodos. El trabajo en salud mental apoya el desarrollo sano de individuos y comunidades y, en consecuencia, ayuda a evitar la enfermedad psiquiátrica. La rehabilitación ayuda especialmente a los pacientes crónicos a funcionar en la sociedad de forma más satisfactoria. El trabajo de rehabilitación generalmente es aceptado y no provoca la misma resistencia entre los investigadores de orientación biomédica que, con frecuencia, producen los métodos psicológicos comprometidos más estrictamente con las premisas etiológicas.

Cabe preguntarse si deberíamos hablar también acerca de un modelo "antipsiquiátrico". Los representantes de esta orientación tales como Szasz (1961) y Goffman (1961)- dieron un aire fresco beneficioso a la excesiva orientación hospitalaria presente en el trabajo psiquiátrico, su violencia implícita y la violación de los derechos humanos. No considero que sus ideas sean tan importantes desde el punto de vista etiológico como sociológico. Es cierto que el etiquetamiento diagnóstico, que ellos consideraban particularmente perjudicial, puede tener una notable influencia desfavorable en el pronóstico del paciente, especialmente en sus posibilidades de afrontar su entorno social. Debe tomarse en cuenta, sin embargo, que ese etiquetamiento es casi siempre un fenómeno secundario, debido al rol del individuo como paciente que surge durante o después del comienzo de la enfermedad.

La esquizofrenia también ha sido descrita como una forma de mantener la propia individualidad, un rechazo a adaptarse a los estilos de vida convencionales. Es muy cierto que en una condición psicótica, particularmente si es prolongada, es posible reconocer intentos desesperados y distorsionados por proteger el "propio yo" en unas relaciones humanas generadoras de ansiedad que parecen estar destruyendo la individualidad. Theodore Lidz, mi profesor americano, dijo en una ocasión que si la esquizofrenia no existiera, alguien no tardaría en inventarla. ¿Qué sería más natural dijo- que un individuo que ha experimentado contactos con seres humanos que han sido abrumadoramente aterradores, se aísle a sí mismo y comience a vivir en su propio mundo de fantasía? No obstante, no se trata de una elección voluntaria, sino de algo debido a una dinámica interna.

En mi opinión, los cuatro primeros modelos descritos en el Cuadro 2.1 tienen su propia justificación basada en la investigación y significación terapéutica. Al mismo tiempo, cada uno de ellos tiene también sus limitaciones. Es por esta razón que deberíamos crear un *modelo integrado de la esquizofrenia*, que también he incluido en el Cuadro 2.1. En este modelo, se toman en cuenta los factores biomédicos, los aspectos del desarrollo individual y los factores implícitos en la red interactiva más

cercana al paciente así como su situación psicosocial. Lo mismo se aplica al tratamiento, que debería emplear todas las modalidades de terapia incluidas en los diferentes modelos. La selección de las modalidades de tratamiento no debe, sin embargo, hacerse de forma vagamente "ecléctica", sino sobre la base de una valoración de las necesidades terapéuticas específicas del caso.

CAPITULO TRES

Los orígenes de la esquizofrenia: un intento de síntesis

Punto de partida
La necesidad de un enfoque integrador

Los estudios sobre la esquizofrenia basados en los enfoques biomédico, genético, psicológico individual, psicológico interactivo y social han aportado hallazgos que deberían tomarse en cuenta al analizar la patogénesis y naturaleza de la esquizofrenia. Resulta obvia la necesidad de un pensamiento integrador.

No estoy de acuerdo con las teorías que conciben la esquizofrenia como un trastorno exclusivamente orgánico, sin relación alguna con los factores ambientales psicosociales. Las relaciones de interacción con otras personas son parte de la biología humana. Desempeñan un papel crucial en el desarrollo psicosocial humano y en las funciones cerebrales subyacentes. Mis experiencias como psicoterapeuta e investigador con familias me han llevado a la convicción de que los individuos con esquizofrenia no deben excluirse de esta regla general, que es la base de toda psiquiatría psicobiológica integrada.

La evidencia más contundente de la importancia de las interacciones con otras personas en el desarrollo de la personalidad humana proviene de las observaciones de niños que han crecido en un medio salvaje sin contacto humano, que han sobrevivido gracias a los cuidados de animales en un entorno cálido. No es fácil encontrar información fiable sobre el desarrollo de los así denominados niños lobos, pero parece ser que no

aprenden a hablar, sus expresiones faciales no se desarrollan del todo e incluso sus instintos son rudimentarios (Malson, 1972; Rang, 1987). Las interacciones con otras personas constituyen pues un prerrequisito necesario para el desarrollo humano.

La importancia evolutiva de la interacción no se limita al hombre, como demostraron Harry F. y Margaret Harlow (1966), quienes experimentaron con monos rhesus (macacos). Los monos bebés separados de sus madres crecieron con serias perturbaciones tanto social como sexualmente, en comparación con los bebés que eran criados por sus madres biológicas. El contacto auditivo y visual con otros monos no tenía mayor efecto si los bebés eran privados del contacto físico y el hecho de que los sustitutos de la madre estuviesen confeccionados en alambre o en felpa también era inútil. Para el desarrollo humano, los efectos de las interacciones son incluso más importantes que en el caso de los animales, cuya conducta está más basada en instintos. Los seres humanos, por tanto, necesitan un tiempo más prolongado para su crecimiento desde la infancia hasta la madurez adulta. Las fases del desarrollo cerebral también son más prolongadas en el hombre y el desarrollo es más masivo en la temprana infancia. El desarrollo evolutivo de la corteza cerebral humana (especialmente los lóbulos frontales) continúa después de los 20 años, lo cual no tiene paralelo en otros primates. La dominancia creciente de los centros nerviosos más recientes (neocórtex) en el hombre también es notable en el desarrollo de las actividades de los neurotransmisores, como una especie de "retraso en el desarrollo" de las actividades dopaminérgicas (M. y A. Carlsson, 1990); los monos tienen un patrón de receptores de dopamina en su corteza más denso que los humanos adultos.

La clave del desarrollo específico de las especies debe hallarse en el código genético del hombre. Por otra parte, el prolongado período de desarrollo genéticamente determinado demuestra que las experiencias de interacción y las oportunidades de identificación y aprendizaje relacionadas con éstas son de una importancia creciente en el desarrollo de la personalidad humana, comparada con otras especies. Tal y como Lidz (1964) ha afirmado, los seres humanos tienen dos bagajes, uno basado en nuestros genes y un segundo de tipo sociocultural, basado en los efectos de nuestro ambiente de desarrollo.

Si la esquizofrenia está relacionada con las perturbaciones en el desarrollo de la personalidad humana, como la investigación de orientación psicológica ha sugerido, es lógico postular que las interacciones contribuyen a esta patogénesis, no solo a nivel psicológico sino biológico.

Estudios sobre la predisposición a la esquizofrenia: El rol de los factores biológicos

Se ha demostrado que los factores involucrados en la patogénesis de la esquizofrenia actúan en niveles múltiples y complejos. En este punto, establezco una distinción entre los factores asociados con la vulnerabilidad a la esquizofrenia y los factores relacionados con su inicio, si bien ambos están estrechamente conectados.

Durante las décadas recientes, la investigación sobre esquizofrenia de orientación biologicista ha sido muy extensa y versátil (para revisiones, ver, p. ej. Sedvall y Farde, 1955; Syvälahti, 1994; Weinberger, 1995). Resultaría abrumadoramente difícil proporcionar una revisión exhaustiva de este campo de investigación. Me concentraré en una breve descripción y discusión de los hallazgos que actualmente parecen ser los más significativos desde el punto de vista etiológico. Dejaré al margen, por ejemplo, los estudios neurofisiológicos y bioquímicos, aparte de una breve referencia a los efectos de y los vínculos con los neurotransmisores en la esquizofrenia, un tema sobre el cual se obtendrán resultados nuevos y más concluyentes en el futuro.

Podemos distinguir ahora entre dos grupos de factores biológicos obviamente predisponentes a la esquizofrenia: *las alteraciones estructurales menores del cerebro*, por una parte y el efecto de los *factores hereditarios*, por la otra. Evidentemente, ambos factores aumentan la vulnerabilidad a la esquizofrenia pero no son, al menos en base a los hallazgos de la investigación contemporánea, claramente específicos de la esquizofrenia, ni su influencia está presente en todos los pacientes.

Alteraciones estructurales del cerebro

Esto es particularmente obvio en lo referente a las alteraciones del cerebro, sugeridas ya en la década de los 60 por los estudios neumoencefalográficos (Haug, 1962; Huber, 1961), demostradas primero con la Tomografía Computarizada (TC) por Johnstone y col. (1976) y muy pronto confirmadas por otros investigadores (p. ej. Andreasen y col., 1990; Nasrallah, McCalley-Whitters y Jacoby, 1982; Nybäck, Wiesel, Berggren y Hindmarsh, 1982; Suddath y col., 1989; Weinberger, Torrey, Neophytides y Wyatt, 1979) utilizando TC o Imágenes por Resonancia Magnética (IRM). La prevalencia de estas alteraciones la proporción ventrículo alargado/cerebro, ciertas estructuras con un volumen menor especialmente aquellas situadas en los lóbulos temporales medios y en el tálamo- ha oscilado entre un 6 y un 40%

de pacientes esquizofrénicos (para revisiones, ver Cleghorn, Zipurski y List, 1991; Lewis, 1990; Syvälahti, 1994).

Según los estudios de gemelos monocigóticos discordes para esquizofrenia,incluso los gemelos afectados incluyendo aquellos cuyos ventrículos eran pequeños- tienden a tener ventrículos más largos que sus gemelos sanos (Reveley, Reveley, Clifford y Murray, 1982; Suddath, Christison y Torrey, 1990). Sin embargo, hallazgos similares a los encontrados en la esquizofrenia se han obtenido también en otros trastornos. En un estudio con TC, Rieder y col., (1983) encontraron alteraciones cerebrales en casos de psicosis esquizoafectivas y trastorno afectivo bipolar casi con tanta frecuencia como en la esquizofrenia; con respecto a las psicosis maníacas, Nasrallah y col. (1982). Hauser y col., (1989) demostraron esto en un estudio con IRM en pacientes con trastorno afectivo primario y obtuvieron los mismos resultados.

Las alteraciones estructurales no están directamente relacionadas con el inicio de la enfermedad o con su curso subsiguiente: estos hallazgos se mantienen sin cambios durante el seguimiento (Nasrallah y col., 1986; Illowsky, Juliano, Bigelow y Weinberger, 1988). Contrariamente a lo que sucede en los trastornos cerebrales orgánicos típicos, como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, en la cual el deterioro de la condición psíquica está relacionado con el progreso de un proceso patógeno masivo en el tejido cerebral. Ya no es posible explicar los hallazgos como consecuencia del tratamiento ya que se han detectado también en pacientes no medicados, de diagnóstico reciente, particularmente en hombres jóvenes.

Se desconoce el origen de estas alteraciones estructurales. Puede ser heterogéneo en esencia. Existen varias posibilidades etiológicas. Weinberger (1987) enumera las siguientes: encefalopatía hereditaria o bien una predisposición a daños ambientales, estados infecciosos o post-infecciosos, trastornos inmunológicos, tóxicos o metabólicos, trauma perinatal u otros factores tempranos que afecten el desarrollo del sistema nervioso. Este investigador agrega dos factores que considera "altamente improbables" pero remotamente posibles: los factores psicosociales tempranos (p. ej., interpersonales) podrían producir una lesión cerebral estructural en sistemas neurales plásticos, o que la esquizofrenia no sea en lo más mínimo un evento puntual o un proceso patológico, sino más bien, un extremo del espectro del desarrollo que, por razones genéticas y/o de otro tipo, se presentaría en alrededor del 0,5% de la población.

La teoría según la cual los trastornos estructurales resultantes de posibles daños tempranos causados por factores físicos ambientales ha recibido el apoyo de muchos. No obstante, las presunciones sobre el rol de las complicaciones obstétricas, originalmente basadas en encuestas de riesgo de los niños con madres psicóticas (Cannon y col., 1993; Mednick, Parnas y

Schulsinger, 1987), no se han confirmado en algunos estudios extensos en poblaciones psicóticas no seleccionadas (Davies, Breier, Buchanan y Holstein, 1991; Done, Johnstone y Frith, 1991). Se siguen incluyendo como un posible factor etiológico en cierto número de casos (McNeil y col., 1994). Por otra parte, el rol de la gripe materna durante el segundo trimestre del embarazo parece más plausible según las investigaciones recientes (Mednick, Machon, Huttunen y Bonett, 1988; Huttunen, Machon y Mednick, 1994). Esto también se ve apoyado por la naturaleza de los hallazgos relativos al cerebro: las lesiones originadas en un período de tiempo posterior deberían dejar marcas en el tejido glial del cerebro y tales marcas no se han hallado (Roberts, 1990). Sin embargo, en un extenso estudio efectuado en Gran Bretaña (Sham y col., 1992), el rol de la gripe materna tuvo relevancia en tan solo una pequeña fracción de los pacientes y se han planteado también otras críticas al respecto (p. ej., Crow, 1994).

Un estudio reciente de IRM (Bremner y col., 1995) indicó que el volumen del hipocampo derecho era, desde el punto de vista estadístico, significativamente inferior en aquellos que padecen Trastornos por Estrés Post-Traumático relacionado con los combates de guerra (TEPT) que en los grupos de control comparados; no se encontró tal diferencia en el volumen de otras áreas del cerebro. Los investigadores presentan varias explicaciones potenciales para sus hallazgos, que se asemejan a los hallazgos referentes al hipocampo en los pacientes con esquizofrenia, incluyendo el daño asociado a los glucocorticoides sobre el hipocampo, relacionado con el estrés. Por otra parte, las alteraciones morfológicas del hipocampo pueden haber precedido al TPET, presentando un factor de riesgo premórbido para su desarrollo.

Aún así, se me hace difícil creer que las influencias interpersonales tempranas o el estrés posterior relacionado con la ansiedad tipo pánico- puedan producir claros cambios morfológicos en el cerebro. Es más probable que los efectos somáticos sean de mayor importancia que los psicógenos y que estos últimos, de estar presentes, podrían inducir un efecto restrictivo en el abanico de posibilidades de desarrollo de las funciones psicológicas y su integración.

No hay unanimidad entre los investigadores principales sobre las interpretaciones etiológicas de la relación entre estos hallazgos y la esquizofrenia. Weinberger y sus colaboradores (Weinberger, 1987; Weinberger, Berman, Suddath y Torrey, 1992) han postulado en repetidas ocasiones que su importancia puede entenderse a través de la compleja red de interconexiones entre las diferentes áreas del cerebro, cuyo funcionamiento global puede verse afectado por alteraciones locales. Por otra parte, Andreasen y col. (1994), presentaron la imagen de un "cerebro esquizofrénico promedio" y propusieron que los diversos síntomas de la esquizofrenia "podrían, en general, ser la resultante de un defecto en el

filtrado o entrada del estímulo sensorial, que es una de las funciones principales del tálamo en el cerebro humano". No obstante, no debe olvidarse que los hallazgos, tal y como se obtienen a través de los métodos disponibles en la actualidad, no pueden considerarse específicos de la esquizofrenia. Es más probable que constituyan factores de riesgo para éste y posiblemente para otros trastornos.

Factores hereditarios

El rol de los factores hereditarios predisponentes en la etiología de la esquizofrenia se ha verificado de forma consistente a través de la investigación, aunque se ha demostrado que dicho rol es relativo.

En la mayoría de los grupos de pacientes esquizofrénicos, se encontró que los padres tenían esquizofrenia en el 4-6% de los casos, un 8-12% de los hermanos y un 10-15% de los niños. Comparadas con estas cifras, aquellas presentadas por los investigadores iniciales de gemelos sobre la morbilidad de gemelos idénticos hablaban firmemente a favor de los factores hereditarios, particularmente de cómo la morbilidad de gemelos no idénticos con esquizofrenia no difería notablemente del valor correspondiente en los hermanos normales.

La Tabla 3.1 muestra los resultados de *estudios de gemelos* en esquizofrenia. Estos indican que los hallazgos publicados desde 1960 difieren de los anteriores en el hecho de que las tasas de co-morbilidad en gemelos idénticos son significativamente inferiores en estudios más recientes 30-50% a lo sumo- e incluso así se requiere un espectro diagnóstico más amplio. No obstante, incluso los estudios recientes muestran que la co-morbilidad de gemelos idénticos es consistentemente superior a la de los gemelos no idénticos.

Los autores de los primeros estudios con gemelos recopilaron su material en hospitales sobre la base de informes clínicos y entrevistas personales, mientras que la mayoría de las investigaciones subsiguientes se basan en los registros de censos de gemelos (estudios efectuados en el Norte de Europa) o, al menos, en ingresos hospitalarios sucesivos. En la actualidad, los diagnósticos de identidad de gemelos idénticos se confirma con pruebas serológicas. Además, muchos de los primeros investigadores, por ejemplo Kallmann (1946), llegaron a sus conclusiones siguiendo un procedimiento de cálculo de probandos, en el cual cada par de gemelos concordante se contaba dos veces. Cuando posteriormente Kallmann aplicó un método "más corto" diseñado para tomar en consideración la relación de la edad del sujeto con el riesgo de morbilidad, calculó un 86% de riesgo de esquizofrenia para un gemelo idéntico cuyo hermano gemelo resultó esquizofrénico.

TABLA 3.1.
Concordancia de esquizofrenia en parejas de gemelos según los diferentes estudios

			Gemelos Monocigóticos		Gemelos Dicigóticos	
Autor	Año	País	N	% concordancia	N	% concordancia
Kallman	1946	USA	174	59-69	517	9-10
Slater	1953	Inglaterra	37	65	112	9
Inoye	1961	Japón	55	36-60	17	6-12
Tienari	1963	Finlandia	16	0-19	21	5-14
Gottesman y Shields	1966	Inglaterra	24	42	33	9
Kringlen	1967	Noruega	55	25-38	172	8-12
Pollin y col.	1969	USA	80	14-27	146	4-8
Fischer	1973	Dinamarca	21	24-48	41	10-20
Tienari	1975	Finlandia	20	15	24	7,5
Kendler y Robinette	1983	USA	164	18	268	3,5
Onstad y col.	1991	Noruega	24	33	28	4

Nota: Las tasas de concordancia siempre se han calculado en parejas y sin emplear ningún método abreviado que, en algunos estudios, da como resultado cifras más bajas que las publicadas por los autores. Donde se citan dos cifras, la más baja indica la concordancia para esquizofrenia y la más alta incluye esquizofrenia borderline, psicosis esquizofreniforme y/o sospecha de esquizofrenia.

Los estudios de los co-gemelos monocigóticos discordantes de pacientes esquizofrénicos y de niños con ambos padres esquizofrénicos han aportado evidencia particularmente concluyente como para contradecir las teorías monogenéticas de la esquizofrenia. Ambos grupos mostraron un espectro ampliamente variable de trastornos, además de los cuales muchos co-gemelos y también niños de parejas psicóticas tuvieron un desarrollo psíquico bastante normal (Kringlen, 1967, 1978; Onstad, Skre, Torgersen y Kringlen, 1991). Estos hallazgos parecen refutar las teorías acerca de un genotipo específico en la esquizofrenia, el cual, aparte de los casos que desarrollan un fenotipo esquizofrénico, debe manifestarse en forma de trastornos de personalidad dentro del espectro de la esquizofrenia.

En este punto debemos referirnos también a un hecho ya señalado por muchos investigadores en esquizofrenia: dado que la fertilidad de los pacientes esquizofrénicos es inferior a la de la población normal en alrededor del 50%, la incidencia de esquizofrenia si se tratase de una enfermedad exclusivamente hereditaria monogenética - debería reducirse marcadamente de generación en generación a través de la "selección natural". Sin embargo, no se ha producido tal descenso. Este hecho parece contradecir los modos tanto dominante como recesivo de la herencia.

La importancia de los genotipos no manifiestos puede enfocarse también al analizar la incidencia de la esquizofrenia entre los descendientes de gemelos idénticos discordes para esquizofrenia. Se han publicado dos análisis de este tipo. El primero fue el de Gottesman y Bertelsen (1989), que hicieron un estudio de seguimiento hasta 1985 de la descendencia del grupo de gemelos estudiado por Fisher (1973). El segundo fue dirigido por Kringlen y Cramer (1989), que hicieron seguimiento a los grupos reunidos por Kringlen (1967) del mismo modo. Gottesman y Bertelsen prácticamente no presentaron diferencias en la incidencia de la esquizofrenia y trastornos asociados entre los hijos de esquizofrénicos y sus gemelos idénticos no concordantes: 16,8% de los niños con co-gemelos esquizofrénicos y el 17,4% de los co-gemelos sanos presentaron trastornos. Kringlen y Cramer, por su parte, encontraron una clara diferencia (aunque no significativa estadísticamente), 17,9% y 4,4%. Gottesman y Bertelsen consideran su hallazgo como una prueba definitiva de la importancia de los factores genéticos. Esta contradicción entre los dos estudios es otro ejemplo de los problemas inherentes a este campo de investigación.

Los gemelos idénticos no solo tienen los mismos genes sino también casi invariablemente el mismo ambiente de crecimiento. Se esperaba que los *estudios de niños adoptivos* discriminasen mejor que los estudios con gemelos, entre los factores patógenos hereditarios y aquellos que provienen del ambiente.

Los estudios más conocidos sobre adopción referentes a la esquizofrenia son las series de estudios diseñadas por dos investigadores norteamericanos, S.S. Kety y David Rosenthal, la parte central de los cuales se efectuó en poblaciones danesas. Los resultados de este estudio sobre adopción danés-americano demostraron: (1) que los hijos de madres psicóticas que han crecido en familias adoptivas tienen una mayor predisposición para la esquizofrenia o trastornos relacionados con ésta, que los niños adoptivos cuyos padres biológicos no padecían psicosis (Rosenthal y col., 1968, 1971); (2) que los familiares biológicos de los niños adoptivos que han presentado esquizofrenia, con frecuencia tuvieron trastornos mentales más graves que sus "familiares adoptivos" (Kety y col., 1968, 1994); y (3) que, de acuerdo a una especie de "ranking", un grupo de padres adoptivos de niños adoptivos que posteriormente desarrollaron una esquizofrenia estaban menos perturbados que un grupo de padres biológicos de los niños esquizofrénicos criados en sus casas (Wender, Rosenthal y Kety, 1968). Durante el curso de estas investigaciones, Rosenthal y Kety desarrollaron el concepto de *espectro de la esquizofrenia*, con el cual indicaban que el grupo de la esquizofrenia incluye también genéticamente un número de trastornos menos severos (especialmente las psicosis funcionales no afectivas y los trastornos esquizoide y paranoide de la personalidad), siendo estos trastornos significativamente más numerosos que las esquizofrenias reales.

Los resultados de estos estudios se han interpretado como claramente a favor de los factores genéticos asociados a la esquizofrenia y en contra del efecto de los factores ambientales. No obstante, también se ha criticado duramente su metodología y la interpretación de sus resultados, especialmente por parte de los investigadores de familias con orientación psicodinámica (Lidz y Blatt, 1983; Wynne, Singer y Toohey, 1976).

El extenso estudio de familias adoptivas finlandés dirigido por Peca Tienari y sus colaboradores (Tienari, 1992; Tienari y col., 1987, 1993, 1994) es menos conocido pero constituye, en mi opinión, el estudio más importante que clarifica el papel de los factores hereditarios y ambientales en la esquizofrenia. Participaron casi 200 niños dados en adopción por mujeres que estuvieron ingresadas en hospitales mentales finlandeses, entre 1960-1979, debido a psicosis del grupo de la esquizofrenia y se establecieron comparaciones con los controles. La investigación incluyó también la evaluación de la salud mental global del ambiente de crianza, basado en entrevistas y en una batería de pruebas psicológicas. El estudio de Tienari es el único estudio sobre adopción que se ha planificado y llevado a cabo, que combina con pericia aspectos genéticos y psicodinámicos.

En las Tablas 3.2 y 3.3 se presentan los hallazgos principales de este estudio. Aunque el equipo aún los considera preliminares, los resultados pueden catalogarse como concluyentes. Confirman la importancia tanto

TABLA 3.2.
Diagnósticos finales de los sujetos adoptivos experimentales y control

Diagnósticos de sujetos adoptivos (y valoraciones de salud mental de seis niveles)	Adoptivos Experimentales A (n = 136)	Adoptivos Experimentales B (n=19)	Adoptivos Experimentales Total (n=155)	Adoptivos control Total (n=185)
(1, 2) Sin diagnóstico	67	7	74 (47,8%)	97 (52,4%)
(3) Neurosis y trastorno de la personalidad leve	29	5	34 (21,9%)	59 (31,9%)
(4, 5) "Espectro leve" trastornos de la personalidad no psicóticos	27	4	31 (20,0%)	27 (14,6%)
(6) Psicosis funcionales "Psicosis del espectro"	13	3	16 (10,3%)	2 (1,1%)
(6a) Esquizofrenia DSM-III-R	(7)		(9) (5,8%)	(2) (1,1%)
(6b) Esquizofreniforme	(2)	(1)	(3) (1,9%)	(0) (0%)
(6c) Trastorno delirante	(2)	(0)	(2) (1,3%)	(0)
— Psicosis bipolares ("fuera del espectro")	(2)	(0)	(2) (1,3%)	(0)

Fuente: Tienari y col., 1993

A = Diagnósticos confirmados de esquizofrenia en las madres biológicas RDC/DSM-III-R

B = Otras "psicosis del espectro" como esquizoafectiva, esquizofreniforme, atípica y psicosis delirantes, pero no psicosis bipolar o alcohólica, en las madres biológicas.

Significación de las diferencias entre los sujetos adoptivos index vs. control: Total del "espectro leve" (4, 5, 6a-c) vs. no pertenecientes al espectro (1-3, más las psicosis bipolares), $x^2 = 8.0691$, $p = 0,0045$; "psicosis del espectro" (6a-c) vs. el resto de diagnósticos, $x^2 = 10.183$, $p = 0,0014$; esquizofrenia (6a, b) vs. otras $p= 0,0206$ (Prueba Exacta de Fischer); "espectro leve" trastornos de la personalidad no psicóticos vs. fuera del espectro (sujetos adoptivos psicóticos excluidos), $x^2 = 2.558$, $p = 0,1097$.

TABLA 3.3.
Diagnósticos finales de los sujetos adoptivos en relación con las valoraciones globales de la salud mental de las familias adoptivas

		Valoraciones Familias Adoptivas			
Valoración Suj. Adop.		1-2 Sano	3 "Neurótico"	4-5 Seriamente perturbado	Total
Index	1-2 Sano	47	17	5	69
	3 "Neurótico"	9	11	13	33
	4-5 Trast. Personalidad	2	7	20	29
	6 Psicosis funcionales	0	4	9	13
	Total	58	39	47	114
Control	1-2 Sano	51	27	12	90
	3 "Neurótico"	20	22	17	59
	4-5 Trast. Personalidad	3	9	13	25
	6 Psicosis funcionales	0	0	2	2
	Total	74	58	44	176

Fuente: Tienari, 1992

de los factores genéticos como de los psicológicos-ambientales en la vulnerabilidad a la esquizofrenia, así como la interacción entre éstos y los factores genéticos. De los niños adoptivos cuyas madres eran psicóticas, 14 (9%) presentaron cuadros de esquizofrenia o de psicosis estrechamente relacionadas, mientras que el número correspondiente en el grupo control fue 2 (1,1%). Sin embargo, también se encontró que los trastornos de los niños adoptados se agruparon significativamente en los ambientes de crianza cuya salud mental global se valoró como perturbada. Esto se

observó tanto en los adoptados como en los controles. Un análisis de regresión lógica, que incluyó la diferencia genética entre los grupos, demostró que el factor más potente que precedía al trastorno mental en el niño adoptado era la comunicación intrafamiliar perturbada. Al excluir esta variable comenzaron los conflictos entre padres e hijos, combinados con la variable genética y como tercer factor la falta de empatía, combinada también con la variable genética. Especialmente digna de mencionar es la conclusión de que un ambiente familiar sano parece proteger de la perturbación incluso a aquellos niños cuyas madres biológicas han padecido esquizofrenia.

Al final de la década de los 80, fue posible efectuar *estudios de genética molecular*, basados en la posibilidad de localizar marcadores genéticos en la estructura del cromosoma. Desde entonces, ha habido una dedicación intensa a la investigación para encontrar la evidencia que permitiría conectar la esquizofrenia con un gen específico. Sin embargo, hasta ahora los resultados de estos estudios vinculados han arrojado resultados casi exclusivamente negativos y/o contradictorios (p. ej., Barr y col., 1994; Coon y col., 1994; para una revisión crítica, ver Portin y Alanen, 1977). Los postulados de factores genéticos específicos localizados en genes diferentes en casos diferentes, aún parece posible y lo mismo puede decirse de la hipótesis según la cual dos o tres genes juntos podrían causar una predisposición a la esquizofrenia. Los resultados de una amplia investigación internacional (con familias de ocho países) basada en dos etapas de búsqueda amplia de los genes asociados a la susceptibilidad a la esquizofrenia (Moises y col., 1995), sugirieron que un modelo poligenético u oligogenético más complejo probablemente sea el correcto. En este estudio, basado en familias de ocho países y criterios diagnósticos de esquizofrenia estrictos, se encontraron cinco locus diferentes, en los cromosomas 6p, 8p, 9, 20 y 22, los cuales al actuar conjuntamente, podrían causar la susceptibilidad a esta enfermedad. En otro estudio multicéntrico internacional reciente, Williams y col. (1996) encontraron que un polimorfismo del gen receptor 5-HT 2-A, localizado en el brazo largo del cromosoma 13, era 1,3 veces más común en la esquizofrenia que en la población general (p = 0,003).

Los estudios genético-moleculares multicéntricos más recientes realizados a nivel internacional (p. ej., Levinson y col., Shaw y col., 1998) tampoco han podido identificar genes específicos de la esquizofrenia, pero apoyan la conclusión de que la susceptibilidad multigenética a este trastorno probablemente sea poligenética, producto de la interacción entre varios genes de efecto leve y el entorno físico y psicosocial. Los estudios restringidos a ciertas poblaciones han encontrado conexiones más elevadas. En un estudio finlandés realizado con una subpoblación aislada (Hovatta y col., 1999) así como en el estudio de una subpoblación especialmente

seleccionada de 22 familias extendidas con un alto índice de esquizofrenia en Canadá (Brzustowicz y col., 2001) se encontró evidencia significativa de conexión con ciertas secciones del cromosoma 1. Sin embargo, no se observó evidencia de dicha conexión con el cromosoma 1 en los 779 linajes de esquizofrenia incluidos en la muestra del estudio multicéntrico de Levinson y col. (2002).

Tanto la cualidad global de las variables de los hallazgos genéticos y de dinámica familiar como el postulado sobre el continuum clínico de la esquizofrenia y los trastornos de personalidad dentro y fuera del espectro de la esquizofrenia, sugieren un efecto colectivo de varios genes que actúan menos específicamente, pero en interacción con factores causales de otro tipo. Es más probable que la predisposición genética a la esquizofrenia sea poligenética y que los efectos dependan de la interacción con factores físicos y psicosociales. Incluso la posibilidad de que la susceptibilidad genética a las psicosis esquizofrénicas represente, en general, un extremo de la variación genética humana normal, no puede descartarse. En ese caso, la vulnerabilidad genética de un individuo a la esquizofrenia podría caracterizarse simplemente como un extremo de la variabilidad genética humana normal (Portin y Alanen, 1997).

Algunos investigadores han postulado que ciertos tipos de esquizofrenia podrían deberse a los factores genéticos y que otro grupo estaría asociado al daño cerebral. Los esfuerzos por confirmar esto han llevado, sin embargo, a hallazgos contradictorios, proporcionando apenas un apoyo limitado a esta hipótesis.

Reveley y col. (1982) y también Suddath y col. (1990) han presentado este tipo de teoría, basados en sus hallazgos de ventrículos cerebrales alargados en gemelos idénticos discordes. El hecho de que los gemelos esquizofrénicos usualmente tuviesen ventrículos más largos que sus gemelos más sanos, pareció indicar que las alteraciones cerebrales eran independientes de los factores genéticos. Reveley, Reveley y Murray (1984) apoyaron sus hallazgos destacando que en sus series había una especie de "mancha familiar" sólo entre los pacientes que no presentaban el alargamiento de los ventrículos cerebrales. No obstante, DeLisi y col. (1986) al estudiar la proporción ventrículo/cerebro de pacientes esquizofrénicos que vinieron de familias en las cuales más de un hermano tuvo esquizofrenia, encontraron que no era probable que el alargamiento ventricular se limitara a aquellos que no tuvieran la "mancha". Adicionalmente, según otros estudios (Cannon y col., 1993; Torrey y col., 1994), se encontró una correlación positiva entre el alargamiento ventricular y el riesgo genético de esquizofrenia.

Otros intentos por descubrir una diferencia entre la esquizofrenia hereditaria y la "esporádica" en el último grupo de pacientes no había

antecedentes de esquizofrenia en sus familias- no han hallado resultados concluyentes. Sedvall y Wode-Helgodt (1980), por ejemplo, notaron diferencias en los productos metabólicos de las neurotransmisores del líquido cefalorraquídeo, entre dos grupos de pacientes, uno con otros casos de esquizofrenia en la familia y el otro grupo sin antecedentes. O'Callaghan y col. (1991) encontraron evidencia de este hecho en conexión con los nacimientos que se producían durante el invierno y su posible relación con el aumento de la gripe materna- limitada a pacientes que no tenían una historia de trastornos mentales. Estos hallazgos siguen siendo discutibles y/o no suficientemente confirmados.

La influencia de los dos grupos de factores biológicos predisponentes sobre el pronóstico de los pacientes parece diferir. Las alteraciones estructurales del cerebro tienen cierta correlación con el resultado los pacientes crónicos y aquellos con síntomas negativos presentaron estos cambios con más frecuencia que los pacientes con resultados satisfactorios- aunque no haya una conexión obvia con los diferentes subtipos de esquizofrenia. Los factores genéticos, por otra parte definidos como la aparición de otros casos de esquizofrenia en la historia familiar- no tienen una correlación similar con los resultados (Ciompi, 1980).

Estudios sobre la predisposición a la esquizofrenia: El rol de los factores psicosociales

En el cuadro 2.1, separo los estudios de orientación psicodinámica sobre la naturaleza y factores causales de la esquizofrenia en dos secciones: El enfoque psicológico-individual, representado por los estudios de orientación psicoanalítica, cuyo objetivo es descubrir en una relación diádica con el paciente, qué relación existe entre la enfermedad y el desarrollo interno de la personalidad, moldeada por factores constitucionales y las relaciones interactivas tempranas, y el enfoque interactivo, que por su parte, se centra en el estudio de las relaciones interpersonales y redes- fundamentalmente las familias- en donde el desarrollo y los acontecimientos vitales del individuo tienen lugar. En ambos casos, el tratamiento psicoterapéutico está estrechamente relacionado con la investigación.

La investigación psicoanalítica y la investigación de la dinámica familiar, aunque cercanas una de la otra, enfocan la esquizofrenia desde puntos de vista mutuamente complementarios. Las diferencias en sus premisas básicas hacen que otorguen un peso diferente a los factores patógenos. Haré una breve revisión del desarrollo de ambos enfoques.

Estudios psicoanalíticos

La experiencia de *Sigmund Freud* con pacientes psicóticos que no son muy adecuados para el tratamiento con el método psicoanalítico clásico que creó- no fue extensa. Aún así, promovió una comprensión psicológica de la esquizofrenia muy significativa, tanto teórica como a través del famoso análisis del Dr. Daniel Paul Schreber, un abogado que sufría esquizofrenia paranoide (Freud, 1911c). Freud postuló que las psicosis esquizofrénicas conllevaban una conversión de libido (p.ej. impulsos de búsqueda de placer) apartada de los objetos externos y dirigida hacia uno mismo. La psicodinámica de la psicosis consistía en dos fases: la primera fase de abandono de las relaciones de objeto era de una significación fundamental y frecuentemente iba seguida de la formación de síntomas que podría interpretarse como un esfuerzo por revivir las relaciones de objeto perdidas, pero todavía de forma egocéntrica y megalomaníaca , aislada de los objetos reales.

En un trabajo sobre el narcisismo publicado tres años más tarde, Freud (1914c) especificó además sus opiniones sobre el desarrollo temprano de la libido y su relación con la esquizofrenia. En la primera fase postnatal no hay objeto, se caracteriza por el "autoerotismo puro". A esto le sigue el narcisismo primario, donde el objeto de la libido es uno mismo. Es solo después de esto que la libido comienza a dirigirse de forma creciente hacia las otras personas, mientras que al mismo tiempo se retiene la "libido del yo" y tienen lugar cambios constantes, parciales y recíprocos, entre ésta y la "libido de objeto". La psicosis esquizofrénica conlleva un retorno a la fase del narcisismo primario y al mismo tiempo y esto fue subrayado particularmente por Abraham (1916)- una regresión psicológica a los niveles tempranos del primer año de vida. Esto hizo que la relación temprana con la madre y las frustraciones relacionadas con ella adquirieran una importancia central en las teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia. No obstante, Freud y sus colaboradores también consideraron los factores estructurales-hereditarios como significativos en los orígenes de las fijaciones traumáticas en el desarrollo de la libido.

Esta teoría del narcisimo primario se relacionó con un pesimismo terapéutico. En su ensayo "El Inconsciente", Freud (1915e) enfatiza la inaccesibilidad terapéutica de los pacientes esquizofrénicos, en contraposición a las "neurosis de transferencia", resultante del abandono de las catexias de objeto libidinales que impide la transferencia necesaria para cualquier relación terapéutica.

En un par de escritos posteriores, publicados en 1924 después de la creación de su teoría sobre la estructura de las funciones psicológicas ello, yo, superyo, Freud (1924b, 1924e) propuso una definición de la diferencia

entre el desarrollo de la neurosis y la psicosis de forma más paralela: la neurosis es consecuencia de los conflictos entre el yo y el ello, mientras que la psicosis es un resultado análogo de los conflictos entre el yo y el mundo exterior. En la neurosis, el yo reprime los impulsos que generan ansiedad, mientras en la psicosis el yo es rebasado por el ello y pierde su contacto con las realidades externas.

Sin embargo, las opiniones expresadas por Freud acerca de la inaccesibilidad terapéutica de los pacientes esquizofrénicos eclipsaron estos escritos posteriores y tuvieron peso suficiente para mantener a un nivel simplemente teórico el interés de la mayoría de los psicoanalistas en estos pacientes. Una notable excepción a esta regla fue su fiel alumno y colega Paul Federn, quien desde 1906 trató con éxito, en Viena, a pacientes esquizofrénicos con psicoterapia de orientación psicoanalítica (incluyendo parámetros de apoyo). No obstante, solo publicó los informes principales de su abundante experiencia con pacientes psicóticos durante la década de los 40,en que se trasladó a Estados Unidos (Federn, 1943, 1952).

En Estados Unidos, Adolf Meyer (1906, 1910), a comienzos del siglo XX, presentó una perspectiva psicodinámica sobre las causas y la naturaleza de la esquizofrenia, basada en un enfoque psicobiológico pragmático. La psicoterapia con estos pacientes se hizo más común que en Europa y recibió la influencia significativa del trabajo pionero de *Harry Stack Sullivan* (ver Sullivan, 1962). A cierta distancia de las teorías de Freud, Sullivan concibió la esquizofrenia como el resultado de un proceso que consta de varias etapas. Dio especial importancia a los trastornos en la autoestima así como a la abrumadora y "extraordinaria" ansiedad relacionada con el desarrollo, que finalmente resulta en esquizofrenia. Los individuos propensos a desarrollar una esquizofrenia son aquellos que tienen disociados reprimidos, en términos psicoanalíticos- muchos aspectos vitales, impulsos y otras necesidades emocionales de este tipo. No obstante, la dinámica de la personalidad también puede experimentar cambios que afectan las experiencias disociadas tanto de manera favorable como desfavorable, especialmente durante la edad escolar y la adolescencia temprana. La esquizofrenia puede manifestarse en esa época, pero también puede producirse un reforzamiento de la personalidad.

Los terapeutas de la "*Escuela de Washington*" entre ellos Frieda Fromm-Reichmann (1950, 1952), Otto A. Will, Jr (1961) y Harold Searles (1965) continuaron el desarrollo de la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos, combinando los puntos de partida psicoanalíticos con los derivados de los planteamientos de Sullivan. Searles, en particular, publicó descripciones ilustrativas de las necesidades de dependencia intensas, pero simbióticas y ambivalentes típicas de los pacientes esquizofrénicos, que socavan su estabilidad psíquica. Se trata de necesidades que "no puede permitirse

reconocer ante sí mismo, o si las reconoce, no lo haría frente a otra persona, o bien las expresa de una manera que, con frecuencia, produce incomprensión o una respuesta de relativo rechazo por parte de la otra persona" (Searles, 1961). Sin embargo, se evidenció que el planteamiento de Freud acerca de la inaccesibilidad terapéutica de los pacientes esquizofrénicos no era correcto incluso si el establecimiento de la relación terapéutica, especialmente con pacientes crónicos, era una tarea ardua que consumía mucho tiempo.

Un paso significativo hacia la comprensión de la psicología de la esquizofrenia y otros trastornos graves, proviene de las teorías presentadas por los psicoanalistas de la *Escuela Británica de las Relaciones de Objeto,* especialmente *Melanie Klein* (1946, 1975; ver también Segal, 1973). Según Klein, los bebés tienen relaciones de objeto primitivas, inicialmente con "objetos parciales", siendo el más significativo de ellos el pecho materno. Para poder entender a Klein, debemos tener en cuenta que la mayor parte de las funciones psíquicas infantiles consisten en fantasías inconscientes, las cuales, no obstante, están en un constante intercambio con la forma en que el bebé experimenta la realidad.

Una parte central de estas fantasías se refiere a lo satisfactorias, "buenas" o frustrantes, "malas" que puedan resultar las experiencias acerca de uno mismo y del mundo. Si un bebé que está hambriento y que tiene una idea alucinatoria omnipotente de un pecho bueno y nutritivo (tal y como se puede apreciar en los movimientos de su boca y sus dedos), es alimentado con prontitud incluso en la realidad, siente su propia bondad y la bondad de sus objetos en tanto que poderosos y fiables. Si no es alimentado, el bebé desarrolla una idea sobre la maldad y carácter persecutorio del objeto y el odio resultante se torna más poderoso que su amor.

Los mecanismos de defensa primitivos del bebé son la negación, la escisión, la proyección y la introyección. Klein (1946) introdujo la *identificación proyectiva* como un nuevo e importante mecanismo de defensa: se basa en una fantasía omnipotente según la cual es posible dividir partes del yo y de los objetos internalizados, aparte del yo y proyectarlos en un objeto externo donde son preservados y controlados, mientras que simultáneamente es posible continuar identificándose con ellos. La identificación proyectiva se aplica principalmente a partes del yo que se experimentan como peligrosas o que en etapas posteriores- no pueden ser aceptadas como parte de la propia imagen del yo. La identificación proyectiva también es un concepto útil en la comprensión de la psicología familiar y volveré sobre esto posteriormente.

Según Klein, el primer año de vida del bebé ya consta de dos fases o posiciones de desarrollo, las cuales son de gran importancia en el subsiguiente desarrollo de la personalidad. La primera de ellas, la posición

esquizo-paranoide, está dominada por procesos de escisión y de proyección e introyección, que se emplean para defenderse de los objetos "malos" amenazantes como un yo lleno de odio y la ansiedad persecutoria desencadenada por estas imágenes mentales. La fijación a esta fase genera una cierta vulnerabilidad a la regresión subsiguiente a un estado paranoide o esquizofrénico. Con respecto a la vulnerabilidad a la esquizofrenia, los factores constitucionales por ejemplo, la fuerza del instinto de muerte (entendido por Freud en 1920 como el reverso de la libido de conservación de la vida)- son de crucial importancia. La segunda fase, la posición depresiva, que comienza poco después de la edad de seis meses, coincide con el desarrollo por el cual el bebé es capaz de percibir a la madre como un objeto completo y comienza a darse cuenta de que las experiencias buenas y malas pueden asociarse con un objeto y un yo, en lugar de estar separadas las representaciones de objeto parcial "buenas" y "malas". El bebé también reconoce su desamparo y dependencia de la madre así como sus celos hacia otras personas. Este reconocimiento moviliza el interés por el objeto (madre) que previamente ha sido atacada cuando era mala (frustrante) y un deseo de volver bueno el daño que siente haber causado. Estos sentimientos "reparatorios" basados en el interés por el otro (el objeto), forman la base para el desarrollo normal y saludable de la culpa y la moralidad posteriormente en la vida y una disminución en la susceptibilidad a una psicosis subsiguiente. Los estados depresivos posteriores se deben a la internalización de los sentimientos de rabia hacia el objeto dirigidos al propio yo, como Freud (1917e) describió originalmente.

W. R. Bion, psicoanalista de la escuela Kleiniana, postuló que el miedo experimentado por el paciente psicótico, que retrocede a la posición esquizo-paranoide, produce una identificación proyectiva caracterizada por un intento por destruir todas las observaciones y representaciones intrapsíquicas del propio yo y del objeto un intento, por decirlo de alguna manera, de eliminar por completo el mundo psíquico repleto de representaciones que generan ansiedad (Bion, 1967). Esto podría conducir a una distorsión grave en el desarrollo temprano del yo. En un individuo que posteriormente desarrolla una esquizofrenia, frecuentemente se observa una deficiencia prepsicótica en las funciones del yo, así como una desorganización de las funciones del pensamiento al comienzo de la psicosis. Hay un intento simultáneo por romper los vínculos entre los objetos y el yo así como entre diferentes objetos. Bion también postuló que los procesos tempranos de este tipo pueden conducir, a través de la escisión interna, a una situación donde se establece un núcleo "esquizofrénico" de la personalidad aparte, el cual se excluye de la conciencia y no se integra en el parcialmente falso crecimiento y desarrollo del resto de la personalidad, pero que puede resurgir durante la regresión subsiguiente

desencadenada por la ansiedad. Esto podría explicar por qué ciertos individuos tienden a hacer una regresión hacia el nivel esquizofrénico más que al de tipo neurótico.

En su interesante libro *El Self Psicótico Infantil y sus Destinos,* Vamik D. Volkan (1995) ha desarrollado una teoría similar sobre una parte arcaica de la personalidad, influenciada por el self y las representaciones de objeto "malas" que permanece encapsulada en el núcleo de la personalidad, escindida por capas del self posteriores construidas precariamente. El self psicótico infantil se rompe al comienzo de la psicosis y el self psicótico adulto que corresponde en gran parte, a la fase restitutiva descrita por Freud se desarrolla según el principio de "la mejor solución posible" (cf. Pao, p. 103) a un nivel primitivo de organización psicológica.

El psicoanalista estadounidense *Otto F. Kernberg* (1975, 1984) demostró que los mecanismos de defensa primitivos escisión, formas tempranas de proyección como la identificación proyectiva, negación, omnipotencia, idealización primitiva y su contraparte, la devaluación- tienen una importancia central en la función psíquica de las personalidades borderline en particular. Kernberg concibió la "organización de la personalidad borderline" como una estructura relativamente estable. No obstante, también hay pacientes proclives a la psicosis con varios mecanismos de defensa. Así, en un estudio finlandés con esquizofrénicos de primer ingreso, se encontró un grupo de pacientes regresivos con una personalidad borderline subyacente (Räkköläinen y col., 1994). Kernberg criticó las partes más especulativas de las teorías kleinianas y especialmente la época que asigna a las fases del desarrollo temprano: mientras Klein situó incluso la fase edípica en el primer año de vida, inmediatamente después de la posición depresiva, Kernberg sitúa las posiciones tempranas definidas por Klein en etapas más tardías. Junto con sus seguidores uno de ellos Vamik D. Volkan, conocido por su contribución a la psicoterapia de pacientes psicóticos o casi psicóticos (1987, 1990, 1995)- Kernberg creó un marco teórico de referencia capaz de combinar las propuestas de Klein y de la psicoanalista infantil e investigadora Margaret S. Mahler (1968; Mahler, Pine y Bergman, 1975)- posiciones que originalmente estaban muy apartadas entre sí. La Figura 3.1 muestra las fases tempranas del desarrollo de la personalidad, como fue representado por Volkan (1981).

J.S. Grotstein (1977) también combinó las ideas de las escuelas psicoanalíticas. El desarrollo comienza con una fase autista la cual, según el autor, conlleva una orientación preliminar hacia los objetos a través de una "identificación adhesiva". A continuación le sigue la fase simbiótica, que es paralela a la posición esquizo-paranoide kleiniana. Después de esto, gradualmente se adoptan mecanismos de defensa más desarrollados. A diferencia de Kernberg, Grotstein presenta la diferenciación y la integración

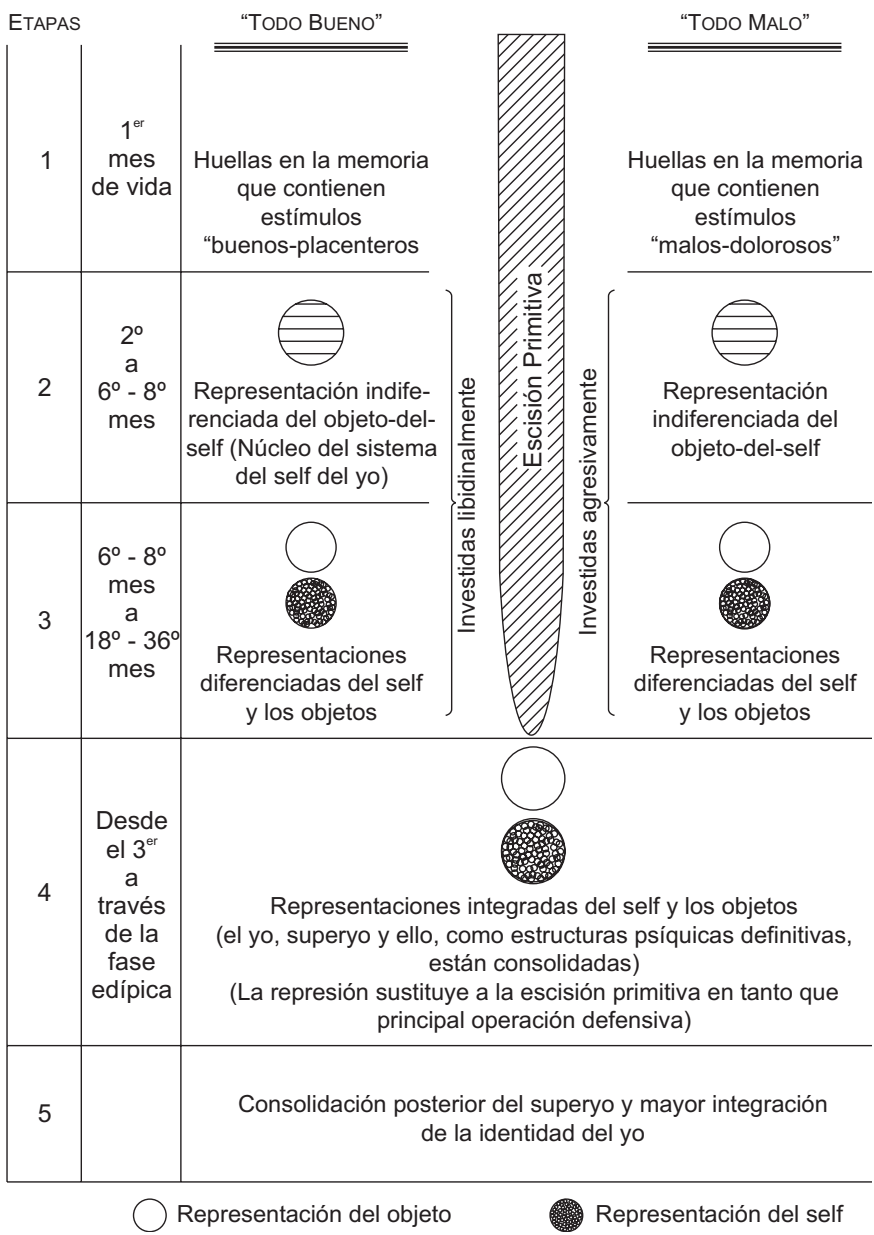

FIGURA 3.1. El desarrollo de las relaciones de objeto internalizadas (Volkan, 1981).

como fenómenos paralelos temporalmente; estos componen una doble vía por la cual el desarrollo de la personalidad prosigue hacia experiencias más integradas.

Los efectos de los factores constitucionales y las interrelaciones tempranas están entrelazados de muchas formas y no pueden discriminarse por medio de la investigación psicoanalítica. También es discutible en qué medida el tipo de desarrollo que predispone a la esquizofrenia debe atribuirse a deficiencias primarias en la formación de la personalidad y cuánto a los conflictos internos de la personalidad. Federn (1952), enfatizó los límites deficitarios del yo, en apoyo a la primera alternativa, la *teoría de la deficiencia*. Entre sus propulsores cabe destacar, por ejemplo, a Hartmann (1953) quien subrayó la incapacidad del yo esquizofrénico para neutralizar las agresiones- London (1973) y Salonen (1979), mientras que los postulados Kleinianos sobre los conflictos y los mecanismos de defensa tempranos pueden ser clasificados como la *teoría del conflicto*. Apoyaban también esta teoría Arlow (1977) y Brenner (1969) partiendo de premisas diferentes. Grotstein y Pao (1979) quienes categorizaron la enfermedad esquizofrénica en diferentes subtipos basados en una evaluación combinada de aspectos psicodinámicos y dinámica familiar, del grado de perturbación del paciente asumen una posición intermedia en este punto, lo cual me parece justificable.

La influencia que los avances recientes en la investigación neurobiológica han tenido sobre la teoría psicoanalítica no ha sido rápida. No obstante, se han publicado algunos esfuerzos de integración de estas dos disciplinas. El más destacable es el libro de Michael Robbins *Experiencias de la Esquizofrenia: Una Integración Personal, Científica y Terapéutica* (1993), basado en su trabajo psicoterapéutico a largo plazo con estos pacientes.

Según Robbins, parece probable que la esquizofrenia "sea la expresión de una variante cerebral, un cerebro que funciona de forma diferente a uno normal con algún defecto puntual". Una vulnerabilidad constitucional y los déficits y alteraciones en la relación parental temprana tienen, desde el principio, un efecto combinado sobre el desarrollo de una persona con predisposición a la esquizofrenia.

Según Robbins, hay dos áreas principales de trastornos primarios. La primera es una vulnerabilidad en el área de organización y afinidad, manifiesta como la aversión esquizofrénica al contacto con otros seres humanos y relacionado con esto- una deficiencia en la diferenciación e integración psicológica. La segunda deficiencia tiene que ver con problemas en la intensidad y regulación de la estimulación, tanto externa como interna, especialmente marcada con respecto a la rabia y su manejo. Debido a esto y con referencia a sus propias experiencias, Robbins enfatiza que el desarrollo temprano del esquizofrénico, incluyendo la situación simbiótica, no es comparable con el desarrollo normal de la fase simbiótica, tal y como fue descrita por Mahler y

col. (1975) y reflejada también en los escritos de Searles (1955, 1965). Robbins denomina "prototípica" la situación simbiótica de un esquizofrénico, caracterizada por una adaptación pasiva a los otros, global e indiscriminada. En la psicoterapia con esquizofrénicos, la meta del terapeuta es después de la fase inicial de alianza en la simbiosis prototípica, patológica- estimular el desarrollo hacia una simbiosis más normal, que promueva el crecimiento y, de este modo, adecuar la diferenciación e integración psicológica. A pesar de su consideración sobre las deficiencias constitucionales, los planteamientos de Robbins sobre las posibilidades de la psicoterapia en la esquizofrenia son relativamente optimistas.

Heinz Kohut, el creador de la *psicología del self* (1971, 1977) no se centró en la esquizofrenia. Sin embargo, sus teorías, que forman la antítesis de las teorías psicoanalíticas basadas en el instinto, son interesantes desde el punto de vista de la investigación sobre la esquizofrenia. Según Kohut, los desarrollos representacionales relativos al self por una parte, y los objetos, por la otra, -los cuales corresponden a la división establecida por Freud en libido narcisista y de objeto- pueden examinarse como fenómenos paralelos pero separados, no vinculados entre sí en la forma sugerida por Freud. No obstante, Kohut considera que algunas de las experiencias narcisistas más intensas están relacionadas con representaciones de objeto. Kohut denomina a estos objetos catectizados narcisistamente *objetos-del-self*. Para los niños, los padres siempre son tanto objetos de una relación emocional como objetos-del-self, que se utilizan al servicio del crecimiento del yo y el mantenimiento de sus investiduras.

De acuerdo con Kohut, las sensaciones y experiencias asociadas a la gratificación del impulso en el desarrollo infantil están subordinadas de forma consistente a la experiencia que el niño tenga de la relación entre el self y los objetos-del-self. Al comienzo, la madre y los otros cuidadores adultos son objetos-del-self del bebé y la visión del bebé acerca de sí mismo y los otros es decir, su personalidad- crece principalmente sobre esta base, a través de una interacción de identificación. Kohut subraya que esto es de crucial importancia en dos aspectos y continúa:

> Esto cambia nuestra valoración de la significación de la teoría de la libido en todos los niveles del desarrollo psicológico en la infancia y, en consecuencia, cambia nuestra valoración de algunas formas de psicopatología que según la teoría clásica eran causadas por la fijación o regresión de la personalidad a esta o aquella fase del desarrollo instintivo. [Kohut, 1977, p. 80]

Los planteamientos de Kohut sobre la agresión son característicos . La agresión es, ciertamente, parte de la personalidad del individuo y tiene su base biológica. Sin embargo, Kohut postula que la agresión destructiva (¡tan importante en la dinámica esquizofrénica!) resulta originalmente de

la incapacidad del ambiente del objeto-del-self temprano del bebé -es decir, su madre- para responder a las necesidades del bebé con una empatía óptima- no máxima. No está basada principalmente en el instinto sino, más bien, como resultado de la desintegración en el desarrollo que es debida, principalmente, a la furia narcisista desatada por el daño a la autoestima (Kohut, 1977).

Más adelante examinaré la utilidad del concepto de objeto-del-self tanto en la teoría como en el tratamiento de la esquizofrenia.

Estudios psicodinámicos con familias

La primera investigación sistemática de los antecedentes familiares en la esquizofrenia fue publicada por Kasanin, Knight y Sage en 1934, quienes indicaron que el 60% de los padres de 45 pacientes esquizofrénicos mostraban el rasgo característico de sobre-protección, mientras que solo unas pocas relaciones padre-hijo podrían describirse como rechazantes - un hallazgo que ciertamente no estaba en concordancia con las teorías psicoanalíticas prevalecientes. El final de la década de los 50 y comienzo de los 60 fue el período revolucionario de los estudios familiares psicodinámicos. Los estudios simultáneos aunque, en su mayor parte independientes de algunos equipos estadounidenses, fueron de gran importancia.

Theodore Lidz y Ruth W. Lidz publicaron en 1949 un estudio sobre los ambientes familiares durante la infancia de 50 pacientes esquizofrénicos y observaron que el 90% de los hogares de estos pacientes tenía perturbaciones graves (Lidz y Lidz, 1949). Trabajando con su equipo en la Universidad de Yale con Stephen Fleck y Alice R. Cornelison como sus colaboradores más cercanos- Lidz especificó sus hallazgos analizando en detalle las familias de 17 pacientes esquizofrénicos. Los hallazgos se publicaron en varios artículos después de la mitad de la década de los 50 y se plasmaron posteriormente en un libro, *La Esquizofrenia y la Familia* (Lidz, Fleck y Cornelison, 1965). Los hallazgos principales pueden dividirse del modo siguiente:

1. En el 60% de los casos, uno o ambos padres tenían trastornos de personalidad graves; tres de los padres presentaban rasgos psicóticos evidentes. Los padres estaban tan perturbados como las madres (Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1957a). El equipo habló de una *transmisión de irracionalidad* en este contexto, con lo que quiso decir que los niños aprendían de los padres modos de pensamiento perturbados, que se transmiten de generación en generación (Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1958).

2. Se distinguieron dos tipos de matrimonios perturbados: *escindidos*, donde la relación entre los esposos se caracterizaba por una discordia persistente, continua y hostil, que llevaba a una desvalorización crónica de uno de los padres frente al niño por parte del otro; y *sesgados*, donde la atmósfera familiar era dictada por uno de los padres perturbados que asumía el rol dominante siendo, en la mayoría de los casos, el otro esposo más sano en su modo de pensamiento aunque dependiente, si no sumiso y, por consiguiente, incapaz de contrarrestar la influencia patógena del padre /madre dominante (Lidz y col., 1957b).
3. A causa de su insatisfacción mutua, los padres hacían demandas emocionales a sus hijos que éstos debían satisfacer a través de su relación recíproca. Esta "violación de los límites generacionales", reflejada en la simbiosis emocional entre uno de los padres y su hijo, con frecuencia genera ansiedad tipo pánico, caracterizada por la proclividad al incesto o la homosexualidad, lo que causa problemas graves en el desarrollo de la identidad sexual de los niños.
4. Los padres de los pacientes psicóticos masculinos con frecuencia eran pasivos, ofreciendo a sus hijos un modelo masculino pobre con el cual identificarse, mientras que las madres eran dominantes y dependientes de sus hijos para obtener su propia satisfacción y realización emocional.

El grupo de pacientes femeninas, por otra parte, incluía muchos padres que trataban a sus hijas de forma seductora y madres que eran frías emocionalmente, con una feminidad pobremente desarrollada.

En la parte final de su libro (Lidz y col., 1965) Lidz y Fleck consideran que la esquizofrenia es un tipo de enfermedad que conlleva una deficiencia emocional y cognitiva, que supone defectos o una distorsión grave de la crianza y orientación paterna así como también de la transmisión de habilidades adaptativas en estas familias hacia sus hijos. Lidz y su equipo fundaron firmemente su teoría en la teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad, pero los resultados también sugirieron nuevas teorías sobre la patogénesis de la esquizofrenia que eran significativamente más amplias y abarcaban un período de desarrollo más largo que el indicado en los planteamientos anteriores.

Otro grupo pionero en la investigación de familias trabajaba en Palo Alto, California, con el conocido antropólogo Gregory Bateson. Sus puntos de partida se basan en la cibernética y la teoría de la comunicación. Basado en la terapia familiar y otros encuentros con miembros de las familias, Bateson, junto con Don D. Jackson, Jay Haley y John Weakland, desarrollaron el concepto del *doble-vínculo* (Bateson y col., 1965), que se hizo ampliamente conocido y referido como el fenómeno que ellos asumieron como la causa esencial de los trastornos en la comunicación que conducen a la esquizofrenia.

El punto de partida en el doble vínculo es una situación en la cual un individuo (p. ej. un padre) envía a otro individuo (p. ej. un niño) mensajes en dos niveles diferentes que son mutuamente incompatibles. Usualmente, la incompatibilidad se produce entre la comunicación emocional verbal y no verbal. A manera de ejemplo, podemos citar a una madre que llama a su hijo para que la abrace, pero cuando el niño se acerca, ella se pone rígida con una expresión de insensibilidad, haciendo que el niño se detenga, después de lo cual la madre dice: "Bueno, ¿por qué no has venido? ". El doble vínculo implica además que la "víctima" no puede escapar de la situación, ya que es dependiente del individuo que hace el doble vínculo. Esta es la situación entre un niño pequeño y su madre o su padre.

Las comunicaciones basadas en un doble vínculo generan mucha confusión en el niño, ya que le resulta imposible responder a éstas de manera satisfactoria. Como consecuencia, aprende formas de comunicación contradictorias y oscuras (que pueden ser adecuadas desde su punto de vista en su relación con el padre/madre) e, incluso, más significativo aún, aprende a evitar las situaciones interpersonales dada la ansiedad que éstas despiertan y desarrolla una tendencia a aislarse en su propio mundo. El concepto de doble vínculo tiene también dimensiones psicodinámicas y es fácil de aplicar a las relaciones entre tres individuos tales como el padre, la madre y el hijo en familias escindidas.

En la investigación sobre esquizofrenia, se ha criticado este concepto demostrando que el fenómeno implicado por éste no se limita, de ningún modo, a las familias de pacientes esquizofrénicos. No obstante, lo que podría importar es el grado en el cual la conducta de tipo doble vínculo domina la atmósfera de crianza o si ésta se produce como un rasgo marginal. Bateson mismo se esforzó posteriormente por separar este concepto de su énfasis etiológico original. Señaló que las situaciones de conflicto comunicativo de este tipo también pueden además de sus efectos negativos- estimular la creatividad individual (Bateson, 1973).

Dos equipos que trabajaron en el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) cerca de Washington también basaron su trabajo en la terapia familiar conjunta con pacientes esquizofrénicos. Bowen (1960, Dysinger, Brodey y Basamania, 1961) definió la formación de una masa del yo indiferenciado como característico de estas familias. Bowen y sus colaboradores también se hicieron conocidos por su hipótesis de las tres generaciones, que sugería que el trastorno esquizofrénico se desarrolla como consecuencia de una progresiva inmadurez psíquica. El equipo liderizado por *Lyman C. Wynne* desarrolló los conceptos de "pseudo-mutualidad" (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch, 1958) y "pseudo-hostilidad", para describir las atmósferas familiares que niegan y aíslan por completo ciertas emociones (la disociación en el sentido de Sullivan). En las familias

pseudo-mutuas los padres tienden a mostrar entre ellos y hacia sus hijos la pretensión de ser una familia eternamente armoniosa; no se acepta la expresión de la hostilidad y los niños sienten entonces un miedo inmenso hacia las emociones hostiles que surgen dentro de sí y tienden a reprimirlas y negarlas. En las familias pseudo-hostiles las peleas constantes mantienen a la familia atrapada en una red mientras que las emociones de ternura y afecto deben reprimirse o suprimirse.

En colaboración con la psicóloga *Margaret T. Singer,* Wynne analizó las *desviaciones en la comunicación* (DC) en los padres de esquizofrénicos. Estos estudios despertaron una gran atención, en los que Singer, trabajando con una amplia población de pacientes, pudo distinguir con un 90% de exactitud los protocolos del Test de Rorschach de los padres que tenían un hijo esquizofrénico y los de aquellos cuyos hijos no estaban tan seriamente perturbados (Singer y Wynne, 1963, 1965; Wynne y Singer, 1963). Los hallazgos se basaron en los patrones de comunicación familiares, codificados posteriormente en 33 o 41 categorías de DC en los padres. El trabajo posterior el equipo (Singer, Wynne y Toohey, 1978) confirmó ampliamente los resultados; sin embargo, no pudieron considerarse como completamente específicos de la esquizofrenia. A lo largo del eje esquizofrenia-borderline-neurosis-normal se encontró un relativo continuo de desviaciones de la comunicación en todos los grupos de miembros de familias. En 1978 Wynne definió los estudios sobre comunicación como una estrategia de investigación orientada hacia una dimensión de las relaciones interpersonales siendo las habilidades de comunicación un prerrequisito para establecer vínculos perdurables- que podría ser descrita como una variable intermedia entre la dotación genética y la eventual crisis sintomática en la adolescencia y la edad adulta, "quizás formando y contribuyendo a la vulnerabilidad adquirida", en lugar de ser un factor etiológico aparte. Subrayó también que las puntuaciones en las DC no estaban directamente relacionadas con el grado de perturbación clínica por ejemplo, estas resultaron más altas entre los padres de los pacientes esquizofrénicos que entre sus hijos obviamente psicóticos (Wynne y col., 1977). Wynne no estuvo de acuerdo con la sugerencia de ciertos autores que veían las desviaciones en la comunicación intrafamiliar como secundarias a la enfermedad del niño y su influencia en la familia (Wynne, 1978). Varios autores (ver Doane, 1978; Rund, 1986) confirmaron, al menos parcialmente, los hallazgos relativos a las DC, con la notable excepción del trabajo publicado por S. R. Hirsch y Julian Leff (1971) en Londres.

Hallazgos relativamente similares sobre las perturbaciones de los padres de esquizofrénicos y su atmósfera de crianza se obtuvieron en algunos estudios Europeos (Alanen, 1958; Alanen, Rekola, Stewen, Takala y Tuovinen, 1966; Delay, Deniker y Green, 1957, 1962; Ernst, 1956; Laing y Esterson, 1964; McGhie, 1961). Las investigaciones que realizamos en

Finlandia fueron complementarias a las estadounidenses (especialmente las de Lidz y col., 1965) en el hecho de que las series fueron más extensas y en que también se estudiaron los grupos control. La atmósfera en las familias podría dividirse en dos grupos: "caótica" y "rígida". Las familias caóticas tenían padres que presentaban una psicosis o un trastorno borderline y se caracterizaban por la no predictibilidad de la comunicación. Las familias rígidas mostraban actitudes extremadamente formales y limitadas; los niños estaban estrechamente condicionados por las esperanzas y temores que sus padres les transmitían. Las relaciones simbióticas eran comunes, especialmente entre los hijos esquizofrénicos y sus madres. Las familias de pacientes neuróticos típicos, que servían de control, mostraron perturbaciones menos serias; se observaron algunas familias con rasgos de rigidez, pero estos rasgos fueron en general menos serios y menos dominados por las identificaciones proyectivas paternas (Alanen y col., 1966).

Los puntos de partida de los investigadores de familia les condujeron a ver las situaciones familiares holísticamente, como un *sistema*, en lugar de analizar por separado las relaciones entre ciertos miembros de la familia. Esto era especialmente cierto en el equipo de Bateson y en los de Wynne y Bowen, dado su interés en las teorías de la comunicación y la terapia familiar. La influencia de los niños en sus padres también se tomó en cuenta. Wynne, por ejemplo, enfoca al niño esquizofrénico como un miembro de la familia tanto perturbado como perturbador. El creador de la teoría de los sistemas y su importancia en los procesos biológicos y psicológicos fue von Bertalanffy (1956).

A medida que las modalidades de investigación con familias y la terapia familiar avanzan, el enfoque sistémico ha ido ganando cada vez mayor relevancia. Concibe a la familia como un todo psicológico, en el cual todos los miembros están influenciándose unos a otros continuamente. Al igual que otros sistemas funcionales, la familia es un sistema abierto cuyos miembros también están en contacto con el ambiente extrafamiliar, en los entornos laborales, escolares, círculos de amigos, etc. D. Jackson (1957) aportó una percepción dinámica sobre la familia, al darse cuenta de que en las familias prevalecía cierto equilibrio psicológico global, que estaba determinado por las necesidades psicológicas recíprocas de los miembros de la familia y sus relaciones mutuas de poder y que también tendía a resistirse al cambio. Denominó a este fenómeno *homeostasis familiar*. Los estudios familiares han revelado con frecuencia una homeostasis excepcionalmente rígida en una cantidad notoria de familias de pacientes esquizofrénicos aunque también hay fuerzas orientadas al cambio, que deberían ser estimuladas durante la terapia familiar.

Los trabajos de muchos investigadores de familia y terapeutas familiares de orientación psicodinámica y sistémica por ejemplo, Helm Stierlin (1972, 1974, 1976, 1983; Stierlin, Rücker-Embden, Wetzel y Wirsching, 1977), Ivan

Boszormenyi-Nagy y J. L. Framo (1965), R. D. Scott y col. (Scott y Alwyn, 1978; Scott y Ashworth, 1967, 1969) así como Mara Selvini Palazzoli y su grupo de Milán (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978, 1980)- han sido importantes con respecto a la teoría y el tratamiento de la esquizofrenia y más adelante volveré sobre algunos de sus hallazgos.

Muchos estudios psicodinámicos efectuados con familias han sido cuestionados a causa de sus debilidades metodológicas o conceptuales (p. ej., Hirsch y Leff, 1975; Jacob, 1975; Riskin y Faunce, 1972). Lo que aquí se plantea tiene que ver con la teoría de la ciencia: ¿Qué valor debe atribuírsele a la investigación hermenéutica basada en la observación clínica comparada con el enfoque conductual-científico? En mi opinión, los estudios psicodinámicos con casos de familias específicas (al igual que los estudios psicológicos individuales) no deben ser ignorados. Las medidas de EE (emoción expresada) basadas en el número de comentarios críticos y de signos de involucración afectiva registrados durante la entrevista con uno de los padres (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976; ver las revisiones de Kavanagh, 1992 y Jenkins y Karno, 1992)- nos dicen algo sobre el clima familiar, pero no lo que subyace a las observaciones hechas por los padres de los pacientes ni la historia psicológica de esas observaciones.

También se han hecho algunos estudios empíricos interesantes de familias además de los de Wynne y Singer. David Reiss (1971) dio a las familias tareas complicadas que requerían comunicación mutua. Demostró que el trabajo de las "familias esquizofrénicas" se caracterizaba por una sensibilidad particular al consenso intrafamiliar (sensibilidad al consenso), mientras que en el grupo con trastornos de personalidad se observaba una conducta de tipo opuesto (sensibilidad a la distancia).

En la Universidad de California en Los Angeles (UCLA), Michael Goldstein y Jerry Doane condujeron un estudio con 65 familias, cada una con un hijo de 14-15 años, que buscaba terapia por trastornos no psicóticos (Doane, Goldstein, Miklowitz y Faloon, 1986; Goldstein, 1985, 1987). Los métodos utilizados fueron DC, EE y EA ("estilo afectivo" basado en las observaciones del padre hacia el paciente durante una entrevista conjunta). Fue posible hacer el seguimiento de los jóvenes por espacio de quince años en 45 casos. Durante este seguimiento cuatro de los sujetos fueron diagnosticados con esquizofrenia. Todos provenían de familias donde los padres habían mostrado una línea base de EE "alta" y una conducta interactiva negativa (EA). Si las familias obtenían un perfil inicial EA mejor que el promedio así como un DC bajo, el hijo no desarrollaba trastornos del espectro de la esquizofrenia. Así, los resultados indican que las familias con alteraciones en el EA y EE tienen un riesgo mayor que otras familias de tener un descendiente con trastornos del espectro de la esquizofrenia, y que los patrones intrafamiliares de conducta alterados preceden el inicio

del trastorno, no siendo este una reacción a la conducta psicótica de un niño esquizofrénico.

Las actitudes hacia los estudios psicodinámicos de familias sobre esquizofrenia han sido influenciadas por su interpretación incluso por parte de algunos profesionales como Torrey (1983)- como una acusación a los padres por causar la enfermedad de sus hijos. Hay un malentendido en esta interpretación de los hallazgos de los estudios con familias. En estos estudios no esta implícito que un padre/madre que tenga una actitud distorsionada hacia su hijo(a) está causándole conscientemente algún daño. Más bien, se ve a los padres como víctimas de sus propios problemas, que no han podido afrontar. Podemos entenderles al igual que a sus hijos y encontrar también los orígenes de *sus* problemas en sus propias infancias y vida posterior. La madre de Sarah, a quien describí en el capítulo uno, es un ejemplo de esto.

El enfoque sistémico ha tenido un efecto equilibrador. Actualmente se entiende que todas las interacciones entre los diferentes miembros de la familia, como en cualquier grupo, son procesos bidireccionales o triangulares. Los padres tienen influencia sobre sus hijos y los hijos influyen en sus padres. También sabemos que la pregunta sobre las causas de la esquizofrenia siempre es compleja y no debe limitarse a los factores relativos a las relaciones padres-hijos.

Mishler y Waxler (1968) propusieron cuatro explicaciones alternativas de la relación entre los trastornos de los padres y la enfermedad de los hijos. De forma ligeramente simplificada éstas son:

1. *Etiológica:* Los trastornos de los padres causan la esquizofrenia del niño.
2. *Reactiva:* Los trastornos de los padres son consecuencia de la esquizofrenia del niño. (Esta explicación también abarca las reacciones de los padres a las primeras manifestaciones de vulnerabilidad del niño: por ejemplo, una sensibilidad especial o la tendencia al aislamiento).
3. *Situacional:* Las familias en las que hay un niño diagnosticado como esquizofrénico se comportan de forma perturbada en el momento de la evaluación.
4. *Interactiva:* Hay una secuencia compleja de retroalimentación dentro del sistema intrafamiliar de interacciones patógenas.

Dell (1980) evaluó estas explicaciones y consideró la última como la más prometedora, aunque al mismo tiempo, prácticamente imposible de probar. Esta formulación concuerda con el enfoque sistémico. Los factores sugeridos por las tres primeras explicaciones también implican interacciones mutuas, pero ninguna de ellas es suficiente para excluir a las otras.

Un intento de integración

En el siguiente recuento, mi propósito es alcanzar una interpretación más holística de los factores que afectan la predisposición a la esquizofrenia. Me propongo especialmente integrar los hallazgos de la teoría psicoanalítica y de la dinámica familiar, que son las más cercanas a mi propia experiencia.

Debemos ser conscientes de la cualidad dual de las relaciones padre-hijo en el desarrollo de la personalidad de los niños. Por una parte, los padres son el primer objeto emocional importante para sus hijos y, por la otra, tanto los padres como los niños aprenden unos de otros durante este proceso de crecimiento mutuo. El factor crucial en esta última dimensión es la identificación del niño con sus padres primero inconscientemente, como al aprender las primeras expresiones de emoción o las primeras palabras y posteriormente también de forma consciente. Estas interacciones componen la primera parte y la más fundamental de nuestro bagaje sociocultural. Ambos componentes deben tomarse en consideración al analizar la predisposición psicológica a la esquizofrenia.

De estas dos dimensiones, las relaciones emocionales tienen una importancia central, dado que su emergencia está estrechamente relacionada con la gratificación de las necesidades biológicas del bebé. Las primeras sensaciones de gratificación emocional son inseparables de las respuestas de la madre al hambre o la sed del bebé y los sentimientos de bienestar resultantes. Es a través de estas gratificaciones que se desarrollan los sentimientos de apego y afecto hacia la madre, promoviendo la capacidad del bebé de tener sentimientos similares hacia otras personas significativas. Estos procesos de apego probablemente tienen también una base biológica basada en los instintos genéticos, como ha subrayado Bowlby (1969) entre los investigadores psicoanalíticos, refiriéndose al apego descrito por Lorenz y otros etólogos en el caso de los animales. La capacidad de un bebé a la edad de solo tres días para identificar una almohadilla humedecida con la leche de su propia madre (MacFarlane, 1975) probablemente está basada en un apego psicobiológico indiferenciado de este tipo (Stern, 1985).

La emergencia de vínculos emocionales primitivos también es un prerrequisito para el aprendizaje a través de la identificación. Los niños autistas, que son incapaces de establecer una relación emocional con quienes cuidan de él, tampoco son capaces de aprender a hablar.

La relación diádica, que es la piedra angular de la terapia psicoanalítica, usa los procesos de transferencia y contratransferencia para estimular al paciente a expresar sus necesidades emocionales y las imágenes mentales asociadas con ellas. El enfoque psicoanalítico está, por tanto, bien situado para estudiar la dimensión emocional de la relación padre/madre-hijo y sus efectos en el desarrollo intrapsíquico del paciente, lo cual determina la

evolución de sus relaciones de objeto. A medida que estos efectos son recreados y trabajados en la relación paciente-terapeuta, el proceso de crecimiento inducido por la terapia también es promovido significativamente por las experiencias de identificación re-creativa con el terapeuta, tan importantes en la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos (Benedetti, 1979; Volkan, 1994).

Por otra parte, la terapia familiar, presta menos atención al desarrollo intrapsíquico pero proporciona una perspectiva directa del ambiente de desarrollo de un paciente. Permite observar las personalidades de los padres así como las relaciones intrafamiliares actuales, incluso en situaciones dominadas por las necesidades de desarrollo del paciente esquizofrénico. El estilo de respuesta de los padres a estas necesidades proporciona una comprensión importante y complementa la investigación psicoanalítica al aclarar la naturaleza recíproca de los factores familiares que influyen en el desarrollo de la personalidad tanto normal como disfuncional. Ofrece una perspectiva más amplia sobre las oportunidades existentes en el ambiente familiar del paciente de identificaciones que pueden promover o entorpecer el desarrollo de la personalidad y el cambio.

Desde la perspectiva psicológica, la esquizofrenia es esencialmente un trastorno de las funciones del yo. La investigación sobre la dinámica familiar interactiva de los esquizofrénicos ha contribuido a nuestro conocimiento de las precondiciones necesarias para el desarrollo del yo y sus trastornos, pero aún no ha sido integrada adecuadamente con las teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia. Otro dominio importante del conocimiento que no se ha aplicado adecuadamente a la psicodinámica de la esquizofrenia es la psicología del self desarrollada por Kohut, que se refiere a la investigación sobre la dinámica familiar en varios aspectos.

Cinco propuestas psicodinámicas

Sobre esta base, formulé cinco propuestas integradoras (Alanen, 1994):

1. Los factores psicodinámicos relacionados con la vulnerabilidad a la esquizofrenia no se limitan a la relación temprana madre-hijo; la investigación con familias hace énfasis en la cronicidad de las perturbaciones intrafamiliares.
2. La personalidad de los padres y sus efectos sobre las relaciones padres-hijo son de gran relevancia.
3. Los mecanismos de defensa primitivos -particularmente la identificación proyectiva- comúnmente están presentes en la psicodinámica de estas redes familiares y tienden a entorpecer el desarrollo individual.

4. La persistencia de las necesidades simbióticas es característica de la vulnerabilidad a la esquizofrenia. Estas necesidades también están presentes en sus relaciones transferenciales; los puntos de vista de la psicología del self pueden contribuir a la comprensión de estas: son necesidades prolongadas de retener las relaciones con los objetos-del-self primitivas pero también son necesidades ambivalentes de obtener nuevos objetos-del-self que podrían hacer posible un mayor desarrollo de la personalidad.
5. El patrón global de las relaciones intrafamiliares tomando en cuenta las influencias de los niños, con sus diferentes inclinaciones innatas, sobre sus padres- es de crucial importancia.

Las frustraciones tempranas per se no son cruciales

De acuerdo con la teoría de la libido propuesta por Freud y Abraham, el núcleo del trastorno esquizofrénico consiste en el abandono de las relaciones de objeto y una regresión al narcisismo primario un estado psicológico en el que las relaciones interpersonales no existen aún. Por tanto, las causas de la esquizofrenia deberían encontrarse también en esta etapa del desarrollo, principalmente en las frustraciones que han ocasionado que el desarrollo libidinal se detenga en una etapa en la cual la libido estaba fundamentalmente dirigida hacia el propio yo.

Como ya se señaló, esta noción causó el pesimismo terapéutico generalizado de los psicoanalistas hacia la esquizofrenia. La sola posibilidad de establecer una relación terapéutica con pacientes que presentan regresiones tan severas se ha puesto en duda, o se ha postulado que solo es posible abordar a dichos pacientes tan regresivos proporcionándoles experiencias no verbales de gratificación, en formas indirectas o simbólicas (p. ej., Tähkä, 1984). No obstante, las experiencias psicoterapéuticas han demostrado que este pesimismo era exagerado, mientras que los estudios empíricos con bebés (Stern, 1985) han revelado la orientación primaria del bebé hacia el objeto y, por esta razón, refutan la idea de una falta de objetos primaria.

La importancia de la gratificación indirecta del instinto oral resultó evidente para Sechehaye (1955), cuyo trabajo clásico, *Realización Simbólica*, promovió de manera significativa el florecimiento de la terapia de las psicosis que comenzó en Europa Central hacia la mitad del siglo XX. Ofreció a Renée una paciente esquizofrénica regresiva grave - que posteriormente escribió sobre su recuperación- un trozo de manzana sobre su pecho, diciendo: " 'Es hora de tomar la leche buena de las manzanas de mamá. Mamá (el nombre empleado por la paciente para llamar a su terapeuta) te

la dará'...Entonces Renée se apoyó en mi hombro, puso la manzana sobre mi pecho y se la comió con los ojos cerrados, solemnemente y llena de un inconmensurable deleite" (p. 43). Pero ¿no podríamos acaso, en esta escena descrita por Sechehaye, enfatizar la experiencia de la paciente de ser comprendida holística y empáticamente por la terapeuta más que la gratificación oral en sí misma? Mi propia experiencia terapéutica parece hablar a favor de esta interpretación.

Según la investigación psicodinámica con familias (Alanen, 1958; Alanen y col., 1966; Bowen, 1960; Bowen y col., 1960, 1961; Lidz y col., 1965; Scott y Alwyn, 1978; Scott y Ashworth, 1969; Stierlin, 1972, 1976; Wynne y col., 1958), uno de los hallazgos más frecuentes en las familias de pacientes esquizofrénicos era la presencia de actitudes paternas de excesiva vinculación o involucración con los niños, más que rechazo o indiferencia. Se reveló también que las relaciones interactivas alteradas fueron continuas, siendo aún evidentes cuando el niño, que ya había crecido, vino a tratamiento.

Al investigar las relaciones madre-hijo de los esquizofrénicos en la década de los 50 (Alanen, 1958), con frecuencia encontré signos de que la relación mutua había tenido un comienzo pobre. Era frecuente que una madre comenzara a expresar su amargura espontáneamente, contándome que se había sentido ansiosa o deprimida por entonces, debido a los problemas conyugales u otros problemas graves. En el subgrupo más extremo había madres con perturbaciones psicóticas o inhibiciones emocionales cuya perturbación manifiesta probablemente hizo que para sus bebés fuese muy difícil establecer su primera relación. Pero también encontré madres que expresaron que cuidar al bebe había sido, desde el principio, una experiencia particularmente gratificante para ellas. Resultaba fácil creerles, dado que, incluso en el momento del estudio, estas madres tendían a mantener una relación visiblemente posesiva hacia su hijo ya mayor. De este modo, la relación madre-hijo tenía características psicológicas que probablemente estaban relacionadas con el desarrollo alterado del niño, pero de un modo tal que solo se hizo obvio cuando el niño creció y entró a la fase en la cual debía hacerse más independiente. Resultó así que tanto las actitudes maternas como otras características de la dinámica familiar que actuaban desde hacía largo tiempo afectaron al paciente a lo largo de los años más importantes de su desarrollo.

También me parece indicado acotar que los estudios de criterios externos mensurables, han revelado reiteradamente que los niños que han pasado su infancia en condiciones particularmente inadecuadas no solo desde el punto de vista social, sino en lo relativo a la continuidad de las relaciones interpersonales- no suelen desarrollar esquizofrenia u otras psicosis (si bien éstas deben producirse más comúnmente de lo normal) pero desarrollan trastornos antisociales o sociopáticos que se caracterizan por

la falta de constancia de objeto e incapacidad para ajustarse a la comunidad circundante y sus normas. Hallazgos de este tipo se han obtenido en seguimientos de adultos que pasaron su infancia en tales condiciones inadecuadas (p. ej., Beres y Obers, 1950; Heston, 1966) y encuestas retrospectivas comparativas de los ambientes de crianza de adultos o niños que sufren psicosis, neurosis y trastornos de personalidad (Malmivaara, Keinänen y Saarelma, 1975; Stabenau, Tupin, Werner y Pollin, 1965).

Mis observaciones sobre la fidelidad de muchos pacientes esquizofrénicos hacia su terapeuta (en contraste con los pacientes sociopáticos) demuestra su capacidad de establecer una relación de objeto a largo plazo. Puede haber comenzado en un nivel simbiótico, pero refleja los aspectos satisfactorios de la relación madre-hijo temprana, lo que también fue señalado por Searles (1958). Robbins (1993) también refiere la existencia de una parte de la personalidad del paciente que no está integrada inicialmente, "basada en el amor y los cuidados", que surge durante el proceso terapéutico y proporciona el combustible para su desarrollo.

Lidz y col. (Lidz, 1992; Lidz y col., 1965) han criticado especialmente la teoría de Freud y Abraham sobre la esquizofrenia, quienes postularon que el nivel de regresión constituía un indicador categórico del origen del trastorno. Según las investigaciones en psicología del desarrollo, la continuidad del ambiente, en general, parece tener mayor valor predictivo de los resultados conductuales que cualquier forma particular de experiencia infantil temprana (Emde, 1988).

Importancia de la personalidad de los padres

Si bien en la terapia individual la transferencia informa al terapeuta sobre las relaciones tempranas del paciente con sus padres y otras personas significativas, el efecto de tales relaciones sobre el desarrollo del paciente se refleja siempre en sus propios procesos psíquicos. Hasta la investigación familiar más reciente no había sido posible estudiar como un todo a las otras partes involucradas en los procesos interactivos tempranos o bien el sistema de interacciones.

Los pioneros de la investigación psicoanalítica y de la psicología del yo, Hartmann, Kris y Loewenstein eran muy conscientes de las limitaciones inherentes a su punto de vista cuando, al final de la primera parte de una serie de artículos sobre la formación de las estructuras psíquicas, afirmaron: "El estudio sistemático de un gran número de historias de vida desde el nacimiento, basadas en la integración de muchas habilidades de observación, permite las mayores oportunidades de verificación o de

falsificación de las hipótesis" (1946). Hartmann (1958), al discutir sus teorías del desarrollo psíquico temprano, también aclaró que sus teorías eran aplicables al crecimiento de un bebé en un "ambiente estimado promedio". De acuerdo con los estudios de familias, un niño propenso a la esquizofrenia no proviene de un ambiente con esas características.

Aunque los trastornos psicóticos o casi psicóticos sólo se diagnosticaron en cerca del 10% de los padres de los pacientes esquizofrénicos, los trastornos de personalidad más graves que la neurosis son más comunes entre ellos. En un grupo estudiado por nuestro equipo en Helsinki en la década de los 60 y analizado tanto por métodos psiquiátricos como psicológicos, se observaron en casi dos tercios de los padres de pacientes típicamente esquizofrénicos igualmente frecuentes en las madres y en los padres- trastornos que tenían un efecto adverso obvio en el funcionamiento del yo mientras que la cifra correspondiente a los padres de pacientes típicamente neuróticos fue de cerca del 20% (Alanen y col., 1966). En dos estudios subsiguientes realizados en Turku, que cubrían una población más extensa y no seleccionada de pacientes diagnosticados por primera vez como psicosis del grupo de la esquizofrenia, se observaron los mismos trastornos en alrededor de la mitad de los padres (Alanen y col., 1986, Räkköläinen, 1977). En el marco psicoanalítico de referencia, la mayoría de estos trastornos parentales correspondían a trastornos de personalidad de tipo narcisista y borderline. También se halló cierta relación entre las personalidades narcisistas y la predisposición a la psicosis en el estudio de Mattila (1984), en el cual estos tipos de personalidades eran más comunes entre quienes presentaban un cuadro de psicosis como adultos de una edad media.

También se hallaron trastornos de personalidad graves en los padres en los estudios empíricos sobre las desviaciones en la comunicación realizados por Wynne y Singer (Singer y col., 1978; Wynne y Singer, 1963; Wynne, Singer, Bartko y Toohey, 1977).

Aparte de los factores genéticos, estos trastornos son relevantes tanto en el desarrollo de la relación de objeto en el niño como en sus procesos de identificación. Con respecto a estos últimos, deben destacarse los efectos de la distorsión en la verificación de la realidad presente en muchos de estos padres. Puede que no sean psicóticos, pero muestran formas de pensamiento paranoides o extrañas que interfieren con el desarrollo del sentido de realidad en los niños, quienes se identifican con ellos y desarrollan una predisposición a los trastornos del pensamiento ("transmisión de la irracionalidad": Lidz y col., 1958).

El trabajo de campo de Anthony (1968, 1969) proporciona ejemplos especialmente ilustrativos del "contagio" parcial u ocasional con los delirios psicóticos de los padres. Anthony y sus colegas descubrieron que muchos de los niños de las familias cuyos padres eran esquizofrénicos creían

ocasionalmente en las ideas psicóticas de los padres o creían en éstas mientras estaban en casa, pero no fuera de ésta. Algunos niños en edad escolar tenían reacciones delirantes que se asemejaban a las de sus padres. Los trastornos se transmitían con mayor efectividad cuando uno de los padres tenía una psicosis paranoide o "reactiva", dominada frecuentemente por actitudes afectivas caóticas. Los hijos de padres autistas con psicosis catatónica o hebefrénica, a su vez, hacían una mayor distinción entre sí mismos y sus padres psicóticos pero usualmente carecían de los cuidados adecuados. Es evidente que la transmisión de formas de pensamiento perturbadas, de una generación a la siguiente, es más eficaz en la medida en que el niño tiene menos oportunidades para establecer relaciones interpersonales significativas fuera del hogar.

Relación de las defensas del yo con las relaciones interactivas

Aparte de los problemas de identificación, los trastornos de personalidad cualitativos de los padres tienen otros efectos en los niños, posiblemente incluso más importantes. Estos surgen del hecho de que los límites psicológicos entre el propio self y los otros en este caso los niños- con frecuencia están borrados en los trastornos que implican una patología del yo. Aunque de estos padres, solo unos pocos están entre los pacientes borderline perturbados seriamente, en nuestra práctica clínica frecuentemente encontramos y muchos de ellos son egosintónicos con sus rasgos alterados- es decir, los aprueban y no los ven como signos de perturbación- frecuentemente despliegan el tipo de mecanismos de defensa primitivos descritos como típicos de las personalidades borderline y narcisistas (Kernberg, 1975). Es característico en muchos de estos padres que la precariedad en los límites del yo los lleva a adoptar actitudes dominantes y de explotación hacia sus hijos.

Tal y como hemos enfatizado Viljo Räkköläinen y el autor (Alanen, 1980; Räkköläinen y Alanen, 1982), estos mecanismos de defensa psicológicos de "bajo-nivel", aunque intrapsíquicos, también operan a nivel interpersonal e influyen sobre las relaciones de objeto. He denominado a esta parte de sus funciones defensivas *mecanismos de defensa transaccionales* (Alanen, 1980). Al confiar en otras personas o en las fantasías acerca de éstas, estas funciones defensivas sirven para proteger a la persona de la ansiedad causada por las amenazas internas o externas por lo general, la ansiedad de separación. El desvío satisfactorio de la ansiedad depende de si la otra persona se comporta de la manera esperada o de si pueden sostenerse tales fantasías. En una relación diádica como ésta, los mecanismos de defensa se hacen complementarios,

entorpeciendo los procesos de desarrollo y crecimiento. Tales mecanismos de defensa parentales con frecuencia contribuyen de manera significativa a la alteración del desarrollo del proceso de separación-individuación del niño, tanto en la temprana infancia como en la adolescencia (Räkköläinen y Alanen, 1982).

La identificación proyectiva (descrita anteriormente al comentar la escuela de Melanie Klein) ocupa una posición central en estos mecanismos de defensa transaccionales. Externaliza y transfiere inconscientemente las representaciones del self y del objeto a otra persona, con quien se tiene una relación estrecha y revive estas representaciones a través del otro. De los términos acuñados por la investigación en dinámica familiar, la identificación proyectiva se relaciona con el concepto de delegación, definido por Stierlin (1972, 1974), aunque la delegación puede tener lugar a un nivel más consciente.

Como ha subrayado Ogden (1979), las relaciones interactivas caracterizadas por la identificación proyectiva, con frecuencia están conectadas con una presión directa sobre el "receptor" para que se comporte de forma congruente con la proyección.

Traté en terapia familiar a un hombre joven que desarrolló una psicosis esquizoafectiva mientras prestaba servicio en el ejército. Desde la infancia, su padre había creado una imagen de él como frágil, delicado y necesitado de protección especial para poder arreglárselas en la vida. El padre una persona muy narcisista- había sido exitoso, pero había tenido que luchar continuamente, en particular durante su juventud, contra su propia fragilidad oculta, que nunca aceptó y que también asoció con la imagen de su propio padre. Cuando el hijo fue al ejército, el padre le seguía advirtiendo que podría ser el objeto de burla para los otros jóvenes: "A mí no me sucedió eso, yo me las arreglé para salir adelante pero, ¿qué sucederá contigo, siendo tan incapaz de defenderte por ti mismo?" le preguntó. Otro rasgo de la dinámica familiar era la actitud de la madre hacia el hijo, de apego intenso y ansioso. Esto despertó la envidia y agresividad del padre, por lo cual su mecanismo de defensa proyectivo le procuró una salida inconsciente.

Anneli Larmo (1992), psicoanalista y terapeuta familiar, estudió el impacto de la psicosis parental en la familia y los hijos y concluyó que los procesos basados en la identificación proyectiva son cruciales en la dinámica de las relaciones interactivas transmitidas de generación en generación en estas familias tanto con respecto a las relaciones de los padres con sus propios padres, como a su relación conyugal y a las relaciones con sus hijos.

Una dinámica de interacciones similares puede observarse en otras defensas a nivel borderline. Con frecuencia, la escisión está al servicio de la identificación proyectiva y de otros procesos proyectivos. El uso de la omnipotencia y la idealización o la devaluación como defensas requiere

también la presencia de otra persona. Se trata, con frecuencia, de extenderse uno mismo narcisistamente a expensas de otros, o bien, de alcanzar el mismo objetivo a través de la identificación con la persona idealizada y atribuirle a ésta la omnipotencia.

Estas defensas suscitan las relaciones de apego y posesividad descritas por Lidz y sus colaboradores, el presente autor, Stierlin y otros en las familias de pacientes esquizofrénicos. Estos autores explican la tenacidad con la que muchos padres de pacientes esquizofrénicos se aferran a las gratificaciones y las ideas que han desarrollado durante los estados evolutivos tempranos de sus hijos. Los padres no son conscientes de la naturaleza narcisista de estos atributos y expectativas y de su importancia para su propio equilibrio mental.

Usualmente, los mecanismos de defensa transaccionales sirven para mantener en la familia la resistencia contra el desarrollo del paciente hacia la individuación. No obstante, sería un error ver estos mecanismos de defensa primitivos desde un punto de vista exclusivamente negativo. En una relación empática de terapia familiar se pueden transformar en recursos positivos de apoyo al desarrollo del paciente.

Tal y como ha puntualizado Volkan (1987), la literatura psicoanalítica reciente plantea de forma creciente que la teoría estructural de Freud, que se centra en los conflictos intrapsíquicos entre el yo, el superyo y el ello, aunque útil en la comprensión de los trastornos neuróticos, resulta insuficiente en el terreno de los trastornos graves derivados de problemas pre-edípicos -o, en términos de Mahler (1968), los problemas simbióticos o de la etapa de separación-individuación. Un enfoque psicoanalítico del estudio de las relaciones de objeto internalizadas y externalizadas ha aumentado de manera significativa nuestra comprensión de las personalidades borderline lo cual, según Volkan, es necesario para la comprensión y el tratamiento de la esquizofrenia. También es importante tomar en cuenta que la patología pre-edípica no se limita al paciente, sino que opera también en otros miembros de la familia.

La necesidad de objetos-del-self como base de la dependencia simbiótica

Las experiencias psicoterapéuticas han demostrado que la tendencia hacia la dependencia simbiótica constituye un rasgo característico de los pacientes esquizofrénicos. Se desarrolla incluso en pacientes aislados de forma autista tan pronto se establece con ellos un contacto satisfactorio. Durante el proceso psicoterapéutico, es fácil observar que las necesidades simbióticas

tienen su origen en el desarrollo de la personalidad prepsicótica de estos pacientes. No obstante, las opiniones referentes a la naturaleza de dichas necesidades no son unánimes entre los psicoanalistas.

Recientemente los psicólogos del desarrollo y algunos teóricos del psicoanálisis han puesto en duda el término *simbiosis*, en el sentido empleado por Mahler (1968; Mahler y col., 1975). Tähkä, entre otros, cuestiona el concepto, afirmando que "solo asumiendo la presencia de un self primario en el mundo experiencial del bebé, es posible pensar que alguien tiene un delirio relativo a su unidad con la madre" (Tähkä, 1993). Es más probable, sin embargo, que pueda haber un deseo hacia un objeto completamente gratificante una madre "perfecta". Aunque la base elemental del self del bebé comienza antes de lo que se creía (Stern, 1985), yo me inclino a coincidir con Tähkä. El objetivo de la relación transferencial que hemos denominado simbiótica es encontrar una figura materna (o parental) idealizada y comprensiva en lugar de un deseo de fusión con la madre y de perder la propia personalidad (lo que genera un temor significativo entre nuestros pacientes esquizofrénicos autistas, que les impide relacionarse con sus terapeutas).

En *El Análisis del Self*, Kohut definió los *objetos-del-self* como "objetos... que son utilizados al servicio del self y del mantenimiento de sus investiduras instintivas, o bien objetos que son experimentados en sí mismos como parte del self" (Kohut, 1971, p. XIV). De esta definición se desprende que las relaciones del niño con sus padres son, en un grado significativo, relaciones de objetos-del-self. Esto es especialmente cierto en los procesos por los cuales los niños desarrollan sus personalidades tanto a través del amor que le demuestran sus padres como a través de la identificación con ellos. No obstante, la necesidad de objetos-del-self no se limita a la infancia. La madre como objeto-del-self es seguida por el padre y los sustitutos paternos (abuelos, maestros, etc.), durante la adolescencia por los grupos y posteriormente por la pareja, los amigos y cuando se trata de relaciones terapéuticas- por el terapeuta. "Nunca llegamos a satisfacer nuestra necesidad de confirmación, apoyo, idealización y afinidad, sin ellas nos extinguiríamos" (Pines, 1992).

En la familia, no sólo es el niño quien utiliza a sus padres como objetos-del-self. Los padres también sienten a sus hijos como individuos separados de ellos mismos y como complementos de sí mismos, como prolongación de sus vidas. De esta forma, los niños son para ellos objetos-del-self. Es la intensidad patológica de este fenómeno lo que determina a muchas familias de esquizofrénicos. Lo que observamos es una forma exagerada de las relaciones interpersonales normales. El aspecto narcisista de la relación padre-hijo se hace patológico solo si es desproporcionadamente fuerte, al impedir el desarrollo de una relación más madura y acorde a la edad, considerando al niño como

una personalidad separada de ellos. Este puede ser el núcleo de la tragedia experimentada por muchos padres de niños esquizofrénicos: muestran una tendencia a vivir demasiado a través de sus hijos, o con una necesidad excesiva de que la relación permanezca inalterada, debido a la dificultad inconsciente de renunciar a las gratificaciones que los niños les proporcionan en tanto que objetos-del-self.

Esto surge de forma más rotunda en muchas madres de esquizofrénicos que han experimentado la primera infancia de sus hijos como "la época más feliz de sus vidas". La maternidad evocó en ellas como en otras madres- una nueva actitud hacia la vida y su intento empático por entender el mundo representacional de un bebé, genera una fuerte regresión interactiva a un mundo de gratificaciones infantiles, con un matiz oral y simbiótico. Para la madre, la satisfacción de sus propias necesidades frustradas de amor y cuidado empático pueden ser satisfechas a través de la identificación proyectiva con el bebé al que ella cuida. Pero los problemas aparecen cuando se hace necesario abandonar estas gratificaciones regresivas y volver a otras más acordes con la vida de los seres humanos adultos. Esto pudo resultar muy difícil para muchas madres posesivas de pacientes esquizofrénicos que he conocido. El duelo por la pérdida del objeto de amor, que podría haber sido el prerrequisito para un desarrollo maduro, se ha hecho difícil debido a relaciones tempranas traumáticas y con frecuencia de forma inequívoca- a la naturaleza insatisfactoria de la relación conyugal.

Con el tiempo, estas relaciones basadas en el narcisismo se van cargando de una creciente ambivalencia atribuible tanto al desarrollo previo de la madre como a su situación de vida actual. Por ejemplo, si la relación conyugal no ha sido satisfactoria, ella puede haberse sentido renuente acerca de la idea de tener al bebé, en primer lugar. Gradualmente, el deseo de poseer y controlar al bebé puede entonces desarrollarse en una dirección crítica, devaluando incluso las características del niño que va creciendo. Según mis estudios, una dominación de este lado de la ambivalencia es más usual en los antecedentes familiares de pacientes esquizofrénicas (Alanen, 1958).

Este desarrollo defectuoso y sus factores causales no son conscientes y están fuera del control de la madre. Son problemas que se remontan a su propia infancia. En los antecedentes de una madre dominante podemos encontrar a una niña pequeña frustrada buscando empatía y comprensión. Y no debe olvidarse al padre, que también se ha sentido y sigue estando frustrado emocionalmente y tiene sus propias necesidades de objetos-del-self dirigidas hacia su esposa y su hija.

La naturaleza ambivalente de la relación es más obvia aún si la consideramos desde la perspectiva del niño. Supone una creciente falta de empatía paterna hacia las aspiraciones del niño, toda vez que no son

acordes con las necesidades narcisistas del padre/madre. Con frecuencia, los pacientes esquizofrénicos cuentan a sus terapeutas acerca de la falta de comprensión por parte de sus padres. Pero al mismo tiempo, también sentían que habían sido importantes para sus padres y que los padres les amaban a su modo. Estos sentimientos siempre producen conflictos generadores de angustia entre los intentos de separación e independencia del niño por una parte, y los sentimientos arcaicos de amor y las demandas de fidelidad intrafamiliar por la otra.

Como muchos otros factores patógenos, el cuadro psicodinámico que he esbozado no puede considerarse específico de la esquizofrenia. Configuraciones relacionales similares basadas en las necesidades de objetos-del-self parentales inconscientes pueden observarse en los antecedentes de pacientes con perturbaciones menos severas, aunque generalmente de forma menos exagerada. Y debe hacerse énfasis en que también encontramos pacientes cuyo ambiente de desarrollo se ha caracterizado por la ausencia de personas que brindaran suficientes relaciones de objeto-del-self.

Ya en la década de los 60, empleé el termino "necesidades de dependencia del yo" (Alanen, 1968; Alanen y col., 1966) para describir una parte importante de las necesidades simbióticas dirigidas por los pacientes esquizofrénicos hacia su terapeuta. Estas necesidades no podrían interpretarse exclusivamente sobre la base de la teoría de la libido de Freud. Un componente esencial es la necesidad del yo del paciente de encontrar nuevas oportunidades de identificación dentro de una relación terapéutica permanente y comprensiva, que le ayudarían a controlar mejor las ansiedades que previamente le resultaban intolerables. El informe analítico de Kohut sobre la calidad del self y de los objetos-del-self parece proveer una solución a estos problemas: se trata de la necesidad de un objeto-del-self empático y una necesidad si bien ambivalente- holística de interactuar con su objeto-del-self en una forma que ayude a la personalidad desintegrada, a generar de nuevo su incompleto proceso de desarrollo, a través de una internalización transmutadora. Esta provisión no debe confundirse con la indulgencia acrítica.

Importancia del sistema de las relaciones intrafamiliares

En la teoría e investigación con familias contemporáneas, el centro de atención son las redes sistémicas de las relaciones interpersonales en las cuales los miembros individuales están influyéndose unos a otros constantemente. Esta comprensión fue promovida de forma significativa por los estudios sobre los ambientes intrafamiliares de pacientes esquizofrénicos. Allí surgió una amplia

unanimidad entre los investigadores en que los factores psicológicos asociados a la patogénesis de la esquizofrenia se extienden mucho más allá de la díada madre-hijo. Esta díada a pesar de su importancia en los orígenes del desarrollo individual- no es un sistema cerrado, sino inseparable de una red más extensa de relaciones psicológicas. El término de "madre esquizofrenógena" es, por esta sola razón, inapropiado.

Las distintas dimensiones de los hallazgos globales a nivel de familias incluyen las relaciones conyugales escindidas y sesgadas descritas por Lidz y col. (1957b), la atmósfera de "pseudo-mutualidad" descrita por Wynne y col. (1958) y las familias "caóticas" y "rígidas" definidas por nosotros (Alanen y col., 1966). La significación del sistema familiar como un todo, en lo relativo a la vulnerabilidad de los niños a los trastornos psicóticos, se ha confirmado también a través de estudios empíricos. De acuerdo al análisis de covarianza efectuado por Wynne y col. (1977), las puntuaciones de desviaciones en la comunicación, para los padres como pareja y para las madres y los padres por separado, siguieron discriminando la severidad del trastorno en la descendencia ,incluso cuando los efectos de las variables demográficas principales y la severidad del trastorno de los padres fueron tomados en cuenta. Sin embargo, las discriminaciones fueron más notorias al tomar en cuenta a los padres como parejas. Del mismo modo, de acuerdo con Tienari y col. (1994), el riesgo de un niño adoptivo de desarrollar una psicosis u otros trastornos más graves que la neurosis tenía una alta correlación mayor con la valoración global del estatus de salud mental de la familia que con las valoraciones individuales de cada uno de los padres adoptivos.

A partir de la investigación con familias, se hizo evidente la importancia del padre en el estudio sobre la patogénesis de la esquizofrenia, en contraste con las primeras concepciones psicoanalíticas. Se encontraron familias en las que el núcleo de las dificultades parecía radicar en la personalidad del padre: tanto el estudio de familia llevado a cabo por nuestro equipo (Alanen y col., 1966) como el de Scott y Alwyn (1978) incluyeron también una cantidad considerable de padres que se vinculaban simbióticamente. De hecho, encontramos un ejemplo clásico de padre patógeno en el entorno familiar de Daniel Paul Schreber, el sujeto del tratado clásico de Freud sobre la esquizofrenia paranoide (ver Niederland, 1984).

A niveles más profundos, también encontramos de forma regular perturbaciones en los antecedentes de la familia de los padres, de forma más notoria en las relaciones de dependencia prolongada. En algunos casos, esto se observa directamente en la configuración contemporánea los padres siguen manteniendo relaciones interdependientes patológicas con sus propios padres- lo que usualmente se pone de manifiesto en su fijación psicológica a las frustraciones que han experimentado en sus hogares durante su infancia. Las observaciones de familias de pacientes que han

desarrollado esquizofrenia mientras estaban casados demuestra asimismo, la importancia del estado de salud mental de todo el sistema familiar (Alanen y Kinnunen, 1975). Incluso en estos casos, la predisposición a la esquizofrenia se asocia habitualmente con la persistencia de fuertes necesidades simbióticas de dependencia que por lo general se transfieren después a la pareja.

No obstante, la comprensión psicodinámica queda incompleta si solo se remite al pasado de forma lineal y no toma en cuenta las características innatas del niño y su propio rol en el desarrollo de los patrones psicodinámicos intrafamiliares. Los niños son una parte inseparable del conjunto sistémico. Debido a la tradición individual-psicológica lineal, estos patrones no se han considerado suficientemente en la investigación sobre esquizofrenia de orientación psicodinámica.

Teóricamente, muchos psicoanalistas han enfatizado el papel de las características innatas de los niños y su vulnerabilidad, por ejemplo, Freud y Hartmann. Margaret Mahler y sus colaboradores (1975) destacaron este punto al comentar las diferencias entre los niños en su capacidad para "utilizar el objeto de maternaje" (cuidados maternales) durante su desarrollo temprano. Esta capacidad se ve influenciada tanto por los factores biológicos que controlan el desarrollo de cada niño como por los patrones de desarrollo en los entornos interpersonales. No obstante, las investigaciones de orientación clínica sobre las conexiones entre estos factores son escasas.

Robbins (1993) enfatizó este aspecto desde el punto de vista de un terapeuta de pacientes esquizofrénicos familiarizado también con los hallazgos de las investigaciones biopsiquiátricas recientes. Como se mencionó anteriormente, Robbins describe dos áreas básicas de vulnerabilidad: las relativas a la "organización-afinidad" que conducen a la aversión al contacto con otros seres humanos y a la pasividad; y las referentes a los problemas con la intensidad y regulación de la estimulación. Estas vulnerabilidades son constitucionales. Junto con las influencias ambientales, estas conducen desde muy temprano a un desarrollo simbiótico patológico. Greenspan (1989) se refirió, en base a sus estudios con bebés, a vulnerabilidades auditivo-verbales-afectivas constitucionales específicas que podrían estar asociadas con patrones de desórdenes en el pensamiento, especialmente cuando coinciden con ambientes en los que se tiende a confundir los significados afectivos a nivel conductual-gestual y simbólico.

Desde un punto de vista integrador, estas ideas son muy interesantes y requieren mayor investigación. Sin embargo, de acuerdo con mis experiencias, Robbins hace demasiado énfasis en la pasividad de los pacientes esquizofrénicos: se adecua a ciertos pacientes pero no a otros. Muchos pacientes esquizofrénicos son, cuando la terapia está progresando, muy activos en diferentes áreas, tales

como el estudio, la escritura o la pintura; es decir, en desarrollar sus personalidades fuera de la terapia. Esto apunta a los efectos restrictivos del ambiente interpersonal temprano. A otros pacientes esquizofrénicos les resulta más difícil, si no imposible, desarrollar estas actividades. ¿Son estos los pacientes que podrían, en las investigaciones biopsiquiátricas, revelar deficiencias en sus estructuras cerebrales?

Es altamente probable que los niños con alteraciones estructurales del cerebro tengan dificultades en el desarrollo de las funciones integradoras del yo. He sugerido que probablemente también tengan problemas más serios de lo normal para establecer relaciones con las personas que actúan de forma similar a sus objetos-del-self tempranos (Alanen, 1994, 1997). Esta hipótesis corresponde al punto de vista presentado por Robbins (1993) con respecto a las perturbaciones primarias de la "organización-afinidad" de los pacientes esquizofrénicos, conduciendo a una aversión al contacto con otros seres humanos. Estos bebés pueden tender también-tan pronto como han establecido una relación interactiva- a experimentar un apego intenso a sus objetos-del-self, lo que hace que su desarrollo en la fase de separación-individuación sea más problemático de lo habitual.

El establecimiento de las relaciones con los objetos-del-self tempranos es un proceso interactivo que depende de ambos participantes. De este modo, las personas que actúan como objetos-del-self (la madre principalmente) son afectadas por la interacción y pueden tender a mantener o continuar una relación simbiótica con aquellos niños que parecen buscarla o demandarla. Desde un punto de vista sistémico, es un fenómeno interactivo que se ve influenciado por las características del bebé *y* la tendencia de la madre o de otros objetos-del self- a desarrollar relaciones simbióticas.

Los hallazgos de ventrículos cerebrales más largos en los co-gemelos esquizofrénicos entre pares de gemelos monocigóticos discordantes para esquizofrenia (Reveley y col., 1982; Suddath y col., 1990) pueden estar relacionados con las prolongadas necesidades simbióticas del niño. Tienari (1963), al estudiar gemelos masculinos idénticos discordantes, encontró una predisposición mayor a la esquizofrenia entre aquellos que eran más pasivos que sus hermanos y por tanto habían sido más dependientes de sus madres. Onstad, Skre, Torgersen y Kringlen (1994) encontraron que los probandos esquizofrénicos fueron más sobreprotegidos por sus padres (especialmente el padre) que sus co-gemelos dicigóticos del mismo sexo o monocigóticos discordantes. ¿Estarán relacionados estos hallazgos?

En la mayoría de los esquizofrénicos sin alteraciones estructurales del cerebro conocidas, el desarrollo perturbado parece originarse en la esfera interpersonal, aunque el rol predisponente de los factores genéticos del niño no debe pasarse por alto. Debemos recordar una vez más el ciclo

sistémico: no solo los padres afectan a sus hijos, sino que los niños también ejercen influencia sobre sus padres y los adultos esquizofrénicos generan un estrés importante en sus familiares y viceversa.

Desarrollo de la personalidad prepsicótica

Descripciones de la personalidad prepsicótica

Los hallazgos sobre las personalidades prepsicóticas de los individuos esquizofrénicos han revelado dos polos opuestos: una tendencia a rehuir de los contactos, denominada frecuentemente esquizoide y una necesidad simbiótica de confianza. La mayor parte de los pacientes se ajusta en algún punto del continuo entre estos dos extremos. La tendencia esquizoide a evitar el contacto y replegarse dentro de su propia vida mental es particularmente notable en las formas más típicas de esquizofrenia. Por ejemplo, el 61% de los 142 pacientes esquizofrénicos evaluados por Dein (1964) en Dinamarca tiene este tipo de personalidad.

En el estudio de familias realizado por nuestro equipo, que abarcó tanto a los pacientes como a sus padres y hermanos (Alanen y col., 1966), 20 de los 30 pacientes esquizofrénicos típicos mostraron tendencias autistas y reservadas antes de la psicosis. Solo 12 de ellos habían dado muestras claras de estas tendencias antes de la edad escolar, mientras que los 8 restantes se tornaron más claramente reservados en la pubertad. También observamos que los pacientes, aún prepsicóticos, con frecuencia mostraban una dependencia más marcada hacia sus padres que sus hermanos más sanos.

Estos hallazgos pueden interpretarse a partir del dilema necesidad-miedo propuesto por Burnham y col. (1969). La tendencia autista-esquizoide puede, por ello, entenderse como consecuencia de la ansiedad creciente experimentada en relación con otras personas, especialmente en la pubertad, y como un intento por resolver el dilema necesidad-miedo evitando las relaciones sociales. Bajo esta tendencia puede subyacer una capacidad para establecer relaciones simbióticas.

Según Mednick y Schulsinger (1968), las personalidades prepsicóticas hipersensibles, con tendencia a replegarse de las relaciones interpersonales dentro de su mundo psicológico interno, son particularmente típicas de los pacientes con trastornos esquizofrénicos más leves. Estos investigadores enfatizaron que el frágil control de los impulsos, el deterioro en la capacidad de concentración y los trastornos de pensamiento incipientes eran rasgos prepsicóticos propios de aquellos que posteriormente desarrollaron psicosis esquizofrénicas graves.

Un informe especialmente interesante sobre las personalidades de posteriores esquizofrénicos lo constituye el seguimiento basado en la prospección de nacimientos a nivel nacional en Gran Bretaña conformada por una muestra al azar de 5.362 nacimientos en Inglaterra, Escocia y Gales durante la semana del 3 al 9 de Marzo de 1946 (Jones, Rodgers, Murray y Marmot, 1994); 43 años después, se hallaron 30 casos de esquizofrenia, correspondientes a un riesgo del 0,63%. Los predictores prepsicóticos de esquizofrenia estadísticamente significativos eran el desarrollo motor tardío, más problemas de lenguaje que los controles y la continuidad de un hábito frío, distante, solitario, de evitación de las interacciones sociales. Sin embargo, no se detectó un lenguaje o conducta motora anormal muy notorio en la adolescencia. A los 15 años, los maestros calificaron a estos jóvenes como más ansiosos que los demás en situaciones sociales ($p = 0,003$), independientemente del coeficiente intelectual. Por otra parte, no hubo evidencia de un incremento en la conducta antisocial o agresiva, ni de diferencias notables entre hembras y varones. No se hallaron predictores sociodemográficos significativos, pero las evaluaciones de los visitadores sanitarios indicaron que en un mayor número de madres de futuros esquizofrénicos la comprensión general y el manejo de sus hijos fue inferior al promedio, cuando el niño tenía 4 años de edad ($p = 0,02$). El estudio británico confirma así las teorías de la esquizofrenia adulta como un trastorno del desarrollo, cuyos orígenes pueden hallarse en la temprana infancia. La evitación esquizoide de los contactos sociales domina el cuadro de la personalidad prepsicótica.

No obstante, la presencia de gestos esquizoides no significa que la persona en cuestión deba necesariamente hacerse esquizofrénica. Según un estudio reciente (McGorry y col., 1995) los llamados rasgos prodrómicos de la esquizofrenia (muy similares a los rasgos típicos de la personalidad esquizotípica según el DSM-IV) son "extremadamente prevalentes" entre los adolescentes mayores y es poco probable que sean específicos de una esquizofrenia subsiguiente.

Las relaciones tempranas de objeto-del-self en la esquizofrenia

Las experiencias asociadas con los objetos-del-self tempranos programan de forma determinante el desarrollo de nuestras funciones psicológicas. Este proceso no se limita a la esfera psicológica sino también el nivel biológico, influyendo sobre el desarrollo y la integración funcional de las redes neurales.

En la infancia temprana, la necesidad de objetos-del-self (la madre o sus sustitutos) es absoluta, biológica y socialmente. Pero estas necesidades

no se restringen a la infancia: las relaciones de objeto-del-self continúan a lo largo del ciclo evolutivo. Los niños construyen sus personalidades a través de la aprobación empática de los padres a sus emociones y acciones y a través de la identificación con los padres.

En el desarrollo de un individuo propenso a la esquizofrenia, estos procesos han sido deficientes. Los trastornos en las relaciones con los objetos-del-self que contribuyen a la vulnerabilidad a la esquizofrenia parecen tener diferente peso en casos diferentes. En un extremo del continuo están aquellos pacientes que han sufrido un comienzo precario de sus relaciones de objeto-del-self tempranas; en el otro extremo están los pacientes con una propensión a vincularse de forma confusa en estas relaciones. El denominador común es la falta de respuestas suficientemente empáticas por parte de los objetos-del-self que proporcionen apoyo al desarrollo individual.

Es de vital importancia comprender que la mayor parte de quienes desarrollan una esquizofrenia no han sido niños rechazados incluso si, ocasionalmente, encontramos tales casos. Muchos han sido muy importantes para sus padres como objetos-del-self. El niño experimenta esto como una demanda apremiante aunque ambivalente- de lealtad interna, lo que le hace acceder a las necesidades de sus padres aún cuando sus propios desafíos evolutivos requerirían una separación psicológica de éstos. Los conflictos en los que quedan atrapados cuando los problemas se tornan críticos pueden estar muy cargados de ansiedad y culpa y tienen una conexión directa con el comienzo de la psicosis. Con respecto a esto, la situación de los niños directamente rechazados, con frecuencia es menos perjudicial porque pueden expresar su rabia hacia las figuras parentales más abiertamente, con menos sentimientos de culpa.

El siguiente ejemplo es extremo, pero sirve para ilustrar el patrón de las relaciones de objeto-del-self alteradas mutuamente entre una madre y su hijo.

El paciente, un joven de 17 años, que ingresó con síntomas de esquizofrenia hebefrénica severa, era hijo único. Su apariencia y conducta se caracterizaban por una actitud de desamparo, desorganización y regresión infantil, por una parte, y ansiedad extrema, rezos estereotipados, catatónicos y estallidos de agresión repentinos, por la otra.

La situación de la familia era sesgada. El padre del paciente era un hombre trabajador y relativamente exitoso pero, sin embargo, con una dependencia pasiva hacia su mujer. Unos años antes del comienzo de la enfermedad del hijo, el padre tuvo una crisis somática que deterioró su salud así como su rol en la dinámica familiar. La madre del paciente era una persona posesiva en extremo, que veía las cosas estrictamente en términos de blanco o negro. Su ideal fundamental era la bondad y la

obediencia; alababa a sus dos "niños" (su marido y su hijo) por ser buenos. Las expresiones de rabia estaban casi completamente prohibidas en la familia y prevalecía una atmósfera de psedo-mutualidad. El paciente se había sometido a las expectativas de la madre: era un niño bueno y evitaba todo lo malo. En la escuela lo consideraban un niño de buen comportamiento, si bien más infantil que sus compañeros. Durante el año que precedió a su enfermedad, se tornó distraído y reservado y su rendimiento escolar disminuyó. Fue ingresado a causa de su creciente ansiedad, que desencadenó ataques de violencia completamente inesperados para la familia.

El paciente fue ingresado en una época en la que el enfoque familiar no se había incorporado aún a nuestra practica terapéutica. La actitud posesiva que mostraba la madre durante sus visitas a la sala proporcionaron, sin embargo, la oportunidad para un intento de terapia familiar. Se hizo evidente la necesidad de un enfoque familiar debido también a los problemas del paciente durante los permisos, en los cuales su conducta era impredeciblemente agresiva. Llegó incluso a atacar físicamente a su madre. En las sesiones familiares conjuntas la actitud de la madre era reservada; para ella, lo más importante era hacer entender al hijo que no debía estar furioso. La actitud del padre durante las sesiones de terapia era pasiva y obediente con su esposa, mientras el paciente permanecía tranquilo.

La madre tenía cinco años cuando su padre murió y, a partir de entonces, fue criada por una tía materna. Ella alababa a su madre adoptiva como una persona excelente y "extremadamente buena", negando todas sus posibles decepciones y frustraciones. Los ideales religiosos fueron importantes en su crianza y siguió cultivándolos. Mimaba a su hijo como a un bebé pequeño y esperaba que fuese incuestionablemente obediente a sus propios ideales. Presumiblemente, la idealización de su madre adoptiva ayudó a la madre del paciente a negar su decepción y resentimiento al ser abandonada. Su actitud posesiva reflejaba la falta de límites entre ella y los otros miembros de la familia y, muy probablemente, su necesidad extrema de confiar en ellos y mantenerlos cerca de sí. Sentía como si su hijo e incluso su esposo- fuesen parte de ella y, por tanto, la conducta agresiva de su hijo desencadenó el miedo y una ansiedad interna intensa en ella. La agresión del hijo hacia su madre solo se hizo manifiesta durante la psicosis, generando en él simultáneamente sentimientos de culpa.

En la terapia de una familia de este tipo, lo más importante es escuchar y comprender a la madre. Esto es incluso más urgente que apoyar el intento del hijo por separarse que puede posponerse. El terapeuta y su supervisor (yo mismo) no nos dimos cuenta de esto en su momento y la terapia concluyó muy pronto, cuando la madre planteó su necesidad de irse al campo a cuidar de su madre adoptiva.

Searles (1961) ha subrayado que la relación simbiótica entre la madre y el hijo persiste cuando la madre (u otro objeto-del-self) es incapaz de reconocer *conscientemente* su necesidad de utilizar al niño como complemento de sí misma y es, por tanto, incapaz de renunciar. Es incapaz de hacer el duelo por el abandono que ella sufrió y evoca sus frustraciones tempranas al ceder el cuidado del niño, cuando éste comienza a mostrar necesidades de individuación.

Importancia del período de la adolescencia

A pesar de la importancia crucial del desarrollo temprano, el proceso de individuación debe considerarse como un proceso evolutivo a largo plazo que continúa a través de la infancia y la adolescencia, culminando en la edad adulta. El crecimiento exitoso hacia la edad adulta requiere que las relaciones de objeto-del-self sean sustituidas gradualmente nunca por completo- por relaciones de objeto más maduras. Es característico de dichas relaciones, el experimentar a los otros como individuos separados de uno mismo, con metas propias es decir, con representaciones claramente diferenciadas del self interno y de los objetos. Además, la relación con los otros está basada en la equidad al menos en un sentido relativo- e interés por las necesidades del otro y no centradas en el sí mismo, lo cual es típicamente inherente a las necesidades puestas en los objetos-del-self buscando apoyo para las acciones y equilibrio emocional propios.

Con frecuencia, los problemas culminan cuando el individuo se enfrenta a los desafíos evolutivos de la adolescencia. Estos son: el control frente al despertar de la sexualidad y encontrar una pareja sexual, lograr la independencia de los padres y encontrar un lugar en la comunidad a través de la competencia profesional. Todo esto es difícil para un individuo cuya personalidad está organizada de forma inadecuada, que es excesivamente dependiente de sus padres (y con frecuencia de forma recíproca) y que encuentra difícil establecer relaciones con personas de su edad debido a una postergación en su desarrollo psicológico y el consiguiente riesgo de decepciones.

En esta etapa hay una gran necesidad de objetos-del-self fuera del hogar que constituyan objetos de identificación y fuentes de aprobación y mientras mayor sea la necesidad, mayor será la debilidad de las bases para el crecimiento adulto. Un curso de desarrollo adolescente exitoso o fallido es, con frecuencia, de gran importancia para la capacidad del individuo de evitar o no evitar- el riesgo de una psicosis esquizofrénica. Como destacó Sullivan (1956) los temas de autoestima son muy significativos durante

este proceso de desarrollo. Las experiencias interpersonales extrafamiliares exitosas en la adolescencia pueden conducir a un desarrollo más equilibrado y a disminuir el riesgo de psicosis. Por otra parte, el desarrollo toma un giro más negativo cuando las frustraciones en las relaciones interpersonales conducen a la pasividad y el repliegue y los traumas en la autoestima se contrarrestan con fantasías internas de tipo narcisista.

Los problemas que se remontan a la situación edípica frecuentemente se agregan a los conflictos prepsicóticos de los pacientes esquizofrénicos, a veces de forma muy concreta. Lidz y sus colaboradores (1965) destacaron que las relaciones padre/madre-hijo en estas familias aparte de la situación en la que los niños son fácilmente incluidos en la relación contradictoria, con frecuencia de tipo doble vínculo, existente entre sus padres- también muestran frecuentemente tendencias incestuosas y/o tensiones, que aumentan debido a la calidad insatisfactoria de la relación conyugal. Pueden ser de naturaleza hetero u homosexual y, por lo general, se mantienen a un nivel inconsciente. Aún así, generan una ansiedad intensa en la pubertad, interfiriendo el desarrollo normal y adecuado a su edad.

Las dificultades en establecer relaciones heterosexuales con los compañeros de la misma edad se agrava con frecuencia por el doble vínculo con los padres y en parte como consecuencia- por la personalidad no del todo desarrollada del adolescente o adulto joven y la ansiedad desencadenada a partir del reconocimiento de los impulsos sexuales.

Una paciente que formaba parte de mi estudio de familias había estado apegada a su padre durante su infancia, sentándose gustosa con frecuencia sobre su regazo, aunque le temía por su fuerte temperamento. A la edad de 14 años, comenzó a desarrollar una intensa aversión hacia el padre. La repulsión estaba asociada al miedo de que éste pudiera verla con un interés erótico. Gradualmente se tornó cada vez más reservada incluso en su vida social. De hecho, habría algo excepcional en la actitud del padre, de lo cual el siguiente hecho es una indicación. En una oportunidad, cuando la paciente tenía 16 años, estaba en el bosque cogiendo bayas. El padre escuchó voces de hombres en estado de embriaguez desde el bosque y se puso fuera de sí por el miedo a que violaran a su hija y, cuando ésta regresó a casa, le dio una paliza con una caña, aunque la paciente ni siquiera había visto a los hombres.

La relación conyugal de los padres parecía bastante infeliz, lo que aumentó los problemas de ambos esposos. El padre era celoso de forma mórbida, reprendía a su esposa, por ejemplo, por mostrarse "excesivamente alegre y de buen humor" en las situaciones sociales. La madre se sentía atormentada e insegura y culpable, esforzándose por reprimir sus sentimientos agresivos hacia el padre. La vida sexual le resultaba repulsiva.

El comienzo de la psicosis a la edad de 25 años fue repentino, acompañado de intensas ideas "hipnóticas" de influencia, las cuales estaban asociadas con un hombre que se había sentado cerca de ella en los conciertos (ambos tenían billetes de abono para la temporada). La paciente se sentía acosada por miedos intensos, tenía "experiencias sorprendentes de comunicación de ideas cercanas" y sentía que el hombre tomaba el control sexual de sus pensamientos a través de éstas. La fase aguda fue seguida por un estado psicótico aparentemente inhibido, desintegrado y fuertemente autista, detrás del cual se ocultaba un mundo ideativo psicótico, doloroso e intenso, dominado por hombres y mujeres que "se le acercaban", entre los que estaba el padre. Los problemas que habían estado generando conflictos en la paciente desde la pubertad y que se remontaban a la situación edípica, surgieron en una forma nueva cuando se psicotizó.

Factores precipitantes del desencadenamiento de la psicosis

De acuerdo con la simple teoría de la diátesis-estrés, propuesta principalmente por investigadores de orientación geneticista (Rosenthal, 1970; Zubin y Spring, 1977), los factores precipitantes de la psicosis esquizofrénica no son específicos, consisten en factores de estrés psíquicos y físicos que resultan intolerables para el paciente. La investigación evolutiva psicodinámica muestra que esta noción es superficial. Incluso la significación de los factores precipitantes se hace comprensible en base a las historias de la vida de los pacientes tanto la evolución de sus relaciones interpersonales como el desarrollo intrapsíquico de su personalidad.

Factores físicos precipitantes

Cuando los factores precipitantes incluyen el estrés físico, pueden considerarse relativamente no específicos. Este es el caso cuando, por ejemplo, el paciente se psicotiza durante un estado febril. Pero aún en estos casos, el paciente parece haber estado predispuesto psicológicamente a la esquizofrenia, con una disminución actual de la tolerancia al estrés.

En otros casos, los factores precipitantes físicos y psicológicos se combinan de forma tal que la naturaleza del estrés físico está relacionada más específicamente con una vulnerabilidad psicológica. Con frecuencia es el caso en las psicosis esquizofreniformes puerperales (post-parto). Desde el punto de vista psicodinámico, el nacimiento de un bebé con frecuencia es un evento problemático que despierta en la madre sentimientos

ambivalentes a causa de su situación vital, o porque el hecho de ser madre implica una tensión psicológica particular debido a problemas conectados con la relación con su propia madre.

Algunas veces estos problemas se observan en los delirios de las pacientes. Una de mis pacientes, que previamente había reprimido los problemas de una relación difícil con su madre, desarrolló después de su primer parto una psicosis esquizofreniforme puerperal (post-parto). Creyó entonces que su madre había tratado de estrangularla cuando era un bebe. La paciente había sido un bebé no deseado por su madre que, para aquel entonces, era una mujer mayor y vivía en condiciones terribles. Se benefició de forma significativa de la elaboración psicoterapéutica de los problemas que sufrió en la relación temprana con su madre.

Una dinámica específica similar puede observarse en las psicosis post-operatorias, relacionadas frecuentemente con los miedos inconscientes del paciente de aniquilación o castración. Las psicosis esquizofreniformes manifestadas a partir de un estrés físico frecuentemente son aunque no siempre- benignas y remiten con relativa rapidez, a medida que el paciente se recupera de la operación.

Otro grupo de psicosis están relacionadas con el consumo de *drogas*, especialmente *cannabis* y alcohol, aunque no pueden ser clasificadas como psicosis tóxicas. Los efectos de las drogas o el alcohol en estos casos parecen traer a la conciencia tendencias psíquicas evocadoras de ansiedad intolerables para la estructura frágil del yo, como por ejemplo, impulsos homosexuales. De igual modo, el consumo de drogas en sí mismo puede ser un indicador de ansiedad o de la labilidad del equilibrio psíquico. Recientemente, varios informes han descrito psicosis esquizofrénicas precipitadas por el uso de cannabis (Allebeck y col., 1993; Hjort y Ugelstad, 1994; Linszen y col., 1994). El número de estos pacientes parece estar aumentando en los entornos urbanos.

Factores psicológicos precipitantes

El desencadenamiento de la psicosis esquizofrénica está asociado típicamente con los problemas experimentados en la adolescencia o la primera edad adulta. Como se subrayó anteriormente, los factores precipitantes rara vez son muy notorios debido a que están relacionados con problemas o tareas evolutivas que experimentan todas las personas jóvenes.

Los investigadores de orientación psicoanalítica han destacado el *incremento de la presión de los impulsos en la pubertad.* La maduración de la

sexualidad genital fortalece las necesidades que provienen de la base instintiva de la personalidad en una forma que parece incontrolable para el yo frágil, que entonces se desintegra, regresando al nivel narcisista y abandonando las aspiraciones hacia los objetos externos. Esto es cierto tanto para los impulsos sexuales como los agresivos. Cuando Freud (1924a) definió la psicosis como la consecuencia de un conflicto entre el yo y el mundo externo, se refería a que el yo, atacado por una ansiedad intolerable debido a las frustraciones de las aspiraciones basadas en el instinto y dirigidas hacia el mundo exterior, sucumbe, abandona la realidad y crea una nueva realidad interna delirante, la cual, en una forma proyectiva, psicótica, de forma parcial, coincide con y sustituye la realidad externa.

Posteriormente, la investigación psicoanalítica destacó la ansiedad temprana central, denominada *angustia de aniquilación o angustia de diferenciación* (p. ej. Tähkä, 1993). Es el miedo más profundo del ser humano una amenaza de muerte o al menos de muerte psicológica. Encuentra su expresión en el miedo vago del bebé a ser rechazado, en un estado de desesperanza desde el cual parece no haber salvación. En la fase edípica se asocia con la emergencia de la angustia de castración. De acuerdo con Kohut (1977), la angustia de aniquilación se hace manifiesta posteriormente, cuando el individuo experimenta heridas narcisistas o pérdidas de relaciones de objetos-del-self importantes. No se trata solo de la reacción causada por tales experiencias: dependiendo de los recursos del yo, éstas pueden también desarrollar una "depresión vacía", asociada con el sentimiento de que la vida carece de propósito, o bien la rabia que conduce a la violencia.

Viljo Räkköläinen (1977), un colega de Turku, analizó los factores que precipitaron el desencadenamiento de la psicosis en 68 nuevos pacientes. Subrayó que en la mayoría de los casos el desencadenamiento de la psicosis estuvo precedido por el comienzo de una fase transicional importante en la vida del paciente. En particular, hizo énfasis en dos áreas específicas de las dinámicas afectadas: los traumas narcisistas, o heridas inflingidas a la autoestima por ejemplo, sentimientos de fracaso o rechazo en el amor- e intentos fallidos de separación de las relaciones de apoyo, habitualmente los padres, aunque ocasionalmente desplazadas a otras personas. Sus conclusiones combinan los puntos de vista intrapsíquico e interpersonal. Los individuos que desarrollan una psicosis tipo esquizofrenia tienen una baja tolerancia a las frustraciones y a los cambios de la vida, ya que han establecido o retenido como su apoyo relaciones o vínculos concretos con las personas (que sirven de objetos-del-self) y que son de vital importancia para ellos como sustitutos dada la deficiencia de sus estructuras psicológicas internas. Las representaciones mentales relativas a estos objetos-del-self con frecuencia tienen una cualidad arcaica, omnipotente, que en sí misma

tiende a predisponer a las frustraciones, lo que hace particularmente dolorosa la pérdida de la relación de objeto-del-self. Räkköläinen habla también sobre las *estructuras interpersonales protectoras*, que ayudan a mantener unidas las personalidades de muchos individuos propensos a la esquizofrenia proporcionándoles el apoyo que necesitan y la confirmación de su existencia psicológica. Las estructuras protectoras de este tipo también resultaron ser indicadores significativos en el pronóstico de pacientes esquizofrénicos (Räkköläinen, Salokangas y Lehtinen, 1979).

Una comprensión de este tipo de dinámica constituye una gran ayuda para entender por qué estos estresores psicosociales "comunes" como dejar el hogar, la emigración, etc. pueden preparar el terreno para una crisis psicótica. Los factores psicológicos precipitantes más obvios son las *experiencias de pérdida*, como la muerte de alguien que ha servido como un importante objeto-del-self de apoyo, u otro tipo de separación de esta persona o un cambio en la calidad de las relaciones de objeto-del-self debido a una enfermedad somática de este último, por ejemplo. De ahí que el comienzo de una esquizofrenia grave en pacientes que atraviesan su temprana adolescencia tiene una clara si no necesariamente inmediata-conexión con la muerte o el divorcio del padre/madre.

Una chica que formaba parte de las muestras en mi estudio de familias hizo un cuadro de esquizofrenia catatónica a la edad de 16 años. Había estado muy apegada a su padre que murió dos años antes. Después de este hecho, su relación con la madre siempre tensa- se tornó más agresiva, a veces con violentos estallidos. El brote de la psicosis de la paciente fue agudo y confusional. Tuvo experiencias religiosas, sentimientos de "emancipación y desaparición de las inhibiciones", pero también experiencias de fin de mundo e ideas de referencia. Fue en estado psicótico a decir un discurso ante las tumbas de su padre y de Marshal Mannerheim. En el hospital declaró que todos sus movimientos y sentimientos como el odio hacia su madre- le eran impuestas por una fuerza externa. También fue evidente que tuvo sus primeras ideas de referencia después de la muerte del padre.

En algunos otros casos, la experiencia de separación puede deberse a los intentos concretos del paciente por dejar el hogar o a situaciones en las que hay un cambio en las condiciones externas, tales como el traslado de la persona para comenzar sus estudios o cumplir el servicio militar.

Aunque los factores precipitantes de este tipo pueden ser fácilmente discernibles, con frecuencia son complejos y difíciles de interpretar desde el punto de vista psicodinámico debido, por ejemplo, a las actitudes familiares de tipo doble-vínculo. Tuve ocasión de experimentar esto de forma conmovedora al estar presente como observador en una sesión de terapia familiar de una paciente esquizofrénica de primer ingreso.

La paciente era una mujer de 26 años que se había psicotizado poco después de dejar su casa e irse a vivir sola a un apartamento. Su agresividad hacia sus padres era incontrolable y los acusaba vagamente de traición. A diferencia de sus hermanos más jóvenes, que aún vivían en el hogar paterno, con anterioridad ella había expresado frecuentemente, de forma velada parcialmente su insatisfacción con su familia, lo cual había resultado disruptivo en la atmósfera "armoniosa" reinante de pseudo-mutualidad. No obstante, la paciente había tratado de controlar sus sentimientos agresivos y usualmente se disculpaba con sus padres tan pronto se calmaba.

Cuando comentó la mudanza con su familia, pareció que la iniciativa había sido suya y que intentaba empezar "una vida propia". La madre que era la figura dominante en la familia, prácticamente asumió la responsabilidad sobre el asunto y arregló un apartamento pequeño para ella. A la hija no le pareció particularmente bueno, pero lo aceptó porque estaba situado relativamente cerca de la casa de sus padres. Sin embargo, para sorpresa de la paciente, la familia, sin prepararla en forma alguna, se mudó poco después a una localidad distante. Fue después de este incidente que la paciente tuvo la psicosis.

El terapeuta familiar le preguntó a la paciente si se había sentido decepcionada cuando la familia se mudó. "Creo que sí", contestó. Ante esto, la madre comenzó a llorar, diciendo que había visitado a su hija con frecuencia y que incluso se había quedado en su apartamento cuando hacía turnos de noche, ya que trabajaba cerca. La paciente también comenzó a mostrar signos de ansiedad y empezó a consolar a la madre. A nadie se le escapó el hecho de que la madre, mientras hacía los arreglos para el apartamento de la hija, había considerado también los planes futuros de mudanza de la familia. Se produjo un silencio opresivo, que el padre rompió para hacer la observación de que la lámpara del techo estaba caliente.

A pesar del intento de separación de la paciente, la relación con su madre seguía dominada por una dependencia ambivalente. Afirmó enfáticamente que su madre era la persona a quien le contaba todo. La madre, a su vez, parecía rogar a su hija, explotando sus sentimientos de culpa causados por su propia ansiedad. Por otra parte, la paciente no tenía muchos contactos fuera de la familia y sus oportunidades para llevar una vida independiente no eran, por consiguiente, muy buenas.

Después de muchos meses de terapia familiar, la paciente comenzó terapia individual. Volvió a su apartamento, pero una vez recuperada de la fase aguda de la psicosis, desarrolló una personalidad solitaria, viviendo en un mundo parcialmente psicótico producto de su propia imaginación, que fue abandonando solo gradualmente a medida que prosiguió la terapia.

Entre los cambios que tienen lugar a un nivel más interno, *enamorarse* (usualmente en una forma caracterizada por rasgos marcadamente psicóticos) y las consiguientes decepciones y heridas en la autoestima, probablemente constituye el factor precipitante de la psicosis más común. Puede haber casos de amor platónico a un nivel imaginario, pero también hay casos de noviazgo real con intentos por establecer una relación interpersonal a un nivel más adulto que el previo. La confianza y adherencia "simbiótica" con el deseo subyacente de encontrar una relación de objeto-del-self- la vulnerabilidad debida a un retraso en el desarrollo y la puerilidad en comparación con la pareja, son factores que habitualmente precipitan el fracaso. Desde el punto de vista de la autoestima del paciente, la investidura es mayor de lo usual y, en consecuencia, la herida inflingida resulta más severa.

Incluso en el así denominado *pánico homosexual* que se refiere a la ansiedad intensa que puede aliviarse a través del reconocimiento de las emociones intensas y conflictivas experimentadas hacia un amigo del mismo sexo- usualmente el deseo de un objeto-del-self juega un papel central. El amigo idealizado hacia el cual se dirigen las emociones es percibido como un ídolo u objeto de identificación más desarrollado, que contribuirá a la consolidación de la propia masculinidad o feminidad. Este es un factor subyacente importante en un apego evocador de ansiedad que conduce a sentimientos de celos intensos que terminan en pánico, debido a la amenaza de que los componentes sexuales de la relación se hagan conscientes.

Los factores precipitantes de este tipo son especialmente comunes entre los jóvenes. Pero incluso entre personas que tienen una relación de pareja, los sentimientos contradictorios presentes al enamorarse pueden precipitar la psicosis. Y la manifestación de la psicosis es aún más común después de un rechazo por parte de la pareja (Alanen y Kinnunen, 1975).

Pero es fácil comprender que un conflicto irreconciliable entre la imagen interna y la realidad externa pueda conducir a un aislamiento gradual desde las relaciones humanas concretas hasta las fantasías omnipotentes, que se apartan de la realidad en forma creciente. En tal desarrollo regresivo, el hallazgo de factores precipitantes externos puede resultar muy difícil.

El desencadenamiento de la psicosis

Las conexiones de la esquizofrenia con los acontecimientos psicológicos y físicos es más obvia en el desencadenamiento de la psicosis. Especialmente el inicio agudo de un estado psicótico conlleva una ansiedad psíquica y/o

agitación intensas, que también son evidentes a nivel fisiológico. Este proceso alcanza su punto máximo en los estados catatónicos, los cuales ya sea con agitación o estupor- niegan la posibilidad de contacto psicológico aún más que los otros estados esquizofrénicos, aunque su pronóstico definitivo es generalmente bueno.

Incluso cuando la psicosis se desarrolla gradualmente y en el estado clínico predominan los signos negativos y un aislamiento progresivo, en los estados iniciales del proceso pueden ocurrir culminaciones o saltos recurrentes, con síntomas de ansiedad seguidos de un deterioro en la condición del paciente.

Aunque la desorganización de las funciones psíquicas manifestadas como psicosis se han investigado desde varios puntos de vista por parte de fisiólogos, farmacólogos y bioquímicos, todo lo que realmente sabemos sobre los procesos biológicos asociados esta basado en presunciones y postulados.

La *teoría de la hiperactividad dopamínica*, basada en la observación de que el efecto de los fármacos neurolépticos está relacionado con la inhibición de las vías nerviosas dopaminérgicas (esp. D2) en el sistema nervioso central (Carlsson y Lindqvist, 1963; Snyder, 1981) es contradictoria, al menos en su forma simple, con los hallazgos conflictivos de la TEP (tomografía por emisión de positrones) sobre la densidad de los receptores de dopamina en los cerebros de esquizofrénicos a los que no se les había administrado fármacos. (Farde y col., 1990; Hietala y col., 1994, 1995; Martinot y col., 1990; Wong y col., 1986). Seeman (1993) intentó interpretar las controversias sobre las diferencias entre los estudios con respecto a la inclusión de receptores de dopamina del tipo D4 en sus hallazgos, dependiendo del radioligando empleado.

La hipótesis propuesta por Marta y Arvid Carlsson (1990) es un ejemplo de teorías más complejas. La idea central es que, básicamente, la esquizofrenia puede ser una consecuencia del funcionamiento inadecuado de las vías glutaminérgicas lo que resulta en un flujo de información excesivo o incontrolable hacia la corteza cerebral. Resumiendo sus puntos de vista, los Carlssons escribieron: "Las esquizofrenias pueden concebirse como un síndrome inducido por el desequilibrio de los neurotransmisores en un sistema regulado por la retroalimentación, en el cual la dopamina y el glutamato tienen un papel muy importante en el control de la excitación y del procesamiento de las señales provenientes del mundo exterior hacia la corteza cerebral por la vía del tálamo". No obstante, aparte de la hiperactividad de la dopamina o la hipoactividad del glutamato, muchos otros neurotransmisores pueden participar en este proceso.

Ciompi (1991, 1994), en su intento por elaborar una explicación integradora, se refiere de forma más general a una sobrecarga funcional

del sistema nervioso central y una alteración del equilibrio, que ocurre a través de "la interacción de intensificación mutua entre la capacidad de adaptación constantemente descendente y los estresores emocionales o cognitivos de base psicosocial o biológica crecientes". Estos pueden corresponder a las tareas del desarrollo normal así como a cambios hormonales o al uso de drogas. En un momento crítico, el sistema psicológico-biológico es sacudido definitivamente, lo que rompe su equilibrio y se descompensa, conduciendo forzosamente a una nueva constelación funcional estructuralmente desorganizada, que es psicótica. Ciompi piensa que este desarrollo puede comprenderse por medio de la teoría del caos.

En sí misma, la noción de una alteración del mecanismo regulador fisiológico parece bastante plausible, incluso para un investigador de orientación psicológica. Cabe entonces preguntarse cómo estan vinculados los trastornos de las funciones integradoras en su base biológica y/o qué tan fácil es influir en ellos psicológicamente, por medio de una relación terapéutica u otras relaciones humanas- aumentando el sentimiento de seguridad en el individuo movido por el pánico. Según mis experiencias, los pacientes esquizofrénicos difieren mucho entre sí incluso en este aspecto.

Los cinco pasos de Pao

Ping-Nie Pao de la escuela de Washington, en su libro *Trastornos Esquizofrénicos* (1979), presentó una interesante clasificación del desarrollo y curso subsiguiente de la psicosis esquizofrénica en base a cinco etapas o pasos, que concibe desde un punto de vista psicodinámico holístico. Pao propuso los cinco pasos siguientes:

1. Ciertos eventos en la situación vital activan un conflicto reprimido previamente, en el cual los impulsos eróticos o agresivos tienen un papel muy importante.
2. El conflicto hace que el individuo sienta una ansiedad excepcional, que Pao denomina "pánico orgánico", refiriéndose al término "angustia orgánica" de Mahler (Mahler, 1968). La tensión implícita en el pánico es incontrolable para el yo y se hace manifiesta a nivel fisiológico; es comparable a la tensión incontrolable de un bebé que solo puede ser aliviada por la presencia de otra persona (la madre).
3. El estado de pánico, que es una experiencia afectiva relativamente breve aunque, con frecuencia recurrente, genera una desactivación temporal de todas las funciones del yo, una catástrofe o shock interno.

4. La recuperación del shock supone la regresión de las funciones del yo, con el objetivo interno de encontrar la "mejor solución posible" a un nivel más primitivo de organización psicológica. Esto conduce a la activación de defensas más arcaicas así como a formas primitivas de auto-preservación que implican la pérdida de la viabilidad psíquica previa, la neutralización de los impulsos y la organización de la personalidad. Se produce un cambio de personalidad típico de la esquizofrenia.
5. La formación de síntomas psicóticos sirve al propósito de hallar la "mejor solución posible".

Volkan (1990) coincide en gran parte con Pao pero señala justificadamente- que este último concede una atención inadecuada a las relaciones de objeto internalizadas del paciente esquizofrénico. Según Volkan, el propósito de la psicoterapia es activar un proceso de recuperación en un orden que es el opuesto a las etapas de Pao. Una etapa particularmente crítica e importante de la terapia es el nuevo, ahora victorioso,retorno a los contenidos representacionales que originalmente generaron el pánico psicótico.

Sería interesante preguntarse en qué grado el comienzo de la psicosis puede tener significativos objetivos evolutivos que apunten a un mejor ajuste. Algunos investigadores en esquizofrenia, tales como Sullivan (1924) han sugerido esta posibilidad.

Larmo planteó este asunto desde un punto de vista sistémico en su monografía sobre la psicosis de los padres (1992). Señala que un enfoque de este tipo orientado a las metas, la "dinámica del re-nacimiento", puede observarse en casos donde la enfermedad se debía a una relación triádica conflictiva. En estos casos, la psicosis es una indicación de la crisis en el desarrollo familiar en cierta etapa de la vida la etapa en que los niños crecen- mostrando que las relaciones intrafamiliares se han estancado en una coyuntura crítica. La psicosis y su influencia en los miembros de la familia podría concebirse como un intento por re-activar el desarrollo. El otro grupo de pacientes analizado por Larmo, que sufrían relaciones diádicas simbióticas, no mostraron signos de tal significación, sino que estaban exclusivamente dominadas por la "dinámica de la regresión".

La psicosis de un(a) adolescente que intenta separarse de su familia o bien establecer una relación heterosexual apropiada para su edad, ciertamente puede interpretarse como un esfuerzo evolutivo que fracasa y conduce al inicio de la psicosis. Son relativamente pocas, sin embargo, las personas jóvenes que tienen recursos suficientes como Sullivan (1924), de quien se ha dicho que experimentó su propia crisis en la adolescencia como una victoria evolutiva. Es más frecuente el caso de la solución del

problema al nivel psicótico que conduce a un mundo representacional regresivo. Incluso cuando la psicosis ha terminado, aún se siente como una pérdida que además deteriora la autoestima. Las cosas pueden, no obstante, tomar un giro diferente si en esta etapa el paciente recibe apoyo psicoterapéutico para su desarrollo.

¿La esquizofrenia es una enfermedad uniforme?

Integración de observaciones

No he sido capaz de identificar un solo factor causal que sea específico de la esquizofrenia es decir, que esté siempre presente en sus antecedentes y restringido únicamente a éstos. En cambio, he presentado varios factores que contribuyen a la emergencia de la psicosis.

Mi conclusión es que las causas de la esquizofrenia son multifactoriales, tanto multifacéticas como multi-niveles. Estos factores tienen un peso diferente según el caso. Clínicamente, los trastornos esquizofrénicos pueden describirse como un *continuo heterogéneo*, con psicosis severas debidas a trastornos del desarrollo profundamente arraigados, en un extremo y estados psicóticos reversibles, de pronóstico benigno, en el otro.

Dado que los subfactores etiológicos tienen un peso específico diferente en cada caso, algunos investigadores han postulado que la esquizofrenia es un grupo de enfermedades que consiste en dos o incluso varios-trastornos con etiologías diferentes. ¿Es posible, por ejemplo, separar los casos de esquizofrenia que tienen alteraciones estructurales del cerebro de otros, como un sub-grupo con causas orgánicas determinadas? También existen razones clínicas para tales suposiciones porque los síntomas negativos son más frecuentes en este tipo de pacientes que en los otros, y su pronóstico es peor que el del promedio. Pero incluso en este aspecto los límites son más difusos que nítidos y no siempre las diferencias en la sintomatología son suficientes para establecer una discriminación clínica precisa entre grupos de pacientes. Esto se hace más obvio aún cuando recordamos que las alteraciones cerebrales correspondientes también se han hallado en algunos trastornos esquizoafectivos y bipolar afectivo (Hauser y col., 1989; Rieder y col., 1983).

La teoría según la cual la esquizofrenia abarcaría dos o más trastornos diferentes no es nueva. Incluso Sullivan (1954) propuso, basado en sus experiencias psicoterapéuticas, que la "esquizofrenia simplex" una entidad clínica totalmente limitada a los síntomas negativos- debía separarse de la esquizofrenia "esencial" de base psicológica, como un proceso de enfermedad orgánica llamado con propiedad demencia precoz.

Entre las concepciones más recientes, podría mencionarse la hipótesis de Crow (1985) de dos tipos de esquizofrenia. El Tipo I se caracteriza por el predominio de síntomas positivos y podría deberse, según el autor, a un exceso de actividad del sistema dopaminérgico. El Tipo II está basado en la pérdida celular en las estructuras cerebrales y muestra predominantemente síntomas negativos. No obstante, Crow no considera estos tipos de trastorno como entidades totalmente separadas sino, más bien, como manifestaciones diferentes de la misma enfermedad, que podrían solaparse.

Además, incluso si la predisposición a los síntomas negativos está influenciada probablemente por factores biopsiquiátricos en grado variable en los diferentes pacientes- los factores psicológicos contribuyen a su aparición. Strauss, Rakfeldt, Harding y Lieberman (1989) enumeraron al menos 10 factores diferentes que pueden hacer que el paciente se repliegue en el aislamiento dominado por síntomas negativos, siendo algunos de ellos el sufrimiento psíquico debido a la recurrencia de los síntomas positivos, la pérdida de la esperanza y la autoestima, la presencia de sentimientos de culpa por la conducta psicótica previa, la amenaza evocada por las situaciones sociales y los efectos de la institucionalización, incluyendo el estigma de tener el diagnóstico de esquizofrenia.

Hasta donde puedo ver, es más apropiado hablar de una heterogeneidad en el peso de los factores etiológicos en cada caso específico, en lugar de asumir que los factores etiológicos pueden ser completamente diferentes en los diferentes casos. En este orden de ideas, el psicoanalista sueco Johan Cullberg (1993a, 1993b) presentó la propuesta de un enfoque etiológico integrado tridimensional (genético, daño cerebral, psicosocial) de las esquizofrenias.

Es interesante hacer notar, desde un punto de vista integrador, que los hallazgos biomédicos que indican la heterogeneidad de la esquizofrenia y las teorías psicoanalíticas muestran algunos paralelismos. El grupo de las esquizofrenias con el peor pronóstico conlleva más alteraciones en las estructuras cerebrales y los pacientes con este diagnóstico se ajustan a la teoría psicoanalítica de la deficiencia, según la cual la esquizofrenia se debe a un trastorno en el desarrollo de la personalidad masivo y precoz. El desarrollo prepsicótico de este grupo de pacientes obviamente está más perturbado que el de aquellos pacientes frecuentemente con mejor pronóstico- cuya psicosis está asociada de manera más evidente con situaciones de conflicto actuales exacerbadas (y que son entonces compatibles con la noción de la dinámica de la esquizofrenia basada en la teoría del conflicto).

La cadena causal entre los factores biológicos predisponentes y su efecto a nivel psicológico es una pregunta que no se ha resuelto aún o incluso, investigado cabalmente. Según la mayoría de los investigadores,

probablemente la respuesta está en el deterioro funcional de los procesos de integración de la información entre los diferentes centros del cerebro. Cabe asumir que los factores biológicos y psicosociales están estrechamente interrelacionados. Stephen Fleck (1992) es uno de los propulsores de esta teoría. Fleck menciona una "co-evolución" de la organización neurofisiológica y las interacciones familiares (sociales) y piensa que la esquizofrenia puede conceptualizarse como "un desarrollo deficiente mixto de las dimensiones neurológica, psicológica y social de la personalidad, arraigado en una debilidad temprana o innata de la organización neuromodular, que se ve comprometido adicionalmente a causa de estímulos sociales aberrantes y contradictorios ". Esto conduce a una aberración multifacética del desarrollo, incluyendo una organización neural heterárquica deficiente (Grigsby y Schneider, 1991), inestabilidad de los neurotransmisores y fallos en la inhibición, sistemas de referencia afectivo-cognitivos pobremente estructurados (personalidad premórbida vulnerable, "yo débil"), procesamiento de la información desviado y dificultades en la conceptualización abstracta y en las interrelaciones.

Los procesos interrelacionados propuestos por Fleck (1992) y otros (incluyendo al autor) deberían ser y probablemente lo serán- uno de los objetivos centrales de la investigación futura en esquizofrenia. Y el alcance de la investigación no debería limitarse al desarrollo de la vulnerabilidad, sino que debería incluir también un análisis exhaustivo de los efectos de la enfermedad en curso sobre las dimensiones bio-psico-sociales.

Entre los factores interactivos de la dinámica familiar, he hecho énfasis en la importancia de la fase más temprana del desarrollo y la persistencia del contexto perturbado. Los factores etiológicos multi-niveles componen un continuo temporal en el cual el desarrollo durante los primeros años y durante la pubertad y la adolescencia "la segunda fase de separación-individuación" son las de mayor significación. La teoría de Stern (1985), que indica que las etapas del desarrollo comienzan en diferentes épocas pero continúan como procesos psicológicos de desarrollo paralelos, parece coincidir con esta noción.

Desde el punto de vista individual-psicológico, los problemas relativos a las relaciones diádicas parecen de central importancia, pero deben interpretarse como parte de un todo funcional sistémico más extenso. En el capítulo cinco demuestro la importancia de una perspectiva sistémica más amplia para aplicar en la planificación y puesta en marcha del tratamiento de un paciente psicótico.

Los estudios clásicos de Wynne y Singer (Singer y col., 1978; Wynne y col., 1977) subrayaron la importancia de la comunicación desviada en la transmisión de los trastornos de una generación a la siguiente. Podemos concluir que los trastornos en la comunicación intrafamiliar así como los

defectos cognitivos observados en muchos pacientes esquizofrénicos graves en estado prepsicótico- contribuyen de manera significativa a la predisposición a la esquizofrenia. El énfasis en su especificidad en la dinámica familiar puede, sin embargo, haber sido ligeramente erróneo. Pienso al igual que Ciompi (1982, 1994) y la mayoría de los psicoanalistas- que los problemas emocionales son de mayor importancia que los problemas a nivel cognitivo, incluso siendo estos más difíciles de estudiar de manera sistemática y empírica. Me referiré aquí a la importancia de la ansiedad tipo pánico en el comienzo de la crisis psicótica.

El factor psicológico más crucial predisponente a la esquizofrenia radica en los problemas en la formación de una relación interactiva simbiótica y en la separación de ésta. He relacionado estos aspectos con la significación de las relaciones de los objetos-del-self en el desarrollo de la personalidad y sus trastornos. Estos factores también parecen componer el grupo más "específico" y común aunque etiológicamente variable- detectable en la patogénesis de la esquizofrenia. El desarrollo alterado de las relaciones de objeto-del-self y la consiguiente falta de individuación psicológica pueden considerarse como una teoría integral, en cuyo marco podrían situarse los problemas internos creados por los procesos proyectivos-introyectivos. Por consiguiente, la psicología del self no sustituye o excluye otros conceptos psicoanalíticos basados en diferentes enfoques, tales como la identificación proyectiva, que es muy útil en la comprensión de la dinámica individual y familiar de la esquizofrenia. El término objeto-del-self proporciona un paraguas bajo el cual se necesita un enfoque psicoanalítico más detallado.

Desde el punto de vista de la investigación con familias, resulta fácil estar de acuerdo con la opinión de Kohut según la cual las relaciones con los objetos-del-self son de mayor relevancia que la gratificación de los impulsos en la psicología del desarrollo (Kohut, 1971). Aunque los problemas de agresividad, en particular, son muy importantes en la esquizofrenia desde el punto de vista clínico, su culminación puede interpretarse como una consecuencia secundaria de un déficit en la capacidad de neutralización (ver Hartmann, 1953), así como de una gran presión de las necesidades teñidas simbióticamente de los objetos-del-self, derivadas de la falta de empatía experimentada y las heridas a la autoestima. Esta perspectiva se ve apoyada por el hecho de que los cambios psicológicos claves en la esquizofrenia ocurren en las funciones de integración del yo.

Incluso con respecto a los problemas conectados con las relaciones de objetos-del-self, los pacientes esquizofrénicos presentan un continuo. En un extremo están aquellos que encuentran dificultades para establecer relaciones en primer lugar, mientras que en el otro extremo están aquellos cuyo problema es su incapacidad para separarse de la simbiosis y lograr la

independencia. Estos problemas tienen un fondo circular interactivo; están influenciados por los rasgos cualitativos de las personalidades de los padres y por las cualidades innatas de los niños. He planteado que los niños con alteraciones estructurales del cerebro pueden presentar problemas excepcionales para establecer relaciones con sus primeros objetos-del-self y/o tan pronto se han establecido tales relaciones - una tendencia a

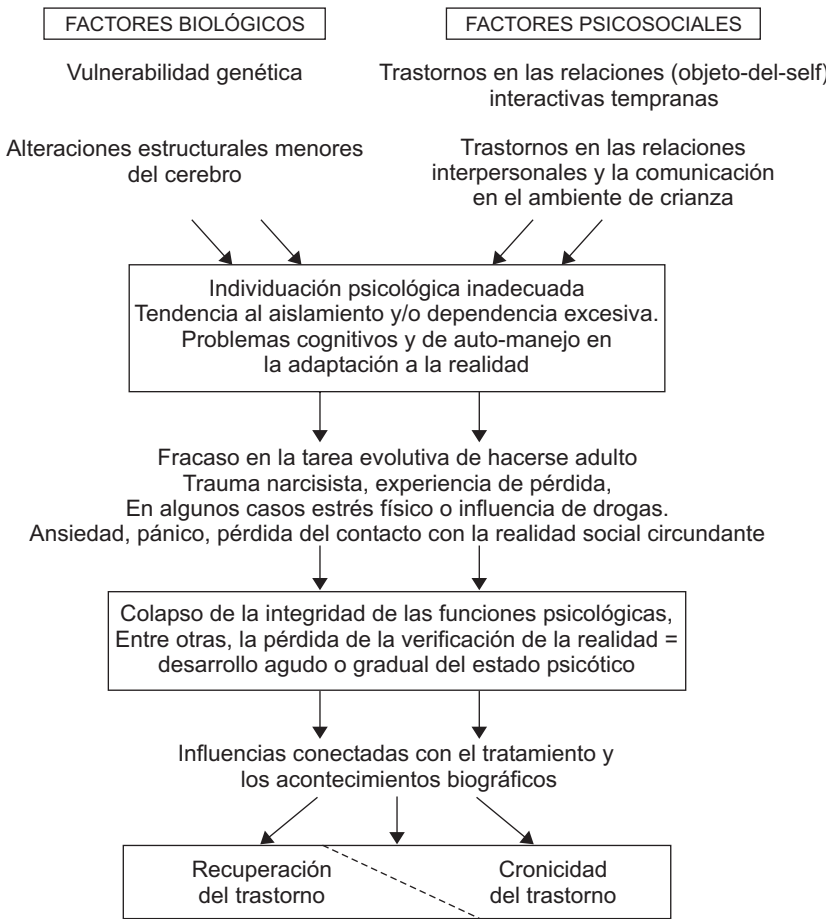

FIGURA 3.2. Desarrollo y curso del trastorno esquizofrénico (modificado parcialmente a partir de Ciompi, 1982).

adherirse a éstas tenazmente. También es probable que los padres de dichos niños, por razones de estimulación interactiva, tiendan a mantener relaciones simbióticas continuas con ellos más frecuentemente que otros padres.

Luc Ciompi ha diseñado un buen esquema que ilustra el desencadenamiento y curso de la esquizofrenia (1982). Lo presento aquí en la Figura 3.2, con algunas especificaciones adicionales. El cambio más notable al compararlo con el original es que describo con mayor detalle los factores que precipitan el desencadenamiento de la psicosis, que fueron denominados como una "tensión excesiva a través de un estrés no específico" en el esquema original de Ciompi. Es importante acotar que no todos los factores están presentes en cada caso. Esto es especialmente cierto para los factores predisponentes biológicos y psicosociales (parte superior del esquema) y para los factores precipitantes.

La esquizofrenia puede concebirse como la más profunda y, como tal, la más trágica resolución a los problemas de la vida humana, en la que se puede terminar a través de muchas rutas paralelas.

Como se indica claramente al final del esquema, los factores relativos al curso de la vida y tratamiento del paciente son relevantes para los resultados. La solución psicótica no permanece necesariamente inalterada por el contrario, hay oportunidades de recuperación y desarrollo renovado después del inicio de la enfermedad.

CAPÍTULO CUATRO

Los tratamientos contemporáneos de la esquizofrenia y la investigación en psicoterapia

Observaciones introductorias

El tratamiento de la esquizofrenia en forma tal que combine genuinamente los enfoques psicológico y biológico como se expone en los modelos de enfermedad descritos en el Esquema 2.1 al final del capítulo dos es aún algo difícil de hallar. Evidentemente, el método más común de tratar la esquizofrenia es la medicación neuroléptica, combinada en mayor o menor grado con actividades de rehabilitación.

La era neuroléptica comenzó su existencia en un simposio de psiquiatras y neurólogos franceses en 1952, cuando Jean Delay, Pierre Deniker y J. M. Harl (1952) presentaron los resultados positivos que habían obtenido con la clorpromacina, un derivado de la fenotiacina, en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. La popularidad de los neurolépticos es fácil de entender. Son relativamente fáciles de administrar a grandes cantidades de pacientes, entre ellos los pacientes de consulta externa. Esta medicación, junto con el progreso de las actividades de rehabilitación, gradualmente hizo posible que se cambiara el foco del tratamiento de la esquizofrenia, pasando del ingreso del paciente al cuidado externo en la década de los 60.

La psicoterapia de orientación psicoanalítica no se ha generalizado en el tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, tiene muchos antecedentes. Jung y Federn trataron a pacientes psicóticos a comienzos del siglo pasado. En Estados Unidos, la psicoterapia de la esquizofrenia se desarrolló a partir

del enfoque psicobiológico introducido por Adolf Meyer. El período más productivo de la Escuela de Washington, que se desarrolló bajo la influencia de Sullivan y Fromm-Reichmann, se extendió desde la década de los 40 hasta los años 60. Durante este lapso de tiempo surgió una generación de terapeutas estadounidenses de las psicosis, quienes crearon una fundación para la comprensión psicológica de la esquizofrenia y, por tanto, para la psicoterapia individual y el tratamiento terapéutico comunitario de los pacientes esquizofrénicos. Al mismo tiempo, en Europa se crearon dos centros de psicoterapia, uno de ellos en Suiza (Sechehaye, Benedetti y Müller, con sus estudiantes) y el otro en Gran Bretaña, donde los psicoanalistas de la escuela de Melanie Klein analizaron los mecanismos de defensa arcaicos y profundamente arraigados de los pacientes esquizofrénicos.

Esta tradición no ha desaparecido en Estados Unidos. L. Bryce Boyer (1983, 1986, 1989) y Vamik D. Volkan (1990, 1995), especialmente, han ampliado el trabajo de la Escuela de Washington, estimulada también por la escuela británica de las relaciones de objeto; el libro reciente de Robbins (1993) representa un enfoque psicoanalítico basado en el modelo biopsicosocial. Pero la posición de la psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia ha decaído claramente en las dos décadas pasadas, al igual que el número de psicoterapeutas interesados en la esquizofrenia.

Por otra parte, durante esas mismas décadas, el interés por la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos se ha ido incrementando en algunos países Europeos, entre ellos Finlandia, Noruega, Suecia e Italia (y Polonia, en lo relativo a la terapia familiar). La investigación sobre la terapia individual, familiar y comunitaria se ha estimulado a través de una serie de simposios sobre la psicoterapia de la esquizofrenia, que iniciaron Benedetti y Müller. Se han llevado a cabo doce simposios: 1956,1959,1963 y 1978 en Lausanne (Suiza), 1971 en Turku (Finlandia), 1975 en Oslo (Noruega), 1981 en Heidelberg (Alemania), 1984 en New Haven, CT (Estados Unidos), 1988 en Turín (Italia), 1991 en Estocolmo (Suecia), 1994 en Washington, D.C. (con respecto a su historia, ver Benedetti, 1992); y 1997 en Londres, organizado por la Sociedad Internacional para los Tratamientos Psicológicos de la Esquizofrenia y otras Psicosis (ISPS).

El interés general en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos también ha sido estimulado por el desarrollo de la terapia familiar a partir de la década de los 50. Pero incluso la terapia familiar ha seguido las pautas del marco de referencia psicodinámico. En la década de los 80 el tratamiento psicoeducativo atrajo un mayor interés para la investigación y se practicó con más frecuencia (Steinglass, 1987). Esto se relaciona parcialmente con la conexión obvia y frecuentemente reconocida- entre el enfoque psicoeducativo y el concepto biomédico de la esquizofrenia.

Esto es cierto también en lo referente a las actividades de rehabilitación, que se desarrollaron de forma notable en las décadas de los 60 y 70. Sin embargo, durante la década de los 80, el desarrollo de la rehabilitación comenzó a sufrir los efectos de la creciente demanda política por una reducción del gasto en la atención sanitaria y social pública, que se ha acentuado en muchos países por la recesión económica. No obstante, podemos hallar buenos ejemplos del desarrollo de servicios basados en la comunidad con resultados provechosos (p. ej., Hoult y col., 1983; Sledge y col., 1996; Stein, y Test, 1980; Tuori, Lehtinen, Hakkarainen y col., 1997).

Psicoterapia de la esquizofrenia - Una rareza, pero¿ por qué?

La popularidad desproporcionada de las modalidades de tratamiento biomédicas comparadas con la psicoterapia se debe a muchas razones diferentes, algunas de las cuales se presentan a continuación:

- La investigación y la educación médica están comprometidas con las formas de pensamiento natural-científica, lo cual con frecuencia hace difícil la comprensión y valoración del trabajo de los investigadores que representan un punto de vista teórico diferente.
- Ha habido un boom de investigación biomédica sobre la esquizofrenia, que ha nutrido y aumentado la creencia de muchos investigadores y psiquiatras de orientación biomédica en la naturaleza orgánica de la esquizofrenia y las posibilidades de tratarla exclusivamente sobre esta base.
- Los laboratorios farmacéuticos han influido en el pensamiento de los médicos de forma evidente y usualmente unilateral.
- En general, existe la creencia de que el trabajo psicoterapéutico requiere numerosos recursos y personal y que la psicoterapia aplicada ampliamente no sería viable en el sistema de salud pública, al menos para los pacientes psicóticos.
- Los resultados de las pruebas de tratamiento "controladas" no han sido particularmente prometedores, especialmente con respecto a los efectos de la psicoterapia individual de la esquizofrenia.
- La teoría psicoanalítica clásica ha generado una actitud pesimista hacia el tratamiento psicoterapéutico de los esquizofrénicos y éstos rara vez se ajustan al tratamiento psicoanalítico intensivo formal. La psicoterapia de la psicosis se incluye muy rara vez en los programas de formación psicoanalítica.
- Los estudios sobre las causas psicológicas de la esquizofrenia generan ansiedad y resistencia, especialmente cuando éstas son percibidas

(erróneamente) como una acusación hacia los padres por la enfermedad de su hijo.

- Ciertas ideologías sociopolíticas han retrasado o eliminado los servicios públicos intensivos, tanto de salud como de asistencia social que son esenciales en el tratamiento integral de los pacientes psicóticos.

En las secciones siguientes hago referencia y analizo con mayor detalle los efectos de la mayoría de estos factores y las formas en las cuales debemos tratarlos.

Tratamiento psicofarmacológico

La eficacia del *tratamiento psicofarmacológico* en la mejoría de los síntomas psicóticos se ha verificado de forma concluyente: ya desde 1969, Cole y Davis revisaron una centena de estudios en los cuales su efectividad en la esquizofrenia se comparaba con los grupos placebo, utilizando procedimientos doble-ciego. En 86 de estos estudios la medicación mejoró los síntomas psicóticos con mayor eficacia que en los placebos. La investigación multicéntrica organizada en Estados Unidos por el Instituto Nacional de Salud Mental y encabezada por Cole obtuvo resultados más concluyentes: la condición del 70% de los pacientes mejoró esencialmente en 6 semanas, mientras que la cifra correspondiente en el grupo placebo fue solo del 20% (Cole y Davis, 1969).

No obstante, el efecto de los neurolépticos no es específico para la esquizofrenia, si bien están particularmente indicados en la esquizofrenia. Los neurolépticos actúan en varias condiciones psicóticas diferentes y su efecto tiende a ser más pronunciado en la medida en que el paciente está más descompensado y/o inquieto. No curan la esquizofrenia, pero tienen un efecto antipsicótico y de mejoría de los síntomas evidente en alrededor de dos tercios de los pacientes esquizofrénicos (Cole y Davis, 1969; Wiesel, 1994). Actúan más eficazmente sobre los síntomas positivos (desórdenes del pensamiento, alucinaciones, delirios) y también ayudan a controlar tales síntomas a largo plazo. No obstante, su efecto sobre los síntomas negativos (aislamiento, pasividad, embotamiento afectivo) es menos obvio. Especialmente en estados agudos, con frecuencia permiten eliminar los síntomas por completo. En los casos crónicos el efecto es menos espectacular y estudios de seguimiento suficientemente largos -ver capítulo dos- indican que el número de pacientes que se han curado de forma permanente de sus síntomas psicóticos no ha cambiado de forma significativa desde la introducción de los neurolépticos. Sin embargo, con la ayuda de estos fármacos, los síntomas de los pacientes crónicos ahora son menos severos, lo que reduce la necesidad de un ingreso.

El *mecanismo efectivo de la mayoría de los neurolépticos* especialmente los derivados de la fenotiacina y butiferona- en las psicosis se debe a su efecto bloqueador de la transmisión de impulsos nerviosos entre las células del cerebro por medio del transmisor de la dopamina 2 (D2) (Carlsson y Lindqvist, 1963; Snyder, 1981). Los estudios con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) han demostrado que dosis relativamente bajas de neurolépticos son suficientes para alcanzar este resultado. Un bloqueo del 65-85% se considera suficiente y es posible alcanzar este nivel con una dosis relativamente baja (Farde, Wiesel, Halldin y Sedvall, 1988). Una dosis mayor, que se ha recomendado con frecuencia, es una elección desacertada ya que no mejora el resultado del tratamiento, pero en cambio, aumenta de forma notable el número de efectos colaterales adversos (parkinsonismo inducido por el fármaco, disquinesia tardía, pasividad y anhedonia). Muchos psicofarmacólogos destacados han recomendado el uso de dosis bajas o moderadas en lugar de altas (Baldessarini, Cohen y Teicher, 1988; Donaldson, Gelenberg y Baldessarini, 1983; Marder y col., 1987; Van Putten y col., 1993).

Las imágenes de la PET han mostrado que el bloqueo de las funciones de la dopamina comienza poco después de la administración de las primeras dosis de neurolépticos. Debido a la diferencia entre el tiempo de ocupación del receptor y el curso de tiempo del efecto antipsicótico, los investigadores (p. ej., Wiesel, 1994) han postulado que el efecto antipsicótico de los neurolépticos no se debe exclusivamente al bloqueo de las funciones de la dopamina, sino también a otras interacciones más complejas entre diferentes sistemas neuronales. Cabe suponer que el ajuste "a fuego lento"de las funciones del sistema nervioso central, asociadas con el efecto neuroléptico, pueden influir también en que el yo del paciente recobre el equilibrio psíquico interno.

La *Clozapina* ocupa un lugar especial entre los neurolépticos. Su efecto en el bloqueo de los receptores de la dopamina 2 es solo alrededor de la mitad del obtenido con otros neurolépticos, pero su capacidad para aliviar los síntomas de los pacientes crónicos en particular es, no obstante, mejor. Esto se ha atribuido tentativamente a la acción más amplia de la clozapina sobre las funciones de otros neurotransmisores, pero no tenemos la certeza acerca de qué mecanismos participan. Los antagonistas de la serotonina (5-HT2) así como los efectos de bloqueo de los receptores de la dopamina 4 (D4) se han propuesto como posibilidades plausibles (Lieberman, 1993; Seeman, 1993; Van Tol y col., 1991). El uso de la clozapina es limitado por sus potenciales consecuencias fatales debido a la leucopenia severa (Idänpään-Heikkilä y col., 1977). El riesgo de cambios hematológicos está presente en cerca del 1% de los casos (Alvir y col., 1993) y es mayor desde las primeras semanas hasta los tres meses de tratamiento.

Recientemente, un número de compuestos actualmente en desarrollo como la risperidona- con las propiedades antagonistas combinadas de la serotonina (5-HT2) y D2, han demostrado una eficacia antipsicótica impresionante (Lieberman, 1993).

La actitud de los psiquiatras hacia la medicación neuroléptica está relacionada fundamentalmente con su teoría de la esquizofrenia: algunos consideran los neurolépticos como una medicación básica necesaria que debería administrarse de forma regular y constante, mientras que otros yo entre ellos- vemos los neurolépticos como agentes importantes que deben emplearse con moderación para apoyar la terapia de orientación psicoterapéutica y psicosocial.

De los otros fármacos psicoactivos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia, los *derivados de la benzodiazepina* son los más comunes. Wolkowitz y Pickar (1991), en su revisión de los estudios sobre el uso de benzodiazepinas en la esquizofrenia, concluyeron que las benzodiazepinas aliviaron los síntomas esquizofrénicos entre un tercio hasta la mitad de los pacientes. La indicación más usual para el uso de las benzodiazepinas es la necesidad de una rápida tranquilización adicional a la medicación neuroléptica. Los fármacos antidepresivos se emplean ocasionalmente como medicación auxiliar en pacientes del grupo de la esquizofrenia bajo un régimen neuroléptico, más justificable en las condiciones depresivas asociadas con las psicosis esquizo-afectivas. Los pacientes con una esquizofrenia típica también se sienten deprimidos con frecuencia después de un episodio psicótico agudo, cuando han recuperado su sentido de la realidad y se enfrentan al hecho de estar enfermos. No obstante, en estos casos, el trabajo psicoterapéutico con el paciente es generalmente una mejor alternativa que la medicación antidepresiva.

¿Es necesaria la medicación? Esta pregunta suena extraña a la mayoría de los psiquiatras, no menos a aquellos que como yo- recuerdan cuán penosa, inquieta y ruidosa era la atmósfera de una sala psiquiátrica cerrada, antes de la introducción de los neurolépticos. Sin embargo, hay hallazgos que justifican esta pregunta.

Así, por ejemplo, Carpenter, McGlashan y Strauss (1977) llevaron a cabo una prueba terapéutica en el Centro de Investigación de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en Estados Unidos en los años 70, donde 49 pacientes con esquizofrenia aguda fueron tratados con terapia extensiva e intensiva (terapia individual 2-3 veces por semana, sesiones de terapia grupal una vez a la semana y, con frecuencia, terapia familiar suplementaria) en un esfuerzo por evitar la medicación. El resultado fue que alrededor de la mitad de los pacientes respondió favorablemente sin la medicación, mientras que 22 pacientes comenzaron un régimen neuroléptico tres semanas después del comienzo del tratamiento pero lo

interrumpieron mucho antes de que les dieran el alta, después de una estancia promedio de cuatro meses. Cuando el pronóstico de estos pacientes se comparó un año más tarde con el pronóstico de un grupo de pacientes control tratados en otro centro con medicación, los resultados del seguimiento multidimensional se inclinaron ligeramente a favor de aquellos que fueron tratados en el NIH. No obstante, no hubo diferencias entre aquellos tratados con medicación y aquellos que no recibieron medicación en la población del NIH.

Carpenter, Heinrichs y Hanlon también encontraron en un estudio posterior (1987), un seguimiento de dos años, que no hubo diferencias en entre los pacientes esquizofrénicos con una medicación continua y los pacientes que recibieron un régimen neuroléptico sintomático y breve, combinado con la intervención psicosocial, si bien la necesidad de ingreso fue menor desde el inicio en el caso de los pacientes con medicación continua.

Rapaport y col. (1978) estudiaron en California series de 80 hombres esquizofrénicos jóvenes, la mitad de los cuales fueron tratados con clorpromacina, la otra mitad con placebo. Como cabía esperar, los resultados de la farmacoterapia fueron mejores. No obstante, las evaluaciones de seguimiento revelaron que un grupo de pacientes que no habían recibido medicación ni en el hospital, ni después, tenían mejor pronóstico que cualquiera de los otros grupos. Estos pacientes pertenecían a la categoría con un "buen pronóstico premórbido" y en su cuadro clínico predominaban los síntomas paranoicos.

En el Hospital Kupittaa en Turku, se emprendió un proyecto piloto bajo la supervisión de Viljo Räkköläinen en 1989, con pacientes del grupo de la esquizofrenia, de primer ingreso, tratados sin neurolépticos; una de las razones fue que originalmente se les había hecho un estudio de PET, cuyos resultados podían ser distorsionados por la medicación neuroléptica. El tratamiento se caracterizó por una orientación terapéutica versátil e intensiva, con los principios del tratamiento adaptado a las necesidades descrito en el capítulo cinco. Cuando fue necesario, la ansiedad del paciente se controló con benzodiazepinas por un lapso de tiempo breve. El informe de un caso de estos grupos (Catherine) se presenta en este libro, en el capítulo seis.

De acuerdo con los hallazgos de los seguimientos, de 2-5 años, (Räkköläinen y col., 1994; Vuorio y col., 1993), solo 8 de los 19 pacientes de primer ingreso tuvieron que recurrir a los neurolépticos. A pesar de la falta de medicación, el resultado obtenido con estos pacientes podría considerarse bastante satisfactorio. De los 11 pacientes tratados sin neurolépticos (8 de los cuales tenían un diagnóstico de trastorno esquizofrénico y 3 de trastorno esquizofreniforme, según el DSM-III-R), 8 no tenían síntomas psicóticos en el último seguimiento. No obstante, hubo

un retroceso ya que los episodios de hospitalización de algunos pacientes fueron relativamente largos. Según las últimas experiencias, se ha producido un cambio hacia los episodios hospitalarios más cortos.

Räkköläinen y sus colegas piensan que el tratamiento neuroléptico podría considerarse innecesario con pacientes esquizofreniformes con episodios agudos tratados con medidas psicoterapéuticas amplias. Por otra parte, son los pacientes graves, ya crónicos, así como los pacientes esquizofrénicos moderados con una estructura de personalidad borderline subyacente, según la definición de Kernberg (1975, 1984), quienes se benefician del tratamiento neuroléptico.

En Finlandia, las experiencias del Proyecto Kupittaa condujeron a un estudio multicéntrico más extenso sobre las indicaciones del tratamiento neuroléptico y no neuroléptico en pacientes esquizofrénicos de primer ingreso (V. Lehtinen y col., 2000). Se pensó que podría haber ciertos beneficios al no medicar a estos pacientes. Estos beneficios deben tomarse en consideración cuando los recursos terapéuticos y la condición clínica del paciente lo permitan. No solo se puede hacer la valoración inicial sin fármacos, sino que de este modo, podrían evitarse los posibles efectos secundarios así como el peligro de una medicación de mantenimiento innecesaria. Según los resultados del seguimiento de dos años de este proyecto, el resultado de los pacientes de los grupos experimentales al emplear una cantidad mínima de neurolépticos fue similar o incluso mejor que la de los grupos control empleando estos fármacos según la práctica habitual. El tratamiento neuroléptico no debe emplearse necesariamente con todos los pacientes de primer ingreso del grupo de la esquizofrenia especialmente los que tienen un episodio psicótico agudo- si se realiza un tratamiento de orientación terapéutica integral.

Los pacientes esquizofrénicos crónicos se benefician del tratamiento neuroléptico de mantenimiento. En estos pacientes, la discontinuación del fármaco puede exacerbar los síntomas psicóticos, provocando una necesidad recurrente de hospitalización. Por otra parte, los resultados del seguimiento del Proyecto NIPS escandinavo, de orientación psicoterapéutica, (Alanen y col., 1994; ver capítulo cinco) indicaron claramente que un tratamiento de mantenimiento continuado no es necesario para todos los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos.

Psicoterapia individual

La literatura psicoterapéutica sobre esquizofrenia se basó por mucho tiempo en informes de casos individuales escritos por los terapeutas. En general, describían a pacientes que, a través de una relación terapéutica

diádica a largo plazo, habían atravesado procesos de desarrollo que no solo resultaron en la desaparición de los síntomas psicóticos, sino que también produjeron un crecimiento interno de la personalidad y un mejoramiento de las relaciones interpersonales del paciente. Como joven psiquiatra, las descripciones de Sechehaye (1955), Johansson (1956) y Will (1961) sobre sus experiencias, me resultaron especialmente impresionantes.

En la terapia individual de pacientes esquizofrénicos se aplican los principios psicoanalíticos, si bien rara vez se utiliza la técnica psicoanalítica real. Por tanto, usualmente el tratamiento se denomina *psicoterapia psicodinámica* o *de orientación psicoanalítica*, haciendo así una distinción entre ésta y el psicoanálisis real. La parte central del tratamiento es el análisis de la transferencia que surge en la relación entre el paciente y el terapeuta, la observación de las reacciones contratransferenciales y los procesos relacionados con este fenómeno, según lo psicoanalítica que sea la técnica. El tratamiento prácticamente incluye siempre elementos de apoyo cuyo rol es más notorio en las relaciones terapéuticas con pocas sesiones y/o terapeutas con menor formación u orientación psicoanalítica.

Algunos terapeutas exitosos en el manejo de las psicosis, tales como Boyer (1986), Johansson (1985) y Robbins (1993) así como Benedetti (1975), en la descripción de su discípula Bertha Neumann- han publicado resúmenes de los resultados terapéuticos. Estos informes han presentado un resultado bueno o satisfactorio en el 50-60% de los pacientes. Boyer basó sus datos en al menos 106 pacientes que presentaban o eran propensos a la psicosis. Johansson afirmó, basado en catamnesis de hasta 30 años, que la integración satisfactoria del paciente, verificable en términos psicodinámicos, clínicos y psicosociales, fue alcanzada en el 50% de los 40 pacientes esquizofrénicos tratados por él durante un período de al menos un año con psicoterapia de orientación psicoanalítica intensiva. Neumann tuvo 20 pacientes, 10 de los cuales tuvieron una recuperación social completa y otros 6 mejoraron significativamente, con una buena adaptación social. Robbins obtuvo resultados positivos con 9 de los 18 pacientes que cumplían con los requisitos del DSM-III para esquizofrenia; de aquellos con resultados negativos, 7 esfuerzos terapéuticos fracasaron después de menos de 2 años de psicoterapia.

Podemos incluir también en este grupo los resultados terapéuticos obtenidos por Barbro Sandin (1992), que trabajó con pacientes masculinos esquizofrénicos graves en el Hospital Säter en Suecia. Rolf Sjöström (1985) llevó a cabo el seguimiento de estos pacientes y grupos control del mismo hospital. Dos de los 14 pacientes de Sandin se suicidaron, pero el resto presentaba una mejoría notable y estadísticamente significativa en comparación con los controles. Hubo una gran diferencia en las necesidades de medicación por parte de los pacientes después de un seguimiento de 6

años; la mayor parte de los pacientes que habían estado en psicoterapia no tenían medicación 6 años después, la dosis media en este grupo fue 25 mg/día de equivalentes de clorpromacina por paciente, mientras que la cifra correspondiente en los grupos control era 400 mg/día. En estos estudios los pacientes recibieron un promedio de 200 horas de psicoterapia.

Estos resultados se limitaron a grupos de pacientes seleccionados y terapeutas con aptitudes para trabajar con pacientes psicóticos. Se obtuvieron resultados menos favorables en los estudios de seguimiento más extensos realizados por Christian Müller (1961) con pacientes esquizofrénicos tratados psicoterapéuticamente en el Hospital Burghölzli desde 1950 hasta 1958 y por T. McGlashan (1984) sobre el pronóstico de los pacientes esquizofrénicos del Hospital Chestnut Lodge (una vasta mayoría de ellos ya eran crónicos en el momento del ingreso). No obstante, a pesar de la tendencia general poco favorable, los hallazgos de este seguimiento revelaron algunas recuperaciones inesperadas de pacientes esquizofrénicos típicos.

En la década de los 60, los métodos naturales-científicos empíricos que se han empleado frecuentemente en las pruebas de fármacos se aplicaron a la investigación sobre psicoterapia. Según estos principios, los grupos de pacientes no debían ser seleccionados sino que se les asignaba el tratamiento al azar. Esto significaba, por ejemplo, que a cada segundo o tercer paciente se le daba un tipo de tratamiento, mientras que los otros pacientes no recibían tratamiento alguno o se les daba otro tipo de tratamiento definido estrictamente.

En Estados Unidos, se han publicado los resultados de las cuatro pruebas principales de psicoterapia controladas con terapia individual de pacientes esquizofrénicos. De estos estudios el más citado es el del Hospital Camarillo en California, bajo la orientación de Philip R. A. May (1968; seguimientos posteriores: May, Tuma y Dixon, 1981; May y col., 1976).Los grupos estaban constituidos por 228 esquizofrénicos de primer ingreso. Se excluyó a los sujetos con mejor y peor pronóstico predictivo. Estos grupos se dividieron de forma aleatoria en cinco grupos que recibieron diferentes tipos de terapias: (1) terapia individual, (2) farmacoterapia (trifluoperacina), (3) terapia individual combinada con farmacoterapia, (4) tratamiento de electroshock y (5) terapia ambiental. La cantidad de tratamientos considerados exitosos en estos grupos fueron 65%, 95%, 96%, 79% y 58%, respectivamente.

Los hallazgos de esta "prueba de cinco tratamientos", comprensiblemente, ha sido citada con mucho entusiasmo por parte de los investigadores de orientación psicofarmacológica, quienes los han tomado como la prueba objetiva de la superioridad del tratamiento psicofarmacológico por encima de la psicoterapia. En general, han ignorado las debilidades de este trabajo, de las cuales, las más importantes son las siguientes:(1) La psicoterapia fue realizada por residentes sin formación psicoterapéutica, apoyados y

orientados con supervisión, pero trabajando en un ambiente escéptico con respecto a la psicoterapia con esquizofrénicos. (2) El criterio de resultado satisfactorio para los datos estadísticos era si el paciente había recibido el alta o si había permanecido en el hospital de forma continua por espacio de 6-10 meses, después de lo cual tanto el terapeuta como el supervisor decidían que el tratamiento había fracasado. Además, las relaciones psicoterapéuticas fueron relativamente cortas (un promedio de 46 horas por paciente) y solo se mantuvieron durante el tiempo que el paciente estuvo ingresado. Los hallazgos confirman claramente que el tratamiento psicofarmacológico tiene un efecto de reducción de la duración de los episodios de hospitalización, pero no proporcionan una base adecuada para hacer conclusiones sobre los efectos de una psicoterapia competente a largo plazo que continúe en el marco del tratamiento externo.

Otro proyecto referente a la psicoterapia de orientación psicoanalítica que obtuvo resustados negativos se realizó en la Universidad de Harvard (Grinspoon, Ewalt y Schader, 1972). Los terapeutas participantes en el estudio eran más competentes pero los pacientes estaban seriamente enfermos, 20 hombres con esquizofrenia crónica, que habían estado ingresados en el Hospital de Boston durante por lo menos 3 años sin interrupción. Se les llevó al Centro de Salud Mental de Massachussets para que recibieran una o dos horas semanales de terapia es decir, no hubo un programa de terapia ambiental. Según los autores, la psicoterapia combinada con la medicación mejoró los síntomas de los pacientes hasta cierto punto, mientras que la terapia sola ayudó "poco o nada" a estos pacientes El libro sobre los hallazgos de este proyecto también incluye las descripciones de los terapeutas sobre su trabajo, que consideraron parcialmente beneficioso incluso para algunos pacientes del segundo grupo.

Karon y VandenBos (1972, 1981) llevaron a cabo un proyecto en la Universidad de Michigan. La mayor parte de los pacientes pertenecían al grupo social más bajo; dos tercios de éstos estaban hospitalizados por primera vez y los otros también eran considerados como casos recientes de esquizofrenia. El proyecto incluyó tres grupos de pacientes, el primero de los cuales recibió terapia psicoanalítica con interpretaciones "directas" y sin medicación, mientras que el segundo recibió psicoterapia de "análisis del yo" (también de orientación psicoanalítica) combinada con dosis bajas o moderadas de clorpromacina y el tercer grupo solo recibió dosis moderadas o altas de clorpromacina. Las psicoterapias empezaron de forma intensiva y continuaron con intervalos largos durante 20 meses en total, incluyendo la modalidad externa. Las evaluaciones de seguimiento efectuadas 2 años después de terminar la terapia, incluyeron entrevistas psiquiátricas y evaluaciones psicológicas, y mostraron una diferencia significativa a favor de los pacientes en psicoterapia, con respecto a la

duración de los ingresos y al estatus clínico de los pacientes. Los resultados obtenidos por terapeutas experimentados fueron mejores que los de aquellos menos experimentados.

El estudio de Karon y VandenBos estaba en el otro extremo del espectro de la encuesta de May, pero fue ampliamente eclipsado por este último en las revisiones. Se le ha criticado también por el reducido número de pacientes (36 pacientes en total) y la diferencia entre los ambientes terapéuticos: el grupo con medicación era tratado en el hospital cuyo estándar general era más bajo que el de las salas donde residían los pacientes en psicoterapia.

El estudio más interesante de los realizados en Estados Unidos es el proyecto extenso y metodológicamente sofisticado conducido por Stanton y Gunderson en el Hospital MacLean en Massachussets un ambiente favorable para la psicoterapia- en la década de los 70 y 80 (Gunderson y col., 1984a, 1984b). Su propósito era comparar dos enfoques de terapia individual, ambos grupos recibieron una dosis estándar de medicación. Los enfoques eran, respectivamente, psicoterapia exploratoria, orientada al insight (comprensión) (EOI) (dos sesiones semanales) y psicoterapia de apoyo, de adaptación a la realidad (AAR) (un promedio de menos de una sesión por semana). Los tratamientos fueron realizados por terapeutas experimentados y la intención era continuar las terapias durante al menos 2 años, incluyendo la consulta externa. Los grupos estaban constituidos por 186 pacientes. Como en el estudio de May, se excluyó de la muestra a los pacientes con perturbaciones más leves y más severas.

El resultado más importante de este proyecto fue que no se halló una gran diferencia entre el resultado de los dos grupos, si bien hubo algunas diferencias en la dirección de los hallazgos. Según el seguimiento de dos años, los pacientes con EOI, de algún modo, se beneficiaron más de sus terapias con respecto a las funciones del yo (mejoría en los trastornos del pensamiento, desarrollo de la capacidad de insight), mientras que el resultado fue claramente mejor en el grupo AAR en lo referente a las funciones sociales (especialmente la ocupación).

El proyecto reveló algunos hallazgos secundarios significativos. Entre ellos, el notable número de bajas en psicoterapia en ambos grupos. Apenas 6 meses después de comenzar la prueba, el 42% de los 186 pacientes inicialmente incluidos en los grupos se retiró y solo 51 pacientes (31%) del grupo original asistieron a las sesiones de evaluación final dos años más tarde. También se observó que estos pacientes que se retiraron recibieron tratamientos psiquiátricos relativamente frecuentes en otro lugar y que sus resultados no fueron esencialmente peores que los de los pacientes en los grupos.

Análisis adicionales de las sesiones grabadas (Glass y col., 1989) indicaron que los resultados de los pacientes tenían conexiones interesantes y significativas estadísticamente con los métodos y procedimientos empleados por los terapeutas. De acuerdo con los hallazgos de estos seguimientos, una "exploración psicodinámica experta" por parte del terapeuta, incluyendo la sensibilidad a las "profundas corrientes" inconscientes del paciente y la adecuación de la técnica (en el caso de las terapias EOI) se relacionó de forma significativa estadísticamente con un descenso de la psicopatología global, especialmente la negación de la enfermedad y la ausencia de síntomas negativos. Por otra parte, sin embargo, la ansiedad y depresión de los pacientes aumentó cuando salieron de su apatía y aislamiento. El apoyo activo que era aún más importante en las terapias AAR- se correlacionó con una disminución de la ansiedad y la depresión.

De los estudios europeos, he mencionado ya el seguimiento de Sjöström con los pacientes de Sandin. En 1980, Sjöström inició un nuevo proyecto, que pretendía encontrar si otros terapeutas eran capaces de reproducir los resultados de Sandin. El proyecto confrontó la dificultad de la escasez de pacientes: solo hubo 8 pacientes en terapia, todos ellos hombres y el seguimiento de 6 años no reveló diferencias entre los pacientes y el grupo control que eran del mismo tamaño, incluso aunque el desarrollo del pronóstico medio favoreció ligeramente a los pacientes en terapia. Los resultados también pueden interpretarse como una respuesta negativa a la pregunta de Sjöström (Sjöström, 1990).

En Oslo, Endre Ugelstad (1978) estudió los efectos de la psicoterapia con 30 hombres esquizofrénicos crónicos, los cuales habían permanecido ingresados durante al menos 3 años y habían sido tratados en el Hospital Gaustad durante al menos 1 año sin presentar crisis. El grupo de psicoterapia estaba formado por 12 pacientes, 6 de los cuales estaban en psicoterapia individual intensiva de orientación psicoanalítica y los 6 restantes en psicoterapia ambiental en una sala pequeña instalada con este propósito. El grupo control estaba formado por 12 pacientes que tenían empleo o realizaban algún tipo de trabajo fuera del hospital, aunque seguían siendo pacientes hospitalizados. Un grupo control menor estaba formado por 6 pacientes que recibían terapia ambiental menos específica. La evaluación de la condición psíquica de los pacientes por medio de un método cuantitativo indicó que los pacientes del grupo terapéutico estaban obviamente más perturbados inicialmente que los pacientes en el grupo control más extenso. Los resultados del seguimiento indicaron resultados más satisfactorios en los pacientes del grupo terapéutico según la escala Rockland-Pollin, pruebas psicológicas y datos del alta. Seguimientos posteriores de hasta 10 años (Haakenasen y Ugelstad, 1986) demostraron, no obstante, una nivelación de la diferencia entre los grupos terapéutico y

control, especialmente con respecto al resultado psicosocial, mientras que los pacientes que recibieron psicoterapia individual mostraban una reducción mayor aún de los síntomas psicóticos. Los autores enfatizaron la significación de la rehabilitación conectada con factores sociales (trabajo y vivienda) en el logro y mantenimiento de los resultados terapéuticos.

Otro estudio noruego publicado por Varvin (1991) reveló una mejoría evidente en un tercio de un grupo de 27 pacientes tratados en una sala psicoterapéutica especial en Oslo con una combinación de terapia individual intensiva y terapia ambiental. Todos los pacientes con resultados satisfactorios eran mujeres y se halló que el buen resultado alcanzado en la mitad de éstas estaba asociado a un mejor nivel de funcionamiento global previo al ingreso.

En Italia también se han realizado proyectos activos no controlados sobre la psicoterapia individual de la esquizofrenia (ver Borri y Quartesan, 1990; Furlan, 1993).

A pesar de su ostensible objetividad, las pruebas controladas de psicoterapia conllevan limitaciones muy significativas que, en general, no se han reconocido. Estas limitaciones sólo se hacen evidentes cuando se evalúan desde un punto de vista más amplio. La primera de estas limitaciones se debe a la heterogeneidad clínica de la esquizofrenia. Los pacientes, por tanto, difieren en su nivel de motivación hacia el tratamiento y en sus necesidades terapéuticas. Tanto el proyecto de Gunderson como nuestras experiencias en Turku (ver capítulo cinco) indican que los pacientes difieren de forma significativa en su capacidad para beneficiarse de la terapia individual. Pero si la terapia individual es exitosa y los resultados son satisfactorios solo en una parte de los pacientes, resultando inadecuada para otros, los resultados buenos y malos se cancelan unos a otros en el análisis estadístico de poblaciones de pacientes no seleccionadas. Aún así, una modalidad de tratamiento no puede considerarse ineficaz por el hecho de que solo beneficie a algunos sujetos. Más bien, habría que investigar a qué tipo de pacientes debería indicarse el tratamiento.

La segunda limitación se debe al hecho de que el tratamiento de la mayoría de los pacientes esquizofrénicos requiere un enfoque integrado, en el cual se combinen óptimamente varias modalidades terapéuticas. La investigación sobre una única modalidad no proporciona una perspectiva de las posibilidades del tratamiento integral de la esquizofrenia.

La tercera limitación de gran importancia en el tratamiento de la esquizofrenia es la personalidad del terapeuta. El tratamiento requiere una motivación a largo plazo por parte del paciente y del terapeuta. Sus personalidades deben ser compatibles. Debe prestarse más atención a este punto en la fase inicial de la terapia, comparada con la que se le concede en el presente.

Nuestro equipo en Turku ha planteado estos aspectos reiteradamente cuando presentamos nuestros hallazgos y experiencias (Alanen, Räkköläinen, Laakso y Rasimus, 1980; Alanen, Räkköläinen , Laakso, Rasimus y Järvi, 1983). En nuestra opinión, el centro de atención debe cambiar de los estudios de orientación metodológica a los estudios orientados hacia los problemas (o necesidades). Las necesidades del paciente y no las del investigador deben constituir el punto de partida. Armelius y col., (1989), en una revisión que presentaron ante el Consejo Nacional Sueco de Bienestar Social, pusieron en duda el valor de los proyectos de investigación que emplean grupos no seleccionados, señalando que en el futuro deberíamos tratar de encontrar que es lo que subyace a las terapias satisfactorias e insatisfactorias. Ellos plantearon que el momento para nuevas pruebas controladas vendrá solo cuando aportemos más hallazgos acerca de los factores que promueven y mantienen las relaciones terapéuticas.

Birchwood y Preston (1991) han revisado acertadamente el *enfoque cognitivo-conductual* aplicado a la esquizofrenia. Basados en las teorías del aprendizaje, los métodos cognitivos están más orientados hacia aquellos factores que mantienen los síntomas esquizofrénicos que hacia los factores relacionados con sus orígenes psicológicos. En el *enfoque cognitivo-analítico*, se combinan los métodos cognitivos y la perspectiva psicodinámica. La aplicación más extendida de los métodos cognitivos se ha producido en el campo de la terapia familiar (ver más adelante). Perris (1992) describió un programa exhaustivo sobre la terapia cognitiva del modo en que ésta se aplica en una terapia integral ambiental e individual en unidades de tratamiento pequeñas estilo familiar.

Terapia familiar

El desarrollo de la terapia familiar es posterior al de la terapia individual, debido a que nuestra cultura terapéutica ha estado exclusivamente dominada por el enfoque terapéutico individual en todas las áreas de la medicina. Los psiquiatras y otros profesionales del campo de la salud mental se interesaron por primera vez en la terapia familiar después de la Segunda Guerra Mundial y su interés ha seguido creciendo desde entonces. Según nuestros hallazgos en Finlandia (Aaltonen, 1982; Alanen, Lehtinen, Räkköläinen y Aaltonen, 1991), la motivación de las familias de esquizofrénicos por participar en sesiones conjuntas es buena, especialmente si se les invita a asistir desde el comienzo del tratamiento.

La investigación sobre familias en esquizofrenia proporcionó un estímulo crucial para el desarrollo de la terapia familiar. Desde la

introducción de la terapia familiar, la esquizofrenia ha sido una de las mayores indicaciones para su uso. Una razón para ello se encuentra en los vínculos de dependencia entre estos pacientes y sus familias, que se refuerzan e incluso se exageran como consecuencia de su enfermedad. Muchos terapeutas individuales comenzando por Federn (1943, 1952) han subrayado también que la inclusión de la familia del paciente en el tratamiento de la esquizofrenia es necesaria, de un modo u otro. En su enfoque, Johansson (1956, 1985) y Robbins (1993) combinaban reuniones o terapia familiar en cierta etapa de la terapia individual, con el fin de proteger los esfuerzos de independencia por parte del paciente.

Otra razón para el aumento de la terapia familiar y, de forma más general, el tratamiento de orientación familiar han sido las necesidades de apoyo por parte de las familias para aliviar la tensión experimentada por la crisis psicótica y, con frecuencia por la conducta psicótica permanente del paciente. Esta ha sido una pregunta de crucial importancia en las últimas décadas, a medida que el foco del tratamiento de la esquizofrenia ha cambiado de la hospitalización a la consulta externa. Los cargas y responsabilidades de las familias de esquizofrénicos ha aumentado (Kuipers, 1993; Winefield y Harvey, 1994). Esta situación ha planteado un nuevo desafío al sistema terapéutico y también ha estimulado el desarrollo de nuevas orientaciones terapéuticas. Además, al recibir el apoyo del equipo terapéutico, muchas familias pueden producir un impacto positivo importante en las actividades terapéuticas.

Muchos de los primeros terapeutas de familias de esquizofrénicos basaron su trabajo en la investigación con familias, combinando estrechamente la investigación con la terapia real. Publicaron sus experiencias, por ejemplo Jackson y Weakland (1961), Boszormenyi-Nagy, Bowen, Framo, Whitaker y Wynne (ver los artículos de estos autores publicados en Boszormenyi-Nagy y Framo, 1965), Scott y colaboradores (Scott y Alwyn, 1978; Scott y Ashworth, 1967), Stierlin (1972, 1974, 1976) Kaufmann (1976) y Alanen (1976). En su mayoría, se trataba de *terapias de familia de orientación psicodinámica*, con el objetivo de estimular el proceso de desarrollo intrafamiliar (como en el caso de Paula, en el capítulo uno). En estos casos, el centro de atención terapéutica son las relaciones entre los miembros de la familia y no, como en la terapia individual, el desarrollo interno del miembro esquizofrénico de la familia, aunque se espera que el proceso de desarrollo que tiene lugar en la familia pueda estimular también el desarrollo de éste. Otra diferencia entre la terapia individual y familiar ha sido descrita acertadamente por Wynne (1965), quien plantea que la terapia familiar prefiere señalar aspectos que son visibles, aunque no reconocidos, mientras que la terapia individual señala aspectos que pueden inferirse, pero de los cuales las personas no son conscientes.

Aunque las experiencias publicadas fueron, en general, favorables, la terapia familiar psicodinámica fue eclipsada gradualmente por el desarrollo de otras dos orientaciones. Una de ellas es la orientación sistémica llamada con frecuencia terapia familiar estratégica-sistémica- y la otra es la terapia familiar psicoeducativa. Durante las últimas décadas, se han desarrollado muchos otros enfoques y/o modificaciones a la terapia familiar de la esquizofrenia y/o de las psicosis agudas; algunos combinan elementos sistémicos y psicodinámicos, p. ej., las interesantes orientaciones reflexivas (Andersen, 1990; Seikkula y col., 1995) y narrativas (Holma y Aaltonen 1995, 1997, 1998) que están ganando popularidad en los países del Norte de Europa.

Uno de los pioneros más importantes de la *terapia familiar estratégica-sistémica* de esquizofrénicos fue el Grupo de Milán (Selvini Palazzoli y col., 1978, 1980) que también influyó sobre el pensamiento de otro pionero europeo importante, Helm Stierlin. Este autor ha relatado que su cambio de la terapia familiar psicodinámica hacia la orientación estratégica-sistémica se vio influenciado por su observación de que este último tipo de terapia era posible con mucha más frecuencia que la terapia psicodinámica, que tiende a generar resistencia en muchas familias de esquizofrénicos (Stierlin, 1983). El equipo de Stierlin ha estudiado especialmente la terapia familiar de las psicosis esquizo-afectivas y maníaco-depresivas (Retzer y col., 1991).

Cuando se aplica la técnica de la terapia familiar estratégica-sistémica, se trabaja con un equipo en lugar de un único terapeuta, el cierre de las sesiones consiste en darle a la familia mensajes estratégicos y las sesiones se realizan a intervalos de tiempo relativamente largos. El propósito es alterar el equilibrio psicológico de la familia de una forma que es favorable para el paciente y para los otros miembros de la familia. Aunque los detalles técnicos difieren entre este enfoque y la terapia familiar psicodinámica anterior, la comprensión psicológica de las situaciones familiares es esencial para obtener resultados satisfactorios en ambas. Debe enfatizarse este punto con el fin de evitar intervenciones estratégicas-sistémicas demasiado radicales basadas en conclusiones erróneas.

La *terapia familiar de orientación psicoeducativa*, por otra parte, se ha desarrollado a partir de diferentes premisas. La mayoría de sus propulsores, cuyo marco de referencia está basado fundamentalmente en las teorías del aprendizaje, en general, perciben la esquizofrenia como una enfermedad orgánica, de acuerdo con la teoría de la vulnerabilidad al estrés. Usualmente esta noción se señala también durante la terapia y el objetivo para el paciente esquizofrénico y los miembros de la familia- es aprender a vivir con la enfermedad más que trabajar hacia un proceso de recuperación evolutivo. Para los padres del paciente, esta orientación tiene el beneficio pero también la limitación- de que los sentimientos de culpa conscientes o inconscientes asociados a la enfermedad del hijo se suprimen.

Estas premisas son compatibles con la orientación biomédica prevaleciente en la investigación sobre esquizofrenia en Estados Unidos y Gran Bretaña en la década de los 80. El editor de *Proceso Familiar*, Peter Steinglass (1987), afirmó a finales de 1980 que en su criterio, el surgimiento de este enfoque constituía el progreso más importante en la terapia familiar en los últimos 20 años. Enfatizó especialmente la importancia de *Esquizofrenia y Familia*, publicado por Carol Anderson y sus colaboradores en 1986. Los terapeutas familiares pueden aprender mucho de este libro, especialmente acerca de la empatía que debe mostrarse a los padres de los pacientes esquizofrénicos (que parece señalado de forma inadecuada en los informes de Selvini Palazzoli, por ejemplo) así como la disposición a establecer una relación de cooperación con ellos. Pero los mismos autores enfatizan también la hipotética etiología biológico-hereditaria de la esquizofrenia que presentan como un hecho probado a los pacientes y sus familias- ignorando los antecedentes de la psicología del desarrollo (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

Entre las *pruebas de terapia familiar controladas*, podríamos mencionar en primer lugar el proyecto pionero realizado por Donald G. Langsley y sus colaboradores en Denver, Colorado, al final de la década de los 60 (Langsley, Machotka y Flomenhaft, 1971; Langsley, Pittman y Swank, 1969), cuyo objetivo principal era evitar la hospitalización brindando una intervención en crisis inmediata a nivel familiar.

Sus grupos estaban compuestos por 150 familias que habían estado solicitando el ingreso de uno de sus miembros con un trastorno psíquico grave. Cerca de la mitad de los pacientes presentaba psicosis del grupo de la esquizofrenia. En lugar de ingresar al miembro enfermo en el hospital, se realizó una terapia de crisis con las familias, conducida por el equipo de Langsley a través de la consulta externa. La prueba incluyó un grupo control del mismo tamaño, en el cual el miembro enfermo era admitido en el hospital. El resultado fue que solo el 13% de las familias del estudio tuvieron que recurrir a la hospitalización durante los seis meses de seguimiento, mientras que en el 29% de las familias control, el miembro enfermo que fue ingresado inicialmente fue reingresado dentro del mismo lapso de tiempo. Los seguimientos repetidos 12 y 18 meses más tarde indicaron que las diferencias en las necesidades de tratamiento hospitalario por parte de ambos grupos y sus habilidades de afrontamiento social habían comenzado a nivelarse gradualmente. Langsley y col., por tanto, plantean que las oportunidades de tratamiento familiar de crisis deben ser permanentes.

Ha habido cuatro grupos pioneros trabajando en pruebas terapéuticas que pueden clasificarse como terapia familiar psicoeducativa de la esquizofrenia. Se trata de los equipos dirigidos por Michael Goldstein y Jerry Doane (Doane y col., 1986; Goldstein y col., 1978), Julian Leff (Leff y

col., 1982, 1985), Gerard E. Hogarty y Carol Anderson (Hogarty y col., 1986, 1991) e Ian R. H. Falloon (Falloon y col, 1982, 1985). Todos publicaron informes sobre proyectos de intervención con familias utilizando la modalidad de prueba controlada al comienzo de los 80 (Goldstein en 1978). Estos proyectos tenían en común las siguientes características: intervención planificada de antemano, los resultados se midieron por el número de recaídas y/o reingresos y el tratamiento básico del estudio y de los pacientes del grupo control fue la medicación neuroléptica.

Las intervenciones con las familias diferían un poco entre sí. Goldstein y sus colegas hicieron énfasis en que tanto los pacientes agudos como los miembros de la familia tenían que aceptar la existencia de la psicosis y tratar de identificar y evitar los factores estresantes que parecen fomentar la manifestación del trastorno. Leff y sus colegas, cuyos grupos estaban constituidos por pacientes más crónicos, combinaron charlas a las familias sobre la naturaleza de la esquizofrenia, grupos con miembros de la familia y sesiones de terapia familiar con el objetivo de disminuir los valores altos de EE parentales, que según lo postulado, precipitan las recaídas. El equipo de Hogarty combinó la terapia familiar psicoeducativa con el adiestramiento en destrezas sociales con resultados satisfactorios. Falloon empleó abiertamente los métodos conductuales incluso denominó su programa "gestión familiar"- con la meta de educar a las familias a encontrar conjuntamente soluciones aceptables a situaciones problemáticas.

Los hallazgos de estos proyectos fueron prometedores: los reingresos y recaídas o agravación de síntomas solo se observaron en 0-9% de los casos en el grupo de estudio y en 44-50% de los casos control. La combinación de intervención familiar y medicación y, como en el proyecto de Falloon , gestión a nivel individual- obviamente mejoró el pronóstico de los pacientes. En los primeros grupos de Goldstein- en los cuales la intervención consistió solo de seis sesiones- las diferencias parecieron estabilizarse durante un período de seguimiento más largo (Goldstein y Kopeikin, 1981). Los otros equipos, que hicieron seguimiento a las familias por más tiempo, informaron que las diferencias entre los grupos de estudio y control podía observarse incluso dos años después. Algunos otros equipos de investigación han aportado resultados paralelos aplicando terapia familiar psicoeducativa (p. ej., Tarrier y col, 1989).

Se han realizado menos investigaciones sobre las terapias sistémica-estratégica y familiar psicodinámica en la esquizofrenia y sus resultados se han evaluado de manera diferente. Podríamos, sin embargo, mencionar el estudio piloto del equipo canadiense de Levene (Levene, Newman y Jefferies, 1989) sobre dos modalidades de terapia familiar en un grupo de diez pacientes cuya respuesta a los neurolépticos era pobre. Tanto en la terapia familiar psicodinámica orientada hacia la problemática central como

en la terapia de apoyo basada en los principios psicoeducativos- que continuaron durante seis meses después del alta del hospital- se observó una notable mejoría en las destrezas sociales de los pacientes en un seguimiento de un año. Los síntomas disminuyeron significativamente y eran menos graves en el grupo de la terapia familiar psicodinámica.

Timo Tuori (1987), en Finlandia, evaluó los resultados de la terapia familiar sistémica entre los pacientes que estaban casados en el momento en que se manifestó su enfermedad (n = 24) y se seleccionó como grupo control a los pacientes casados no psicóticos ingresados durante el mismo período. Encontró que la motivación por la terapia familiar y sus resultados fueron mejores en el primer grupo que en el segundo. Parece ser que la terapia disminuyó la necesidad de rehospitalización entre los pacientes de primer ingreso, mientras que no se observó el mismo efecto en el grupo de pacientes reingresados. Tuori considera que la terapia familiar es especialmente necesaria siempre que la manifestación de la psicosis esté asociada directamente con la situación familiar o conyugal o cuando la pareja tiene un hijo al que se ha implicado en los síntomas psicóticos, se le ha atribuido el rol de chivo expiatorio o se ha convertido en objeto de los altercados entre los padres. Estas observaciones indican también la importancia del trabajo orientado hacia la familia en la prevención de trastornos mentales en los niños.

También se han presentado resultados favorables de la terapia familiar psicodinámica-sistémica en el tratamiento de adolescentes esquizofrénicos, por ejemplo, Malkiewicz-Borkowska y Namyslowska (1991) y Pietruszewski (1991) de Polonia. Guntern (1979), en Suiza, se convirtió en el pionero de la aplicación de la terapia familiar sistémica y ambiental al tratamiento psiquiátrico de toda la población de un área determinada. En el Proyecto de Lapland Occidental (Tornio, Finlandia), la formación en terapia familiar de prácticamente todos los profesionales de salud mental del distrito, condujo a un desarrollo similar (Aaltonen y col., 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1991).

Grupos y comunidades

La terapia de grupo tiene una larga tradición en el tratamiento de la esquizofrenia en comparación con la terapia familiar. De hecho, se dispone de informes publicados en la década de los 20 y los 30 (Lazell, 1921; Marsh, 1933). El desarrollo de la atención externa y el aumento de las comunidades terapéuticas tanto en hospitales como en unidades de consulta externa han promovido además el interés en la terapia de grupo y en las funciones más

generales de los grupos. En las comunidades terapéuticas, las funciones grupales tienen un papel central.

La terapia de grupo tiene una serie de beneficios importantes en el tratamiento de la esquizofrenia: estimula a los pacientes que tienen una tendencia marcada al aislamiento, les ayuda a establecer contacto con otras personas y mejora sus destrezas sociales. Como beneficio adicional, la terapia grupal es menos costosa que la individual. Varias revisiones por ejemplo, las de Parloff y Dies (1977), Mosher y Keith (1979) y Kanas (1986)- enfatizan la importancia de la terapia de grupo en estos aspectos. González de Chávez Menéndez y García-Ordás Álvarez (1992) han señalado que la atmósfera en la situación de terapia de grupo es realista y se caracteriza por la igualdad, promoviendo de este modo, el desarrollo de la autoestima y estimulando la totalidad de las funciones psicoterapéuticas. La disminución de los síntomas y la disminución de la medicación neuroléptica se han destacado también como consecuencias de la terapia grupal. No obstante, la conclusión general es que la mejoría en el estado clínico de los pacientes es más modesta que los efectos psicológicos.

El campo de la terapia de grupo también tiene varias orientaciones, algunas de tipo psicodinámico y otras cuyo marco de referencia es psicoeducativo. Del primer tipo, es particularmente digna de mencionar la extensa experiencia acumulada por Frank Schwarz (1982) en el Instituto Max Planck en Munich, en un programa que combina terapia individual y grupal y que ha integrado también una terapia familiar de orientación psicoanalítica.

Investigadores como O'Brien y col., (1972), Claghorn y col., (1974), Lindberg (1981) y Malm (1982) han realizado pruebas controladas sobre los efectos de la terapia grupal en la esquizofrenia comparada con pacientes tratados con otros métodos. Todos ellos notaron que la mejoría en las destrezas sociales e interpersonales de los pacientes era mayor que en sus síntomas clínicos. En el estudio de Malm, por ejemplo, los resultados de la terapia grupal mostraron mejoría en aspectos relacionados con la comunicación emocional, aumento en las actividades recreativas y participación en el área social.

El concepto de *comunidad terapéutica* fue introducido en la psiquiatría por dos innovadores británicos, Maxwell Jones y T. F. Main después de la Segunda Guerra Mundial. Su objetivo era convertir las salas del hospital psiquiátrico que, hasta ese entonces, se habían parecido mucho a los hospitales generales, en comunidades que se ajustasen más a su propósito y promoviesen activamente las habilidades psicológicas de los pacientes. Jones (1953) hizo especial énfasis en la necesidad de involucrar a los pacientes en la responsabilidad de planificar e implantar las funciones. El poder de decisión en la comunidad residía en las reuniones de los pacientes

y el personal. Main (1946), que acuñó el término"comunidad terapéutica", era psicoanalista y tendía a considerar las metas psicoterapéuticas como lo más importante.

Sin embargo, ninguno de estos innovadores trabajó principalmente con pacientes psicóticos. Main estaba interesado fundamentalmente en los pacientes neuróticos y Jones inicialmente se interesó en las reacciones de shock durante la guerra y posteriormente en los trastornos de carácter, aunque luego fue director de un gran hospital psiquiátrico escocés. Cuando hablamos de las comunidades terapéuticas para pacientes psicóticos, debemos recordar al pionero, H. S. Sullivan, quien ya en la década de los 20 desarrolló los principios del tratamiento comunitario adecuado para los pacientes psicóticos en el Hospital Enoch y Sheppard Pratt en Maryland (Sullivan, 1930, 1931; ver también Sullivan, 1962). Un trabajo pionero americano que trataba sobre el ambiente terapéutico en un hospital mental fue publicado en los años 50 por Stanton y Schwarz (1954).

El propósito de aplicar los principios de la comunidad terapéutica a la sala psiquiátrica es establecer una estructura de apoyo a los esfuerzos psicoterapéuticos en el contexto de la atención institucionalizada. Las experiencias clínicas en salas donde se trata a pacientes psicóticos siguiendo los principios de orientación psicoanalítica han sido descritos, por ejemplo, por Schulz y Kilgalen (1969), Simo Salonen (1975) y Murray Jackson (Jackson y Cawley, 1992; Jackson y Williams, 1994). Nuestro enfoque de las comunidades orientadas psicoterapéuticamente para tratar pacientes esquizofrénicos de primer ingreso se describe en los capítulos cinco y seis.

El desarrollo y los efectos de las comunidades terapéuticas para pacientes esquizofrénicos se han investigado desde diferentes puntos de vista. Paul y Lentz (1977) dividieron sus series de pacientes esquizofrénicos crónicos en tres grupos, el primero de los cuales recibió un programa de terapia conductual estructurado con precisión (incluso, con economía de fichas), el segundo fue tratado según los principios de comunidad terapéutica más convencionales y el tercero sirvió de grupo control y recibió el tratamiento convencional de hospital psiquiátrico. En un lapso de tres años, fue dado de alta el 96% de los pacientes del primer grupo, 68% del segundo grupo y 46% del grupo control. De este modo, los resultados indican claramente que el programa de terapia conductual, que era el método con el que los investigadores estaban más familiarizados, fue efectivo.

En Escandinavia, las comunidades terapéuticas de Sopimusvuori en Finlandia llevaron a cabo un importante trabajo pionero en este campo. Estas comunidades fueron fundadas originalmente por Eric E. Anttinen y sus colaboradores en Tampere en 1970 para promover la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos crónicos dados de alta en el hospital (ver capítulo

siete). El objetivo era crear un ambiente lo más normal posible, siguiendo los principios psicodinámicos y humanísticos. Se considera que un espíritu cooperativo basado en los contactos interpersonales entre los clientes y una mejora en la auto-confianza tienen un papel importante en el proceso de rehabilitación (Anttinen, 1983; Ojanen, 1984).

Según los datos del seguimiento (Anttinen, 1992) el 48% de los primeros 236 clientes de Sopimusvuori de los cuales el 50% había estado en un hospital psiquiátrico por más de 10 años y el 66% por más de 5 años- han podido mudarse fuera de las comunidades de Sopimusvuori, el 17% ha seguido viviendo allí de forma permanente, el 25% fue reingresado y el 7% falleció.

Recientemente, las comunidades terapéuticas que funcionan fuera de los hospitales han comenzado a tener su propio rol incluso en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos agudos. En Londres, un pionero en este campo fue R. D. Laing, que fundó hogares residenciales que aún siguen funcionando. El prefería, no obstante, llamarlos asilos antipsiquiátricos en lugar de comunidades terapéuticas. (Cuando le pregunté a Laing al comienzo de los 80 cuál consideraba que era el tratamiento más importante de la esquizofrenia, dijo que prefería enseñar *aikido* a las personas denominadas esquizofrénicas una habilidad japonesa de auto-defensa que hace énfasis en la no violencia). Objetivos terapéuticos bien definidos combinados con los enfoques de orientación familiar y psicoanalítica comenzaron a observarse en la comunidad Villa 21, establecida en el Hospital Shenley cerca de Londres al final de los 60 una vez que Michael B. Conran fue designado como director (Conran, 1972).

Los informes de Loren R. Mosher y Alma Z. Menn (1978, 1983) sobre los resultados terapéuticos obtenidos fuera del hospital en el hogar de Soteria son bien conocidos. Fundaron Soteria en California a comienzos de los 70. El principio orientador para los pacientes en este hogar era experimentar la regresión psicótica en tanto que crecimiento y desarrollo, bajo la orientación de personal lego, sin formación profesional pero dedicado a su trabajo, en un ambiente similar al de un hogar y con la menor medicación posible.

En los estudios de seguimiento, los controles eran pacientes similares tratados en hospitales psiquiátricos normales bien dotados de personal. Hubo también la diferencia adicional de que el período de hospitalización definido como "breve y efectivo" duró solo 21 días, mientras que el período promedio de estancia en Soteria era de 5 a 6 meses. Un seguimiento de dos años indicó que la respuesta de los clientes de Soteria había sido levemente mejor que la de aquellos que habían estado en el hospital, en lo referente a la necesidad subsiguiente de tratamiento y a su adaptación a nivel social e interpersonal.

Los puntos de partida fueron muy similares en el Proyecto "Soteria Berna" iniciado por Luc Ciompi y sus colegas (Ciompi y col., 1992). También tienen una pequeña clínica que se parece a un ambiente de vida normal, donde la mitad del personal son profesionales y la otra mitad legos cuidadosamente seleccionados. La esquizofrenia es vista como una crisis regresiva, experimentada por personas jóvenes predispuestas específicamente en situaciones conflictivas a lo largo de su vida.

El tratamiento en "Soteria Berna" se divide en cuatro fases sucesivas. Durante la primera fase el paciente es conducido a una "habitación suave" junto con un miembro del personal tranquilizador y protector con actitud maternal, donde su estado se normaliza. Entonces los pacientes reanudan sus actividades diarias y vuelven a plantear sus problemas a un nivel realista con otros miembros del personal. En las etapas finales, el paciente se rehabilita socialmente, se discuten los problemas inherentes al hecho de vivir en Soteria y se planifica la atención posterior, haciendo énfasis en las estrategias para prevenir la recaída de la enfermedad. El uso de neurolépticos está restringido a situaciones especialmente amenazantes o se comienza en dosis bajas después de 4-5 semanas sin signos de mejoría.

Después de un seguimiento de dos años, donde el grupo control estaba constituido por pacientes similares tratados en cuatro hospitales psiquiátricos, no se encontraron diferencias en la evolución posterior, con la excepción de que los pacientes que habían estado viviendo en Soteria se mudaron, para vivir separados de sus padres, con una frecuencia significativamente mayor que los otros pacientes. Ciompi y sus colegas, sin embargo, enfatizan que tanto los pacientes de Soteria como sus familias sintieron la atmósfera del hogar de Soteria más amigable y menos etiquetante que el ambiente hospitalario y que el ambiente terapéutico en estos hogares incluyendo la ausencia de medicación- los ha ayudado a "seguir siendo ellos mismos" e integrar las experiencias psicóticas en la totalidad de sus vidas.

Progresos en psiquiatría comunitaria

La *rehabilitación* de los pacientes psiquiátricos supone mejorar su estado psíquico y físico y, particularmente, promover sus destrezas sociales y habilidades ocupacionales con el objetivo de mejorar su calidad de vida y ayudarles a ajustarse a la sociedad. La rehabilitación se proporciona fundamentalmente a los pacientes crónicos pero es necesaria también, más de lo que en general se cree, en el período agudo de la esquizofrenia.

La rehabilitación de los pacientes crónicos usualmente procede por dos vías, una de las cuales ayuda al paciente institucionalizado a aprender a vivir fuera del hospital, mientras que la otra apoya su progreso en la vida laboral (ver Figura 7.1, en el capítulo 7, que describe el sistema de rehabilitación establecido en conexión con las comunidades terapéuticas de Sopimusvuori en Finlandia).

El período pionero en el desarrollo del trabajo de rehabilitación tuvo lugar en los años 60. Para ese entonces, la rehabilitación de la capacidad laboral se consideraba la tarea más importante y fue promovida por el desarrollo de la "terapia industrial" en los hospitales (promovida por Early, 1960 y Freudenberg descrito por Wing, 1960 en Gran Bretaña) y la fundación de los talleres protegidos (p. ej., Speijer, 1961) y empleos fuera del hospital.

Cuando recibí una beca de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969 para viajar a Holanda y Gran Bretaña a visitar unidades de psiquiatría social, vi a la gran mayoría de los pacientes en muchos hospitales psiquiátricos trabajando en largas salas de terapia industrial la mayor parte del día, desempeñando un trabajo subcontratado y, por lo tanto, trabajando por el bien común. En cierto modo, tuve dudas en relación a esta nueva modalidad, aunque se me aseguró repetidas veces que de este modo se reforzaban las funciones yoicas del paciente y se les estaba preparando para trabajar fuera de los hospitales. Sin embargo, alguien hizo la observación de que, ocasionalmente, los capataces eran renuentes a dejar ir a un buen trabajador.

Las cosas cambiaron en los años 70, cuando la situación laboral cambió de la falta de mano de obra al desempleo. Para entonces ya se sabía que para que la rehabilitación sea exitosa, hay que ayudar a los pacientes de forma más general, mejorando sus habilidades interpersonales, no solo su capacidad laboral. Ahora el centro de atención cambió hacia la rehabilitación que promueva la capacidad para vivir fuera del hospital y apoye las otras destrezas del paciente para vivir. Pero también ha habido dificultades en estos esfuerzos, especialmente en los años 80, cuando las ideologías socio-políticas en el mundo Occidental se orientaron, por razones financieras, hacia la eliminación de los hospitales psiquiátricos pero fracasaron en proporcionar servicios comunitarios adecuados.

Los resultados positivos obtenidos por el proyecto Vermont de rehabilitación (Harding y col., 1987) se mencionaron en el capítulo dos. Una comparación de los resultados de los sujetos de Vermont con los de Maine, que recibieron un tratamiento más tradicional, indicaron que los resultados positivos de los pacientes de Vermont se debían al programa de rehabilitación, incluyendo una oportunidad más temprana para la vida en la comunidad (De Sisto y col., 1995).

Aparte de las funciones del sistema de rehabilitación, también existen modalidades semi-institucionales y unidades de tratamiento, tales como *los hospitales de día-y-noche* y otros tipos de atención hospitalaria de media jornada, así como diferentes centros de crisis y actividades para pacientes externos. *La atención psiquiátrica domiciliaria* ha resultado un método útil para proporcionar atención a los pacientes crónicos. Los trabajos publicados por Anttinen, Eloranta y Stenij (1971), Davis, Dinitz y Pasamanick (1972), Fenton, Tessier y Struening (1979) y Hoult y col. (1983) son buenos ejemplos de investigaciones sobre el uso de la atención domiciliaria intensiva combinada con varias actividades sociales de apoyo como alternativa al tratamiento hospitalario. Todos observaron una disminución notable en la necesidad de tratamiento hospitalario, así como los efectos benéficos sobre la evolución clínica y social de los pacientes.

El Proyecto del Condado de Dane, por Stein y Test en Wisconsin en los años 70 (Stein, 1993; Stein y Test, 1980) se considera, en general, como un clásico esfuerzo por establecer un *sistema de atención integral* basado en la comunidad, como alternativa al tratamiento psiquiátrico institucionalizado. El trabajo se centró en pacientes a quienes se les había indicado el ingreso al hospital, incluyendo los pacientes psiquiátricos crónicos. Los equipos creados para el proyecto apoyaron a estos pacientes en muchas formas, por ejemplo, atendiendo sus necesidades materiales. En primer lugar (Stein y Test, 1980), la parte central del proyecto consistió en un programa denominado "Formación para vivir en la Comunidad" y su propósito era promover la habilidad de los pacientes para conducirse en las actividades de la vida diaria y, en la vida, de forma más general.

Se encontró que el proyecto disminuyó de forma significativa la necesidad de tratamiento hospitalario y promovió las habilidades de afrontamiento de los pacientes. Pero cuando el proyecto cesó, 14 meses más tarde, se había perdido la mayor parte de los beneficios obtenidos y la necesidad de tratamiento hospitalario aumentó bruscamente. El trabajo se reanudó posteriormente, ahora basado en la conclusión de que la atención debe ser continua y debe proporcionar una amplia variedad de servicios que los pacientes necesitan con el fin de alcanzar un ajuste estable a la comunidad (Stein, 1993). Ahora los servicios comunitarios integrales incluyen intervención en crisis, un equipo móvil de atención a la comunidad especialmente para adultos jóvenes con esquizofrenia que, a veces, son renuentes a acudir a los servicios y deben contactarse en el hogar- un programa de rehabilitación psicosocial y habilitación de viviendas visitadas por el personal, en un continuo que va desde lo altamente estructurado a lo mínimamente estructurado.

Stein (1993) afirma que en Estados Unidos, en promedio, un 70% del presupuesto para salud mental se destina a los servicios hospitalarios,

quedando solo un 30% para los servicios comunitarios. En contraste, el Condado de Dane dedica un 20% a la atención hospitalaria, mientras que el 80% se destina a servicios con base en la comunidad.

Cabe mencionar algunos de los otros informes sobre proyectos psiquiátricos innovadores. Sledge y col., (1996) comparó un programa convencional de pacientes hospitalizados en Connecticut para pacientes voluntarios gravemente enfermos, urbanos, pobres, que usualmente requieren hospitalización, con un programa experimental alternativo consistente en un hospital de día enlazado con una residencia de crisis de la comunidad. El programa experimental tuvo la misma efectividad que un hospital de agudos: según los seguimientos, el programa experimental tuvo un efecto levemente más positivo sobre las evaluaciones de síntomas, funcionamiento global y funcionamiento social.

Muijen y col. (1992) aplicaron el método de prueba controlada en Londres para estudiar los efectos de la formación en habilidades sociales (El Programa de Vida Diaria), combinado con muchos otros tipos de apoyo a pacientes externos. Durante un período de seguimiento de 10 meses, los pacientes en estudio de la muestra incluyendo pacientes esquizofrénicos y con psicosis afectivas, todos con necesidad de tratamiento hospitalario- estuvieron en hospitales en promedio de 14 días, mientras que los controles estuvieron un promedio de 72 días en la sala. Contrariamente a las esperanzas excesivamente optimistas y perjudiciales- de ahorro fácil, los autores plantean que el coste total del tratamiento por paciente fue, no obstante, el mismo para ambos grupos. De igual modo, Dean y col. (1993) compararon un servicio comunitario, que incluía atención externa, tratamiento de día y servicios sociales, con un servicio hospitalario. El primero resultó ser tan efectivo como el segundo y los familiares lo preferían. Era también más eficaz para mantener a las personas en contacto con los psiquiatras a largo plazo.

La situación en Italia ha sido interesante, dado que la legislación ratificada en 1978 permitió la completa abolición de la red hospitalaria psiquiátrica. La ley no se ha puesto en vigor de manera muy consistente, al menos en el Sur de Italia, lo cual también supone retrocesos: muchos de los pacientes psicóticos, por ejemplo, ahora están siendo tratados en las salas psiquiátricas de las prisiones. No obstante, en muchas regiones, esta innovación generó una activación vigorosa de la atención externa. Verona, Trieste, Arezzo y Perugia han presentado experiencias favorables (Pylkkänen y Eskola, 1984).

Con respecto a la *detección y prevención precoz de casos*, Falloon presentó en 1992 resultados extremadamente interesantes, si bien preliminares, sobre la prevención de los episodios esquizofrénicos. Designado como director de la organización de salud mental en un área de captación con una población de 30.000 hab. en el condado de Buckinghamshire, Inglaterra,

comenzó un programa de detección de casos que fuese capaz de identificar y trabajar con pacientes esquizofrénicos en una fase temprana de la enfermedad (o en realidad previa a ésta). El trabajo consistió principalmente en explicar los síntomas iniciales de la esquizofrenia a médicos generales y a enfermeras que trabajan a nivel de Salud Pública y llamar al equipo de crisis familiar inmediatamente, para intervenir en las situaciones informadas por médicos y enfermeras. Encontró que la incidencia de nuevos casos diagnosticables como esquizofrenia descendió a una décima parte de lo que era anteriormente: durante un período de cuatro años, solo un paciente en esta área se puso tan gravemente enfermo como para reunir los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de esquizofrenia (Falloon, 1992).

Falloon subraya que el programa terapéutico centrado en la familia, con una intervención por parte del equipo en cualquier crisis dentro de un lapso de 24 horas, debe tratarse con criterios de emergencia. Aunque sugiere que el trastorno esquizofrénico puede evitarse, Falloon sigue considerando que la esquizofrenia tiene un origen orgánico, basado en la hipótesis de la vulnerabilidad al estrés.

Birchwood y Macmillan (1993) también han hecho énfasis en el paradigma de una intervención precoz y se han puesto en marcha nuevos proyectos orientados a la prevención de los episodios esquizofrénicos, por ejemplo, en Suecia y Noruega (André, 1995; Larsen, 1994). En Finlandia, el Proyecto de Lapland Occidental centrado en la familia y las redes ha conducido a un marcado descenso en la incidencia anual de pacientes con un primer episodio de esquizofrenia (DSM-III-R), mientras que las tasas de admisión a pacientes con síntomas prodrómicos han aumentado (Aaltonen y col., 1997). Esta área de desarrollo recibirá sin duda cada vez mayor atención en el futuro próximo, debido a la mejoría en el pronóstico conectada con la intervención terapéutica precoz.

El libro Psicosis: Enfoques Psicológicos y su Efectividad (editado por B. Martindale y col., 2000) ofrece una perspectiva integral del estado actual de los diferentes enfoques en la psicoterapia de la psicosis. El libro incluye también un capítulo que describe las aplicaciones recientes del tratamiento adaptado a las necesidades en Finlandia (Alanen y col., 2000).

CAPÍTULO CINCO

Tratamiento de las psicosis esquizofrénicas adaptado a las necesidades: Desarrollo, principios y resultados

En este capítulo, describo nuestras experiencias y los hallazgos obtenidos durante las dos últimas décadas en la Clínica Psiquiátrica de Turku, que condujeron a la orientación terapéutica denominada *tratamiento de las psicosis del grupo de la esquizofrenia adaptado a las necesidades*. Tuvimos la oportunidad de aplicar nuestro enfoque más ampliamente a través de un programa nacional para el desarrollo de la investigación, tratamiento y rehabilitación de esquizofrénicos, llevado a cabo en Finlandia en la década de los 80 bajo mi dirección y en conexión con el Proyecto NIPS Escandinavo (Investigación Nórdica sobre la Psicoterapia de la Esquizofrenia). Espero que estas experiencias sean de utilidad para aquellos que estén realizando trabajos de desarrollo de naturaleza similar en cualquier otro lugar, a pesar de las diferencias en la estructura de las organizaciones de salud mental.

El Proyecto Turku de Esquizofrenia

"El Proyecto Turku de Esquizofrenia" comprende las actividades terapéuticas y de investigación efectuadas en la Clínica Psiquiátrica de Turku a partir de 1968, para diseñar un tratamiento óptimo de la

esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados con ésta. El objetivo global del proyecto fue desarrollar un tratamiento para las psicosis del grupo de la esquizofrenia, esencialmente psicoterapéutico y que también se pudiera aplicar, de manera más general, al sistema público de salud mental. Para alcanzar este objetivo, fue necesario integrar las actividades y hacerlas lo más versátiles posible.

Desde el comienzo, nuestros esfuerzos se dirigieron hacia el trabajo en equipo, con el objetivo central de capacitar a todo el personal para hacer un trabajo terapéutico cada vez más independiente y activo, que se ajustara a sus inclinaciones y habilidades personales. Con este fin, se incluyeron actividades de supervisión y formación como elementos esenciales en el proyecto de desarrollo. Hasta donde sé, no es ni será posible satisfacer adecuadamente las necesidades de la población en lo relativo a las relaciones terapéuticas ofreciendo únicamente los servicios de psiquiatras y psicólogos; por el contrario, es necesario involucrar en este esfuerzo a otros miembros del personal, como las enfermeras, que constituyen el grupo más numeroso, especialmente en los hospitales. Estos objetivos fueron especialmente importantes en la Clínica de Turku, donde el personal era poco numeroso: la proporción personal/paciente osciló entre 0.4 - 0.6 durante un largo tiempo; ascendió a 1.0 en la sala de agudos solo a finales de los años 80.

La Clínica Psiquiátrica de Turku, fundada en 1967, es un hospital universitario y forma parte del sistema de atención psiquiátrica de la comunidad en la localidad de Turku, es decir, del Distrito de Salud Mental de Turku. Junto con otros centros del distrito el Hospital Psiquiátrico de Kupittaa y el Departamento de Salud Mental de Turku (el centro de atención psiquiátrica externa)- la clínica ha estado a cargo de la prestación de servicios psiquiátricos en la localidad de Turku, situada en la zona sur-occidental de Finlandia.

Turku (con una población de 160.000 hab.) es el centro administrativo y comercial del área y es conocida como una ciudad universitaria; el número total de estudiantes en las tres instituciones de educación superior está cerca de 20.000. Por esta razón, la incidencia de nuevas psicosis es algo mayor que entre la población indígena de la localidad. El Distrito de Salud Mental es parte de la organización del Servicio General de Salud de la localidad, en contacto estrecho con los servicios de salud generales. El carácter urbano del área de captación y las distancias cortas entre las casas de los pacientes y los centros de atención, facilitan las actividades centradas en la familia y el ambiente. Desde el punto de vista cuantitativo, los servicios psiquiátricos no reciben suficiente financiación, pero se ven fortalecidos por recursos cualitativos a través de la cooperación con el departamento de la universidad.

Dividimos nuestro objetivo en dos sub-objetivos, un objetivo de desarrollo y otro a nivel de investigación:

1. *Desarrollar el tratamiento de los pacientes del grupo de la esquizofrenia* con un enfoque integral pero de orientación psicoterapéutica, haciendo énfasis en:
   - Una actitud psicoterapéutica básica,
   - La transformación de las salas hospitalarias en comunidades psicoterapéuticas,
   - El desarrollo de la terapia familiar y otras actividades centradas en la familia,
   - El desarrollo de relaciones terapéuticas individuales,
   - El uso apropiado de la farmacoterapia como tratamiento de apoyo a la psicoterapia, y
   - La participación activa de todos los grupos profesionales en el trabajo terapéutico.
2. Determinar a través de investigaciones de seguimiento *de grupos que ingresaron el mismo año*, que incluyan a todos los pacientes del grupo de la esquizofrenia de primer ingreso, dentro del área de captación de Turku y que representen diferentes fases de desarrollo de nuestro enfoque:
   - Qué tan ampliamente hemos podido realizar actividades terapéuticas con este grupo de pacientes,
   - Cuáles son las indicaciones para las diferentes modalidades de tratamiento (es decir, qué tipo de tratamiento necesitan los pacientes), y
   - De qué modo el resultado de los tratamientos se ve afectado por nuestra orientación terapéutica.

Llevamos a cabo nuestro proyecto en forma de investigación-acción. Abandonamos conscientemente los métodos aplicados en las pruebas controladas de psicoterapia descritas en el capítulo cuatro. La razón fundamental fue la prioridad de los objetivos de desarrollo, además de las consideraciones éticas. Si hubiésemos dividido a los pacientes en grupos aleatorios y predefinido estrictamente los tipos de tratamiento que se realizarían con cada grupo, nos habríamos limitado de forma tal que no se habrían podido desarrollar tratamientos que satisfagan las necesidades personales de cada paciente. Semejante punto de partida habría desalentado también las actitudes que tratamos de fomentar entre los miembros de nuestras comunidades terapéuticas y, por tanto, habría sido perjudicial para el trabajo terapéutico en estas comunidades. En el capítulo cuatro se señaló otra debilidad de las pruebas controladas de psicoterapia.

Grupos de pacientes

En lugar de seleccionar los pacientes aleatoriamente, decidimos analizar los resultados de nuestro trabajo comparando los resultados de los pacientes en las diferentes fases de nuestro enfoque terapéutico. Esto se hizo reuniendo grupos de pacientes en momentos diferentes. En la Tabla 5.1 se presentan los años de ingreso de nuestros grupos, el número de pacientes incluido en cada uno y los estudios iniciales y de seguimiento, así como la fase de desarrollo de la orientación terapéutica para el momento del ingreso del paciente.

Cada grupo incluyó todos los pacientes con edades comprendidas entre 16-45 años, que vivían en Turku y fueron ingresados por primera vez en varios centros del Distrito de Salud Mental de Turku dentro de cierto período de tiempo, a causa de una psicosis del grupo de la esquizofrenia. Dichos centros eran dos hospitales, la Clínica Psiquiátrica de Turku y el Hospital Kupittaa, así como el Departamento de Salud Mental de Turku, el cual era responsable de la consulta externa. Se tomaron en cuenta otras dos clínicas de consulta externa: las que estaban en el Hospital Central de la Universidad de Turku (este hospital no tuvo una sala psiquiátrica hasta 1984) y la organización local de salud de los estudiantes universitarios. El número de pacientes esquizofrénicos que se atendió allí fue escaso.

Inicialmente, se establecieron límites diagnósticos amplios para el grupo de la esquizofrenia, dado que esto se ajustaba a nuestros objetivos de desarrollo. No obstante, se dividió a los pacientes en diferentes subgrupos diagnósticos, siguiendo la Clasificación Internacional Diagnóstica (ICD 8) y los principios diferenciales escandinavos, entre la esquizofrenia típica y otras psicosis incluidas en el grupo de la esquizofrenia (Achté, 1961, 1967; Langfeldt, 1953). Los pacientes en el Grupo IV se diagnosticaron según la clasificación del DSM-III-R y dicha clasificación también se aplicó retrospectivamente al Grupo III. La posibilidad de comparar los datos del inicio con los del seguimiento se aseguró empleando protocolos estructurados (impresos de investigación) en los cuales se recogió la información sobre los aspectos o variables clínicas, demográficas y psicosociales básicas, siguiendo un diseño elaborado al comienzo del proyecto.A continuación, describo nuestras experiencias de desarrollo y, a partir de ahí, analizo nuestros resultados en base a los hallazgos comparativos de los diferentes grupos. Las encuestas más importantes son:

- La comparación entre el seguimiento de siete años y medio del Grupo I (año de ingreso 1965-67) y el seguimiento de ocho años del Grupo II (año de ingreso 1969) efectuada por Raimo Salokangas (1977, 1986).
- Los seguimientos de dos y cinco años del Grupo III (1976-77), realizados por nuestro equipo (Alanen y col. 1983, 1986).

- El seguimiento de dos años efectuado por nuestro equipo (Alanen y col., 1991) y el seguimiento de cinco años por Klaus Lehtinen (1993a, 1993b) del Grupo IV (1983-84), comparando los resultados con los obtenidos en el Grupo III.

Desarrollo de las comunidades psicoterapéuticas

Empleamos el término "comunidad psicoterapéutica" para diferenciar nuestros centros de las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones (1953). Las actividades pioneras de Jones se propusieron cambiar el ambiente tradicional de los hospitales psiquiátricos, en primer lugar, dirigiendo sus esfuerzos a alcanzar la igualdad máxima entre las diversas categorías del personal así como entre el personal y los pacientes. Nosotros también nos esforzamos por asemejar la atmósfera de la sala a la de un ambiente normal, disminuyendo la jerarquía y permitiendo al personal y a los pacientes usar ropa informal. No obstante, se mantenía la línea divisoria existente entre el personal y los pacientes: los miembros del personal eran terapeutas y los pacientes recibían terapia y la tarea central era crear una actitud psicoterapéutica y establecer relaciones terapéuticas.

Los objetivos y actividades de la comunidad psicoterapéutica en la sala de psicosis agudas pueden dividirse del modo siguiente:

1. *Una actitud hacia los pacientes, básicamente empática y compartida*. Los instrumentos principales para crear tal actitud fueron la supervisión y las reuniones clínicas, en las que se decidían los planes de tratamiento de común acuerdo.
2. *Comunicación recíproca abierta*, con los pacientes y entre los miembros del personal. La reunión del personal que se realizaba al final de la semana era de gran importancia, en la cual participaban todos los miembros de ese turno y se discutían problemas concretos.
3. *Varios procesos y actividades de grupo*. En nuestra sala de psicosis agudas no se realizaba terapia de grupo, pero usualmente se realizaban otras actividades de grupo como las reuniones de la mañana y las excursiones. Entre las reuniones de proceso, las reuniones de terapia que se describen más adelante ocupan un lugar especial.
4. *Desarrollo de relaciones terapéuticas* dentro de la comunidad terapéutica. Cada paciente, incluso aquellos cuyo tratamiento estaba centrado en la terapia familiar, tenía una *enfermera personal*, cuya responsabilidad era establecer una relación empática con el paciente. Algunas de estas relaciones progresaban, en una fase posterior, hacia una terapia individual basada en el contrato terapéutico, que podía continuar una

vez que el paciente estuviese de alta. Un prerrequisito era la supervisión personal, que se fue proporcionando gradualmente a todos los miembros del personal.

5. La importancia de *las actividades terapéuticas familiares* aumentó significativamente con el paso de los años y con frecuencia continúan con posterioridad al alta del paciente.
6. *Fomentar la continuidad de los contactos del paciente fuera de la sala del hospital*. Además del trabajo centrado en la familia, se incluye aquí el apoyo que se brinda a otras relaciones importantes del paciente, así como si fuese necesario- contactos con el medio laboral, con propósitos de rehabilitación.

Es natural que el trabajo en una comunidad terapéutica de este tipo sea más demandante para los miembros del personal que un trabajo que consista básicamente en observar los síntomas de los pacientes y obedecer las órdenes de los superiores. Se requieren cualidades tales como la apertura y la empatía, así como disposición para aprender. Después de trabajar en la sala, muchos miembros de la comunidad realizan un proceso de desarrollo personal, que les conduce al surgimiento o confirmación de un nuevo tipo de teoría sobre la humanidad. Algunos mejoran su competencia profesional a través de la psicoterapia personal y la formación en psicoterapia. Otros pueden decidir buscar un trabajo más ajustado a sus inclinaciones. Pero los que permanecen en la comunidad encuentran una mayor satisfacción con su trabajo que con la rutina previa de trabajar en las salas hospitalarias.

En su estudio comparativo, Salokangas (1986) encontró que los pronósticos promedio eran aproximadamente similares en los Grupos I y II, con la excepción de que la necesidad de pensiones por incapacidad y hospitalizaciones fue algo mayor en el Grupo II que en la I (ver Tablas 5.2 y 5.3, págs. 154,155).

Esto pudo deberse al hecho de que en el Grupo II había un número inusualmente alto de pacientes masculinos jóvenes, gravemente enfermos, cuyo pronóstico suele ser, en general, peor que el de las mujeres. No obstante, la diferencia más importante entre los grupos fue expresada por Salokangas del modo siguiente: los pacientes del Grupo II estaban más satisfechos con su tratamiento durante el ingreso que los pacientes del Grupo I, pero también permanecieron más tiempo en el hospital.

Salokangas (1986) enfatizó la necesidad de aumentar los servicios de consulta externa y rehabilitación. No cabe duda de que esta crítica estaba justificada y que apuntaba al mayor problema que confrontamos en las primeras fases de nuestro enfoque terapéutico la tendencia excesiva hacia la hospitalización debido a la falta de instalaciones y servicios de consulta

externa. Cuando se fundó la clínica, no se había contratado personal de consulta externa, dado que los funcionarios de salud de la ciudad dieron por hecho que el Departamento de Salud Mental realizaría todas las actividades de consulta externa. Ya a comienzos de los años 70, tratamos de mejorar la situación aumentando las visitas de seguimiento de los pacientes al personal del hospital y estimulando la cooperación con el Departamento de Salud Mental por ejemplo, a través de la supervisión psicoterapéutica- y con psicoterapeutas particulares. El tratamiento hospitalario se definió como una fase intermedia, con el propósito de planificar el tratamiento externo subsiguiente con el personal responsable del mismo.

Estos hallazgos en la fase inicial de nuestras actividades pueden haber dado lugar a dudas sobre la importancia del tratamiento hospitalario de este tipo en el pronóstico posterior de los pacientes. No obstante, los hallazgos de los grupos siguientes demostraron que estas dudas eran prematuras.

En los hallazgos del seguimiento en el Grupo III (Alanen y col., 1983, 1986) se observaron los beneficios obtenidos por los pacientes en el tratamiento en la comunidad psicoterapéutica. Aunque los primeros períodos de ingreso en la clínica fueron, en aquel entonces, todavía más largos que los de los pacientes en el Hospital Kupittaa (73 días vs. 27 días), la duración promedio de los períodos de ingreso siguientes fueron más cortos a partir del segundo año de seguimiento en adelante, entre aquellos pacientes ingresados en la comunidad terapéutica de la clínica que para los pacientes de primer ingreso en el Hospital Kupittaa, donde el tratamiento consistía fundamentalmente en medicación psicofarmacológica. El análisis estadístico indicó que la diferencia no se debía a otros antecedentes clínicos o psicosociales que pudieran afectar el pronóstico de los pacientes (Alanen y col., 1986).

Desarrollo de la terapia individual

El énfasis en el desarrollo de las relaciones terapéuticas para ese entonces se centraba en la *terapia individual de orientación psicodinámica*. Esto también se reflejó claramente en los hallazgos del seguimiento de 5 años. De los 100 pacientes del Grupo III, 26 estuvieron en terapia individual durante al menos dos años, consistentes en 80 o más sesiones, otros 31 pacientes tuvieron cada uno una relación terapéutica más corta, definida como terapia individual, 15 pacientes tuvieron 12 o más sesiones de terapia familiar durante al menos 6 meses, mientras que otros 10 tuvieron al menos 3 sesiones conjuntas (Alanen y col., 1986).

TABLA 5.1.
Proyecto Turku de Esquizofrenia. Grupos y estudios de seguimiento

Grupo	Año de Ingreso	Número de pacientes	Desarrollo de los enfoques terapéuticos	Estudios de seguimiento
I	1965-67 (24 meses)	100 (50)	Pacientes en terapia individual, enfoque hospitalario	1973-74
II	1969 (12 meses)	75 (39)	Pacientes en terapia individual o familiar; comienzo de las comunidades psicoterapéuticas	1971, 1977
III	1976-77 (19 meses)	100 (56)	Terapia individual y comunidades psicoterapéuticas bien desarrolladas; inclusión de cuidado comunitario	1978-79, 1981-82
IV	1983-84 (12 meses)	30	Enfoque adaptado a las necesidades con reuniones terapéuticas de familia iniciales, terapia familiar bien desarrollada	1985-86, 1988-89
V	1995-	?	Enfoque adaptado a las necesidades, la sectorización continua disminuye la barrera entre el cuidado comunitario y los hospitales	1997-2000

Los números entre paréntesis (Grupos I-III) se refieren a los pacientes diagnosticados con "esquizofrenia típica". En el Grupo IV, se aplicó la clasificación del DSM-III-R. Esta clasificación también se aplicó retrospectivamente a la Grupo III (Tabla 5.4).

Los resultados de la terapia individual fueron más satisfactorios que los de la terapia familiar. No obstante, la mayoría de los terapeutas carecían de una formación terapéutica apropiada; de éstos, dos tercios fueron supervisados en su trabajo con un paciente. Más del 40% de las terapias fueron realizadas por enfermeras. Muchas enfermeras psiquiátricas que estaban familiarizadas con los problemas de los pacientes psicóticos obtuvieron, con la ayuda de la

supervisión, buenos resultados en su trabajo como terapeutas de pacientes esquizofrénicos capaces de beneficiarse de la terapia individual (ver Aaku, Rasimus y Alanen, 1980). Además de su orientación natural hacia este tipo de trabajo, muchas de ellas también iniciaron su formación en psicoterapia posteriormente. Los terapeutas sin formación tuvieron más dificultades en la terapia familiar; se implicaban fácilmente en la "succión" de la red transaccional, por lo que el proceso terapéutico se estancó. Las terapias de pareja exitosas de algunos pacientes que se habían casado antes de su enfermedad fueron excepciones en este particular.

El efecto favorable de la terapia individual a largo plazo sobre las características clínicas de esquizofrénicos típicos es evidente en la Figura 5.1.

De los 56 pacientes con "esquizofrenia típica" en el Grupo III, 14 tuvieron terapia individual que cumplía los criterios ya mencionados (al menos 2 años, con un mínimo de 80 sesiones). La figura muestra el mejor pronóstico de estos pacientes con respecto a la necesidad de tratamiento hospitalario durante el período de seguimiento. Aunque en el grupo de pacientes que recibieron psicoterapia probablemente se incluyeron algunos pacientes cuyo pronóstico original era mejor, cabe destacar que la necesidad de tratamiento hospitalario sigue disminuyendo en este subgrupo, a diferencia del grupo completo (Alanen y col., 1986).

Desarrollo de la terapia familiar

Mientras confirmábamos los resultados relativamente mejores de nuestras terapias individuales en comparación con las terapias familiares, los hallazgos de los seguimientos del Grupo III revelaron, al mismo tiempo, la importancia de las actitudes de los miembros de la familia en la evolución del paciente. El hecho de que el paciente tuviese al menos un familiar empático en el momento de la evaluación inicial resultó ser uno de los predictores más importantes de buen pronóstico en el análisis de regresión logística cinco años más tarde (Alanen y col., 1986).

Dado que en Finlandia existía una necesidad evidente de formación constante en terapia familiar, incluso en otros campos además de la terapia de la psicosis, se estableció un *programa de tres años de formación en terapia familiar multidisciplinaria*, a través de la Asociación Finlandesa de Salud Mental, basado en los modelos utilizados en algunos otros países. La formación comenzó en Turku y Helsinki el otoño de 1979. La mayoría de los miembros del primer grupo de formación eran psicoanalistas. Desde el principio, sin embargo, la formación se orientó claramente hacia la terapia familiar sistémica. Considero que esta combinación de experiencia

psicoanalítica y sistémica fue un gran logro tanto en la formación como en el desarrollo subsiguiente de la terapia familiar.

Los efectos de la formación en terapia familiar pronto se hicieron visibles en el desarrollo de nuestra orientación psicoterapéutica. Dos psiquiatras, Klaus Lehtinen y Hilkka Virtanen y la enfermera de sala Riitta Rasimus formaron un equipo a comienzos de los 80 y comenzaron, bajo el asesoramiento de Viljo Räkköläinen (un psiquiatra con experiencia terapéutica psicoanalítica y familiar), a organizar reuniones regulares con los pacientes recién ingresados y sus familiares u otras personas cercanas a los pacientes, desde el comienzo del tratamiento (Lehtinen, 1993b, 1994; Lehtinen y Räkköläinen, 1986).

La nueva forma de comenzar el tratamiento con reuniones familiares frecuentes no tardó en demostrar su utilidad. Pudimos brindar un rápido apoyo al paciente y a sus familiares, que a menudo sentían una ansiedad extrema en esos momentos. Durante la reunión era posible obtener información adicional sobre la manifestación de la enfermedad del paciente y los factores asociados a su ingreso. El etiquetamiento del paciente como enfermo disminuyó tanto en el paciente como en los familiares, al relacionar la psicosis con sus problemas. "La situación se definió como algo diferente a la enfermedad mental en el sentido médico y/o místico y mágico tradicionales. Se trata de una situación difícil que, no obstante, es parte del curso de la vida e implica problemas que podrían describirse con palabras comunes" (Klaus Lehtinen, en Alanen y col., 1990a, p. 22).

Estas reuniones continuaron con frecuencia incluso después de la fase inicial de análisis, especialmente si el paciente estaba ingresado en el hospital. Dado que tenían un efecto terapéutico significativo, comenzamos a denominarlas *reuniones terapéuticas*. (Alanen y col., 1991; Lehtinen y Räkköläinen, 1986; Räkköläinen, Lehtinen y Alanen, 1991). Demostraron ser ventajosas no solo para los pacientes del grupo de la esquizofrenia, sino también para otros pacientes con indicación de hospitalización. Hilkka Virtanen (1991) ha informado sobre experiencias favorables de reuniones de terapia familiar en psiquiatría geriátrica.

La nueva orientación se empleó sistemáticamente en el tratamiento de los pacientes incluidos en el Grupo IV, durante 1983-1984. Un equipo de cuatro psiquiatras supervisó las actividades (Alanen, Lehtinen, Räkköläinen y Aaltonen, 1991; Lehtinen, 1993a, 1993b). Lehtinen tuvo la responsabilidad principal del trabajo práctico y le asistieron tres especialistas con formación en terapia familiar. Trabajaron en el proyecto paralelamente a sus actividades habituales. Con el fin de alcanzar las metas de desarrollo, en general, es mejor incorporar las actividades innovadoras como parte de la rutina normal de trabajo, en lugar de darles un estatus aparte como proyecto de trabajo.

Las familias estaban muy motivadas hacia el trabajo en equipo en el momento del primer ingreso de un familiar psicótico. El análisis inicial centrado en la familia (reunión terapéutica) se cumplió en el 87% de los 32 casos incluidos originalmente en los grupos. Los resultados iniciales fueron bastante estimulantes: los síntomas psicóticos de muchos pacientes desaparecieron o disminuyeron rápidamente como consecuencia de la intervención orientada hacia la familia. Y comparada con los grupos anteriores, los episodios de hospitalización fueron significativamente más cortos.

El equipo de supervisión del grupo analizaba con frecuencia la duración justificable del tratamiento. Lehtinen hizo énfasis en que los pacientes no necesariamente tenían que estar involucrados en el sistema terapéutico, ya que el tratamiento se podía convertir fácilmente en una rutina, lo que no hacía otra cosa que mantener el rol de paciente, mientras que yo defendía la necesidad de continuar los tratamientos psicoterapéuticos, señalando que los trastornos psicóticos son graves y recurrentes. Para ese entonces, las terapias familiares habían comenzado a eclipsar a las terapias individuales; aún se realizaban terapias individuales, pero en menor medida que en el primer grupo y no se organizaron como las terapias de familia.

Después de los seguimientos del Grupo IV (Alanen y col., 1991; Lehtinen, 1993a, 1993b), nuestras perspectivas se han acercado entre sí. En el Grupo IV había varios pacientes que se habían psicotizado en una crisis aguda y se encontró que respondían mejor después de la intervención inicial, incluso sin terapia adicional. Por otra parte, sin embargo, resultó que el tratamiento de muchos pacientes de mayor gravedad terminó mucho antes o sencillamente no continuó, dado que inicialmente no se planificó para un lapso de tiempo suficiente.

Una consecuencia de estas experiencias fue el establecimiento de una *clínica de admisión* en el hospital. El equipo que trabaja en esta clínica se reúne con los pacientes remitidos al hospital junto con sus familias incluso antes de que el paciente sea ingresado. Con frecuencia, el paciente no es admitido en la sala del hospital, pero el equipo continúa el tratamiento como una intervención en crisis en la clínica de admisión.

Por otra parte, dada la necesidad de terapeutas formados en terapia individual, en 1986 se inició un programa de formación multidisciplinaria de tres años (nivel especial) en terapia individual, cuyo objetivo eran los pacientes psicóticos, organizado en coordinación con el Centro de la Universidad para Estudios de Extensión. Posteriormente, también se organizaron programas de formación de nivel especial avanzado, en terapia familiar y psicoterapia individual, centrados en pacientes psicóticos y borderline, por un lapso de seis años en total (ver págs. 242-244).

Las intervenciones iniciales con los pacientes orientadas a la familia y al entorno recomendadas durante el ingreso no son, en sí mismas, ninguna novedad. Recordamos el trabajo realizado por el equipo de Langsley (Langsley, Machotks y Flomenhaft, 1971; Langsley, Pittman y Swank, 1969) en los años 60, descrito en el capítulo cuatro, cuyos resultados favorables lamentablemente parecen haber sido olvidados. No obstante, lo que sí es nuevo en nuestro enfoque, es el hecho de que estas intervenciones se incorporan en un modelo de tratamiento integrado, sistémico y de orientación psicodinámica para pacientes psicóticos, en el que otras actividades psicoterapéuticas tales como la psicoterapia individual, también tienen un papel importante.

Los hallazgos

Dado que el mayor énfasis en el Proyecto Turku era el desarrollo terapéutico aplicando los principios de la investigación-acción, la interpretación de los datos de nuestro seguimiento supuso varios problemas a causa de nuestro diseño de investigación. Dado que los datos fueron recogidos en diferentes centros, no representaban específicamente los efectos de nuestra propia orientación terapéutica. En particular, la orientación en el Hospital Kupittaa desde finales de los 60 hasta mediados de los 80 fue diferente de la nuestra, pues consistía básicamente en la medicación en un ambiente hospitalario convencional.

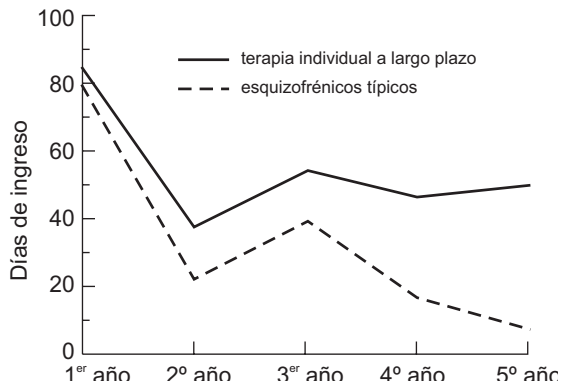

FIGURA 5.1. Proyecto Turku de Esquizofrenia-Grupo III. El resultado de la terapia individual a largo plazo de pacientes con esquizofrenia típica, se calculó en base al promedio anual de días de ingreso por paciente (según Alanen y col., 1986).

Los pacientes del Grupo I (ver Tabla 5.1) fueron ingresados para tratamiento antes de que se fundara la Clínica Psiquiátrica. En el Grupo II, alrededor del 80% de los pacientes fueron ingresados en las salas de la Clínica recién fundada. En el Grupo III, las salas y actividades externas de la Clínica fueron responsables de la atención primaria del 54% de los pacientes, mientras que la Clínica tomó un 70% de los pacientes que comenzaron estando ingresados. En el Grupo IV, las cifras correspondientes fueron 67% y 83%. En el Grupo III, pudimos comparar los efectos de diferentes orientaciones y ambientes terapéuticos. Solo en el Grupo IV había la misma orientación terapéutica, comenzando con la intervención centrada en la familia, llevada a cabo en todo el Distrito de Salud Mental.

Otro factor que dificultó la comparación de los resultados de los grupos entre sí fue la diferencia en los criterios diagnósticos entre los Grupos I-III, por una parte y el Grupo IV por la otra. Mientras que las primeras incluían psicosis del grupo de la esquizofrenia en un sentido amplio, los pacientes del Grupo IV fueron seleccionados con los criterios más estrictos del sistema del DSM-III. Además, el período de seguimiento fue de siete años y medio y de ocho en los Grupos I y II y de cinco años en los Grupos III y IV.

De acuerdo con los criterios utilizados originalmente en los Grupos I, II y III, los pacientes se subdividieron en cuatro categorías diagnósticas. Estas se definieron del modo siguiente:

> El grupo de la *esquizofrenia típica* incluyó a los pacientes que, además de un trastorno del pensamiento tipo esquizofrénico (en la práctica, el criterio de inclusión en todos los grupos), tuviesen algunos otros síntomas esquizofrénicos característicos que hubieran surgido en ausencia de cualquier factor precipitante tóxico u orgánico y con tendencia a persistir. Prestamos especial atención a la presencia de ocho síntomas nucleares de esquizofrenia: autismo, trastorno del pensamiento esquizofrénico, trastorno afectivo hebefrénico ("aplanamiento" afectivo), alucinaciones auditivas esquizofrénicas, delirios físicos de ser influenciado, delirios psicológicos masivos de ser influenciado, síntomas catatónicos típicos (estupor o excitación) y sensaciones de despersonalización y/o desrealización cuando el paciente tiene clara conciencia... El grupo de las *psicosis esquizofreniformes* incluyó estados psicóticos cortos o recurrentes, frecuentemente con un inicio repentino de los síntomas esquizofrénicos y síntomas de corta duración... Las *psicosis esquizoafectivas* se caracterizaron por la ocurrencia simultánea de síntomas esquizofrénicos y un estado mental claramente maníaco o depresivo... El grupo de la *esquizofrenia borderline* incluyó a los pacientes cuyos síntomas esquizofrénicos eran leves, menos característicos y usualmente de corta duración, aunque tendían a recurrir en la mayoría de los casos, e incluso ocasionalmente, tendían a hacerse crónicos (Alanen y col., 1986, págs. 33-34).

Los criterios del DSM-III para los síntomas son los mismos para el "trastorno esquizofreniforme" y la "psicosis esquizofreniforme". Los grupos se diferencian por la duración de los síntomas psicóticos característicos (incluyendo los síntomas prodrómicos y residuales), que es de 6 meses o más en el trastorno esquizofrénico y más de 2 semanas pero menos de 6 meses en el trastorno esquizofreniforme. Además, los criterios para el trastorno esquizofrénico incluyen "deterioro del nivel previo de funcionamiento en el área laboral, relaciones sociales y cuidado de sí mismo", comparado con el período prepsicótico o, en pacientes más jóvenes, "un fracaso en alcanzar el nivel de desarrollo social esperado", los cuales no están incluidos en los criterios del trastorno esquizofreniforme. De acuerdo con el DSM-III, solo el grupo de "esquizofrenia típica" en nuestra clasificación anterior cumple claramente los criterios para el trastorno esquizofrénico (e incluso algunos pacientes en este grupo tuvieron el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme del DSM-III).

Para que sea posible comparar los resultados, los pacientes del Grupo III se rediagnosticaron retrospectivamente empleando los mismos criterios del DSM-III-R tal y como se emplearon en los diagnósticos finales del Grupo IV. El mismo procedimiento de rediagnóstico (ver Kendler, Spitzer y Williams, 1989) se aplicó también a las psicosis esquizoafectivas. Klaus Lehtinen realizó los rediagnósticos, empleando el registro de datos y los protocolos de investigación del paciente y consultó también a los investigadores que entrevistaron a los pacientes en la fase inicial. Lehtinen también fue responsable de la caracterización diagnóstica final de los pacientes del Grupo IV.

Efectuamos tres comparaciones diferentes. En la Tabla 5.2 se presenta una comparación de los resultados en los Grupos I, II y III como un todo, siguiendo los criterios diagnósticos amplios empleados originalmente. En la Tabla 5.3, la comparación de estos resultados se limita únicamente a los pacientes del grupo con esquizofrenia típica. En la Tabla 5.4, se presenta el resultado de la comparación de los hallazgos del seguimiento de cinco años en los Grupos III y IV entre sí, incluyendo a los pacientes que, según el sistema del DSM-III-R, podrían diagnosticarse como trastorno esquizofrénico (38 pacientes en el Grupo III y 18 pacientes en el Grupo IV), trastorno esquizofreniforme (12 y 8 pacientes, respectivamente) o trastorno esquizoafectivo (3 y 2 pacientes respectivamente). Se incluyen tres variables pronósticas: una de tipo clínico (ausencia de síntomas psicóticos) y dos de tipo social (mantenimiento de la capacidad laboral y evitación de la baja por incapacidad). Adicionalmente, en la Tabla 5.4 se indican los días de hospitalización promedio por paciente durante 5 años.

Hay una tendencia hacia la mejoría en los resultados desde los grupos iniciales hasta el Grupo III con respecto a la presencia de síntomas psicóticos. No obstante, los criterios de resultados sociales no confirman el

desarrollo pronóstico positivo (que puede depender en parte de los cambios en la política de pensiones).

La Tabla 5.4 indica una mejoría definitiva del pronóstico observable al comparar los hallazgos de el Grupo IV con los del Grupo III. Una proporción amplia y creciente de los pacientes no tenía síntomas psicóticos y había un cambio notable en la habilidad para mantener la capacidad laboral y evitar la baja por incapacidad laboral. También se encontró un descenso importante en la cantidad de atención hospitalaria requerida por los pacientes, que fue de 132 días por paciente en promedio durante todo el seguimiento por un período de cinco años en el Grupo IV, mientras que en el Grupo III fue de 272 días. La diferencia fue especialmente obvia durante los dos primeros años de seguimiento, pero descendió ligeramente durante el cuarto y quinto año. Al final del seguimiento, 3 pacientes (9,7%) del Grupo IV y 7 pacientes del Grupo III (13%) fueron ingresados. En cada una de nuestros grupos había algunos pacientes seriamente enfermos a largo plazo, que necesitaron ser ingresados a lo largo de los últimos seguimientos.

Lehtinen (1993b) estudió también la evolución de estos grupos empleando las escalas tetra-dimensionales de Strauss-Carpenter (ingreso, contactos sociales, trabajo, síntomas) como criterios pronósticos (Strauss y Carpenter, 1972, 1974). La suma de las sub-escalas (rango 0-16) se comparó, empleando la prueba-*t* two-tailed. La media de los grupos 1983-84 fue 12,0 (*DT* = 4,2). La diferencia entre los grupos fue significativa ($p = 0{,}03$) y fue más notoria en la variable relativa al trabajo ("desempeño de un empleo útil") ($p = 0{,}002$).

Al analizar los hallazgos del seguimiento, no hay que olvidar que la influencia de nuestra orientación terapéutica en los 70 no alcanzó todas las áreas del distrito de salud mental. Hubo diferencias considerables en el tratamiento que recibieron los pacientes del Grupo III, dependiendo del lugar donde fueron tratados. El tratamiento de los pacientes en el Grupo IV fue mucho más uniforme, una de las razones fue que los equipos de terapeutas familiares vieron a todos los pacientes y sus familias en las reuniones organizadas inicialmente, independientemente del centro responsable del tratamiento. No obstante, este hecho no explica la diferencia significativa entre los hallazgos de estos dos grupos de pacientes.

Los hallazgos del seguimiento en nuestro Grupo IV pueden considerarse bastante buenos, incluso al compararlos con los hallazgos internacionales revisados en el capítulo dos. La mayor diferencia entre el tratamiento del Grupo IV y los grupos previos fue la realización de reuniones de terapia familiar, a las que asistían conjuntamente el paciente, los familiares y el equipo responsable del tratamiento y que, con frecuencia, continuaron a través de intervenciones en crisis orientadas hacia la familia. Las familias de los pacientes en los Grupos II y III también tuvieron reuniones en la

fase inicial del tratamiento, pero principalmente por motivos inherentes a la investigación y sin la presencia de los pacientes. Por tanto, estas reuniones no tuvieron un propósito de intervención terapéutica, como en el caso del Grupo IV.

La terapia familiar como tal también fue más común en el Grupo IV de lo que había sido previamente. Mientras el 25% de los pacientes en el Grupo III recibieron terapia familiar, la cifra correspondiente en el Grupo IV fue del 60%. La terapia familiar fue evidentemente más utilizada al comienzo del tratamiento: solo dos terapias de pareja continuaron después del primer año de seguimiento y rara vez se iniciaron nuevas terapias de familia en las etapas posteriores del tratamiento (Lehtinen, 1993b).

Alrededor del 30% de los pacientes en el Grupo III recibieron una terapia individual satisfactoria. En el Grupo IV, este porcentaje fue del 20% y el número de terapias individuales con sesiones relativamente poco frecuentes también disminuyó, dado que muchos de los pacientes interrumpieron el tratamiento muy pronto (Lehtinen, 1993b). Probablemente debido a las terapias individuales más prolongadas el resultado en el Grupo III mejoró levemente desde el seguimiento de dos años al de cinco años: el número de "pacientes con esquizofrenia típica" sin síntomas psicóticos aumentó, de acuerdo con nuestras estimaciones originales, de un 41% a un 49% (Alanen y col., 1983, 1986), mientras que el resultado de los pacientes en el Grupo IV disminuyó ligeramente, los porcentajes correspondientes fueron del 68% y 61% (Alanen y col., 1991; Lehtinen, 1993a).

En estos grupos, la mayor parte de los tratamientos psicoterapéuticos fue realizada por miembros del personal de la organización psiquiátrica pública, incluidas las enfermeras. Las actividades terapéuticas (especialmente la terapia individual) fueron complementadas por psiquiatras y psicólogos que trabajaban en el sector privado, ya sea porque los pacientes lo quisieron así o bien porque nosotros intentamos proporcionarles oportunidades terapéuticas más intensivas. No creo, sin embargo, que esto limite en modo alguno las conclusiones a las que podemos llegar sobre la base de nuestros hallazgos referentes al desarrollo de la atención pública en salud mental. Hay una tendencia extendida a aumentar la cooperación entre los sectores público y privado. Desde 1984, en Finlandia es posible desde el punto de vista legal que el sistema de salud público pague los servicios psicoterapéuticos del sector privado con el fin de complementar los recursos inadecuados.

A partir de estas observaciones podemos concluir que el énfasis puesto en las intervenciones iniciales y la orientación hacia la familia parece ser beneficioso. Según estos hallazgos, la recuperación de un estado psicótico regresivo, a través del tratamiento precoz e intensivo centrado en la familia, parece desempeñar un papel clave en el desarrollo posterior del tratamiento

de pacientes esquizofrénicos en la psiquiatría comunitaria. Sin embargo, los hallazgos del seguimiento en el Grupo III también sugieren que la psicoterapia individual a largo plazo puede beneficiar considerablemente a cierto número de pacientes. Los resultados del Proyecto NIPS Inter-Escandinavo, descrito más adelante, también apoyaron este punto de vista.

Según los hallazgos del seguimiento realizado por Lehtinen (1993a, 1993b), la evolución de las psicosis esquizofreniformes y esquizofrenias paranoides fue mejor, con significación estadística, en el Grupo IV que en el Grupo III, mientras que no se encontraron diferencias similares entre-grupos en los resultados de los pacientes que quedaron fuera de estas categorías diagnósticas, como los pacientes hebefrénicos ("desorganizados"). El principio de candor inherente a nuestra orientación terapéutica probablemente se ajustó bien a los pacientes esquizofrénicos paranoides. Nuestras experiencias clínicas confirmaron la efectividad de las intervenciones precoces especialmente en el tratamiento de estados psicóticos agudos: los síntomas psicóticos mejoraron más rápidamente de lo que ocurría previamente y los episodios de los pacientes ingresados fueron más cortos. Probablemente las intervenciones también redujeron el estado psicótico de algunos pacientes, evitando una duración de la psicosis compatible con los criterios del DSM-III-R para "trastorno esquizofrénico".

Estos hallazgos pronósticos deben ser confirmados por la investigación futura. Los investigadores de la Clínica han comenzado ahora un nuevo proyecto de investigación de grupos (ver Tabla 5.1) que tendrá lugar una vez que se hayan sectorizado las actividades del Distrito de Salud Mental de Turku. La orientación centrada en la familia está bien establecida, pero los hallazgos no se verán influenciados por el entusiasmo inicial presente en el Grupo IV.

Otras observaciones sobre los factores que afectan el pronóstico y la capacidad de recibir tratamiento

El estudio de seguimiento del Grupo III incluyó también una evaluación de los factores clínicos, psicosociales y terapéuticos que afectaron en mayor medida el resultado de los pacientes según el análisis de regresión logística. Cuando se hizo esta evaluación en la escala pronóstico tetra-dimensional de Strauss y Carpenter, el buen pronóstico de "esquizofrénicos típicos" estaba asociado a las siguientes variables, en un orden de importancia decreciente (Alanen y col., 1986):

1. El paciente recibió menos medicación neuroléptica que el promedio durante el seguimiento;

TABLA 5.2.
Proyecto Turku de Esquizofrenia
Comparación de los resultados clínicos y sociales del seguimiento en los grupos de pacientes de primer ingreso
(muestras originales de los Grupos I-III)

Grupo			Variable evaluada		
Nº	Año de Ingreso	Tamaño de la muestra	% de pacientes sin síntomas psicóticos	% de pacientes con plena capacidad laboral	% de pacientes sin baja por incapacidad
I	1965-67 (24 meses)	100	48	39	67
II	1969 (12 meses)	75	46	41	54
III	1976-1977 (19 meses)	100	69	43	59

Los hallazgos se basan en los seguimientos de ocho años de los Grupos I y II y el seguimiento de cinco años del Grupo III.

Los porcentajes se calcularon en base a los pacientes que asistieron a las evaluaciones de seguimiento (más del 90% en todos los grupos). Hubo 5 suicidios en el Grupo I, 2 en el Grupo II y 3 en el Grupo III.

2. La evaluación inicial demostró que el paciente tiene al menos un familiar empático;
3. El paciente era mujer; y
4. El paciente estuvo en terapia individual a largo plazo.

En grupos más numerosos, que también incluyen los trastornos más leves del grupo de la esquizofrenia, las primeras tres variables fueron las mismas y la cuarta variable fue que el paciente estaba trabajando en el momento del ingreso.

La cantidad de medicación neuroléptica que recibieron los pacientes durante el seguimiento naturalmente estuvo correlacionada con la severidad clínica de su enfermedad. No obstante, es interesante el hecho de que la severidad de la enfermedad del paciente no surge como variable que explique el análisis de regresión logística, sino que fue "encubierta" en el análisis por la variable neurolépticos. Interpretamos este hallazgo como relacionado con los efectos del enfoque terapéutico como un todo: los pacientes tratados fundamentalmente con psicofármacos no recibieron psicoterapia, mientras que el tratamiento psicoterapéutico, por otra parte,

TABLA 5.3.
Proyecto Turku de Esquizofrenia
Comparación de los hallazgos clínicos y sociales del seguimiento en grupos de pacientes de primer ingreso. Solo se han incluido los pacientes con diagnóstico de "esquizofrenia típica" (muestras originales de los Grupos I-III)

Grupo			Variable evaluada		
Nº	Año de ingreso	Tamaño de la muestra	% de pacientes sin síntomas psicóticos	% de pacientes con plena capacidad laboral	% de pacientes sin baja por incapacidad
I	1965-1967 (24 meses)	50	38	29	58
II	1969 (12 meses)	39	27	24	32
III	1976-77 (19 meses)	56	49	33	44

Los hallazgos se basan en los seguimientos de ocho años de los Grupos I y II y el seguimiento de cinco años del Grupo III.

Los porcentajes se calcularon en base a los pacientes que asistieron a las evaluaciones de seguimiento (más del 90% en todos los grupos). En este grupo de pacientes, hubo 2 suicidios en el Grupo I, 0 en el Grupo II y 2 en el Grupo III.

tuvo un efecto de disminución de la necesidad de neurolépticos, particularmente hacia el final del período de seguimiento. Además, el tratamiento que incluyó menos medicación neuroléptica que el promedio durante el seguimiento mantuvo una significación estadística (p = 0,001) extremadamente fuerte cuando tratamos de nivelar, en el análisis de regresión logística, la influencia de las variables antecedentes que tuvieron mayor efecto en el resultado Puntos 2 y 3 en el párrafo anterior. El efecto favorable de la variable psicoterapéutica en el pronóstico de pacientes con esquizofrenia típica, por otra parte, solo fue significativo de forma marginal (p = 0,068) en el análisis (Alanen y col., 1986).

Otros estudios sobre el pronóstico de la esquizofrenia han destacado también el mejor pronóstico de las mujeres comparado con el de los hombres (Goldstein y Tsuang, 1990; Salokangas, 1983). En nuestro estudio, probablemente la diferencia fue mayor por el hecho de que tuvimos más éxito para encontrar, entre nuestros pacientes, más mujeres que hombres que quisieran participar en la psicoterapia. El género masculino resultó

TABLA 5.4.
Proyecto Turku de Esquizofrenia
Comparación de los resultados clínicos y sociales del seguimiento de pacientes esquizofrénicos de primer ingreso diagnosticados según los criterios del DSM-III-R (Grupos III y IV)

Grupo			Variable evaluada			
Nº	Año de ingreso	Tamaño de la muestra	% de pacientes sin síntomas psicóticos	% de pacientes con plena capacidad laboral	% de pacientes sin baja por incapacidad	Días de hospitalización por persona a lo largo de 5 años
III	19676-1977 (19 meses)	56	38	30	49	272
IV	1983-84 (12 meses)	30	61	57	82	132

Fuente: Lehtinen, 1993b.

Los hallazgos se basan en los seguimientos de cinco años de los Grupos III y IV.

Los porcentajes se calcularon en base al número de pacientes que asistieron a las evaluaciones de seguimiento (53 pacientes en la Cohorte III, 28 pacientes en el Grupo IV). Hubo 2 suicidios en el Grupo III y 1 en el Grupo IV.

ser un factor que contribuyó a la exclusión de los pacientes de todas las actividades psicoterapéuticas en el Grupo III. Otros factores similares fueron el pertenecer al subgrupo paranoide, la ausencia de síntomas depresivos, una tendencia al abuso del alcohol o cualquier otra adicción y el bajo nivel educativo.

En el seguimiento del Grupo IV no hubo análisis estadísticos de este tipo. No obstante, podría concluirse que el aumento en las terapias de familia redujo el número de pacientes excluidos del tratamiento psicoterapéutico; muchos de los pacientes que estaban poco motivados por la terapia individual participaron en la terapia familiar.

El Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia

Un programa nacional para desarrollar el estudio, tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos organizado por el Consejo Nacional de Salud, la Asociación de Hospitales Mentales y la Liga de Hospitales, se llevó a cabo en Finlandia durante 1981-1987 (Alanen y col., 1990a, 1990b; Consejo Médico

Estatal de Finlandia, 1988; Tuori y col., 1997). El objetivo del programa era minimizar la orientación hospitalaria del tratamiento, con el objetivo específico de reducir a la mitad el número de pacientes esquizofrénicos nuevos y de larga data en las instituciones durante un período de diez años. Yo dirigí el programa a lo largo de su realización.

Una descripción más exhaustiva de los resultados del programa aparece en otro texto (Tuori y col., 1997). Desde el punto de vista de este libro, el Proyecto NSP (Nuevos Pacientes Esquizofrénicos) uno de los dos subproyectos principales del programa nacional- es interesante, ya que nos proporcionó la oportunidad de aplicar nuestra orientación terapéutica al contexto psiquiátrico más amplio de la comunidad. Viljo Räkköläinen coordinó el trabajo de desarrollo de este proyecto y Raimo Salokangas la investigación, conmigo como supervisor.

El proyecto se realizó en seis distritos (ver Figura 5.2) de los cuales, los distritos del Norte de Carelia y de Savo (ambos situados en Finlandia Oriental) y el distrito de Finlandia Central representaron las áreas con menor nivel adquisitivo del país, siendo también las regiones con un número significativamente alto de pacientes esquizofrénicos ingresados. El distrito de Satakunta Occidental está situado en la parte rural occidental de Finlandia, mientras que los distritos de Turku y Helsinki (este último representado en parte por el Distrito de Servicio de Helsinki Oriental) constituyeron los ambientes urbanos del Sur de Finlandia. La población del NSP de Turku fue el Grupo IV descrita anteriormente.

Los distritos que participaron sumaban una población de aproximadamente 1,1 millones de habitantes, lo que representa más de un quinto de la población total de Finlandia. Fueron seleccionados principalmente por su propio interés, pero se encontró que representaban muy bien la totalidad de Finlandia en términos de su estructura poblacional, grado de urbanización, estructura ocupacional, nivel de desempleo, nivel de ingresos y disponibilidad de servicios psiquiátricos públicos. La disponibilidad de servicios psiquiátricos particulares fue más alta de lo normal, debido a la inclusión de Helsinki y Turku. Desde el punto de vista geográfico, la muestra fue inadecuada ya que no incluyó ningún área del Norte de Finlandia (Salokangas, Stengård, Räkköläinen y col., 1991).

Los objetivos de las actividades terapéuticas se definieron fundamentalmente sobre la base de las experiencias obtenidas en Turku:

1. El tratamiento debía ser integral y adaptado a las necesidades específicas de cada caso. Debía realizarse un seguimiento de sus progresos así como revisar y cambiar la planificación del tratamiento, si la situación así lo requería.
2. El tratamiento debía basarse en los principios de la orientación familiar y psicoterapéutica.

FIGURE 5.2 Distritos participantes in el Proyecto NSP

3. Al comienzo del tratamiento, debía efectuarse un análisis interactivo de las necesidades de tratamiento, organizando reuniones terapéuticas con el paciente, los familiares y otras personas cercanas al paciente así como el equipo responsable del tratamiento.
4. El tratamiento debía estar orientado a la atención externa del paciente.
5. La medicación debía desempeñar un rol menor.
6. Las actividades de rehabilitación debían tomarse en consideración desde el inicio del tratamiento.

Cada uno de los distritos participantes estableció la organización del proyecto con un coordinador y personas de contacto, que asistieron al seminario organizado antes del comienzo del proyecto y a las reuniones de trabajo organizadas durante su curso. Aunque el objetivo era poner en práctica las modalidades de tratamiento definidas, se enfatizaba simultáneamente el hecho de que el trabajo orientado hacia un tratamiento innovador no debía ser inflexible, sino que más bien debía partir de las tradiciones locales de tratamiento. De este modo, hubo diferencias en las prácticas de tratamiento en los distintos distritos. El tratamiento definido por el personal como el más importante para tratar a los pacientes esquizofrénicos fue la terapia familiar en Turku, el tratamiento farmacológico en el Norte de Carelia y las relaciones terapéuticas individuales en los cuatro distritos restantes (Salokangas y col., 1987, 1991).

La *muestra de pacientes* del proyecto incluyó a todos los pacientes cuyas edades oscilaban entre 16-45 años, con un trastorno psicótico, que cumplieran ciertos criterios diagnósticos, ingresados por primera vez en cualquier centro de salud mental público de cada distrito participante durante 12 meses entre 1983-1984. La categorización diagnóstica se hizo siguiendo los criterios del DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980), de manera tal que quedaran incluidos los trastornos esquizofrénicos y las psicosis esquizofreniformes. También se incluyeron las psicosis esquizoafectivas según los criterios de RDC (Spitzar, Endicott y Robins, 1975), aunque en menor número. En la fase del estudio básico, todo el Proyecto NSP abarcó 227 pacientes (una incidencia anual de 20,2 por cada 100.000 habitantes; regional 16-23); 162 pacientes fueron diagnosticados con trastorno esquizofrénico (incidencia 14,4), 58 con psicosis esquizofreniforme y 7 con psicosis esquizoafectiva (Salokangas y col., 1987, 1991).

Los equipos regionales, que eran responsables de la evaluación básica de los pacientes, llevaron a cabo un seguimiento de dos años con 183 pacientes (84% de los cuales sobrevivieron) y un seguimiento de cinco años, con 180 pacientes (84,5% de los cuales sobrevivieron). Para ese entonces,

14 pacientes habían fallecido, 9 de ellos se suicidaron y otros 4 en accidentes de tráfico con implicaciones suicidas (Salokangas y col., 1991).

En la Tabla 5.5. se presentan los hallazgos del seguimiento de cinco años obtenidos en los diferentes distritos del Proyecto NSP. Los porcentajes se han calculado según los pacientes que asistieron a las evaluaciones de seguimiento. La disminución en la población total fue del 15,5%. Las puntuaciones en la Escala de Valoración Global (GAS) son una valoración del estatus funcional del paciente en una escala del 0-9, en la cual un valor alto indica un buen estatus funcional.

Las diferencias entre los distritos no fueron muy grandes. Al controlar en el análisis estadístico el efecto de las variables antecedentes que influyeron de forma más significativa en el resultado, los grupos de Turku difirieron del resto de la población con puntuaciones mejores en la GAS y con menos pacientes en situación de baja por incapacidad laboral en el seguimiento de cinco años. Los grupos de Helsinki también difirieron favorablemente con respecto a los otros distritos en el pronóstico social; la diferencia en cuanto a la capacidad para mantener el empleo fue significativa, lo cual es interesante porque relativamente muchos de los pacientes de Helsinki siguieron presentando síntomas psicóticos. Esto sugiere que un entorno urbano es más beneficioso en este sentido que un ambiente rural. El resultado psicosocial fue claramente menos favorable en los distritos rurales (Salokangas y col., 1991).

El porcentaje de pacientes que no recibían tratamiento alguno en el momento del seguimiento de cinco años fue más alto en Turku (54,8%, mientras que en los otros distritos osciló entre 11,4% y 33,9%). Esto estaba relacionado con los resultados relativamente favorables de los pacientes de Turku, pero también con el hecho de que en los grupos hubo algunos pacientes que como ya se mencionó anteriormente- abandonaron el tratamiento muy pronto. En general, se observó que la necesidad de tratamiento, que en realidad no se administró, aumentó en todos los distritos a lo largo del período de seguimiento.

La primera sesión de orientación familiar, en la que los familiares del paciente estaban presentes junto con el paciente, se realizó en el 70% de todos los casos. Esto demuestra que, con frecuencia, los miembros de la familia estaban muy motivados a reunirse con el equipo terapéutico en esta etapa, a pesar de las distancias ocasionalmente largas. Un hallazgo inesperado fue que el 72% de los pacientes necesitaba rehabilitación y socioterapia en el momento del ingreso. Esta necesidad fue más notoria en los distritos del centro y este de Finlandia. Las modalidades de rehabilitación y socioterapia requeridas con más frecuencia fueron la práctica de la interacción social, orientación vocacional y ayuda en la búsqueda de empleo.

TABLA 5.5.
Proyecto NSP
Resultados del seguimiento de cinco años de los pacientes esquizofrénicos de primer ingreso para recibir tratamiento en los diferentes distritos

Distrito	N	Variables estudiadas				
		Ausencia de síntomas psicóticos	Puntuación GAS	Plena capacidad laboral	Sin baja por incapacidad laboral	Nº promedio de días de hospitalización por paciente durante 5 años
Turku	31	60	5.9	61	81	123
Sakunta Occidental	33	61	5.4	27	60	218
Helsinki	24	65	5.3	54	67	175
Finlandia Central	34	64	5.1	21	52	199
Norte de Carelia	56	47	5.0	20	43	242
Norte de Savo	35	53	4.8	23	44	118
total	213	57	5.2	32	59	186

La cantidad de medicación neuroléptica empleada fue significativamente menor en Turku que en los otros distritos, desde las primeras fases. Al final del seguimiento de cinco años, más del 60% de los pacientes en Turku no recibían neurolépticos, lo que corresponde al 25% de todos los grupos del NPS. Es interesante acotar que el tratamiento hospitalario fue el menos común durante el período de cinco años en los dos distritos Norte de Carelia y Turku- ver Tabla 5.5 que difirieron fundamentalmente con respecto al tratamiento farmacológico. Una razón que explica la situación en Carelia fue la práctica bien establecida de atención domiciliaria activa. No obstante, ni esto, ni el alto nivel de medicación neuroléptica, produjo buenos resultados en otros aspectos.

Según los análisis estadísticos, los mejores predictores de resultados satisfactorios en el estudio NPS fueron la capacidad de trabajo y la situación laboral, un buen estatus funcional y deseos de vivir, en la evaluación inicial (ver Salokangas y col., 1989), la existencia de una relación heterosexual y el comienzo agudo de la enfermedad (Salokangas y col., 1991).

Después de tomar en cuenta estas variables predictoras, el efecto de los tratamientos sobre los resultados fue insignificante en el seguimiento de cinco años. La única excepción fue la terapia familiar con la familia nuclear, relacionada significativamente con la escasez de síntomas negativos de esquizofrenia.

Es difícil comparar los hallazgos pronósticos del Proyecto NSP con los de otros estudios, debido a los diferentes criterios de evaluación utilizados en cada estudio. El proyecto NSP que se realizó como acción de investigación también tuvo sus fallos metodológicos, como el hecho de que los equipos que realizaron los tratamientos, fueron los mismos que evaluaron a los pacientes posteriormente. No obstante, los hallazgos pueden considerarse relativamente favorables al compararlos con otros proyectos internacionales recientes. El Proyecto NSP puede compararse con proyectos que son similares en el hecho de incluir pacientes esquizofrénicos en su primer episodio. Hay tres estudios europeos recientes que, al igual que el Proyecto NSP, trabajaron con pacientes no seleccionados tratados con psiquiatría comunitaria a lo largo de un período de seguimiento de cinco años, es decir, los dirigidos en Mannheim, Alemania (Schubart, Krumm, Biehl y Schwarz, 1986; Biehl y col., 1986), Buckinghamshire, Inglaterra (Watt, Katz y Shepherd, 1983; Shepherd y col., 1989) y Escocia (Grupo escocés de Investigación sobre Esquizofrenia, 1987, 1992). El Grupo III de Turku (Alanen y col., 1986) así como el estudio Inter-Escandinavo NIPS (Alanen y col, 1994) descrito a continuación, también pueden añadirse a este grupo de estudios europeos recientes.

Los estudios ingleses y alemanes presentan los hallazgos obtenidos durante la "evolución natural" de esquizofrénicos de primer episodio,

sugiriendo que estos pacientes han recibido el tratamiento y los servicios "habituales". El proyecto escocés e inicialmente el inglés también- incluyeron una prueba terapéutica sobre el uso de dos neurolépticos diferentes. Ninguno de estos proyectos tuvo una orientación psicoterapéutica.

El resultado con respecto a los síntomas psicóticos es relativamente bueno en todos estos estudios: solo alrededor del 50% de los pacientes presentaba síntomas en el seguimiento. En relación a los criterios de pronóstico social, 57% de los pacientes ingleses tuvieron un deterioro "mínimo o leve", mientras que el 26% de los pacientes alemanes tenía un "ajuste bueno, en buenas condiciones", 39% "intermedio" y 35% "pobre". De los pacientes escoceses, solo el 19% tenía un empleo 5 años después. De acuerdo con la Tabla 5.5, el resultado social de los grupos del NSP finlandeses, en términos globales, quizás podría caracterizarse como intermedio comparado con los resultados de estos estudios europeos, a excepción de los pacientes de Turku y Helsinki con mejores resultados. La duración promedio de la estancia total en el hospital durante el seguimiento fue de 26 semanas (182 días) en el caso de los pacientes ingleses de primer ingreso casi exactamente la misma que la de los pacientes del NPS a nivel global (ver Tabla 5.5- mientras que en los grupos alemanes fue de 9 meses (270 días) y de 272 días para el Grupo III de Turku.

Los hallazgos del NSP indicaron que la orientación terapéutica desarrollada por nosotros también era aplicable en otras regiones de Finlandia y que parece mejorar la evolución de la esquizofrenia. No obstante, los hallazgos pronósticos no justifican otras conclusiones adicionales referentes a la influencia de la orientación, dado que los recursos cualitativos para las actividades terapéuticas eran escasos y la puesta en marcha de actividades orientadas hacia la familia apenas comenzaba en la mayor parte de los distritos. Además, con frecuencia, el período activo del tratamiento fue muy corto en todos los distritos debido a la falta de recursos. Muchos de los pacientes habrían necesitado una psicoterapia más intensiva que la que se les proporcionó.

El número de pacientes con ingresos de larga duración en los hospitales psiquiátricos finlandeses descendió un 63% entre 1982 y 1992. Al mismo tiempo, el número de miembros del personal de consulta externa ha aumentado de 2,7 a 5,1 por cada 10.000 habitantes. En la tabla 5.6 (Tuori y col., 1997) se presenta un resumen de los resultados de la evaluación de 10 años del Proyecto Nacional de Esquizofrenia.

TABLA 5.6.
Proyecto Nacional Finlandésde Esquizofrenia
Logro de los objetivos nacionales

Nº de pacientes a finales de año	Años				Descenso
	1982	1986	1990	1992	1982-1992
Pacientes esquizofrénicos a largo plazo nuevos	406	348		161	60%
Pacientes esquizofrénicos a largo plazo anteriores	5.687	4.419	3.083	1.822	68%
Total pacientes en hospital psiquiátrico	17.368	13.641	10.026	7.401	67%
Total camas en hospital psiquiátrico	19.692	16.460	12.336	9.730	51%

Fuente: Tuori y col., 1997.

Nota: En proporción a la población, el número de camas psiquiátricas disminuyó de 4,1 por millón de hab. en 1982 a 1,9 por millón de hab. en 1992. El número de miembros del personal que trabajaban en la consulta externa psiquiátrica aumentó de 2,7 por cada 10.000 hab. en 1982 a 5,1 por cada 10.000 hab. en 1992

El Proyecto Inter-Escandinavo NIPS

El distrito de Turku también participó en el proyecto escandinavo sobre el desarrollo e investigación del tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia (Investigación Nórdica sobre la Psicoterapia de la Esquizofrenia, NIPS: Alanen y col., 1994) utilizando el Grupo IV del mismo modo que en el proyecto NPS. Las otras regiones participantes en el proyecto fueron Uppsala y sus alrededores, en Suecia (dirigido por Rolf Sjöström), parte de Oslo en Noruega (Endre Ugelstad) y Roskilde y sus alrededores, en Dinamarca (Bent Rosenbaum). Todos estos centros emplearon los mismos criterios diagnósticos para reunir una población no seleccionada de pacientes de primer ingreso, del grupo de la esquizofrenia, ingresados en centros públicos de salud mental en sus áreas de captación, en cuya evaluación inicial y de seguimiento se emplearon protocolos de investigación estandarizados.

Las orientaciones terapéuticas eran marcadamente diferentes, si bien todas se basaban en los principios psicodinámicos. El proyecto danés se orientó hacia la terapia individual, centrándose en la consulta externa. El proyecto sueco también realizó terapia individual, pero se orientó más hacia la terapia ambiental a largo plazo dentro de una sala hospitalaria.

Noruega se inclinó por la terapia individual de apoyo-psicodinámica a largo plazo complementada con terapia familiar cuando fuera necesario. Finlandia empleó nuestro modelo de tratamiento adaptado a las necesidades haciendo énfasis en las intervenciones orientadas a la familia durante la fase inicial, mientras que el número de terapias individuales fue relativamente bajo.

En la fase de procesamiento de los resultados, Bengt-Åke Armelius (Umeå, Suecia) se incorporó al equipo como investigador externo que llevó a cabo el análisis estadístico de los resultados del seguimiento de cinco años.

Recientemente se publicó una monografía sobre los hallazgos del proyecto (Alanen y col., 1994). Los hallazgos pronósticos centrales se muestran en la Figura 5.3, donde los resultados del seguimiento de cinco años en la población total (*n* originalmente = 63; durante el seguimiento = 57) se han categorizado según la Escala de Strauss y Carpenter (Strauss y Carpenter, 1972). La figura muestra el número de pacientes que cumplían con los requerimientos de las mejores categorías pronósticas en cada punto. Adicionalmente, también se indica el número de pacientes que no tomaban medicación neuroléptica al final del seguimiento. La columna blanca indica los hallazgos en la población total y la columna negra los hallazgos en el grupo nuclear de esquizofrénicos (diagnósticos de trastorno esquizofrénico según el DSM-III-R, *n* en el seguimiento = 41).

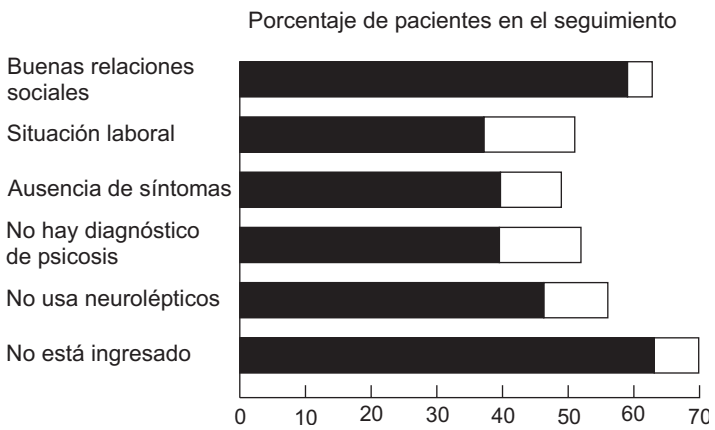

FIGURA 5.3. Hallazgos del seguimiento de cinco años del Proyecto NIPS. Las columnas blancas indican los hallazgos en los grupos totales de pacientes (n = 57), las columnas negras indican los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico según el DSM-III-R (n = 41). (Alanen y col., 1994).

Cerca de la mitad de los pacientes no tenía síntomas psicóticos (incluso el 39% de aquellos diagnosticados con trastorno esquizofrénico) y una proporción similar estaba en capacidad de trabajar. Claramente, más de la mitad ha mantenido relaciones sociales buenas o satisfactorias. La proporción de pacientes que recibieron tratamiento hospitalario durante el último año de seguimiento (ver la columna más baja en la Figura 5.3) se incrementó levemente por el prolongado tratamiento institucional del proyecto sueco (en ese entonces realizado en un albergue de tratamiento situado en un área residencial común).

En comparación con otros estudios mencionados anteriormente (Biehl y col., 1986; Grupo Escocés de Investigación sobre Esquizofrenia, 1992; Shepherd y col., 1989), debe recordarse que una proporción considerablemente menor de los pacientes del NIPS que aquellos de los otros estudios, tuvieron tratamiento neuroléptico durante la fase de cinco años de seguimiento. En esta fase, más de la mitad (un 56%) de nuestros pacientes no tenían medicación neuroléptica (al menos un 46% de los que tenían un trastorno psicótico) y solo 8 pacientes (14% del grupo total) tomaban dosis diarias de neurolépticos correspondientes a más de 250 mg de clorpromacina por día. Hasta un 79% de los pacientes en el estudio escocés, por ejemplo, tuvieron medicación antipsicótica durante el último año de seguimiento. Es bien sabido que estos fármacos pueden suprimir particularmente los síntomas positivos de la esquizofrenia y con frecuencia se recomiendan como tratamiento continuo de mantenimiento. Sin embargo, en el Proyecto NIPS el objetivo era mejorar la condición de los pacientes lo suficiente como para evitar la medicación antipsicótica innecesaria.

El análisis de regresión efectuado por Armelius (en Alanen y col., 1994) indicó que casi el 70% de la varianza en los resultados de los pacientes del NIPS estaba determinada por los efectos del estatus del paciente en el momento del ingreso y por el subgrupo diagnóstico al que pertenecía. Cuando estas variables se tomaron en cuenta, las diferencias en el tratamiento representaron solo un 18% adicional del resultado (que, debe recordarse, tenía una orientación psicoterapéutica en todas las regiones). Si suponemos que el tratamiento precoz e intensivo realizado especialmente en Turku evitó que algunos de los pacientes con un diagnóstico inicial de psicosis esquizofreniforme cumplieran con los criterios de trastorno esquizofrénico posteriormente, el impacto de la variable tratamiento en el resultado debe estimarse como algo mayor.

Al final del Proyecto NIPS concluimos que las modalidades de tratamiento psicoterapéutico en este estudio afectaron el resultado, pero no debe exagerarse su importancia, ya que los efectos de las otras variables fueron superiores. No obstante, incluso si solo obtenemos cambios

modestos en el número de pacientes que se recuperan totalmente con el tratamiento psicoterapéutico precoz que puede ser un incremento entre el 10-20%- esto tendrá un impacto considerable a nivel económico y en la calidad de vida a largo plazo.

Los resultados del seguimiento del subgrupo finlandés en el NIPS fueron mejores que los de los otros grupos, pero un análisis de regresión mostró que esto se debía al hecho de que nuestra población incluyó más pacientes con diagnóstico de psicosis esquizofreniforme que las otras poblaciones, dado que -además de los efectos probables de nuestra fase de tratamiento precoz intensivo- a pesar de nuestros intentos por uniformizar los criterios diagnósticos, aparentemente éstos siguieron siendo más estrictos en los otros grupos (especialmente el grupo sueco), de acuerdo con las tradiciones escandinavas.

El modelo de tratamiento tal y como se define en la monografía basada en las experiencias del NIPS (Alanen y col., 1994) atribuyó una importancia crucial a las intervenciones intensivas centradas en la familia en la fase inicial. Además, se enfatizó que los resultados de la psicoterapia individual a largo plazo en el Proyecto NIPS, según el análisis de regresión, fueron satisfactorios en términos globales, en oposición a planteamientos adversos basados en estudios previos (ver capítulo cuatro) con respecto a su utilidad. La psicoterapia de apoyo de orientación psicodinámica con una frecuencia de sesiones baja, practicada por terapeutas comprometidos (especialmente en el proyecto noruego), obtuvieron resultados tan buenos como los de las técnicas más orientadas hacia la comprensión. Se recomendó la consulta externa como prioridad, pero los pacientes que requieren tratamiento a largo plazo también parecieron beneficiarse de las comunidades terapéuticas. Los autores subrayaron también que, en términos de la rehabilitación social, es necesario identificar en el primer episodio los problemas en las relaciones sociales, empleo y vivienda.

Concepto y principios del tratamiento adaptado a las necesidades

El término "tratamiento adaptado a las necesidades", que denota nuestra orientación terapéutica, se ha inspirado en la heterogeneidad y singularidad de las necesidades terapéuticas de cada paciente esquizofrénico. El término también ha sido criticado. Nos han preguntado, por ejemplo, qué queremos decir con "necesidades" y cómo podemos definir las necesidades en cada caso. No estamos hablando de necesidades en términos filosóficos o de

fenómenos psicológicos-sociales, sino de un concepto clínico que describe lo que un paciente particular necesita.

No es fácil dar una definición no ambigua de las necesidades terapéuticas, como tampoco son útiles las pruebas o inventarios para evaluar tales necesidades. Lo que estamos proponiendo es un enfoque hermenéutico: una comprensión psicológica de los problemas y la situación terapéutica y actuar sobre la base de esta comprensión. Aaltonen y Räkköläinen (1994) desarrollaron el concepto de "representación mental compartida que guía el proceso terapéutico", que consideran un prerrequisito para lograr un tratamiento integral de la esquizofrenia. Con esto se refieren a la comprensión compartida por el equipo terapéutico referente a la situación del paciente y a la importancia de sus síntomas. En las reuniones terapéuticas exitosas puede ocurrir que el equipo alcance una comprensión compartida aunque con frecuencia a diferentes niveles-así como el paciente y sus familiares y esto ayuda a mejorar el estado psicótico.

Una parte importante de la comprensión viene del darse cuenta de que el tratamiento es un proceso, en el que las necesidades también pueden cambiar. Nuestro deseo de subrayar este punto fue la razón por la que abandonamos el término "tratamiento específico de necesidades" (Alanen y col., 1986) y lo sustituimos por el término más flexible "tratamiento adaptado a las necesidades" (Alanen y col., 1991).

Una justificación adicional para el término "tratamiento adaptado a las necesidades" es el hecho de que, hasta donde sé, pocos pacientes esquizofrénicos reciben actualmente el tipo de tratamiento que necesitan. Por el contrario, muchos están recibiendo un tratamiento que no necesitan, como el uso excesivo de neurolépticos. El concepto de "tratamiento adaptado a las necesidades" también implica evitar los tratamientos innecesarios.

Principios generales del tratamiento adaptado a las necesidades

Los principios generales de nuestro enfoque terapéutico pueden expresarse en términos de cuatro máximas (Alanen y col., 1991; Alanen, 1992).

1. Las actividades terapéuticas se planifican y se realizan de manera flexible e individualmente en cada caso, de manera que satisfagan las necesidades reales y cambiantes de los pacientes y de las personas que forman parte de su red de relaciones interpersonales; por lo tanto, es importante evaluar tanto el

estado subjetivo clínico, psicológico y social del paciente, como la condición psicológica de la familia u otras redes interpersonales esenciales a las que pertenece.

La investigación sobre las necesidades terapéuticas centrada en la familia se realiza con el fin de aliviar las tensiones que probablemente generan en los miembros de la familia la crisis psicótica y la conducta psicótica continuada. Además, el enfoque interactivo es de fundamental importancia en la planificación del tratamiento, dado que el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos depende, en gran medida, de la calidad de las relaciones interpersonales existentes en su entorno. Esto se debe a la dependencia del paciente, primaria y secundaria inducida por la enfermedad- hacia los otros y, con frecuencia, también a la dependencia de los otros hacia el paciente a través de los procesos psicodinámicos intrafamiliares, tales como las relaciones simbióticas recíprocas y procesos introyectivos-proyectivos asociados.

Por tanto, en la evaluación inicial es necesario investigar la posible presencia de dicha dinámica psicológica y detectar las necesidades del paciente y de otros miembros de la familia (y ocasionalmente de otras personas cercanas al paciente) para obtener ayuda en esta situación difícil de la vida. Los recursos positivos que ellos representan deben ser tomados en cuenta durante la planificación del tratamiento. La orientación subsiguiente del tratamiento, ya sea de terapia individual o bien de terapia familiar, se determina en gran medida a través de esta evaluación inicial. Las reuniones conjuntas de terapia descritas a continuación constituyen un buen recurso para la evaluación sistémica de la situación.

La situación social del paciente y la necesidad de medidas para mejorarla también deben considerarse en el momento del ingreso.

2. *En la evaluación y el tratamiento predomina una actitud psicoterapéutica.*

Una "actitud psicoterapéutica" consiste en el intento por comprender lo que le ha sucedido y le está sucediendo a los pacientes y a las personas que forman parte de su red interpersonal y de qué modo podemos emplear esta comprensión como base para tratarles y ayudarles. Sullivan (1954) denominó a los investigadores y/o terapeutas con tal actitud observadores participantes porque tratan de aproximarse a los pacientes de manera empática, pero manteniendo simultáneamente una actitud externa que le permita hacer una observación a nivel del yo y ayude al observador a mantener la distancia necesaria.

Una actitud de este tipo supone también la observación de las propias reacciones emocionales. Como han señalado en repetidas ocasiones Searles (1965), Benedetti (1985), Boyer (1986, 1989) y Herbert Rosenfeld (1987), entre otros, la contratransferencia del terapeuta es de gran importancia en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Esta actitud sirve de base

para la planificación y realización de todos los tratamientos, incluyendo las pautas psicofarmacológicas.

3. *Diferentes enfoques terapéuticos pueden complementarse mutuamente en lugar de constituir una situación tipo "este/o aquel" enfoque.*

Las actividades terapéuticas deberían integrarse entre sí, lo cual es tan esencial entre las modalidades psicoterapéutica y psicofarmacológica como para las diferentes modalidades psicoterapéuticas. Un prerrequisito adicional para la integración es la cooperación entre las diferentes personas y centros responsables del tratamiento de un paciente, incluyendo el conocimiento adecuado del curso de las actividades terapéuticas, si bien se mantiene la confidencialidad necesaria, particularmente, en las terapias individuales.

4. *El tratamiento debe alcanzar y mantener la calidad de un proceso continuo.*

Esto significa que el tratamiento debe concebirse como un evento evolutivo, un proceso interactivo continuo que no debe decaer en una secuencia rutinaria de sesiones. En condiciones óptimas, el proceso activa el desarrollo interno y nuevas capacidades para las relaciones interpersonales. Naturalmente, los retrocesos son posibles, pero en un proceso continuo son generalmente menos graves que las crisis previas del paciente y, ocasionalmente, pueden ser un paso previo para el progreso (un hecho que no ha sido ampliamente reconocido por los psiquiatras).

La calidad del proceso de tratamiento puede mantenerse si se supervisan y evalúan su curso y resultados, con la posibilidad consiguiente de cambiar los planes de tratamiento. En los hospitales, esto se hace organizando nuevas reuniones terapéuticas. Esto suele ser conveniente cuando se producen crisis en relaciones de consulta externa. La supervisión puede ser útil en el seguimiento de los casos de terapia individual o si no se dispone de supervisión- las discusiones con los colegas cuando sea necesario.

5. *El seguimiento de los pacientes individuales y de la eficacia de los métodos de tratamiento* también es importante en la evaluación y desarrollo del funcionamiento de todo el sistema terapéutico. En su monografía sobre la terapia familiar y la esquizofrenia, Klaus Lehtinen (1993b) agregó este punto como el quinto principio general a los cuatro presentados anteriormente.

Evolución del tratamiento adaptado a las necesidades y valoración de los diferentes tipos de tratamiento

Cuando las reuniones terapéuticas se convirtieron en el punto de partida de nuestras actividades, a medida que el pensamiento sistémico ganaba

terreno, nuestro equipo elaboró un diagrama (Figura 5.4) para representar el peso relativo habitual de las modalidades de tratamiento de orientación psicoterapéutica aplicadas durante el curso del tratamiento adaptado a las necesidades en casos de psicosis esquizofrénicas, psicosis paranoides y trastornos psicóticos agudos

En la Fig. 5.4 se indica el *foco terapéutico principal*. Esto no excluye la posibilidad de que otras modalidades de tratamiento puedan aplicarse simultáneamente: por el contrario, es muy común que el paciente tenga una relación de terapia individual y paralelamente asista a terapia familiar ésta es la norma en las comunidades psicoterapéuticas- pero el centro de atención del tratamiento puede, inicialmente, ser la terapia familiar y sólo

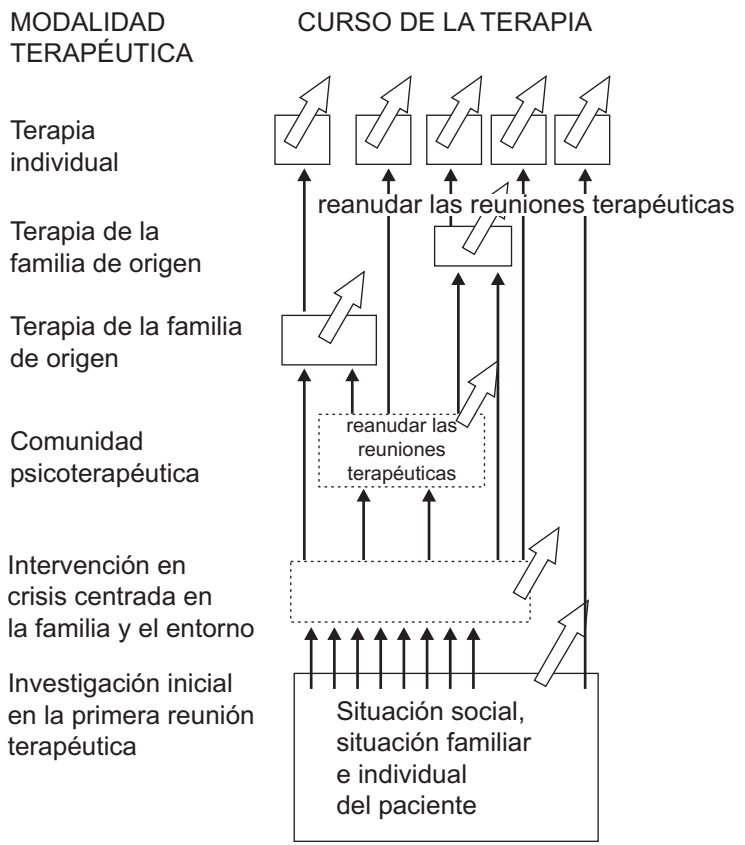

FIGURA 5.4. El peso usual de las modalidades psicoterapéuticas de tratamiento durante el curso del tratamiento adaptado a las necesidades

proceder a la terapia individual cuando -a través de la terapia familiar- se han echado las bases para una relación terapéutica individual.

La parte inferior del diagrama representa el punto de partida, el análisis inicial a partir del ingreso, que se logra principalmente a través de reuniones terapéuticas. Las flechas verticales negras indican la forma en que el foco del tratamiento cambia a continuación, de forma diferente según los diferentes pacientes, de una modalidad de tratamiento a otra, mientras que las flechas diagonales blancas indican la finalización del tratamiento, el cual como se muestra en el diagrama- es posible en todas las fases.

La Figura 5.4 no debe interpretarse de forma muy literal. La adaptación a las necesidades ocasionalmente puede requerir que el foco terapéutico cambie en una dirección opuesta a la de las flechas: si, por ejemplo, un paciente que está en terapia individual entabla una relación de pareja permanente, puede estar indicado que el paciente asista conjuntamente con su pareja.

O puede suceder que, después de todo, la decisión concerniente a la modalidad de tratamiento inicial no fuese satisfactoria por lo que puede ser mejor suspender la terapia individual y reanudar las reuniones conjuntas. Ciertamente no es fácil lograr en todos los casos una adecuada comprensión psicológica de la situación que atraviesan el paciente y las personas cercanas a éste este proceso puede requerir un largo tiempo.

En general, el siguiente principio es válido: cuando se requieran varias modalidades de tratamiento, usualmente es conveniente proceder de las modalidades menos específicas orientadas a la familia o al entorno hacia las individuales, más específicas y focalizadas. En la Figura 5.4 se muestra esta tendencia principal a cambiar el foco del tratamiento. Este esquema se diseñó en base a la experiencia con pacientes del grupo de la esquizofrenia de primer ingreso. Sin embargo, también puede aplicarse cuando el paciente es reingresado o dado de alta para continuar en consulta externa. En tales casos, la modalidad de tratamiento con frecuencia se selecciona en base a la experiencia previa especialmente si el paciente ya tiene una relación terapéutica- pero una reunión terapéutica, no obstante, está indicada con el fin de reevaluar la situación y lograr una integración terapéutica.

Evaluación inicial y comienzo del tratamiento: Reuniones terapéuticas

En psiquiatría, la evaluación y el tratamiento siempre se funden en un todo inseparable. Las actitudes y definiciones que los pacientes afrontan en la evaluación inicial tendrán un impacto significativo en sus expectativas

referentes al personal terapéutico y en las actitudes hacia ellos. En una oportunidad, Martti Siirala (1986) lo expresó acertadamente con unas pocas palabras: la enfermedad y la forma en que se aborda equivalen a la enfermedad en su próxima fase.

La *reunión terapéutica* (Alanen y col., 1991; Räkköläinen y col., 1991) constituye la parte central de la evaluación inicial y también es la parte más importante desde el punto de vista terapéutico. Además de ser importante en el diagnóstico con el diagnóstico de las necesidades terapéuticas como núcleo del proceso- también comienza la intervención en crisis, que con frecuencia continua, organizando nuevas reuniones conjuntas durante los días siguientes.

Las funciones de la reunión terapéutica se resumen a continuación:

1. Obtener y compartir información sobre los factores asociados a la manifestación y fases de la enfermedad del paciente y su ingreso para recibir tratamiento: *función informativa*.
2. Una oportunidad para evaluar la dinámica familiar en vivo y diagnosticar las necesidades terapéuticas sobre la base de una interpretación interactiva de la situación: *función diagnóstica*.
3. Una oportunidad para brindar apoyo al paciente y a los familiares precisamente desde el principio: *función terapéutica*.

Dependiendo de las circunstancias específicas de cada caso, la importancia terapéutica de las reuniones aumenta por los siguientes factores adicionales:

4. Las reuniones permiten observar directamente los problemas centrales y controversias en las relaciones interactivas, tales como reacciones hacia el ingreso del paciente en el hospital y las actitudes paranoides que pueden estar implícitas. De este modo se hace posible una elaboración preliminar de este tipo de problema.
5. Minimizan las experiencias de rechazo experimentadas por el paciente ingresado en el hospital y le facilitan el mantenimiento de las relaciones interpersonales existentes fuera del hospital.
6. Con frecuencia disminuyen la tendencia a etiquetar al paciente como enfermo y el consiguiente aislamiento psicológico que éste puede experimentar (ver la descripción de "cierre" de Scott y Ashworth, 1967).
7. De acuerdo con nuestras experiencias, estas reuniones también atenúan la regresión psicótica del paciente; creo que esto puede deberse a dos factores ostensiblemente opuestos:

   a. La escucha y el hecho de prestarle el mismo nivel de atención que a los otros participantes en la reunión, refuerza la parte adulta del paciente;

   b. Probablemente la reunión satisface las necesidades de ambos, el paciente y los padres.

8. Las reuniones motivan a los miembros de la familia a asistir a un tratamiento centrado en la familia en las fases posteriores, siempre que dicho tratamiento esté indicado.

De ser posible, la primera reunión terapéutica debe fijarse incluso antes de que el paciente sea ingresado. En el Distrito de Salud Mental de Turku, el equipo que trabaja en la clínica de admisión -mantenida conjuntamente por los hospitales- se encarga de esto. En muchos otros distritos de Finlandia, los *equipos de psicosis aguda* que fueron recomendados por el Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia (Alanen y col., 1990a) y que trabajan en las Oficinas de Salud Mental- coordinan las reuniones terapéuticas (ver capítulo siete). Los pacientes que han sido ingresados durante la noche por urgencias se reúnen la mañana siguiente con un miembro del personal de sala. Si no hay familiares o amigos, o no pueden ser contactados, solo el paciente está presente en las reuniones. Si el paciente ha de ser ingresado, los equipos del personal de sala fijan las próximas reuniones terapéuticas, con la presencia de un miembro del equipo de psicosis aguda para que transmita la información.

En el Proyecto Finlandés NSP, el 68% de los pacientes del grupo de la esquizofrenia, de primer ingreso, fueron ingresados en el hospital para observación contra su voluntad. De estos, el 20% fueron ingresados como pacientes voluntarios después de un período de observación (en ese entonces eran 5 días). De acuerdo con las experiencias de la Clínica Psiquiátrica de Turku, la proporción de pacientes que se dieron cuenta de su necesidad de ser ingresados aumentó al establecer la práctica de fijar las reuniones terapéuticas y el personal de sala centró sus esfuerzos en una aproximación empática hacia el paciente durante los primeros días del ingreso. A finales de los 80, aproximadamente el 50% de los pacientes ingresados para observación continuaron su tratamiento durante el ingreso de manera voluntaria, después del período de observación. Esto es muy importante para el establecimiento de las relaciones terapéuticas.

Si las reuniones conjuntas o individuales continúan durante los días siguientes como una intervención en crisis efectiva, usualmente puede suceder que el ingreso ya no sea necesario. Para muchos pacientes, el hecho de ser llevados a un hospital psiquiátrico producirá un trauma de por vida en su autoestima. Cuando el ingreso se hace necesario, lo mejor es explicarle las razones del tratamiento, de manera tal que pueda comprenderlas aunque no necesariamente las acepte.

El establecimiento de las reuniones terapéuticas se ve facilitado por el hecho de que los familiares o amigos del paciente psicótico asisten frecuentemente para hacer consultas al personal terapéutico o acompañan al paciente en la primera visita. Si acuden primero a un centro ambulatorio, desde el cual se le remite a un hospital psiquiátrico o centro de consulta

externa, el médico que hace la referencia debería asegurarse de que estos familiares o amigos acompañen al paciente. Incluso si un paciente es reingresado en el hospital, en la mayoría de los casos es útil acordar una nueva reunión terapéutica para estudiar la situación de forma más amplia, a menos que el paciente se rehúse.

He tenido cierta experiencia acerca de cuán importante puede ser el contacto con la familia incluso en las fases posteriores del tratamiento con pacientes psicóticos. Probablemente la experiencia más memorable tuvo lugar con una paciente muy joven que había sido abandonada por su esposo y se dio cuenta entonces de su propia falta de equilibrio, abandonó a su hijo en un albergue infantil y finalmente regresó en un estado de total incomunicación y repliegue autista. Al principio, los intentos para que la madre y la hermana de la paciente asistieran a una reunión terapéutica fracasaron; la madre prometió venir, pero siempre cancelaba la cita. Los intentos del personal de sala por establecer contacto con la paciente seguían siendo infructuosos ella continuaba en un estado de mutismo incluso con su enfermera personal. Dos meses después, la madre vino finalmente y asistió a una reunión. La paciente no habló durante la reunión, pero dos días más tarde comenzó a hablar, aunque al principio de forma psicótica. La recuperación de la paciente durante las semanas siguientes fue compatible con los procesos de desarrollo descritos en los textos de psicoanálisis: una vez recuperada de su estado autista, se enamoró simbióticamente de un paciente, tratando de cogerle de la mano dondequiera que él fuese. Después de esto, comenzó a interesarse en otras relaciones en su entorno, fue a ver a su hijo al albergue infantil y se le dio el alta en un estado de total organización psíquica. Desde el principio, el proceso de recuperación fue catalizado por la relación con su enfermera personal.

En la reunión terapéutica también se evalúan el estado clínico y psicológico individual. No obstante, con frecuencia hay que complementar esta evaluación con conversaciones individuales con el paciente. Esto es esencial cuando el paciente solicita una entrevista privada o el equipo nota que el paciente la está esperando, o sucede que la privacidad es necesaria para analizar la situación y/o establecer una relación confidencial con el paciente. A un paciente que es ingresado en el hospital debe proporcionársele de inmediato la posibilidad de hablar con alguien y establecer una relación terapéutica de tipo individual.

Algunos psiquiatras estadounidenses de orientación psicoterapéutica han sugerido que los síntomas psicóticos de un paciente esquizofrénico ingresado para su tratamiento primero deben suprimirse con medicación neuroléptica intensiva, después de lo cual se hace posible abordar el estado del paciente psicoterapéuticamente. Disiento de esta opinión. La

introducción de la medicación y en particular la medicación neuroléptica- debería, si es posible, posponerse en la fase inicial y centrar el mayor esfuerzo en la aproximación y establecimiento de un contacto psicológico con el paciente y su situación vital. Esto es especialmente importante en los primeros ingresos. De otro modo, perderíamos la oportunidad de ver la situación individual y transaccional del paciente *in vivo* y definiríamos y etiquetaríamos el estado del paciente como enfermedad en el sentido médico, sin haber tratado de evitar tal etiquetamiento desde un comienzo. Además, con frecuencia el acercamiento psicológico es tan efectivo como los neurolépticos para calmar al paciente.

En la fase inicial también es importante indagar sobre la situación social del paciente y las necesidades de rehabilitación asociadas con ésta como pudimos observar claramente en el Proyecto NPS. Asuntos de este tipo pueden surgir durante las reuniones terapéuticas. Posteriormente, la rehabilitación se discute más a fondo en cooperación con el paciente y el trabajador social del centro, y con frecuencia, las discusiones implican contactar con el empleador del paciente y sus compañeros de trabajo o con funcionarios de trabajo social, por ejemplo. El paciente debe dar su consentimiento para dichos contactos y preferiblemente participar en su realización.

¿Quién necesita el hospital?

He subrayado la importancia del tratamiento externo en la autoestima de muchos pacientes, en casos en los que es justificable evitar el tratamiento hospitalario. No obstante, éste no siempre es el caso y no debe ser una meta en sí mismo. Hasta donde sé, el tratamiento en una comunidad psicoterapéutica sigue siendo necesario para más de la mitad de los pacientes de primer ingreso, del grupo de la esquizofrenia. No siempre requieren ser ingresados, debido a que la comunidad terapéutica funciona muy bien en las salas de hospital de día.

En general, hay tres tipos de pacientes psicóticos para quienes el tratamiento hospitalario es necesario. El primero superpuestos parcialmente- está constituido por aquellos pacientes en los que el grado de regresión o el tipo de trastorno (p. ej., una conducta que pone en peligro la integridad del paciente o de otras personas) requiere un entorno seguro o de contención. En este grupo, usualmente está indicado el tratamiento involuntario. La segunda indicación tiene que ver con la motivación del paciente (y/o de sus familiares) por un tratamiento psicoterapéutico adecuado. Especialmente para muchos pacientes graves de primer ingreso, un tratamiento a largo plazo (usualmente de pocos

meses) en la comunidad psicoterapéutica es un prerrequisito necesario para la continuación del tratamiento a nivel externo. El tercer grupo está constituido por pacientes que encuentran en la sala un refugio social temporal y necesario en una situación vital difícil por ejemplo, a raíz de un divorcio o la pérdida de la vivienda.

La duración del período de ingreso necesario depende exclusivamente de factores individuales, específicos del paciente. Existen, sin embargo, algunos puntos que quiero destacar. Primero, el tiempo que el paciente deba permanecer en el hospital debería ser realmente para su beneficio. Esto no significa que el tratamiento deba ir a un ritmo tal que acelere el alta del paciente. En una oportunidad, un colega comparó el hospital al cual remitió a su paciente con una máquina de ranura para las monedas que está averiada y expulsa la moneda tan pronto ésta ha sido insertada. Este no debería ser el caso por el contrario, tan pronto se establecen las indicaciones del tratamiento de ingreso y el tratamiento ha comenzado, el personal terapéutico debe concentrarse en los problemas del paciente sin una prisa excesiva, con el propósito de establecer una relación terapéutica favorable y promover el proceso de desarrollo estimulado por ésta.

En algunos casos, esto puede requerir cierto tiempo, pero el paciente debería tener algo más que una existencia improductiva. Para evitar el riesgo de la institucionalización, también debemos apoyar continuamente los contactos del paciente fuera del hospital organizando permisos, servicios de hospital de día y ocasionalmente, estimular al paciente a trabajar o estudiar. Naturalmente, esto resulta más fácil en los entornos urbanos que en los de tipo rural.

En la Clínica de Turku no tardamos en aprender a garantizar la *continuidad de las relaciones terapéuticas* evitando trasladar al paciente de una sala a otra mientras el tratamiento estaba en marcha. Ahora hay tres tipos de pacientes en la sala cerrada de pacientes agudos en la clínica: los que están allí siguiendo una pauta de tratamiento involuntario, los que están ingresados voluntariamente (muchos de los cuales, después de un período de tratamiento involuntario- ahora tienen derecho a moverse libremente, incluso con permisos para ir a sus hogares) y los que comenzaron su tratamiento como pacientes ingresados pero luego pasan a la condición de pacientes de día. Este esquema también es útil para la sala: es más fácil concentrarse en los pacientes más difíciles por las noches, cuando la sala está relativamente vacía; también la presencia de los pacientes de día, que generalmente están en mejores condiciones, hace que la atmósfera de la sala sea menos cerrada y más positiva incluso para los pacientes cuyo estado no es tan bueno. Los traslados de la sala cerrada a la abierta o a la sala especial del hospital de día (y a veces también en sentido inverso) ocurren ocasionalmente, dependiendo de factores específicos del

paciente, pero son relativamente raros y usualmente tienen lugar durante las fases iniciales del tratamiento, antes de establecer una relación terapéutica con el paciente.

Finalmente, debemos recordar que un propósito del tratamiento hospitalario debe ser la planificación del tratamiento posterior del paciente, de tipo externo siempre que sea necesario- y usualmente es necesario en el caso de los pacientes esquizofrénicos. Para algunos pacientes tratados en la comunidad psicoterapéutica, la continuación del tratamiento con el mismo terapeuta puede ser posible después del alta. No obstante, con frecuencia esto no es factible. El trabajo preparatorio para la continuación del tratamiento debe efectuarse en cooperación con la persona o personas responsables del tratamiento externo, independientemente de que sean miembros del personal del hospital o externos. Las reuniones terapéuticas en presencia del paciente son la mejor herramienta para esta planificación.

Algunos psicoanalistas o terapeutas de orientación psicoanalítica (si bien no todos) que remiten a sus pacientes para un tratamiento temporal en el hospital y/o reanudan la terapia de su paciente después de un ingreso, rehúsan a asistir a estas reuniones por el temor a que esto pueda deteriorar la relación terapéutica basada en la transferencia. En el caso de los pacientes esquizofrénicos, con frecuencia esta cautela es excesiva, siempre que el terapeuta mantenga una actitud terapéutica consistente incluso durante las reuniones, así como la confidencialidad de la relación con el paciente. Las ventajas de este procedimiento son mayores que los riesgos para la relación terapéutica y la integración del tratamiento; esta es la mejor forma de evitar sesgos proyectivos posiblemente presentes tanto en el personal de las comunidades como en los profesionales externos.

Sobre las indicaciones de las diferentes modalidades de psicoterapia

Los procesos de individuación interna y separación externa siempre están desarrollados de forma menos adecuada en los trastornos esquizofrénicos que en los trastornos neuróticos más leves. En cualquier evaluación de las necesidades terapéuticas de un paciente psicótico, es importante tener una idea de la severidad del trastorno en lo relativo a este aspecto en otras palabras, determinar si los problemas psicológicos principales del paciente están asociados a su psicología internalizada o bien, y qué tan concretamente, a relaciones de dependencia mutua con otras personas (el grado de *individuación relacional*, para emplear el término de Stierlin (1983; Stierlin y col., 1977). Aunque uno de los objetivos psicoterapéuticos es

promover el desarrollo del paciente hacia la individuación, puede resultar imposible alcanzar esto solo con la terapia individual a menos que también se produzcan ciertos avances en las relaciones con los otros.

El carácter agudo o a largo plazo del trastorno también es importante en la planificación de la modalidad y duración del tratamiento. Así, por ejemplo, una pronta *intervención en crisis* a continuación de la primera reunión terapéutica puede ser suficiente para manejar crisis psicóticas o casi-psicóticas que obviamente están relacionadas con situaciones problemáticas agudas. Sin embargo, una reevaluación de la situación unas semanas más tarde suele ser necesaria para asegurarse de que la crisis está realmente superada. Siempre es útil recomendar a las diferentes partes en la crisis que, si es necesario, contacten con el equipo terapéutico, lo que de por sí, incrementa la sensación de seguridad. La necesidad de tratamiento adicional a nivel familiar o individual debe ser evaluada conjuntamente con el paciente y/o la familia.

La intervención en crisis generalmente es de orientación familiar o ambiental, pero también puede realizarse o continuar a nivel individual. Seria útil incluir en las sesiones con la autorización del paciente y en su presencia- a personas de su entorno académico o laboral con más frecuencia de lo acostumbrado hasta ahora. Una actitud de apertura puede ser útil tanto para el paciente como para su entorno, atenuando la desconfianza mutua.

El paso desde la intervención en crisis centrada en la familia hacia la *terapia familiar* suele producirse de forma gradual a lo largo de las reuniones conjuntas consecutivas. La etiqueta "terapia familiar" puede generar resistencia en algunos casos y su uso no siempre está indicado, aún en aquellos casos en los que el proceso se va transformando gradualmente en un tratamiento a largo plazo. Wynne y sus colaboradores (Wynne y col., 1986), por ejemplo, prefieren emplear el término "consulta". En Finlandia, preferimos hablar de "reuniones de familia". En la práctica, estas reuniones pasan a ser terapia familiar cuando, de forma explícita, se acuerda que continúen y los participantes definen ciertas metas.

Las terapias conjuntas con las familias de origen suelen estar indicadas en casos de pacientes jóvenes que se han psicotizado gradualmente, cuyos contactos fuera del hogar son limitados y cuya diferenciación de sus padres es inadecuada. Las personalidades de muchos de estos pacientes son frágiles y han sufrido una regresión mayor en el desarrollo del proceso psicótico, debido a que estas relaciones simbióticas con sus padres constituyen una parte central de su dinámica psicológica interna o, al menos, de la parte a la que podemos acceder.

En estos casos, los problemas de las familias siempre son serios, ya sea primariamente como tiendo a interpretarlos en la mayor parte de los casos- o, al menos, secundariamente, como consecuencia de la enfermedad del paciente. Los objetivos de la terapia usualmente son dobles: por una parte, se brinda apoyo a toda la familia mientras que, por la otra, se estimula y facilita el proceso de diferenciación entre el paciente y sus padres. Aún cuando la comunidad terapéutica y la terapia individual hayan logrado movilizar las tendencias simbióticas del paciente- las cuales también pueden permanecer ocultas en el caso de individuos autistas- el desarrollo siguiente de la relación terapéutica puede verse frustrado sin la terapia familiar, si uno de los padres encuentra dificultades para abandonar su relación simbiótica con el hijo. En algunos procesos terapéuticos exitosos, la orientación del tratamiento cambia hacia la terapia individual al mismo tiempo que los padres cambian a una terapia de pareja, lo que les ayuda a diferenciarse del paciente y hace que su relación sea más satisfactoria factores éstos que tienden a estar interrelacionados.

Entre los casos más serios de esquizofrenia también están aquellos en los que los prerrequisitos para la terapia individual son escasos de forma permanente y tanto el paciente como la familia se benefician más del tratamiento centrado en la familia a largo plazo, que puede incluso prolongarse por décadas.

Pero la terapia familiar de la familia de origen podría ser necesaria y frecuentemente sus resultados son satisfactorios- incluso en el tratamiento de pacientes jóvenes con cuadros menos graves, con psicosis aguda o clasificados como esquizofrenia borderline, siempre que el núcleo de sus problemas parezca radicar en la ambivalencia para independizarse de sus familias.

La terapia de la familia de procreación o *la terapia de pareja* está indicada en las fases iniciales del tratamiento de la mayor parte de los pacientes que han establecido una familia o una relación de pareja. La manifestación de la psicosis en estos pacientes, que han hecho ciertos progresos en su desarrollo interno y en sus relaciones interpersonales aunque aún tengan una notable necesidad de dependencia- con frecuencia, está claramente asociada a problemas intrafamiliares, fundamentalmente relativos a la relación de pareja. Hay otros aspectos de las relaciones interpersonales que también son significativos. Puede ser importante, por ejemplo, que los padres del paciente y sus suegros estén presentes en las primeras reuniones. En general, la psicosis es una descompensación regresiva y nuestra experiencia ha demostrado que las oportunidades de recuperación son más rápidas y mejores en la terapia familiar o de pareja que en la terapia individual. Si el tratamiento adolece por completo de cualquier orientación familiar, existe el riesgo de que la situación se prolongue de un modo que

siendo compatible con la dinámica psicológica de la pareja- produzca cambios permanentes de la homeostasis familiar perjudiciales para el paciente y que solidifican su rol como paciente.

A muchos psiquiatras puede no gustarles la idea de incluir a los niños en la terapia familiar de un paciente psicótico, con el fin de protegerlos de experiencias traumáticas. No obstante, en nuestra experiencia este argumento está justificado con menos frecuencia de la que cabría esperar, porque los síntomas psicóticos con los que los niños, en cualquier caso, están familiarizados- con frecuencia mejoran en una situación terapéutica; el efecto final puede minimizar realmente los traumas y mistificación previos. La presencia de los niños requiere naturalmente una sensibilidad especial y control por parte del equipo terapéutico, el cual puede tener que intervenir en la discusión muy firmemente, si fuera necesario. El papel de los niños en la dinámica familiar es muy importante y su inclusión también puede ser informativa. Mi propia manera de manejar tales situaciones es solicitar la presencia de los niños en algunas de las sesiones iniciales, aunque las preguntas concernientes a ellos continuarán discutiéndose. También puede ser necesario limitar el tratamiento a la terapia de pareja en el caso de que los problemas sean referentes a la relación sexual de la pareja y/o uno de ellos tiene una relación extra-conyugal.

La terapia familiar o de pareja no es posible en todos los casos, ya que la pareja puede rehusar asistir, lo cual es más común entre las pacientes que entre los pacientes. En tales casos, hay que confiar en la terapia individual. La terapia individual es necesaria como continuación de la terapia familiar o de pareja, cuando la relación termina en divorcio o el núcleo principal de los problemas psicológicos está definitivamente relacionado con el propio desarrollo interno del paciente. El tipo de tratamiento con el que se continuará se determina en función de las motivaciones específicas de cada caso.

Por este motivo, es relativamente común que la orientación cambie de terapia familiar a *terapia individual* a medida que avanza el tratamiento (ver Figura 5.4). El cambio es más natural y más claramente predictivo de un buen resultado cuando la iniciativa de comenzar una terapia individual a largo plazo proviene del paciente y el asunto se discute también durante las sesiones de terapia familiar.

La terapia individual desde el principio (Figura 5.4, lado derecho) es más adecuada para pacientes cuyo desarrollo de la personalidad está más diferenciado que el de los esquizofrénicos promedio. La mayoría se habrá separado de sus familias de origen aunque la separación concreta como tal no puede considerarse un indicador de la fase de separación-individuación psicológica.

Un análisis de regresión logística en el seguimiento de cinco años del Grupo III de Turku (Alanen y col., 1986) mostró que los pacientes que estuvieron en terapia individual de orientación psicodinámica a largo plazo difirieron del resto de los pacientes esquizofrénicos en cuatro variables antecedentes: (1) una comprensión inicial de las conexiones entre sus problemas y sus síntomas, (2) la ausencia de comportamientos tipo acting-out, (3) el inicio agudo de los síntomas, y (4) la presencia de síntomas neuróticos junto con los de tipo psicótico. Las esquizofrenias borderline fueron ligeramente más comunes en este grupo que las otras categorías clínicas, pero el subgrupo más numeroso estaba constituido por pacientes con esquizofrenia típica con una tendencia a establecer relaciones simbióticas.

Las teorías relativas a las indicaciones de terapia individual en la esquizofrenia son sorprendentemente confusas. Muchos de los terapeutas más destacadas tales como Benedetti (1985) y Boyer (1986) hacen énfasis en los factores personales asociados con la contratransferencia experimentada por el terapeuta. Volkan (1990) también afirma que prefiere comenzar trabajando con los pacientes que parecen comprender sus problemas y síntomas desde el principio, frecuentemente a nivel de proceso primario. Dicha comprensión también puede alcanzarse en fases posteriores del tratamiento.

Desde el punto de vista de los servicios de salud pública, es importante tratar de evitar intentos inútiles de tratamiento. Por tanto, en la terapia individual es importante subrayar la diferencia entre las relaciones terapéuticas de apoyo con sesiones relativamente poco frecuentes y una actitud empática que obviamente son útiles para muchos pacientes- y las relaciones intensivas, de orientación psicoanalítica cuyo objetivo es el desarrollo de la personalidad del paciente. Este ultimo tipo de terapia es más exitosa cuando (1) el trastorno del paciente no pertenece a la categoría clínica más grave, en lo relativo a los síntomas (la desorganización de la personalidad no es muy profunda o de larga data) y a la capacidad para relacionarse, (2) existe una motivación y comprensión de lo que supone un trabajo a largo plazo, tanto en el paciente como en el terapeuta, y (3) los prerrequisitos para la continuidad necesaria de la relación terapéutica están presentes. Descuidar este último punto puede conducir a una decepción que puede ser fatal para algunos pacientes.

La ausencia de *terapia de grupo* en la Figura 5.4 puede parecer sorprendente. Sin embargo, hasta donde sé, su importancia en la esquizofrenia es menor en lo relativo a la patología del trastorno que la de las terapias familiar e individual. Por consiguiente, su desarrollo ha recibido menos atención y menos recursos para nuestro trabajo. No obstante, la participación de muchos pacientes esquizofrénicos en la terapia de grupo ha demostrado ser provechosa, especialmente en su rehabilitación social.

Aunque nuestras propias experiencias en terapia de grupo son relativamente escasas, hay varias actividades de grupo definidas en términos amplios que se han tornado cada vez más importantes en las comunidades psicoterapéuticas de la clínica. Son esenciales para dar forma a la estructura global de las actividades de la comunidad de la sala y para mejorar las destrezas sociales y los contactos de los pacientes. La necesidad de actividades grupales es particularmente alta en el caso de los pacientes a largo plazo y puede existir también en los centros de rehabilitación, albergues y otros centros fuera del hospital, como demostraron, por ejemplo, las experiencias de Anttinen (1983, 1992).

¿Cómo pueden combinarse las modalidades de psicoterapia cuyos marcos de referencia son diferentes?

¿De qué manera es posible combinar la terapia familiar sistémica y la terapia individual psicodinámica? ¿Acaso no genera problemas la diferencia entre sus respectivos marcos de referencia? La respuesta es que estas modalidades de tratamiento no deberían considerarse contradictorias, sino complementarias entre sí. Algunos psicoanalistas y terapeutas de familia tienden a exagerar las diferencias entre estas modalidades de tratamiento, debido a los prejuicios o la ignorancia sobre la verdadera naturaleza de uno u otro método. Lo que se necesita es una actitud de respeto genuino hacia la forma de trabajo del otro.

En Turku, la integración se ha visto facilitada por el hecho de que muchos psicoanalistas se han interesado en la terapia familiar e incluso algunos han contribuido a su divulgación. Probablemente esto sea suficiente para demostrar que las dos modalidades de tratamiento pueden combinarse en una concepción básica sobre la naturaleza de las psicosis y otros trastornos psíquicos. No obstante, este no siempre es el caso y pueden surgir problemas. Pero igualmente puede haber problemas entre los terapeutas de familia que tengan teorías de la enfermedad diferentes como entre psicoanalistas con ideas diferentes sobre la esquizofrenia.

Existen más diferencias entre las técnicas de estas modalidades de tratamiento que en sus concepciones u objetivos básicos. Las diferencias técnicas, a su vez, son fáciles de comprender como consecuencia de lo que se hace en cada tipo de terapia: la terapia psicoanalítica individual aspira a comprender e influir sobre los procesos internos, mientras que la terapia de familia trabaja con las redes interactivas en las que participan varios individuos. Los procesos de tratamiento descritos en la parte final del capítulo seis ilustran de qué modo la terapia familiar puede ser un

prerrequisito para la terapia individual. Cuando los mecanismos de defensa transaccionales y las estructuras de apoyo externo dejan de ser necesarios, la capacidad para renunciar a éstos facilita el reconocimiento de los problemas internos y su elaboración a través de la terapia individual.

La terapia familiar sistémica de la forma en que se practica dentro de nuestra orientación terapéutica- también apunta a una comprensión psicodinámica que nos ayude a formular las hipótesis y comunicaciones interpretativas que presentamos a las familias. Aparte de alcanzar esta comprensión empática, también es necesario, tanto para la familia como para los terapeutas individuales, mantener una distancia neutra. Esta es una razón importante para realizar una terapia familiar como un trabajo de equipo, el cual puede resultar ajeno a los psicoanalistas. Un terapeuta familiar que trabaje solo tiene más probabilidades de perder su posición de observador y asumir inconscientemente el papel de miembro de la familia.

La combinación de terapia familiar psicoeducativa con terapia individual de orientación psicodinámica puede resultar más problemática que con la terapia familiar sistémica. Resulta más fácil incluir los elementos psicoeducativos en los planes de tratamiento globales de los pacientes esquizofrénicos a largo plazo.

Combinar el tratamiento psicofarmacológico y la psicoterapia es común en el tratamiento de las psicosis, si bien los marcos de referencia terapéuticos y el objetivo del tratamiento son diferentes obviamente. A pesar de esto, la medicación también puede integrarse como parte de las actividades terapéuticas adaptadas a las necesidades, basadas en una comprensión psicodinámica.

Conclusiones

El término "tratamiento adaptado a las necesidades" se refiere a un enfoque integral pero individualizado de la esquizofrenia, de orientación psicoterapéutica para tratar las psicosis esquizofrénicas y otras psicosis relacionadas. Se desarrolló gradualmente en la Clínica Psiquiátrica de Turku a lo largo de un período de dos décadas y ahora también se aplica en otras regiones de Finlandia y otros países del Norte de Europa. El tratamiento se basa en la comprensión psicodinámica de las necesidades terapéuticas específicas de cada paciente. Nos pareció que esto era importante, dada la heterogeneidad de los trastornos esquizofrénicos, tanto desde el punto de vista clínico como en lo referente al estado psicológico y social del paciente. Esto plantea una serie de retos terapéuticos. Encontramos que también es importante evaluar las necesidades

terapéuticas de la familia y de cualquier otra red de interacción esencial de la que el paciente forme parte y responder a éstas, debido a las tensiones que la psicosis del paciente puede generar en las personas relacionadas con él y dado que el tratamiento depende en gran medida de la calidad de las relaciones interpersonales del paciente. El tratamiento farmacológico se considera una medida auxiliar de apoyo a la psicoterapia y se emplea en dosis bajas o moderadas, según las necesidades del paciente.

El enfoque orientado a la familia nos condujo a la implantación de las reuniones conjuntas iniciales (reuniones terapéuticas) a las que asistían el equipo terapéutico, el paciente y los familiares u otras personas cercanas al paciente. A través de sus funciones informativas, diagnósticas y terapéuticas, estas reuniones de orientación sistémica demostraron ser de gran importancia en la planificación y realización del tratamiento. Con frecuencia, los síntomas psicóticos de pacientes en fase aguda desaparecían o disminuían rápidamente. Con muchos pacientes, las reuniones terapéuticas continúan como intervenciones en crisis, como terapia familiar o como un medio renovado de diagnóstico e integración en una fase posterior del tratamiento. No obstante, durante el curso de la terapia, con frecuencia es oportuno transferir el foco del proceso terapéutico desde las modalidades familiar y ambiental menos específicas hacia las más específicas, como la psicoterapia individual a largo plazo, de orientación psicodinámica.

El Proyecto Turku de Esquizofrenia y el Proyecto Multicéntrico Finlandés (NSP) se basaron en los principios de la investigación-acción centrada en los problemas, con el objetivo de desarrollar actividades terapéuticas dentro de la psiquiatría comunitaria, en lugar de hacer ensayos aislados y pruebas de investigación para el estudio de los resultados de modalidades de tratamiento específicas. Según los estrictos principios científicos aplicados en las pruebas controladas de psicoterapia, es fácil identificar las debilidades de nuestros proyectos. No obstante, como señalé anteriormente, también podemos criticar los estudios controlados por su rígida metodología. Un enfoque de tratamiento que pretenda responder a la diversidad de necesidades terapéuticas de los pacientes a nivel individual, no puede estudiarlas siguiendo unas reglas que podrían, por ejemplo, impedir cualquier cambio en las prácticas de tratamiento. La única manera de aplicar una metodología controlada al estudio de los resultados del tratamiento adaptado a las necesidades sería comparar entre sí una o más áreas de captación donde una de las áreas trabajara según sus principios como un todo y la(s) otra(s) practicasen tratamientos basados en diferentes premisas. Aún así, debemos ser conscientes de que este tipo de enfoque no puede implantarse de una vez en cierta área, sino que es producto de procesos de desarrollo de mayor duración que, a su vez, requieren diferentes actividades de formación y supervisión.

Hemos comparado los resultados de nuestro seguimiento con estudios anteriores realizados con pacientes esquizofrénicos de primer ingreso, en Finlandia y otros lugares y encontramos que el tratamiento adaptado a las necesidades mejoró significativamente los resultados de los pacientes esquizofrénicos de primer ingreso, especialmente con respecto a su pronóstico psicosocial. Los resultados del Grupo IV del Proyecto Turku donde el enfoque se practicó en su forma avanzada, fue claramente mejor que el de los primeros grupos de Turku y otros seguimientos anteriores efectuados en Finlandia. Los hallazgos del seguimiento del Proyecto NSP, en el cual el enfoque se inició dentro de un contexto geográfico más extenso, también fueron prometedores y resultaron favorables al compararlos con los resultados de otros estudios europeos contemporáneos. Enfoques psicoterapéuticos diferentes aunque relacionados, incluidos en el Proyecto Psiquiátrico Inter-Escandinavo NIPS fueron igualmente exitosos. Un hallazgo notable en los Grupos de Turku y en el Proyecto NIPS fue el descenso considerable en la necesidad de medicación neuroléptica producido en los pacientes a través los enfoques psicoterapéuticos. Más de la mitad de los pacientes esquizofrénicos del Grupo IV de Turku funcionó bien sin los neurolépticos, cinco años después de su primer ingreso y lo mismo sucedió con la muestra del NIPS a nivel global.

Debe hacerse énfasis en un factor adicional: el efecto humanizador de nuestra orientación. El tratamiento se basa en una actitud terapéutica que prevalece en el ambiente de tratamiento como un todo y se caracteriza por un intento por acercarse al paciente como ser humano, en lugar de considerarlo el recipiente de mecanismos biológicos anormales a ser tratados solamente con un enfoque farmacológico. También se toman en consideración los problemas de los familiares así como los recursos positivos de las familias. No solo participan médicos y psicólogos: los miembros del personal de enfermería también tienen la oportunidad de desarrollar sus talentos a través de la participación activa en los procesos terapéuticos.

Deben abandonarse las actitudes reduccionistas en lo referente al uso de varias modalidades psicoterapéuticas. En el campo de la psiquiatría comunitaria, no es posible tratar a todos los pacientes esquizofrénicos con psicoterapia individual intensiva, ni tampoco está indicado.

En síntesis, pueden retomarse cuatro aspectos de nuestras experiencias terapéuticas:

1. El enfoque sistémico (centrado en la familia y las redes) que incluye reuniones terapéuticas mejoró, en conjunto, los resultados de los pacientes esquizofrénicos nuevos. Según el análisis de Lehtinen (1993b), esto se relacionó con un mejor resultado en los pacientes agudos, por una parte, y en los pacientes del grupo de las esquizofrenias paranoides, por la otra. En el primer grupo, pareció que la orientación familiar

aceleró notablemente la reintegración de muchos pacientes; en el segundo grupo, fue posible abordar psicoterapéuticamente a estos pacientes no motivados para la psicoterapia individual, al menos inicialmente. En Finlandia, estas experiencias condujeron a la formación de equipos para tratar las psicosis agudas (ver capítulo siete), responsables ahora de la planificación e inicio del tratamiento de los pacientes psicóticos nuevos y recurrentes en un área extensa del país.

2. El enfoque sistémico y la terapia familiar no pueden sustituir la necesidad existente en un gran número de pacientes esquizofrénicos de una relación terapéutica individual a largo plazo orientada hacia el desarrollo de la personalidad. Las experiencias del Grupo III de Turku, así como las del Proyecto NIPS, mostraron los efectos positivos de la terapia individual en muchos pacientes esquizofrénicos severos.
3. El tratamiento en una comunidad psicoterapéutica, la terapia familiar y la terapia individual deben concebirse como modalidades de tratamiento complementarias, empleadas separadamente o combinadas, según lo indiquen las necesidades específicas de cada caso. Para muchos pacientes, el tratamiento en una comunidad y/o la terapia familiar son prerrequisitos importantes para que el tratamiento individual de resultados satisfactorios, ya sea a través del aumento en su motivación a revisar sus problemas o bien a través de una disminución suficiente de los rasgos psicológicos internos asociados a las relaciones intrafamiliares simbióticas.
4. En cuanto a mi visión de la función del terapeuta en tanto que objeto-del-self comprometido y nuevo para el paciente esquizofrénico, subrayo la importancia de la personalidad del terapeuta ya indicada por un estudio anterior de Whitehorn y Betz (1960)- así como el "ajuste" entre el terapeuta y el paciente, que promueve los procesos introyectivos recíprocos. Tanto nuestras experiencias con enfermeras terapeutas en Turku como las experiencias de psicoterapias individuales de apoyo, de orientación psicodinámica en el subproyecto de Oslo del NIPS, confirman esta teoría. Esto también puede explicar, por ejemplo, el hallazgo de Gunderson y col. (1984) al no encontrar diferencias entre los resultados de la psicoterapia orientada a la comprensión y la psicoterapia de apoyo en el estudio del Hospital MacLean. Una condición previa para la extensión del número de terapeutas es la organización -de base amplia- de formación y supervisión en psicoterapia. En Turku, los hallazgos de nuestro proyecto nos estimularon a crear programas de formación multidisciplinarios tanto para terapia individual como familiar, haciendo énfasis en el tratamiento de pacientes severos.

CAPÍTULO SEIS

Experiencias terapéuticas

Comienzo este capítulo con la evaluación de la aplicación y el contenido de las modalidades de psicoterapia más comunes incluidas en el tratamiento adaptado a las necesidades de las psicosis esquizofrénicas, basado en experiencias personales obtenidas a lo largo de mi trabajo en el área de la salud pública en la Clínica de Turku y como psiquiatra particular. También comentaré el uso de la medicación en el tratamiento psicoterapéutico. Para finalizar, tres viñetas clínicas ilustran el enfoque integral adaptado a las necesidades.

Experiencias en la aplicación de las diferentes modalidades de tratamiento

La comunidad psicoterapéutica

Las comunidades psicoterapéuticas que se ajustan mejor a los pacientes psicóticos agudos son un poco diferentes tanto del modelo original propuesto por Jones, como de las comunidades para pacientes con características principalmente de tipo borderline. Matti Isohanni (1983) en su estudio finlandés especificó tres formas principales de ejercer una

influencia terapéutica sobre los pacientes en la comunidad de una sala psiquiátrica: un ambiente humano, interacción organizada y programas de tratamiento planificados previamente. Todos estos aspectos son esenciales en una comunidad para pacientes psicóticos, pero la prioridad es establecer un ambiente humano.

En la Clínica de Turku también se observaron claramente las diferencias de enfoque en el desarrollo de las comunidades psicoterapéuticas, entre las salas en las que la mayoría de los pacientes presentaban trastornos menos severos y las salas de pacientes psicóticos. En las primeras, se realizaban actividades grupales organizadas que requerían mayor participación conjunta, mientras que las actividades de las salas de psicóticos se diseñaron de forma más individual según el grado de regresión de cada paciente.

He descrito la estructura funcional de nuestra sala de pacientes psicóticos agudos al analizar el desarrollo del Proyecto Turku de Esquizofrenia (págs. 144-146), pero debo añadir algunos aspectos psicodinámicos fundamentales.

Simo Salonen (1975), que trabajó en la Clínica de Turku en los años 70 señaló, empleando los términos de Kohut, que la comunidad de la sala para pacientes psicóticos debe *recrear un ambiente de objeto-del-self temprano*, donde la empatía, el "*optimismo justificado*" (expresión introducida por Erick Anttinen, 1992) y la gratificación de algunas necesidades simbióticas de los pacientes en un ambiente humano, les proporcionan un punto de partida para la elaboración de sus problemas y la reintegración y desarrollo de su personalidad.

Hacia la década de los 60, le escribí a Otto A. Will Jr. (entonces Director de Psicoterapia en Chestnut Lodge) para preguntarle cuál era, en su opinión, el objetivo esencial en la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos. Will contestó que hay cierta esperanza de futuro para el paciente, si éste recupera parte de las características de los niños cuya vida es moderadamente satisfactoria. Acotó que estos niños son curiosos y están deseosos de aprender, no tienen una actitud de alerta constante ni se apartan a causa de sentimientos de culpa, están relativamente abiertos a entablar nuevas relaciones interpersonales y son felices con su propio crecimiento y desarrollo. Una comunidad psicoterapéutica ya ha conseguido algo, si logra despertar algunas de estas características en sus pacientes (comunicación personal, 1963).

Las enfermeras personales brindan al paciente una ayuda esencial dentro de la comunidad psicoterapéutica. Ya a comienzos de la década de los 70, en la selección de las enfermeras personales, le concedimos especial importancia al hecho de que los contactos que surgieran espontáneamente entre los pacientes y los miembros del personal debían continuar. Postulamos que las relaciones terapéuticas que surgen a nivel de proceso primario resultarían más fructíferas en la terapia de pacientes

esquizofrénicos que la selección paciente-terapeuta efectuada a nivel de realidad. Hasta un 70% de las relaciones terapéuticas que se establecieron en la sala de psicosis y que continuaron durante al menos 2 meses entre 1970-76 surgieron de este modo (Aaku y col., 1980). Se encontró que las enfermeras que escogían a un paciente espontáneamente experimentaban lo que podría denominarse "una contratransferencia de involucración inmediata, basada en un interés genuino por ayudar" (Orma, 1978), usualmente justo inmediatamente después del ingreso del paciente en la sala. Tales experiencias son familiares para aquellas personas que trabajan con pacientes psicóticos que luchan por mantener su existencia psicológica.

También puede suceder que el paciente escoja espontáneamente a un terapeuta personal, por una motivación de tipo psicótico. Una paciente puede, por ejemplo, acercarse a una persona a quien cree su hermana por el solo hecho de tener el mismo nombre. Considero que es importante no ignorar tales elecciones: aunque puedan conllevar problemas transferenciales o contratransferenciales, por lo general, los beneficios compensan los problemas. Sidsel Gilbert y Endre Ugelstad, en la parte Noruega del Proyecto NIPS (Alanen y col., 1994), también destacaron la importancia de la participación activa del paciente para encontrar un terapeuta con el que "encaje". No obstante, la auto-observación a nivel del yo por parte del terapeuta es esencial, para evitar una excesiva involucración afectiva. La supervisión constituye una ayuda fundamental en este tipo de situaciones, que debe proporcionarse a todos los miembros del personal terapéutico que trabajan en las salas de psicosis, independientemente de sus antecedentes profesionales.

No obstante, la espontaneidad no es suficiente para establecer una relación de enfermera personal en todos los casos; también hay pacientes a quienes nadie escoge y que tienden a ser los más difíciles a nivel terapéutico. En estos casos, es mejor asignar la enfermera personal en una reunión general con el personal de la sala, preferiblemente a algún voluntario, en lugar de asignarle a alguien la tarea.

Aunque la enfermera personal tiene un papel crucial en el tratamiento del paciente, el equipo psicoterapéutico siempre funciona como un todo. Las relaciones psicoterapéuticas individuales están destinadas al fracaso a menos que la comunidad entera las apoye. La enfermera personal o el terapeuta no son las únicas personas con las que el paciente se relaciona dentro de la sala y que pueden tener influencia sobre éste. *Las reuniones conjuntas y las negociaciones* ambas, con y sin los pacientes- son esenciales para promover e integrar las actividades terapéuticas y deben realizarse con frecuencia. Salonen (1975)- y Schulz (1975)- subrayaron la importancia que la integración de las teorías de los diferentes miembros del personal acerca del paciente, tiene en la integración personal de éste. Un paciente

con un cuadro de desorganización y de regresión psicológica puede establecer -con las personas que le rodean- transferencias diferentes, incluso mutuamente contradictorias y es importante que sean comprendidas como partes de un todo conectado.

Si bien es responsable de las decisiones clínicas y las referentes a la sala, el psiquiatra no debe asumir un rol omnipotente, sino aprender del trabajo en equipo. Cuando trabajé como Jefe de Psiquiatría me dí cuenta de todo lo que podía aprender escuchando a los otros y considerando sus sugerencias; esto también contribuye a evitar la "resistencia pasiva" en la sala, que puede surgir si el personal simplemente recibe órdenes para llevar a cabo el tratamiento. No es infrecuente que las enfermeras que observan a los pacientes más de cerca tengan ideas más acordes con el mantenimiento del curso natural del proceso terapéutico que la orden de un superior. Ocasionalmente, el personal trató de utilizarme en una lucha de poder personal sobre si se debía o no, por ejemplo, aumentar la dosis de la medicación de un paciente dado. Me torné particularmente cauteloso con las insinuaciones o sugerencias sobre la terapia que algunos miembros del personal me hacían en privado y solo prometía plantear el tema en la próxima reunión conjunta.

Entre los objetivos de las comunidades psicoterapéuticas que tratan a pacientes psicóticos podemos mencionar la apertura, la eliminación desprejuiciada de cualquier jerarquía innecesaria y perjudicial y el esfuerzo por integrar las actividades terapéuticas. Al considerar la apertura, analizamos también los límites de nuestras propias expresiones emocionales hacia los pacientes. No es recomendable que en la comunidad reine una atmósfera en la que todas las emociones negativas hacia los pacientes se evitan conscientemente, del mismo modo que en una familia pseudomutua; expresar abiertamente la irritación hacia un paciente que rompe un plato de forma deliberada es preferible que la rabia reprimida y ciertamente también ayuda al paciente a aprender los límites de su conducta. Pero una comunidad con una expresión emocional desinhibida podría llegar a ser caótica y estar a merced de conductas tipo acting-out que impiden el desarrollo de un buen clima de trabajo psicoterapéutico. La auto-observación de las propias reacciones emocionales, el esfuerzo por tomar conciencia de sus causas y su utilización terapéutica son elementos importantes en el proceso terapéutico.

Se han planteado diferentes opiniones referentes a la actitud óptima en la sala de la comunidad respecto a la regresión de un paciente psicótico a una condición que refleja las fases más tempranas del desarrollo. Muchos terapeutas individuales, tales como Boyer (1986), han señalado que no es posible corregir los defectos del desarrollo si no se trabaja al nivel del fenómeno de regresión psicológica. Pero debe tenerse en cuenta que la

regresión en sí misma no ayuda al paciente a menos que haya una cierta comprensión sobre sus causas. Esto, a su vez, requiere que el paciente, aunque tienda a la regresión, se haga consciente de estas tendencias y sea capaz de contrarrestarlas al nivel del yo. Esto se produce a través de las relaciones transferenciales y contratransferenciales durante la terapia individual a largo plazo y no significa que el terapeuta gratifique las necesidades regresivas del paciente.

No obstante, puede ser útil o incluso necesario gratificar las necesidades de algunos pacientes de la sala que presentan regresiones severas alimentándolos, por ejemplo. Aún así, un cuidado infantil excesivo que puede gratificar también las necesidades del cuidador- no debe ser una meta en sí mismo: el objetivo siempre debe ser ayudar al paciente a salir de la regresión. Con este propósito, una gratificación temporal de las necesidades regresivas y un intento simultáneo de establecer un contacto empático con el paciente son una mejor alternativa que la terapia de electroshock o la medicación en altas dosis.

Pero también se pueden presentar diferentes perspectivas referentes a la atmósfera en las comunidades de la sala de psicosis aguda. Por ejemplo, Ciompi y col., (1992) al describir la comunidad de Soteria Berna, y en consonancia con su teoría de la lógica del afecto (Ciompi, 1982), destaca no solo la atmósfera de contención, sino también una estructura claramente definida como medio para promover la integración de las funciones psíquicas del paciente. Estoy de acuerdo en que las comunidades de sala deben tener reglas claramente definidas y que las actitudes del personal y los límites que ponen a la conducta del paciente no deben conducir a situaciones tipo doble vínculo. Las reuniones conjuntas tanto del personal como del personal con los pacientes son, por tanto, de gran importancia para el funcionamiento de las comunidades terapéuticas. Sin embargo, deben evitarse las normativas rígidas características de la mayoría de las salas médicas. Aprendí, por ejemplo, a organizar rondas de pacientes de manera tal que nos reuníamos de manera informal con 6-10 pacientes y el personal en servicio, en alguna sala y allí discutíamos por turnos la situación de cada paciente. Cuando algún paciente no estaba en capacidad o con disposición para asistir a estas reuniones, lo que sucedía rara vez, lo visitaba por separado.

Terapia familiar

Mis experiencias en la terapia familiar de esquizofrénicos abarcan dos períodos: los enfoques psicodinámicos de los años 60 y 70 y el enfoque de la terapia familiar sistémica en los 80. No abandoné mi forma de

pensamiento basada en el enfoque psicoanalítico, incluso durante el último período, sino que la consideré igualmente esencial en la terapia familiar estratégica-sistémica. A la inversa, puede decirse que la terapia familiar psicodinámica no será satisfactoria a menos que esté basada en un enfoque interactivo.

Por tanto, en las terapias familiares de todas las orientaciones es importante concebir el ámbito de la familia como un todo, donde los miembros influyen unos sobre otros constantemente. Igualmente importante es el esfuerzo del terapeuta o terapeutas por ver los acontecimientos a través de la comprensión empática de cada uno de los miembros de la familia, a "ponerse en el lugar de cada uno" (*Allparteilichkeit*: Stierlin y col., 1977). Si se ha establecido una atmósfera de trabajo de este tipo y los miembros de la familia así lo reconocen, el terapeuta puede alinearse temporalmente con un miembro de la familia por vez usualmente, el que parece tener más dificultades para hacerse entender en la conversación. En la terapia familiar estratégica-sistémica, "tomar en cuenta el punto de vista de cada uno" usualmente significa que los mensajes que se dan hacia el final de la reunión se formulan de manera tal que sean significativos para todos.

Como *terapeuta familiar psicodinámico*, fui uno de los "analistas reactor", que actúan como catalizador en los procesos de desarrollo pero prefieren permanecer en un segundo plano, en lugar de ser una especie de conductor que parece saber con antelación lo que es mejor para cada familia. La actitud del terapeuta familiar siempre es, sin embargo, algo más activa que la de un psicoanalista que trabaja con un individuo. Al comienzo de la terapia, debe tratar de involucrar a cada miembro de la familia en el proceso terapéutico haciéndoles preguntas y apoyando los esfuerzos de los menos hábiles y traducir las expresiones psicóticas del paciente al lenguaje común. El terapeuta también debería estar preparado para intervenir y crear una sensación de seguridad y orden en la conversación, siempre que sea necesario. Al trabajar con familias de dos generaciones, con frecuencia se le asigna al terapeuta la posición de abuelo comprensivo, cuya presencia hace posible tratar temas que, de otro modo, habrían llevado a la familia a un callejón sin salida.

Mis experiencias con la terapia familiar psicodinámica fueron razonablemente satisfactorias. Al trabajar con adolescentes relativamente graves y sus familias durante las décadas de los 60 y 70, mis colegas y yo obtuvimos resultados favorables en alrededor de la mitad de los casos (Alanen, 1976). Lo mismo ocurrió con las terapias de pareja de pacientes que estaban casados en el momento de su enfermedad (Alanen y Kinnunen, 1975). Obtuvimos mejores resultados en las familias que estaban genuinamente motivadas a seguir un proceso terapéutico. Las relaciones

de objeto-del-self narcisistas de los padres hacia sus hijos podían, cuando eran comprendidas empáticamente por parte del terapeuta, transformarse en recursos positivos importantes para el proceso de desarrollo. De forma inesperada se hallaron recursos sanos en las familias escindidas la terapia familiar de Paula, descrita en el capítulo uno, es uno de los mejores ejemplos de esto- en las cuales el deseo de los padres, oculto tras sus frustraciones, de mejorar su relación mutua a veces parecía ser un factor importante. Por otra parte, las familias de un solo padre y las familias sesgadas con un fuerte eje simbiótico, con frecuencia mostraron mayor resistencia hacia el trabajo terapéutico. En algunas familias, el motor para el cambio fue el paciente, en otras el hermano más sano del paciente, que mostró una especial comprensión de los problemas del paciente.

En las familias caóticas el terapeuta debe apoyar a toda la familia, tratando especialmente de mejorar el sentido de realidad de la familia. En algunos casos que también incluyen a las familias con un eje simbiótico- el tratamiento orientado a la familia puede realizarse mejor haciendo que otra persona dé apoyo al padre o los padres. Los padres paranoides rígidos son los más difíciles desde el punto de vista terapéutico; en las familias dominadas por este tipo de padre o padres, resultó mejor concentrarse en la terapia individual, tratando simultáneamente de mantener un contacto favorable con los padres de forma independiente. El resultado de la terapia de pareja de pacientes que ya estaban casados cuando se manifestó le enfermedad, dependía con mayor frecuencia de la actitud del (la) esposo(a) que de la actitud del paciente.

Las terapias psicodinámicas de familia suelen requerir un lapso de tiempo relativamente largo, preferiblemente de 2-4 años, para que den resultados satisfactorios. Incluso en los casos en los que es difícil iniciar un proceso dinámico de desarrollo en el que participe toda la familia, el terapeuta puede proteger el espacio creciente del paciente joven, apoyando sus esfuerzos en dirección a la independencia y permitiendo al padre posesivo que transfiera sus necesidades simbióticas de dependencia del paciente al terapeuta, ayudando simultáneamente al padre en la elaboración del duelo que sigue a la pérdida. Es importante en todas las terapias de familia con pacientes esquizofrénicos independientemente de la orientación- observar los antecedentes de los padres, ya que esto hace posible comprenderles y elucidar las raíces de los problemas en sus relaciones con sus padres e hijos respectivamente.

Posteriormente, la terapia familiar psicodinámica fue eclipsada por el uso del enfoque estratégico-sistémico. No obstante, esta modalidad de tratamiento debería seguir constituyendo un recurso disponible para las familias donde está claramente indicado, dada la motivación de la familia o la pareja para el trabajo terapéutico.

El avance de la orientación *estratégica-sistémica* se debió en parte al menos en Finlandia- al impacto del grupo de Milán (Selvini Palazzoli y col., 1978) y al hecho de que la terapia requería el trabajo en equipo, el cual es más seguro y agradable que el trabajo en solitario. Tiene la ventaja adicional de que las sesiones son poco frecuentes y las terapias relativamente cortas, lo que las hace mas fáciles de llevar a cabo en los servicios públicos que los procesos de terapia familiar psicodinámica, que tienden a ser más largos y requieren sesiones más frecuentes (usualmente una vez por semana).

El trabajo en equipo frecuentemente intensifica la terapia familiar y el cierre de las sesiones con mensajes interpretativos preparados en conjunto puede producir cambios, incluso en familias en las que las condiciones previas para un proceso psicodinámico eran pobres. He encontrado particularmente útiles las connotaciones positivas creadas por el enfoque sistémico. También son útiles en la terapia individual. Estoy menos familiarizado con las interpretaciones paradójicas y las asignaciones que se dan a las familias, dado que no me siento cómodo con sus implicaciones manipulativas.

Las connotaciones positivas se refieren a la identificación de síntomas en los miembros de la familia y su interpretación como fenómenos positivos, por su rol en el mantenimiento de la homeostasis familiar y el equilibrio psíquico de los otros miembros de la familia. *Las interpretaciones paradójicas* son contraparadojas para la propia conducta paradójica de la familia. Estimulan a los miembros de la familia a continuar con la conducta identificada diciéndoles que cualquier cambio en esta sería riesgoso. Esta interpretación ayuda a los miembros de la familia a darse cuenta del callejón sin salida en el que se encuentran y lo hace de un modo que apoyado por el énfasis del terapeuta en mantener la homeostasis- frecuentemente genera un contra-estímulo en la familia para cambiar la situación es decir, les hace alinearse con las fuerzas que apuntan al cambio (Selvini Palazzoli y col., 1978).

A continuación se cita un ejemplo de este tipo de intervención terapéutica familiar. Las relaciones de muchos pacientes esquizofrénicos jóvenes especialmente hombres- con sus madres se caracterizan por una dependencia simbiótica mutua. Según la visión psicológica-individual clásica, esto es un signo de la incapacidad del paciente para desapegarse de su madre a causa de fijaciones tempranas. Sin embargo, no sería particularmente terapéutico plantear esto al paciente. Enfocando la situación desde el punto de vista sistémico, podríamos considerar otro factor dinámico: el vínculo de lealtad del paciente con su madre, para la cual debido a su propia ansiedad de separación- es esencial mantener a su hijo en casa. Utilizando la connotación positiva, podemos reconocer y

apreciar la forma en que el paciente demuestra conductualmente su sentido de responsabilidad hacia su madre. El reconocimiento e interpretación empática de esta psicología tiende a mejorar la autoestima del paciente a diferencia de la interpretación individual-psicológica mencionada anteriormente- y, simultáneamente, al igual que las interpretaciones en general, le estimula a cambiar su posición psicológica en la familia. Si además de la connotación positiva se hace una interpretación paradójica "Usted debería permanecer en su casa e incluso abandonar la idea de tener sus propios amigos, ya que esto es importante para su madre y porque los cambios en la vida, por lo demás, tienden a provocar ansiedad"- esto puede potenciar el efecto.

Debe subrayarse que el conocimiento extenso de la dinámica familiar, combinado con la destreza adquirida a través de la formación y la experiencia, son condiciones previas necesarias para la aplicación de interpretaciones paradójicas. No obstante, según la experiencia de algunos de mis colegas, pueden ser un estimulo útil para el cambio dentro de la familia, siempre que estén basadas en una consideración cuidadosa producto del análisis de la dinámica familiar. Una elaboración inadecuada, sin embargo, puede representar un acting-out del terapeuta. En un par de ocasiones, cuando trabajaba como Jefe de Psiquiatría, el relato de unos padres perplejos acerca de la tarea que les había indicado el equipo de terapia familiar, también me dejo perplejo.

El Cuadro 6.1 presenta los contenidos centrales de la terapia familiar sistémica con pacientes esquizofrénicos tal y como la entiendo.

Klaus Lehtinen (1993b, 1994) examinó las experiencias de terapia familiar estratégica-sistémica obtenidas en Turku en el seguimiento de los pacientes del Grupo IV de nuestro proyecto de esquizofrenia. Dividió a los pacientes en tres grupos.

El primer grupo estuvo constituido por pacientes cuya psicosis estaba relacionada de forma evidente con problemas actuales y cuyo curso de vida previo no había sido distinto en apariencia del de otras personas de su edad. En estos casos, la intervención inmediata por parte del equipo de terapia familiar y una redefinición psicodinámica de la situación produjo una rápida desaparición de la conducta psicótica, usualmente después de 2-5 sesiones, con un buen pronóstico.

El segundo grupo no difirió notablemente del primero en lo referente al curso de vida previo, aunque su ajuste social no había sido tan bueno. No obstante, hubo una diferencia mayor observable durante la intervención. Aunque en este grupo también se identificó la conexión entre la enfermedad y los problemas vitales, su interpretación o redefinición no obtuvo los mismos resultados favorables. El equipo lo interpretó como una falta de motivación, por lo que fue necesario recurrir a diferentes tipos

CUADRO 6.1.
Contenidos centrales de la terapia familiar de orientación psicodinámica-sistémica de la esquizofrenia

1. Los terapeutas forman un equipo
   - todos los miembros del equipo deben ser presentados a la familia
   - el equipo puede utilizar una sala de terapia o una sala de observación que permita la conexión audiovisual o telefónica entre los miembros del equipo
2. Se establece un contacto empático con todos los miembros de la familia
   - se crea una atmósfera "en la que se considera el punto de vista de cada uno"
   - se estimula la discusión a través de rondas de preguntas y/o confrontando a los miembros de la familia entre sí
3. Enfoque psicodinámico-sistémico de las relaciones intra-familiares
   - identificación de la homeostasis familiar e intentos por cambiarla
   - identificación de las interrelaciones simbióticas y de los intentos de separación e individuación
   - significación de los síntomas desde el punto de vista sistémico
   - atención a la dinámica de las tres generaciones (la relación de los padres con sus padres)
4. Intervenciones sistémicas
   - connotaciones positivas
   - mensajes elaborados conjuntamente y presentados a la familia al final de la sesión
   - el equipo debe analizar cada sesión una vez finalizada y también antes de iniciar la sesión siguiente
5. Objetivos centrales
   - los miembros de la familia deben alcanzar una mayor comprensión de sus pensamientos, sentimientos e intenciones mutuas
   - apoyo a los logros y recursos sanos
   - apoyo en el establecimiento de límites entre los miembros de la familia y su respectiva individuación
   - apoyo a las relaciones extra-familiares del paciente
   - apoyo a la elaboración del duelo resultante de la pérdida de los vínculos simbióticos

de tratamiento adicional- continuación de la terapia familiar o individual. Hasta donde sé, las familias en este segundo grupo mostraron mayor resistencia hacia el cambio; muchas de ellas fueron clasificadas como familias rígidas. Lehtinen también señaló que muchas de las pacientes femeninas de este grupo iniciaron posteriormente una terapia individual,

que con frecuencia resultó satisfactoria después de un par de años. Los pacientes varones tendieron a abandonar la terapia con mayor frecuencia y desarrollaron síntomas crónicos. Lehtinen subraya la importancia de proporcionar equipos de manejo de casos o de responsabilidad especial a los pacientes que entran dentro de esta categoría, para garantizar la continuidad del tratamiento.

El tercer grupo estaba formado por pacientes que ya eran crónicos en el momento de su ingreso; la psicosis se había desarrollado gradualmente, precedida por el aislamiento social. Con frecuencia, las familias mostraron un aislamiento creciente del entorno; las intervenciones cortas no son suficientes en estos casos, los cuales requieren un trabajo a largo plazo que incluya, según Lehtinen, métodos de terapia familiar psicoeducativa -básicamente, el reaprendizaje de las destrezas sociales y el aprendizaje de nuevas destrezas.

Coincido al concluir que *los principios de la terapia familiar psicoeducativa* son más adecuados para el tratamiento de pacientes crónicos. En los casos menos crónicos, este enfoque tiene la desventaja evidente de confirmar el rol de enfermo del paciente, dado que típicamente se le plantea que el trastorno se produce a causa de factores biológicos y, por tanto, permanentes, por lo que requieren medicación continua. Experimenté esto de forma estremecedora al preguntarle a un representante de esta orientación si no consideraba que podía ser perjudicial comunicar tal idea al paciente. Su respuesta fue: "Bueno, esto le explica al paciente el motivo por el que no ha sido capaz de lograr las metas que se había propuesto en la vida".

Aún así, especialmente al escuchar a Carol Anderson (1979) en Estados Unidos y a Julian Leff (1994) en Turku, también me he dado cuenta de que las diferencias en la actitud terapéutica entre los diferentes enfoques puede, de hecho, ser mayor en la teoría que en la práctica. Leff, por ejemplo, propone centrar la atención en las metas, cuyos contenidos psicológicos fueron similares, en parte, a los presentados en el Cuadro 6.1, incluyendo el apoyo al desarrollo de la independencia del paciente y a la eliminación conductas parentales de excesiva involucración afectiva o bien de crítica sin fundamento.

El tipo de proceso de desarrollo interno que, en el mejor de los casos, tiene lugar en la terapia individual rara vez se alcanza a través de la terapia familiar, a excepción de algunas terapias psicodinámicas de pareja o de familia a largo plazo. Aunque con frecuencia la terapia familiar estratégica-sistémica libera el potencial del individuo para el desarrollo y, por tanto, aumenta su disposición a reanudar espontáneamente su crecimiento detenido temporalmente, yo recomiendo comenzar con terapia individual después de la fase de terapia familiar, siempre que sea evidente que el

paciente sufre un trastorno más profundo de la personalidad y haya logrado cierta comprensión de sus problemas durante la terapia familiar.

Psicoterapia individual

A continuación, analizo la terapia individual desde un punto de vista que debería ser aplicable incluso en el sistema de salud pública. He excluido las relaciones terapéuticas que requieran visitar a un psicoanalista cuatro o cinco veces por semana. Esto corresponde también a mi propia experiencia: la mayor parte de los pacientes psicóticos que he tratado desde la década de los 50 asistían a la consulta dos veces por semana.

No obstante, es importante acotar que el marco de referencia en la psicoterapia psicodinámica menos intensiva de pacientes psicóticos debería basarse en la comprensión psicoanalítica. La terapia psicodinámica individual suele dividirse estrictamente en psicoterapia de orientación psicoanalítica y psicoterapia de apoyo. En el tratamiento de los pacientes psicóticos, esta línea divisoria es borrosa. Incluso cuando un paciente esquizofrénico está en una terapia de orientación psicoanalítica, siempre están presentes elementos de apoyo importantes. Además, un proceso terapéutico que se propone brindar apoyo, activa rápidamente procesos de identificación y proyección y sentimientos de transferencia y contratransferencia, relacionados con los déficits evolutivos del paciente. Por tanto, las experiencias descritas por Searles (1965), Boyer (1983, 1986, 1989), Volkan (1990, 1994, 1995) y Benedetti (1979, 1985), por ejemplo, han sido de gran importancia en Turku, en nuestras actividades de supervisión y a lo largo de nuestra formación en psicoterapia individual, en la cual una parte importante se dedica a la psicoterapia de psicóticos. No me refiero aquí a las relaciones terapéuticas directivas, combinadas con tratamiento farmacológico, menos psicoterapéuticas que también brindan apoyo al paciente esquizofrénico.

En la psicoterapia de la psicosis no es recomendable el uso del diván y, en muchos casos, ni siquiera es posible (si bien algunos psicoanalistas tratan en la medida de lo posible de emplear el método clásico en la terapia de estos pacientes). Para muchos pacientes esquizofrénicos, el contacto concreto cara a cara es una condición previa necesaria para la terapia, dado que lo necesitan para establecer el proceso terapéutico y poder permanecer orientados en la realidad.

Searles (1965) define el objetivo central de la psicoterapia de orientación psicoanalítica de la esquizofrenia como una reelaboración benéfica y correctiva del desarrollo temprano del yo del paciente. El foco está en la

relación creada entre el paciente y el terapeuta. En otras palabras, puede afirmarse que el terapeuta ocupa el lugar de un nuevo objeto-del-self para el paciente. Cuando la psicoterapia de la psicosis se compara con la psicoterapia de la neurosis, los procesos psicoterapéuticos en la primera pueden, en muchos aspectos, corresponder a la continuación de una construcción a medio terminar, mientras que el foco en la terapia de la neurosis está en la reparación y renovación de las estructuras que parecen distorsionadas. La identificación del paciente con la conducta del terapeuta tiene un papel de especial importancia en la psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos (Volkan, 1994).

A través de una actitud empática denominada habitualmente *"holding"*, siguiendo la descripción hecha por Winnicott (1960) de la relación temprana madre-hijo- el terapeuta de la esquizofrenia crea una relación interactiva con el paciente, con el fin de inducir la integración de los procesos de desarrollo. El "holding" supone la capacidad para sintonizar con el paciente y una sensibilidad empática para evitar la distancia excesiva, por una parte, y la intrusión, por la otra. El contacto permanente con pacientes esquizofrénicos autistas en particular, solo se hace posible cuando el paciente ha experimentado repetidamente que es capaz de confiar en el terapeuta. La actitud empática también significa que el terapeuta fija límites siempre que el paciente regresivo lo necesite. Es importante escuchar, pero no es recomendable ser demasiado pasivo, ni poco comprometido. Los requisitos esenciales en la terapia de la psicosis son persistencia, honestidad y una capacidad para transmitir al paciente la esperanza por un futuro mejor, aunque sea lejano. Para poder cumplir con estos requisitos, el terapeuta debe creer personalmente en el potencial del paciente dentro de los límites de un optimismo justificado.

El terapeuta, al funcionar como un *objeto-del-self para el paciente* de creciente importancia (Kohut, 1971; ver también capítulo tres), corrige las deficiencias de las relaciones de objeto-del-self tempranas, contribuyendo a la integración de la personalidad del paciente. Es importante subrayar, siguiendo a Volkan (1994), que el terapeuta no debe presionarse a sí mismo en esta dirección, dado que esta conducta podría resultar amenazante para el paciente. El proceso de desarrollo se basa en la relación transferencial del paciente con el terapeuta y evoluciona a través de la transferencia en los términos del paciente. El proceso de fortalecimiento del yo supone una identificación con el terapeuta y sus actitudes y una liberación de los recursos del paciente previamente reprimidos para el desarrollo de la personalidad. Este proceso puede describirse adecuadamente con el término de Kohut " internalización transmutadora", sin olvidar que el terapeuta no es tan solo un espectador pasivo en el proceso. Tal y como enfatizó Benedetti (1985), el proceso interactivo requiere que el terapeuta también se identifique con el paciente.

Con este concepto de "objeto-del-self", Kohut enfatizó la importancia del terapeuta en tanto que objeto interno idealizado para el paciente. Rothstein (1980) ha calificado el proceso terapéutico kohutiano como de apoyo, sugiriendo que la relación con el objeto idealizado no se analiza. Algunas veces ¡aunque no con todos los pacientes!- este es el caso en la terapia de la psicosis.

Aunque la teoría de Kohut del objeto-del-self es ampliamente reconocida como un enfoque valioso para los trastornos narcisistas, hasta ahora no se ha aplicado a los trastornos psicóticos de forma notable. Considero que el término "objeto-del-self" es especialmente útil en la comprensión de las relaciones padre-hijo alteradas que conducen a una vulnerabilidad a la esquizofrenia. No obstante, esto también subraya los grados variables de peligro para el sentido de sí mismo del individuo y la necesidad de una interacción empática por parte del terapeuta.

Como se ha expresado en otra sección de este libro, sigo pensando que el término "objeto-del-self" debería verse como "un paraguas bajo el cual es necesario un enfoque psicoanalítico más detallado". En términos de la teoría kleiniana, también podemos considerar al terapeuta como "continente" y subrayar la importancia de la identificación proyectiva en los esfuerzos constructivos basados en el proceso de transferencia. El término "objeto-del-self" también puede servir de introducción conceptual a la exploración de relaciones de "objeto-parcial" a niveles más primitivos desde el punto de vista psicodinámico, cuando sea necesario y apropiado.

En conexión con la función de objeto-del-self, la *personalidad del terapeuta* es más importante en la terapia de pacientes psicóticos que en la terapia técnicamente más estructurada de la neurosis. Me referí a esto al relatar algunas de las experiencias favorables que tuvimos con los terapeutas en nuestra clínica, con frecuencia las enfermeras, que tenían una menor formación formal pero estaban familiarizadas de otro modo con los problemas de los pacientes psicóticos. La mayor parte de estas terapeutas eran mujeres. Trabajar a un nivel psicológico requiere que incluso los terapeutas hombres muestren características que en el desarrollo de todos nosotros- han surgido a través de la identificación temprana con la madre. Con frecuencia, los hombres sienten tales características como una amenaza a su masculinidad, razón por la cual tienden a suprimirlas o negarlas. Tales hombres se encuentran también entre los psiquiatras y resultan perfectos para el rol de gerentes o rehabilitadores, pero son menos adecuados como terapeutas de pacientes psicóticos. Naturalmente, lo mismo es cierto para otros miembros del personal que trabaja en salud mental. La racionalidad excesiva que se observa en los psicoanalistas, también puede ir en detrimento del trabajo propio como terapeuta de pacientes psicóticos, del mismo modo que lo es la emocionalidad excesiva.

Barbro Sandin, una conocida psicoterapeuta sueca de psicosis, cuyas terapias con pacientes masculinos fueron especialmente exitosas (ver Sjöström, 1985), señaló en una entrevista realizada por Levander y Cullberg (1994) que ciertas características "masculinas", especialmente la tenacidad, podían ser útiles en la reconstrucción de la personalidad de sus pacientes a través de la identificación con los rasgos de personalidad del terapeuta. Los terapeutas deben representar el rol de madre y padre con los pacientes psicóticos en mayor medida que con los pacientes menos perturbados- aunque lógicamente manteniendo el rol de terapeuta y entonces éstos se benefician de las múltiples dimensiones internas de sus propias personalidades.

Tanto el paciente como el terapeuta pueden experimentar una profunda involucración afectiva durante la terapia. Si la frecuencia de horas de terapia es de una o dos horas semanales, el proceso generalmente requiere un compromiso emocional ligeramente menor por parte del terapeuta que las terapias más intensivas a largo plazo. Para un terapeuta menos experimentado, una de las ventajas de una terapia menos intensiva es que le da mayores posibilidades de mantener una actitud observadora hacia su propia involucración y, en consecuencia, la suficiente distancia interna con respecto al paciente.

Un terapeuta con menos formación debería ser especialmente prudente en lo relativo a presentar *interpretaciones* demasiado pronto. Coincido con Boyer (1986), quien subrayó que el momento oportuno para las interpretaciones solo se produce cuando la relación terapéutica ha avanzado lo suficiente como para que las introyecciones "buenas" creadas a través de ésta hayan comenzado a sustituir la fijación del paciente a las introyecciones "malas" internalizadas previamente. En otras palabras, se ha establecido una relación transferencial positiva, incluyendo la identificación con el terapeuta y ésta ha comenzado a sustituir el efecto de las relaciones interpersonales negativas previas. Y, usualmente, las interpretaciones deberían comenzar al nivel más superficial y solo gradualmente proceder a niveles más profundos. En las terapias satisfactorias, con frecuencia basta con señalar las conexiones entre los síntomas y la ansiedad actuales del paciente y sus sensaciones y experiencias previas, particularmente las relacionadas con su vida anterior y sus padres, como lo indican las interpretaciones de las transferencias atribuidas al terapeuta. Las "interpretaciones hacia arriba" representan un modo especial de trabajo con pacientes esquizofrénicos (ver el caso de Eric, capítulo uno) interpretaciones que no solo señalaban dichas conexiones sino que también traducían las expresiones en el lenguaje concreto del paciente a un lenguaje normal.

Paula (ver capítulo uno) en su delirio, creía que habían extraído parte de su cerebro en la sala del hospital. Cuando le dije que quizás pensaba eso porque tenía el sentimiento de que cuando estaba enferma y en el hospital, no era capaz de pensar tan claramente como antes, el delirio desapareció. Cuando más de dos décadas más tarde relaté esta experiencia a Bryce Boyer, durante su visita a Turku, me señaló que si bien el pensamiento de Paula estaba influenciado por mi "interpretación hacia arriba", una condición necesaria para su éxito fue su aceptación instintiva de mi actitud empática, que la ayudó a abandonar su delirio, caracterizado por una actitud acusadora y hostil, en forma proyectiva hacia nosotros, la gente del hospital, "aceptar" mi interpretación y abandonar el delirio. Estuve de acuerdo y me pareció un buen ejemplo de la importancia de los procesos proyectivos e introyectivos en la psicología de la esquizofrenia.

Las interpretaciones de la transferencia que apuntan a establecer conexiones ocasionalmente tienen un efecto dramático sobre la ansiedad de un paciente cuya relación con el terapeuta esté bien establecida. Una de mis pacientes, que había tenido varios episodios psicóticos con anterioridad, pero que ahora llevaba un período de dos años sin síntomas psicóticos, en una oportunidad me llamó en medio de un súbito estado de pánico, diciendo que era el fin, ya que los comunistas estaban tomando Finlandia. También mencionó de pasada que ella me había escrito una carta tan furiosa que no se había atrevido a enviarla. Le dije, "Los comunistas no van a tomar Finlandia, aunque usted envíe la carta". La paciente comprendió la conexión entre su pánico y la rabia que había sentido hacia mí, que ella temió que amenazase nuestra buena relación mutua y se calmó.

No se necesitan interpretaciones de contenido psicológico más profundas. Las interpretaciones profundas que los representantes de la escuela kleiniana hacen inapropiadamente a pacientes psicóticos desde el principio de la terapia- solo consiguen, si son realizadas por personas inexpertas, desintegrar aún más al paciente. Además, pueden subrayar la omnipotencia del terapeuta de una forma que no es provechosa para las fases siguientes de la terapia.

El núcleo de la transferencia es el surgimiento de una relación de dependencia simbiótica entre el paciente y el terapeuta. La reciprocidad del proceso da lugar a matices que evocan la relación padre-hijo. Sin embargo, es importante para el terapeuta mantener su rol, siendo cuidadoso de no mostrarse excesivamente activo, por ejemplo, tomando decisiones en lugar del paciente y, ciertamente, evitando sugerencias, solicitudes o demandas. El terapeuta está en capacidad de ayudar al paciente a llegar a sus propias decisiones, considerando las alternativas y analizando los problemas que éstas implican y estimulando preguntas ocasionalmente, pero dejando la toma de decisiones al paciente.

En general, el aspecto más crítico de las terapias de las psicosis a largo plazo es la habilidad del terapeuta para manejar y controlar su contratransferencia. La contratransferencia es un factor positivo esencial para el terapeuta, pero los problemas que conlleva constituyen los obstáculos más comunes que entorpecen el proceso terapéutico. El mayor problema se debe a las acusaciones psicóticas agresivas, en el caso de los pacientes más graves, dirigidas hacia sus terapeutas y que estos últimos consideran irracionales. Aún así, el terapeuta no debería involucrarse expresando su rabia interna ante las emociones o reclamos distorsionados del paciente. En lugar de esto, debe analizar la base de la reacción transferencial del paciente e interpretarla pacientemente. Generalmente sucede que el paciente espera del terapeuta el tipo de emociones y actitudes que eran habituales en sus padres u objetos tempranos y está tratando de inducir al terapeuta a adoptar el rol de éstos, confundiendo al terapeuta con sus padres. Pero al mismo tiempo el terapeuta debe ser consciente de que no toda la rabia se debe a la transferencia; éste puede haberle dado un motivo real para ello mostrando falta de empatía u ofendiendo de otro modo al paciente.

La expresión de sentimientos críticos y hostiles hacia el terapeuta frecuentemente evoca ansiedad en el paciente, pero su expresión es sumamente importante, ya que le ayuda a integrar el dominio dual de las imágenes mentales del bien y el mal. Incluso en las etapas iniciales de la terapia, con frecuencia, los pacientes experimentan como una vivencia significativa el hecho de que puedan sentirse furiosos con el terapeuta sin que la relación se rompa. No obstante, esta parte del trabajo es más importante hacia el final de la terapia y generalmente se manifiesta a través de sentimientos de rabia desencadenados por las vacaciones del terapeuta pero también por otras frustraciones inevitables. Al mismo tiempo, la idealización del terapeuta comienza a nivelarse y se reduce al estatus de cualquier mortal en la mente del paciente.

Es gratificante para el terapeuta sentirse halagado en el rol de objeto idealizado, pero el proceso terapéutico debe continuar y, por este motivo, la inclusión de la transferencia negativa en el diálogo puede ser esencial. Una de mis pacientes me brindó una experiencia muy ilustrativa de esto en una de nuestras interrupciones durante el verano.

La paciente, una mujer casada de 40 años, había estado en terapia conmigo veinte años antes, debido a un episodio psicótico transitorio durante sus estudios universitarios. Ahora venía a mi consulta nuevamente desde hacía un par de años, a causa de las voces en tono acusador y amenazante que había empezado a escuchar. Su relación conmigo se caracterizaba por una transferencia positiva idealizada, con un matiz erótico, con ayuda de la cual su estado mejoró, a pesar de sus alucinaciones auditivas continuas.

En su primera consulta después de la interrupción, me dijo lo mucho que me había echado de menos durante el largo verano sin las horas de terapia y cuán difícil le había resultado esto. Dado que ella había expresado antes sus sentimientos de culpa relacionados con sus fantasías hacia mí, le dije que no debía reprocharse por ello. Se puso furiosa y dijo que no la había entendido en absoluto el asunto en cuestión era lo difícil que había sido para ella el no verme. Además, quería dejar de venir definitivamente- "es la única solución". La escuché y confirmé la fecha de la próxima consulta.

La paciente vino a su sesión y se disculpó por su rabia. Le dije que consideraba que éste era un tema importante que debíamos analizar. Entonces siguió criticándome, expresando fuertes sentimientos de envidia al "mejor" terapeuta. Parecía que me había percibido como una autoridad e incluso conscientemente se resistía a mis interpretaciones. Esto tenía conexiones obvias con la oposición que había experimentado en secreto hacia su madre y otras personas durante su infancia y adolescencia, si bien había adoptado ostensiblemente sus opiniones; era su forma de proteger su identidad interna. El análisis de estos aspectos y la interpretación de su conexión con la transferencia hacia el terapeuta contribuyó a relanzar de nuevo el proceso terapéutico que estaba estancado, seguido por una participación más activa de la paciente en un trabajo terapéutico común. La transferencia erótica le había servido como defensa contra los sentimientos agresivos hacia mí, incluyendo un esfuerzo por destruir mis interpretaciones al no introyectarlas.

Otro aspecto importante del trabajo terapéutico es prestar *atención y apoyo a las características adultas del paciente*, lo cual se ignora con frecuencia en la literatura sobre la psicoterapia de la psicosis. Como enfatizaron también Jackson y Williams (1994), es importante reconocer y estimular los aspectos adultos y en general, no psicóticos- de la personalidad del paciente a partir del primer contacto. Y en el proceso de organización y desarrollo que tiene lugar durante la terapia, esta parte de la personalidad del paciente continua desempeñando un rol importante. La consiguiente capacidad del paciente para evitar la regresión psicótica depende de manera significativa del fortalecimiento de estas características adultas, que suponen un pensamiento reflexivo y el interés en tratar de comprender la naturaleza de su trastorno.

He encontrado que es especialmente importante en la terapia mostrar interés en la vida y personalidad del paciente en general, en lugar de concentrarse exclusivamente en los síntomas y problemas. Durante las sesiones de terapia, la atención se centra principalmente en asuntos relacionados con la vida actual del paciente; el análisis de cualquier relación interpersonal previa siempre comienza a nivel actual, señalando las

conexiones. Aunque los problemas y la ansiedad asociados a la situación actual incluso la relación con el terapeuta- son el centro de atención, es útil mostrar interés incluso en asuntos "comunes", como el trabajo, estudios y pasatiempos del paciente. Este interés no debe ser artificial, sino genuino; y este interés genuino es fácil de alcanzar a través de la contratransferencia que el terapeuta ha desarrollado hacia el paciente y su potencial de desarrollo. El apoyo que se dé a las características adultas del paciente también incluye el reconocimiento de la contribución de la persona en el proceso terapéutico.

Considero una observación importante el hecho de que he obtenido mejores resultados terapéuticos con pacientes psicóticos cuyo curso de vida o intereses tenían alguna similitud con mis propias experiencias de vida. Este fenómeno está relacionado con las elecciones espontáneas de enfermeras personales y terapeutas que mencioné al analizar las comunidades psicoterapéuticas.

El desarrollo alcanzado por los pacientes en una terapia en progreso frecuentemente se refleja en su intento por desarrollarse en otros aspectos además de la psicoterapia. Por tanto, las personas que se están recuperando o se han recuperado de una psicosis pueden interesarse en diferentes tipos de trabajo creativo, como el arte, la escritura o la música, o bien comenzar estudios. Los intereses creativos pueden ser, en sí mismos, de un valor terapéutico notable. Los pacientes con talento artístico con frecuencia se benefician de la combinación de arte-terapia con su psicoterapia.

Sidsel Gilbert y Endre Ugelstad (1994) describieron de forma convincente el papel de los esfuerzos creativos de dos de sus pacientes en el Proyecto NIPS en su proceso de recuperación después de la psicoterapia a largo plazo. Uno de los pacientes, un joven gravemente enfermo, escribió sobre sus experiencias durante la terapia, donde describe cómo utilizó la auto-sugestión en su batalla contra los miedos que lo llevaban a un gran aislamiento y también trató de promover un pensamiento claro estudiando filosofía. Fue importante integrar los diferentes niveles de actividad, en el sentido de "sentirse como un niño y pensar en forma madura".

Las *separaciones* son eventos especialmente críticos para los pacientes esquizofrénicos debido a su dependencia. Por tanto, sería preferible abstenerse de iniciar una relación terapéutica que está destinada a terminar rápidamente si el terapeuta se va a mudar o está trabajando temporalmente en la comunidad de trabajo. No es nada simple sustituir a un terapeuta con otro cuando estamos tratando con relaciones de objeto-del-self, en las cuales el terapeuta se ha convertido en una especie de padre para el paciente a través de la transferencia. Por lo general, la fase final de la terapia es larga: es recomendable comenzar a trabajar en esta dirección alrededor de 10-12 meses antes de la fecha prevista para descontinuar las sesiones. El

terapeuta también debe informarle al paciente con suficiente antelación acerca de sus vacaciones, de manera que el período futuro de separación y las emociones asociadas a ello puedan analizarse previamente. Esta discusión no debe limitarse a las ideas del paciente acerca de cómo se las arreglará durante la ausencia del terapeuta; también es necesario analizar los sentimientos despertados por las vacaciones en sí. Se recomienda y a veces es necesario- hacer los arreglos pertinentes para que el paciente tenga un sustituto durante las vacaciones.

Aún así, las separaciones asociadas a las vacaciones y otros eventos son difíciles para el paciente a pesar del trabajo preparatorio, especialmente durante las primeras fases de la terapia a largo plazo, dado que siempre significan un rechazo a un nivel más profundo. El estado psicótico del paciente puede deteriorarse o repetirse durante una separación. Estas situaciones también aumentan el riesgo de *conducta suicida*. La mayoría de los suicidios de pacientes psicóticos ocurren a continuación de una experiencia en la que se han sentido rechazados. He tenido también algunas experiencias tristes en este sentido.

Aunque la psicodinámica relacionada con *la historia familiar* del paciente se trabaja en gran parte según el relato del paciente y, a medida que avanza la terapia, a través de las manifestaciones transferenciales y contratransferenciales, considero útil incluso para el terapeuta individual reunirse con los padres al comienzo de la terapia, especialmente si los pacientes aún viven con sus familias de origen. El paciente debe estar presente en estas reuniones. Esto es importante por dos razones: en primer lugar, porque le da al terapeuta una idea de la dinámica actual de la familia y, en segundo lugar, porque el contacto con los padres disminuye su desconfianza hacia el terapeuta. En el modelo adaptado a las necesidades este contacto inicial surge de manera natural en las reuniones terapéuticas organizadas durante el ingreso del paciente, siempre que el futuro terapeuta individual asista a estas reuniones.

Los padres u otros familiares ocasionalmente se ponen en contacto con el terapeuta en situaciones de crisis. En ese caso, el terapeuta debe respetar la confidencialidad de la relación terapéutica y rehusar ocultar al paciente el contacto con los familiares. Si el terapeuta trabaja en un centro de salud pública, debe remitir a los padres a otro profesional con la tarea de darles apoyo. En crisis más graves, puede ser útil organizar una reunión terapéutica a la que asistan conjuntamente el paciente, los familiares, el terapeuta y los otros miembros del equipo.

Dado que el objetivo de la terapia es promover la individuación del paciente y la liberación de sus vínculos internos y con frecuencia externos- de dependencia de los padres, el trabajo terapéutico debe centrarse continuamente en aspectos relacionados con esto. Theodore y Ruth Lidz

(1982) lo expresaron de forma inequívoca: "Los esfuerzos van dirigidos a fortalecer la confianza del paciente en sus propias ideas y sentimientos y a cuestionar aquellos que son esencialmente los sentimientos y percepciones de los padres, que el paciente presenta como propios". La relación con el terapeuta llena parte del vacío que puede ser amenazante para el paciente a consecuencia de sus esfuerzos de independencia y también interfiere con estos esfuerzos. En la parte final de la terapia, puede producirse un desarrollo positivo y conciliatorio en los sentimientos del paciente hacia sus padres, lo que puede motivar intentos de reparación por lo que siente que les ha hecho, en la realidad o en la fantasía. Una condición necesaria para esto es la individuación del paciente y una reconstrucción de las relaciones mutuas a un nuevo nivel, que permita una mayor separación.

En el caso de pacientes con hijos, el terapeuta también debe prestar atención a la relación entre éstos y el paciente, ayudando a este último a evitar el riesgo de transmitir la psicopatología de una generación a la siguiente. Muchos de los pacientes son conscientes de esta posibilidad. Una de mis pacientes que tenía una actitud empática hacia sus hijos admirable, dijo que estaba tratando de hacer una buena acción al no exigir a sus hijos el tipo de "responsabilidad" y cuidados que ella tuvo que asumir con su propia madre (la madre no era psicótica, pero transfirió sus propios problemas a la relación con su hija, con una alta carga de obligaciones y desaprobación).

La frecuencia recomendada de sesiones en las terapias individuales, incluso las que se efectúan en el contexto del sistema de salud pública, es de dos o, de ser posible, tres veces por semana y en las fases iniciales en la sala del hospital, tres veces por semana o incluso más. Si es necesario, (aunque no es recomendable), la frecuencia de las sesiones puede disminuirse posteriormente a una a la semana sin que se produzca un deterioro notable en la intensidad de la relación terapéutica. No obstante, en situaciones de crisis, debería ser posible organizar sesiones más frecuentes. Al trabajar con pacientes a largo plazo que ya muestran un desarrollo avanzado hacia la independencia, algunas veces he espaciado las sesiones con un intervalo de dos semanas en las etapas más avanzadas del proceso. Sin embargo, en las etapas iniciales, los intervalos tan largos transformarían la terapia en un tratamiento de mantenimiento en lugar de hacer avanzar el proceso.

Muchas de las relaciones terapéuticas duran más usualmente 4-10 años. Los mejores signos de la proximidad del final de una terapia satisfactoria son la eliminación permanente de los síntomas psicóticos y, más importante aún, la integración del desarrollo interno del paciente de forma tal que éste sea capaz de enfrentar los problemas de forma independiente, utilizando las internalizaciones hechas durante la terapia y los recursos internos que se han liberado durante el proceso. Esta etapa se caracteriza

también por una nueva relación interpersonal importante. El terapeuta debe apoyar este avance pero indagar también si el paciente no está simplemente transfiriendo sus necesidades de dependencia a un nuevo objeto. En ese caso, la posibilidad de un nuevo rechazo por parte del nuevo objeto podría ser desastroso.

Muchos pacientes mantienen cierta dependencia interna constructiva hacia el terapeuta, que puede conducir a contactos ocasionales incluso mucho después de haber realizado la terapia.

Mi relación terapéutica más larga ha durado 38 años y aún continúa. Durante los primeros años hubo varias interrupciones: mi paciente estuvo ingresada durante varios años en total, pero después reanudó las sesiones. No ha vuelto a estar ingresada en 20 años y está asintomática. Sólo la veo tres veces al año, para analizar algunos problemas actuales y otros que se remontan a épocas anteriores, incluso a su infancia, que siguen estando activos en su mente.

Comentarios sobre el tratamiento psicofarmacológico

En el modelo del tratamiento adaptado a las necesidades, el tratamiento psicofarmacológico se considera un método auxiliar, empleado para apoyar el tratamiento de orientación psicoanalítica.

La medicación neuroléptica en dosis bajas o moderadas frecuentemente facilita el contacto con el paciente, especialmente si está inquieto y dominado por delirios psicóticos. En el informe del Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia (Alanen y col., 1990a) sobre el modelo de tratamiento, especificamos que un objetivo importante es determinar "la dosis neuroléptica mínima necesaria para mantener la capacidad del paciente para hacer contacto y comunicarse de manera óptima, acorde con la situación". Al mismo tiempo, insistimos en la necesidad de justificar la medicación ante nosotros mismos, ante el paciente y frecuentemente también frente al entorno del paciente, de forma tal que todos lo comprendan fácilmente. La enfermedad en sí misma no es razón suficiente para la medicación, pero la explicación podría ser, por ejemplo, que en este momento, el paciente necesita la medicación para estar en mejor capacidad de controlar la ansiedad y agitación y estar en condiciones de vivir en su hogar en lugar de estar ingresado, o en un sentido más interpretativo- con el fin de poder controlar mejor los sentimientos ocasionales de rabia y ansiedad que pueden aflorar.

Los investigadores y clínicos de orientación psicofarmacológica prefieren describir la medicación neuroléptica como una barrera ante los

estímulos, que ayuda al paciente a mantener su equilibrio psíquico. Leff y col. (1983) han presentado hallazgos que sugieren que la dosis protectora debe ser más alta en ambientes familiares con valores EE altos que en los ambientes con valores EE bajos, con el fin de ayudar al paciente a permanecer fuera del hospital.

Como contra-argumento, podría plantearse refiriéndonos, por ejemplo, a los resultados del seguimiento del NIPS (Alanen y col., 1994; ver también la Figura 5.3)- que una relación terapéutica establecida suele brindar al paciente una sensación de seguridad, que hace posible disminuir la dosis y finalmente interrumpir la medicación. Desde el punto de vista de la psicoterapia, la medicación neuroléptica en dosis bajas, aunque se use de forma continua, frecuentemente es beneficiosa, mientras que las dosis altas tienden a ser perjudiciales para el proceso terapéutico e impiden hacer progresos. Pocos pacientes que están en psicoterapia necesitan una dosis diaria superior a 150-200 mg de tioridazina o 12-16 mg de perazina.

A medida que el estado del paciente mejora, debería disminuirse la dosis gradualmente, preferiblemente con el objetivo de interrumpirla. Sin embargo, esto no es posible en todos los casos y también sé de pacientes que quieren mantener la dosis baja que toman por la noche, básicamente por razones psicológicas, como un símbolo concreto de su dependencia interna hacia su terapeuta previo; el efecto farmacológico de la dosis puede ser insignificante. También sabemos que la supresión brusca después de un tratamiento con dosis relativamente altas supone un riesgo para la estabilidad psíquica del paciente.

Algunos de mis pacientes han hecho descripciones interesantes de los cambios producidos a partir de la interrupción de incluso una dosis baja de la medicación, como por ejemplo, diciendo que "tanto los sentimientos propios como los de las otras personas se hacen más visibles" o que tratan de mantener su estado actual y evitar así que se repita la falta de límites que experimentaba anteriormente entre sí mismo y los otros. Es importante plantear dichos problemas durante las sesiones terapéuticas, ya que habitualmente pueden elaborarse satisfactoriamente.

Con respecto a estas experiencias y, naturalmente, también a los efectos secundarios de los psicofármacos, parece justificado apoyar los esfuerzos de Räkköläinen y sus colaboradores (Räkköläinen y col., 1994; Vuorio y col., 1993) descritos en el capítulo cuatro: sugieren que, en particular, muchos esquizofrénicos de primer ingreso deberían ser tratados preferiblemente sin neurolépticos. Pero para poder hacer eso, debemos desarrollar nuestros recursos psicoterapéuticos de forma exhaustiva. De otro modo, existe el peligro de no obtener buenos resultados después de períodos de ingreso prolongados, especialmente por los efectos negativos que la institucionalización puede tener en el estatus social del paciente y

sus habilidades sociales. Para los pacientes a largo plazo especialmente aquellos que no tienen una relación psicoterapéutica- la medicación de mantenimiento en dosis bajas o moderadas suele ser lo adecuado.

La medicación neuroléptica administrada por vía parenteral a intervalos más largos, que se recomienda con el fin de garantizar la regularidad del tratamiento (p. ej., Hogarty, 1994), no es compatible con los enfoques psicoterapéuticos y su objetivo fundamental de promover la independencia del paciente. La medicación forzada tiene efectos adversos en los contactos terapéuticos experimenté personalmente la violencia mental asociada a esto, durante una visita a un campamento organizada por la Sociedad de Rehabilitados Psiquiátricos en Finlandia y, durante una sesión de sociodrama, se me asignó el rol de un paciente al que se atiborraba con píldoras por la fuerza. No obstante, la medicación involuntaria frecuentemente es necesaria en una sala de psicosis aguda; sin embargo, siempre debería combinarse con un esfuerzo por establecer un tipo de contacto diferente con el paciente al analizar qué fue lo que le hizo sentirse tan mal.

Es importante que la medicación y la dosis se discutan con el paciente, tomando en consideración su opinión. Muchos de los pacientes externos aprenden rápidamente a regular su medicación, aumentando la dosis en situaciones de crisis.

Tratamiento adaptado a las necesidades: extractos de casos

Marjorie, madre soltera con tres hijos

El caso de Marjorie, una paciente incluida en el Grupo IV de Turku (ver capítulo cinco), es una muestra del diseño individual de nuestras actividades terapéuticas y los beneficios del tratamiento centrado en la familia, tanto para el paciente como para el grupo familiar.

Marjorie, de 33 años, comenzó a escuchar voces a su regreso de Suecia a Turku, su ciudad de origen, con sus 3 hijos. Las voces comenzaron a partir de ataques de miedo, en parte eran acusadoras y últimamente Marjorie había comenzado a responderles y a estallar en ataques de risa compulsiva. Pensó que se debía a algún tipo de hipnosis, diciendo que ocasionalmente escuchaba una especie de latigazo cerca de su oído, como si le estuvieran pegando.

Marjorie se trasladó a Suecia a la edad de 16 años. Estuvo casada dos veces y tuvo varias parejas que vivieron con ella por períodos de tiempo breves. Su segundo matrimonio terminó en divorcio un año antes de que

regresara a Finlandia. Tuvo 3 hijos fuera de sus matrimonios, que vivían con ella, siendo la mayor de 13 años. Nos dijo que ambos matrimonios fracasaron por la misma razón: sus esposos eran agresivos y alcohólicos (al igual que el padre de Marjorie).

En Turku, Marjorie tuvo un par de trabajos cortos infructuosos. Tendía a buscar ayuda en su madre, aunque su relación era conflictiva. Cuando hacía 6 meses que escuchaba voces, Marjorie consultó al Departamento de Salud Mental por iniciativa propia y de ese modo entró a formar parte de nuestros grupos. Recibió medicación e inició una relación terapéutica con un psicólogo. Sin embargo, después de tomar una sobredosis de sus fármacos, fue ingresada durante 5 semanas. Su medicación en el hospital consistía en 8 mg de perfenazina y 50 mg de tioridazina al día. Esta dosis se redujo a la mitad posteriormente.

La investigación sobre la situación familiar en la reunión terapéutica inicial a la que también asistieron la madre de Marjorie y los niños, reveló la ansiedad de todos. También reveló que Marjorie tenía problemas importantes con sus hijos, especialmente con la hija mayor, que la tiranizaba; ella se sentía muy desamparada al enfrentarse con su rabia. Los niños mayores habían comenzado a desempeñar un rol parental en relación a su madre.

A continuación se organizaron sesiones conjuntas con el mismo equipo terapéutico en cuatro oportunidades, con intervalos aproximados de un mes. A través de sus mensajes, el equipo de terapia familiar se esforzó por ayudar a Marjorie en su rol maternal y liberar a los niños de la parentalizacion. Una defensa transaccional que pareció central desde el punto de vista de la dinámica familiar fue la identificación proyectiva inconsciente de la paciente con sus hijos. Parecía beneficiarse de sus explosiones de rabia, proyectando en ellos sus propias agresiones reprimidas dirigidas hacia su madre, identificándose con ellos para "mantener" esta emoción intrapsíquica, que originalmente era suya.

La situación familiar parecía haber mejorado después del verano, cuando se estableció una mayor distancia entre Marjorie y su hija mayor, mientras la niña pasaba unas semanas en Suecia con su padre. El foco de la terapia de Marjorie cambió entonces hacia la terapia individual. Esto había venido sucediendo de forma regular, pero solo adquirió una importancia real cuando se clarificaron y debilitaron las defensas transaccionales a través de las sesiones familiares. Veía al psicólogo del Departamento de Salud Mental dos veces por semana; posteriormente las sesiones se espaciaron a una vez por semana.

Se invitó a la familia a una nueva sesión conjunta para el seguimiento de dos años. Marjorie había continuado en terapia individual. Había adoptado el rol de madre en relación a sus hijos. La individuación

psicológica de los niños había avanzado y ya no presentaban el tipo de problemas transaccionales de agresión al grado que se observó al comienzo del proceso terapéutico. Tanto Marjorie como sus hijos dirigieron su atención de forma creciente hacia nuevos intereses y relaciones fuera del hogar. Un proceso de desarrollo similar tuvo lugar en la relación de Marjorie con su madre, que se había tornado más distante y, por lo tanto, menos conflictiva. La actitud de Marjorie hacia la vida y hacia su mundo mental se caracterizaban, no obstante, por la timidez y el recelo y todavía escuchaba voces de vez en cuando, aunque comprendía que se trataba de sus propias experiencias internas. Desde el punto de vista social, recibió apoyo a través del asesoramiento vocacional.

En este caso, la intervención con la familia y la terapia individual constituyeron un continuo, que muestra la aplicación del enfoque terapéutico adaptado a las necesidades desde el punto de vista del paciente y de su familia. El resultado más esencial de la intervención con la familia que fue importante para todos sus miembros, fue la ruptura preliminar de los mecanismos de defensa transaccionales en tanto que innecesarios. Simultáneamente, la terapia familiar creó, a través del apoyo externo y de la emancipación de los recursos psicológicos internos, una condición previa necesaria y suficiente para el tratamiento individual de Marjorie. La importancia preventiva de la terapia familiar en el desarrollo de los niños también se refleja en esta viñeta del caso.

Catherine, una joven en busca de su identidad [con Irene Aalto]

Catherine, una diseñadora de modas, soltera, de 27 años, atractiva y enérgica pero carente de perseverancia, formó parte de uno de los grupos de Räkköläinen y col. (ver págs. 115-116) constituido por pacientes de primer ingreso, del grupo de la esquizofrenia, tratada con una psicoterapia integral adaptada a las necesidades y, siempre que fue posible, sin neurolépticos. Comenzó su tratamiento en el Hospital Kupittaa en Turku, en Septiembre de 1991.

RASGOS CLÍNICOS Y ETAPAS DEL TRATAMIENTO

Catherine sufría síntomas de estrés desde hacía cuatro años, tratando de pagar las deudas que quedaron después del cierre de su pequeña tienda. Tuvo varios trabajos temporales, alternando horas extras con períodos de

desempleo. Empezó con la tienda con su esposo anterior, Richard, que ahora se había unido a sus familiares para presionar a Catherine por el pago de los créditos y garantías. Richard llegó a agredir a Catherine y trató de atropellarla; el asunto se llevó a juicio.

Poco tiempo después de romper su relación con Richard, Catherine encontró un nuevo novio, Denis, con quien tenía planes de casarse. Apenas una semana antes de la boda, Catherine se puso nerviosa, no podía dormir, hablaba de forma incoherente y no hacía otra cosa que revisar sus papeles, repitiendo "todo está bien, todo está bien". Llamaron a un médico al encontrarla corriendo desnuda por el corredor, hablando sobre el fin del mundo y la cuenta atrás. Fue ingresada en el Hospital Kupittaa el 12 de Septiembre de 1991.

En la sala cerrada del hospital, al comienzo Catherine estaba agitada, confusa e inquieta, organizando cosas de forma hiperactiva, tratando de desnudarse y hallaba el entorno amenazante con mensajes en la radio y la televisión referentes a peligros que la amenazaban a ella y a Denis. Aunque *un miembro del personal había sido designado para estar a disposición de Catherine a toda hora*, se mantuvo aislada muchas veces durante sus primeros días en el hospital, especialmente por las noches. Cuando era necesario, se le administraban benzodiazepinas (lorazepan) por vía intramuscular y oral. No se le dió medicación neuroléptica en ninguna etapa del tratamiento.

La estancia de Catherine en el hospital fue prolongada y llena de incidentes. Al comienzo, fue necesario el ingreso involuntario, dado que la necesidad de aislamiento ocasional persistía y por el hecho de que Catherine no tenía conciencia de enfermedad. A pesar de esto, alrededor de una semana después de su ingreso, comenzó a ver el hospital como un refugio. Continuaba con su inquietud afectiva y ansiosa, con rasgos hipomaníacos e histriónicos, pero a partir del momento en que fue capaz, a pesar de su conducta psicótica, de situarse en la realidad e interactuar y sentir que la atmósfera en la sala cerrada solo aumentaba su nerviosismo, fue trasladada a una sala abierta el 19 de Septiembre, aunque seguía pasando las noches en la sala cerrada. Una de las enfermeras psiquiátricas de la sala abierta fue asignada como su *enfermera personal* y ésta contribuyó de manera significativa al proceso de afrontamiento de Catherine en el hospital.

Su estado de agitación fue disminuyendo gradualmente, pero su pensamiento hiperactivo y no realista, que se expresaba en su nivel de funcionamiento omnipotente y su potencial para la imaginación creativa, continuaron hasta Diciembre e incluso más tiempo. Entonces se deprimió, pero a la vez se mostraba deseosa de afrontar sus problemas a nivel de realidad. El tratamiento involuntario cesó el 12 de Diciembre de 1991, aunque aún tenía conductas psicóticas para ese entonces. Esta fase de tratamiento hospitalario se caracterizó por el *análisis y clarificación de*

la psicodinámica borderline de las relaciones interpersonales de Catherine en reiteradas reuniones terapéuticas (ver págs. 172-176) básicamente desde una *perspectiva sistémica*; los aspectos más importantes fueron sus relaciones de una intensa dependencia ambivalente. La crisis de identidad de Catherine se reflejaba en su intento semi-psicótico de cambiar su nombre y su apellido (quería llamarse "Tierra del Mar (Sealand)" dado que, en su infancia, vivió en una isla con su abuela materna, que aún vivía allí). Dado que Catherine seguía estando deprimida, tenia necesidad de recibir cuidados, era incapaz de trabajar y continuaba teniendo problemas en sus relaciones interpersonales, se continuó con el tratamiento hospitalario, básicamente en la modalidad de hospital de día, hasta el 11 de Junio de 1992, después de lo cual siguió registrada en el hospital de día hasta el 16 de Octubre de 1992, si bien solo venía al hospital para las sesiones de terapia y arte-terapia. Durante la primavera, también tuvo medicación antidepresiva (citalopran 20 mg diarios) que no mejoró su estado.

El diagnóstico de Catherine en el registro de pacientes fue *psicosis esquizofreniforme*.

Cuando Catherine fue dada de alta en el hospital, comenzó *sesiones de terapia individual de forma regular* con I. A., una enfermera especializada con formación en psicoterapia psicodinámica y terapia familiar. Catherine la había conocido durante las reuniones terapéuticas. Entonces su terapia continúa. Y. O. A. fue el supervisor de su terapia individual.

Catherine estuvo *ingresada* de nuevo desde el 4 de Marzo hasta el 30 de Abril de 1993, después de haber tomado 100 pastillas (1 mg) de lorazepam. En ese momento estaba deprimida, pero no psicótica. No se interrumpieron las sesiones de terapia individual debido al ingreso. El trabajo de clarificación sobre sus relaciones interpersonales (especialmente la relación tensa con su madre) continuó al reanudar las sesiones de terapia.

Proceso de la terapia sistémica y anamnesis de la familia de Catherine

El proceso terapéutico se basó en la integración de varios aspectos. Las *reuniones terapéuticas* semanales, que se organizan regularmente para todos los pacientes de la sala, proporcionaron el núcleo para el trabajo sistémico. Catherine asistió a 73 reuniones terapéuticas en total (algunas de ellas después del alta). Aparte de éstas, ella y Denis asistieron también a 8 sesiones de pareja y hubo un intento infructuoso de involucrar a la familia de origen de Catherine en una terapia familia regular. Catherine también participó en *terapia de grupo* y *arte-terapia*.

Las primeras *reuniones terapéuticas* se organizaron en la sala para el día del ingreso y el día siguiente. Asistieron Catherine y sus acompañantes, cuya variedad ilustró la pobre diferenciación, conflictividad y la tendencia a la interdependencia que caracterizaba sus relaciones interpersonales: las personas presentes fueron la madre de Catherine, su padrastro, su hermanastra más joven, una amiga y Denis y su hermana. Las personas que siguieron asistiendo de forma más regular fueron su madre y Denis, y también hubo reuniones de terapia con Catherine sin sus familiares. En la medida de lo posible, los miembros centrales del equipo terapéutico siempre estuvieron presentes. El equipo estaba constituido por tres miembros del personal de sala una enfermera especializada con formación en terapia individual y familiar (I. A.), la enfermera personal de Catherine y otra enfermera psiquiátrica- con menor frecuencia se contó con la presencia de un médico y ocasionalmente, otros miembros del personal de enfermería.

La *anamnesis familiar* se recogió durante las reuniones terapéuticas. Ninguno sabía de la existencia de antecedentes psicóticos en la familia. Catherine fue hija única y sus padres se divorciaron cuando ella tenía 3 años de edad. Su madre se volvió a casar cuando ésta tenía 5 años y tuvo gemelos (una niña y un niño) dos años más tarde. Los padres de Catherine se disputaron su custodia. Catherine se enteró posteriormente de que su madre la había dejado con sus abuelos maternos cuando era un bebé de 3 meses, que luego se la entregaron a su abuela paterna cuando tenía 11 meses (aunque había pasado también algunos períodos con su madre). La madre sólo quiso recuperarla una vez que se divorció de su esposo y, simultáneamente, el padre quería su custodia. La abuela materna fue quien reveló todo esto a Catherine. La naturaleza conflictiva de la relación de los padres de Catherine se refleja en el hecho de que su madre se aseguraba de que estuviera lejos cuando su padre venía de visita. Cuando la madre se volvió a casar, su marido actual adoptó a Catherine, a la que le dio su apellido. El equipo tuvo la impresión de que los familiares de Catherine, incluyendo a sus abuelos maternos y paternos, habían estado luchando por demostrar quién era la persona más indicada para cuidar de ella y que estas disputas aún continuaban de algún modo, lo que hacía que Catherine sintiera que esas personas estaban interfiriendo con su vida, impidiendo que fuese autónoma.

Los familiares consideraban a Catherine como una niña buena, alegre y adorable, una "princesa"que siempre anteponía los intereses de otras personas a los propios. Era evidente que las relaciones interpersonales de Catherine se caracterizaban por una profunda necesidad de complacer a los otros y el deseo de tener figuras sustitutas dispuestas a intervenir cada vez que se sentía rechazada por los otros. Esta tendencia todavía era visible en sus relaciones interpersonales, incluso en el hospital. Al mismo tiempo,

no obstante, ella expresaba su irritación por no ser capaz de cuidar sus propios asuntos. Por ejemplo, su propia familia y la que sería su familia política habían estado entrometiéndose en los arreglos de su boda, que debió cancelarse.

Las entrevistas que se realizaron durante las reuniones terapéuticas (y de forma aún más significativa la subsiguiente terapia individual de Catherine) revelaron la intensidad de la envidia y los celos recíprocos en su entorno familiar temprano. Catherine y su hermanastra más joven competían por la atención de su madre, de la cual Catherine se sentía privada, mientras que la madre se sentía celosa del afecto que el padrastro que era probablemente el miembro de la familia menos perturbado- mostraba hacia Catherine, así como también de la relación afectuosa de Catherine con su abuela materna.

Catherine abandonó sus estudios superiores de lo cual culpó a su madre posteriormente- y estudió confección y diseño de modas en una escuela comercial. Recibió un diploma de diseñadora pero no continuó el programa educativo a largo plazo que había iniciado. Tuvo su primera relación amorosa siendo todavía una adolescente, pero la dejó para contrariar a su madre, a la cual le agradaba el chico. A la edad de 19 años, comenzó a salir con Richard, que se convertiría en su primer "esposo", contra la voluntad de su madre. Este hombre era ocho años mayor que ella. Cuando Catherine tuvo que cerrar la boutique que mantenía con Richard, realizó varios trabajos temporales como comercial, camarera, costurera y modelo, mientras planificaba varias posibilidades educativas que nunca había explorado seriamente.

Catherine había estado saliendo con Denis desde hacía dos años, pero sólo empezaron a vivir juntos seis meses antes de su ingreso. Durante estos meses Catherine se dio cuenta de que Denis tendía a abusar del alcohol y los sedantes, hecho éste que él trató de negar ante sí mismo y ocultar a los demás. Posteriormente, Catherine expresó que el comienzo de la psicosis justo antes de la boda era la señal de una "revelación inconsciente de que el matrimonio nunca iba a funcionar". También tuvo que afrontar otro problema serio con el diagnóstico de *endometriosis*, con la consiguiente posibilidad de esterilidad. Este diagnóstico constituyó un duro golpe a su feminidad y su sueño de tener un bebé.

La principal *función terapéutica* de las reuniones de terapia era brindar a Catherine la oportunidad de hablar acerca de sí misma de forma cada vez más organizada. A ella le agradaba esta modalidad de trabajo y era activa, lanzando ocasionalmente una batería de preguntas a su madre o a otras personas. De este modo, también comenzó su proceso de diferenciación (aunque posteriormente necesitó terapia individual para alcanzar este objetivo satisfactoriamente). Para los familiares de Catherine, las reuniones

proporcionaron la oportunidad de establecer contacto con la comunidad terapéutica y desarrollar una mayor comprensión de las conexiones entre la enfermedad de Catherine y sus problemas. Las reuniones terapéuticas también evitaron las peleas entre los familiares, las cuales provocaban en Catherine la angustia de que estuviesen interfiriendo en su terapia excesivamente. A pesar de esto, las actitudes de los familiares no mostraron mayores signos de progreso durante las reuniones. Las reuniones terapéuticas, combinadas con las reuniones de la comunidad de la sala, también constituyeron un foro para el análisis de la tendencia a la escisión que era evidente en la comunidad de la sala y que era aumentada por las relaciones transferenciales fragmentarias de Catherine. Esta escisión se manifestaba, por ejemplo, en un desacuerdo sobre si debían darle contención a Catherine o bien proporcionarle espacio para ejercitar su creatividad semi-psicótica.

Las *sesiones de pareja* de Catherine y Denis, que fueron el corolario de las reuniones de la primavera de 1992, tuvieron lugar en un momento en el que se discutió si Catherine debía irse a vivir con Denis después del alta. Cuando Catherine comenzó a pasar parte de su tiempo con Denis, éste comenzó a beber; Catherine y Denis entonces comenzaron a usar benzodiazepinas y Catherine se deprimió. El prolongado tratamiento hospitalario de Catherine se debió en parte a estos problemas. Después de las sesiones de pareja, Catherine y Denis decidieron separarse.

A Catherine le gustaba la *terapia de grupo* (12 sesiones) y especialmente la *arte-terapia*, que se realizaba en pequeños grupos. Estableció una relación estrecha y positiva con el terapeuta. Catherine apreciaba mucho su pintura de un cisne, un pájaro del sur, nadando en un paisaje helado y claramente amenazado por la destrucción.

Proceso de la terapia individual

La terapia individual se consideró la indicada para Catherine desde las primeras etapas de su ingreso; sin embargo, su comienzo se retrasó notablemente, debido a que Catherine rehusaba aceptar la idea (especialmente cuando se sugería a un terapeuta que trabajaba fuera del hospital), probablemente debido a la complejidad y dependencia de sus relaciones reales y transferenciales. Solo aceptó la idea de la terapia individual cuando estaba a punto de dársele el alta del hospital y ella nombró tres "candidatas" entre los miembros del personal del hospital (I. A., el arte-terapeuta y su enfermera personal)- que ella misma asociaba con el hecho de que ha tenido "tres madres" cuando era un bebé. I. A.

estaba preparada para la terapia (y era la más competente de las candidatas), pero consideré importante que Catherine escogiera a la terapeuta por sí misma. La relación confidencial entre Catherine e I. A. se fue estableciendo gradualmente durante las reuniones terapéuticas, en las que I. A. estaba presente como miembro del personal.

La *frecuencia* de las sesiones de terapia individual fue de tres veces a la semana durante la etapa inicial y en épocas de crisis y, posteriormente, de dos veces por semana. Al principio, *la relación transferencial* se caracterizó por una confianza simbiótica pasiva en un apoyo omnipotente y por la búsqueda de amor. Catherine se comportaba de forma encantadora para "desarmar" a la terapeuta, pero pronto comenzó a tener conductas tipo acting out y a mostrar su ambivalencia inconsciente. Por una parte, pedía sesiones extra como señal del amor a la terapeuta, mientras que, por la otra, presentaba varios motivos racionalizados para cancelar sus sesiones regulares. La terapeuta mostró una *contratransferencia* afectuosa, maternal: dijo que al comienzo sintió que Catherine era una "niña pequeña, atractiva y talentosa". La agresividad de Catherine (primero inconsciente y consciente posteriormente) no provocó una irritación agresiva en la terapeuta; dice que su paciente "confinó la agresión dentro de sí misma" sin transferirla de forma significativa a la terapeuta a través de la identificación proyectiva. Durante las vacaciones y en las ocasiones en que Catherine estaba en crisis, le terapeuta le permitió llamarla a su casa. Catherine también trató de repetir su patrón previo de "encontrar sustitutos" contactando con su arte-terapeuta previo para hablar sobre sus problemas o "escapar" de su padre biológico, solo para volver a sentirse decepcionada incluso en ese aspecto. Por esta razón, el supervisor del proceso terapéutico señaló la necesidad de aumentar gradualmente la regularidad de la terapia haciendo una intervención amistosa pero clarificadora sobre las tendencias de Catherine hacia el acting-out. Después de las interpretaciones, Catherine no quiso un terapeuta sustituto incluso cuando I. A. estaba de vacaciones, pero la llamaba a las horas acordadas. Más tarde, sin embargo, el trabajo a nivel de la transferencia se centró en los problemas derivados de la relación temprana de Catherine con su madre, que se describen en detalle a continuación.

Catherine ya no estaba psicótica cuando comenzó y continuó su terapia individual, aunque experimentó ansiedad psicótica y miedo a psicotizarse durante sus crisis frecuentes. Sus *mecanismos de defensa* más importantes eran la negación y la proyección (que, sin embargo, disminuyó pronto), la identificación proyectiva (fundamentalmente con la terapeuta) así como el acting-out de su deseo de tener otros contactos fuera de la relación terapéutica. Sus estados de ánimo fluctuaban entre el entusiasmo creativo y la depresión. Los períodos depresivos incluían fatiga y un apetito excesivo

(durante finales de 1993 aumentó 20 Kg, que sólo perdió gradualmente). Catherine no recibió ninguna otra *medicación* durante su terapia a excepción de 1 mg de lorazepam cuando era necesario. Ocasionalmente, cuando tenía síntomas de ansiedad y depresión tomaba entre 5-6 mg diarios, pero cuando su ansiedad disminuyó dejó de tomar la medicación por completo.

Aparentemente, la inestabilidad de Catherine continuó por largo tiempo. Cambió de trabajo y su capacidad laboral fue variable a lo largo de su terapia: en general, encontraba trabajo con facilidad a pesar de la recesión, pero no era capaz de mantenerlo, en parte debido a su deseo de complacer que la llevaba a una sumisión estresante y, en parte, a causa de la fatiga y de sus tendencias depresivas. Tuvo varias bajas breves por razones psiquiátricas o debido al tratamiento de su endometriosis. Al comienzo vivía con su madre y su padrastro, pero después de su ingreso en la primavera de 1993 se mudó a un apartamento. Para ese entonces compró un perro, Daffy, que constituyó un objeto transicional importante para ella. Lo mimaba y lo identificaba con sus propios deseos ("Soy la persona más importante para Daffy"). Incluso lo trajo a la terapia unas cuantas veces. Durante la terapia, Catherine analizó uno de sus sentimientos de odio más intensos hacia su amiga ya que, al pedirle que cuidara del perro por un rato, lo hizo de forma inadecuada ("Podría haberla matado").

Una vez separada de Denis, Catherine tuvo algunas relaciones a lo largo de los años, pero dichas relaciones implicaban problemas de dependencia ambivalente y otras dificultades. Obviamente, los propios problemas de Catherine aquellos debidos a su relación con su madre y los que se basaban en su necesidad edípica de castigo- contribuían a su tendencia a hacer elecciones equivocadas. En el verano de 1995, casi inmediatamente después del matrimonio de su terapeuta, se "comprometió" con un hombre mayor que ella al que apenas conocía, que se acababa de divorciar de su mujer, se mudó a vivir con él y dejó su propio apartamento reformado recientemente. Cuando la relación fracasó debido al despotismo de este hombre y a la forma inadecuada en que se separó de su mujer, Catherine se encontraba nuevamente en la situación de que no tenía un lugar donde vivir. En la terapia se le señaló que al formalizar este compromiso ella quería seguir el ejemplo de su terapeuta; sin interpretar, en ese momento, los sentimientos de envidia. Un año después, Catherine se fue a vivir con un hombre cuya actitud celosa y pegajosa era patológica, que trató incluso de estrangularla después que ella, provocándole inconscientemente, permitió que un compañero de baile inocente de todo esto, la llevara en su coche para ir a ver su casa, mientras que su amiga la esperaba con actitud sospechosa. Cuando esta relación terminó a finales de 1996, fue posible analizar en la terapia las relaciones de Catherine con los hombres de modo tal que aumentó su comprensión y sus actitudes fueron más consistentes y realistas.

Cuando se llamó su atención sobre su patrón obsesivo de escoger hombres que siempre fracasaban en su intento de establecer una relación, dijo que repetía un patrón relacionado con su madre tratando de "forzar" a la otra persona a cambiar, a hacerle comprender mejor a Catherine- y proyectando en él sus pensamientos homicidas cuando esto fracasaba.

La relación de Catherine con su madre se caracterizaba por problemas complejos de dependencia e independencia y, especialmente, por un *deseo constante de que su madre la comprendiese mejor y la amase,* a pesar de las decepciones. En la terapia se planteó el tema de la relación con la madre, especialmente después del intento suicida de Catherine en la primavera de 1993. Se dio cuenta de que había tratado de "vengarse" de su madre, por haberle causado intensas frustraciones. Durante la sesión se sintió "furiosa" con su madre. Pero su odio no se dirigía exclusivamente a su madre. También tomó conciencia de su odio hacia la terapeuta, que había tenido que cancelar una sesión extra a pesar de la ansiedad de la paciente. Un año después, Catherine tuvo un sueño: *la madre estaba en el hospital, llevaba tacones altos y le habían extirpado un bulto. Los otros pacientes estaban nerviosos. Catherine trató de calmar a su madre que también estaba nerviosa, pero al fallar en su intento, la atacó de forma homicida*. En otro sueño que tuvo en ese entonces, *se peleó con su terapeuta*. Y aún tuvo otro sueño sobre el mismo tema: "*Eran tiempos de guerra. Incendié la casa y salí con el perro. Entonces regresé, desperté a las personas que dormían y les salvé*". Estos sueños parecen retratar de forma vívida los sentimientos homicidas hacia su madre "mala" y hacia su terapeuta así como sus deseos reparatorios.

Hubo muchos otros acontecimientos durante el curso de la terapia que perturbaron a Catherine de los cuales, el matrimonio de su terapeuta, como se mencionó anteriormente, no fue el menos importante. No obstante, fue capaz de elaborar estos acontecimientos con la terapeuta y sus problemas de envidia y celos comenzaron a resolverse de manera espontánea. Sus relaciones de pareja se habían roto y los intentos por tratar su infertilidad fracasaron. Su hermanastra menor se casó, Denis se casó también y él y su esposa tuvieron un bebé; la hermanastra también tuvo un bebé . Para ese entonces, Catherine y su última pareja iniciaron un programa de inseminación artificial recomendado por su ginecólogo, a pesar de los problemas y del mal pronóstico de su relación, y en parte, sin el conocimiento de la terapeuta. Sin embargo, una vez que analizó el asunto en su terapia, Catherine lo canceló. Según la percepción de su terapeuta, el deseo de Catherine por tener un bebé se debía no solo a la inferioridad que sentía con respecto a su propia feminidad y su envidia hacia otras mujeres analizado con frecuencia- sino que estaba relacionado también con la inadecuación de la relación con su madre: quería compensar su propia falta de amor, teniendo su propio bebé (indicación de una identificación proyectiva).

La comprensión que Catherine desarrolló a través de las interpretaciones transferenciales supuso una conciencia creciente de su propia envidia y el aspecto patológico de su deseo de complacer a su madre: "Si no puedo complacerla, lo habré perdido todo", dijo. Los sentimientos crecientes de odio y amargura hacia su madre se mitigaron con la comprensión que logró cuando la terapeuta (que había visto a la madre en las reuniones terapéuticas) señaló que la madre era una persona perturbada que vivía a través de otras personas.En este sentido, la terapeuta acotó que mientras intentaba evitar su envidia destructiva, también había perdido parte de su creatividad. Esto era particularmente cierto durante las fases depresivas: Catherine reconoció las conexiones entre sus sentimientos depresivos y sus impulsos destructivos. La elaboración de los celos edipícos se trabajó en relación a la ex-esposa de su "novio" situación ésta que evocaba la relación entre su padrastro y su madre. Catherine comenzó también a hacerse consciente de su necesidad de castigo, y dijo: "Me asusta que me castiguen si las cosas van bien". Comenzó a preguntarse más y más por qué había mantenido por tanto tiempo relaciones que la exponían a la violencia.

En la primavera de 1996 Catherine tuvo que afrontar otra situación dolorosa: su abuela materna, con la que tenía una relación muy estrecha (a pesar de la invasividad que ésta mostraba hacia su nieta), tuvo un cáncer cerebral y murió a comienzos del otoño. Catherine lloró su muerte y participó activamente en la organización del funeral a pesar de las reacciones de celos de su madre, que se revelaron vívidamente en el reproche que hizo a su hija: "Soy yo la que ha perdido a su madre y la que debería llorar, no tú". Más tarde, Catherine le dijo a su terapeuta que la muerte de su abuela había eliminado su "compulsión" a complacer a los otros se dio cuenta de que ya no necesitaba complacer a los otros por el temor a que algo malo le sucediera, porque la muerte de su abuela no hizo que ella misma muriera. "No volveré a estar psicótica", aseguró a su terapeuta.

Catherine ha desarrollado una mayor capacidad de comprensión, especialmente durante el último año de la terapia y, simultáneamente, ha entablado relaciones más realistas con otras personas. Tiene un mayor contacto con sus sentimientos de dolor y una mayor capacidad para tolerarlos y afrontarlos en la terapia y sus sentimientos depresivos son mucho más manejables. No toma psicofármacos. Sus esfuerzos ocupacionales fragmentarios se han sustituido también por un plan educativo más focalizado. Su terapia aún está inconclusa y no ha comenzado aún el proceso de separación de la terapeuta, que será una parte importante de la terapia. No obstante, la situación se ha estabilizado lo suficiente como para garantizar nuestro acuerdo con la certeza de Catherine: difícilmente corre el riesgo de volver a psicotizarse.

Resumen

Nos referimos aquí a la psicosis esquizofreniforme de una mujer joven con rasgos borderline y deseos insatisfechos de amor simbiótico y comprensión empática arraigados profundamente. Durante su crisis psicótica presentó confusión severa, pérdida de la prueba de realidad y rasgos hipomaníacos e histriónicos. Recibió tratamiento sin neurolépticos; su ansiedad se trató con benzodiazepinas.

Catherine realmente tuvo tres figuras maternas que la rechazaron y compitieron por el derecho a "poseerla". Creció en una atmósfera de celos y envidia, lo que se demostró que aún seguía operando en la familia en el presente. Dado que no estaba en capacidad de resolver sus propios celos y envidia sentimientos que se habrán intensificado con la llegada de sus hermanastros gemelos a la edad de 7 años estos sentimientos marcaron sus relaciones durante la enfermedad y los procesos transferenciales en la terapia. Constituyeron una de las razones que hicieron que su tratamiento hospitalario se prolongase, pero fue posible exponer y clarificar estos procesos en el curso de las reuniones terapéuticas con Catherine y los miembros de su familia, en un grado suficiente como para generar la motivación y mejorar las condiciones previas necesarias para el inicio de su terapia individual.

Después de la etapa de tratamiento hospitalario, la terapia continuó en la forma de terapia individual psicodinámica, con 2-3 sesiones semanales. Su terapeuta es una enfermera especializada con formación en terapia individual y familiar. La terapia individual lleva ahora 4 años y no ha habido recaídas de la psicosis. Catherine no toma medicación psicofármacológica. Gradualmente su personalidad se ha ido integrando, pero el tratamiento no ha concluido aún y debe lograrse el proceso de separación. La terapeuta se ha constituido en un nuevo objeto-del-self significativo para Catherine. Le ha brindado la comprensión empática que Catherine siempre ha necesitado. Esto ha hecho posible la identificación constructiva de Catherine con su terapeuta "continente" y "pensante". Al mismo tiempo, ha sido posible emplear la relación transferencial para interpretar los problemas internos de Catherine, suscitadores de ansiedad, entre otros, sus sentimientos de odio, envidia y culpa. Al comienzo, la contratransferencia básicamente consistió en el rol de una madre simbiótica y segura, mientras que posteriormente se ha concentrado de forma creciente en el trabajo interpretativo que ha ayudado a Catherine a encontrar una identidad más equilibrada y satisfactoria.

John, el hijo menor de una familia aglutinada **[con Jyrki Heikkilä]**

John, un carpintero de 22 años de edad, vivía con sus padres cuando vino a recibir tratamiento por primera vez en Marzo de 1992. Es el menor de tres hermanos y el único que vive aún en la casa de sus padres. John había estado sin dormir durante todo el fin de semana y no había comido prácticamente nada. Decía que sus pensamientos le atormentaban y se derrumbó. Creyó que no podría recordar nada. Estuvo de acuerdo en ver a un médico (un médico general) y su hermano Jack llamó al residente de turno en la Clínica Psiquiátrica. Acordaron que John vendría a la *Clínica de ingreso* (ver capítulo cinco) al día siguiente con otros miembros de su familia. Jack permanecería a su lado hasta entonces.

En la Figura 6.1 se esquematiza la historia de tratamiento de John, con las diferentes medidas terapéuticas empleadas. El equipo de la clínica de admisión (un psiquiatra, una enfermera especializada y una enfermera psiquiátrica) se reunió primero con John, Jack y sus padres, conjuntamente (*la primera reunión terapéutica*). Su padre habló por todos ellos, tratando de explicar la situación. Una de sus primeras ideas fue que no había necesidad de que John se trasladase fuera del hogar. Aproximadamente un año antes, su padre notó a John más aislado. Un mes antes de la crisis, John tuvo un accidente automovilístico: la chica que conducía el otro coche chocó contra el coche de John, que quedó totalmente inservible. Tanto John como la chica salieron ilesos. Debido al accidente, hubo un juicio que John ganó finalmente.

John no presentó delirios o alucinaciones, pero tenía una confusión severa. Creyó que estaba loco. Respondía después de largos lapsos de tiempo y tenía una actitud de sospecha. La situación no era muy clara y se le dio otra cita a la familia para el día siguiente.

A la *segunda reunión terapéutica* Jack vino con John sin sus padres, porque esa había sido su voluntad. Había permanecido despierto toda la noche. Estaba confuso, asustado, pero más conversador. Parece ser que, siendo un niño, lo había seducido un hombre. Hubo un juicio, pero John no pudo hablar al respecto. Cuando se le invitó a hablar, simplemente dijo: "esta oscureciendo en el ático" y no decía nada más. Jack había notado que el accidente de coche había tenido un impacto notable en John y en su padre. El padre tuvo un accidente de coche exactamente en el mismo cruce de caminos tres años antes, que le ocasionó un problema en la espalda que le forzó a retirarse con una pensión. John no paraba de repetir que esto daba vueltas y vueltas en su cabeza, que olvidaba las cosas y que no tenía noción del tiempo. Dijo que sospechaba que cierta chica en realidad era otra.

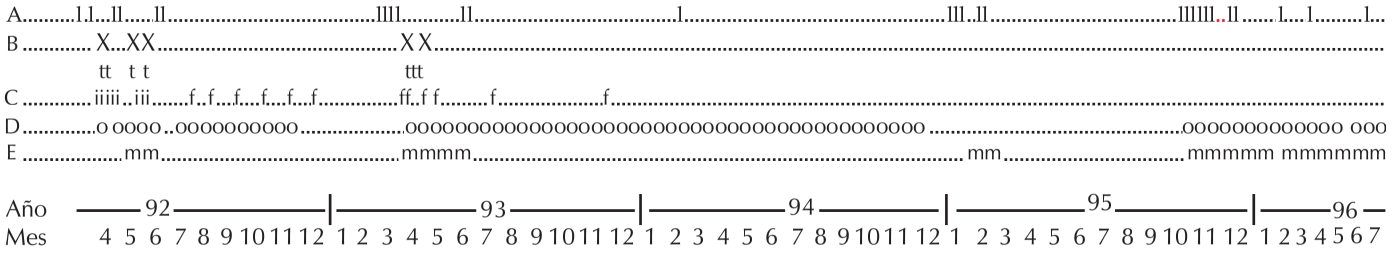

FIGURA 6.1. Resumen del tratamiento de Jhon

A. Visitas a la clínica de admisión (l)
B. Tratamiento hospitalario (X) y reuniones terapéuticas (t)
C. Reuniones de familia (i) y terapia familiar (f)
D. Consultas con la enfermera personal (o)
E. Medicación neuroléptica (perfenazina 8-16 mg/día) (m)

Se definió la situación a la familia como una crisis de individuación referente a John y a la familia. Se consideró que el accidente había amenazado concretamente la identidad y masculinidad de John. Dado que ni el paciente ni sus familiares manejaban muy bien la intensa confusión de éste, John ingresó en una sala abierta de la Clínica Psiquiátrica (J. H. era el Jefe médico de la sala). La situación se definiría mejor en la sala.

El primer ingreso de John. Al comienzo, John estaba muy aislado y sospechaba de todo. Su apariencia era muy rígida casi catatónica. No contestaba o lo hacía muy despacio. Desde el principio, tuvo una *enfermera personal*, una enfermera psiquiátrica sin formación psicoterapéutica. Trató de establecer un contacto empático con John y lo logró al cabo de unos días. No obstante, la actitud de John seguía siendo reservada y no estaba motivado a explorar sus problemas. Debido a que John formaba parte de un proyecto de investigación con pacientes de primer ingreso del grupo de la esquizofrenia, preferiblemente sin neurolépticos (ver Lehtinen y col., 1996), se le administraron *benzodiazepinas* (lorazepam), que fueron de gran ayuda. Su confusión desapareció gradualmente y se le dió el alta 16 días después.

La historia familiar se exploró durante las reuniones terapéuticas y de familia que tuvieron lugar antes y durante la estancia de John en el hospital. El padre, un librero retirado, era la figura dominante en la familia, mientras que la madre parecía sumisa. La madre trabajaba aún como peluquera. El rendimiento de John en la escuela fue regular y le fue bien en el servicio militar. Entrenado y presionado por su padre, que fue luchador, John formó parte del equipo líder de lucha libre en Finlandia, pero abandonó la lucha a la edad de 17 años. Ha salido con chicas solo esporádicamente. Pero relató con orgullo que tenía cinco coches en su poder. Con respecto al episodio de seducción durante la infancia de John, la familia era tan reticente como John a hablar de ello.

El padre de John dominó estas sesiones y trató de hallar explicaciones somáticas al estado de John refiriéndose, por ejemplo, a los empastes de amalgama en sus dientes. De nuevo, se opuso a la idea de que John se trasladase fuera del hogar. En esa reunión, John estaba muy confuso y aislado. Mientras escuchaba al padre, el equipo consideró que el límite entre él y John no estaba definido. Su madre tenía una actitud más pasiva, que reflejaba su sumisión a su esposo.

Los padres consideraban que su relación conyugal era buena. Sin embargo, la abuela materna de John, que enviudó 7 años antes, ha vivido en la misma casa con la familia por 24 años y la relación entre ésta y el padre de John había sido muy difícil; se preguntaban si sería posible sentarse juntos en la misma habitación.

Se realizó un EEG y fue normal. Los *tests psicológicos* revelaron la presencia de rasgos delirantes y esquizofrénicos, así como una dependencia

excesiva. Desde el punto de vista cognitivo, el funcionamiento de John estuvo levemente por debajo del promedio. La familia tenía las características de pseudomutualidad y según la evaluación con el modelo circunflejo de Olson (Olson, Sprenkle y Russell, 1979) relativamente rígida (eje: rígida-caótica) y aglutinada (eje: aglutinada-desligada).

Durante una *reunión integradora del equipo tratante* al final del tratamiento hospitalario, la situación de John se interpretó como una crisis de emancipación así como una crisis en la sexualidad. John tenía rasgos de pánico homosexual. Los síntomas comenzaron después de una tarde de sauna con sus amigos. El accidente de coche obviamente puso en peligro la estabilidad fálica de John. Un evento de gran cobertura en los medios, el juicio al boxeador Mike Tyson por violación, tuvo un significado especial para John y en una oportunidad creyó que podía presagiar su sentencia. Parecía que John se había identificado con Tyson y la idea atemorizante de una sexualidad agresiva. El accidente de coche como tal y en el contexto de los dos juicios parecía tener el mismo tipo de significado.

El *diagnóstico* oficial de John fue *psicosis reactiva breve*. Aceptó visitar semanalmente a su propia enfermera una vez dado de alta y se planificó la continuación de una terapia familiar de orientación sistémica. No se le dio medicación después del tratamiento hospitalario.

John tuvo *otros dos ingresos,* el primero fue apenas un mes después de su primera alta. Un factor que pudo haber contribuido fue el hecho de que las visitas de John a su enfermera personal no se cumplieron según lo programado, debido a la ausencia de su enfermera por enfermedad; solo se reunieron una vez después de su primer ingreso. Durante su segundo ingreso, John no podía dormir, no comía, su actitud era de aislamiento y sospecha, preguntaba si había una conspiración en su contra y si todo lo que estaba mal era por su culpa. No quería salir, por temor a que otras personas pudieran sugerir que él era homosexual. Tenía pensamientos suicidas y se subió a una chimenea alta, amenazando con saltar. Sospechaba que el personal lo acusaba de cometer actos malvados y gritó: "Más de uno se alegraría si yo estuviera muerto". Sin embargo, se bajo de allí después de una breve discusión. Se le transfirió entonces a la sala cerrada y se inició el tratamiento con *medicación neuroléptica (perfenazina 8 mg diarios*).

Durante su tercer ingreso en 1993, John tomó una sobredosis de hipnóticos, estaba deprimido y tenía ideación suicida. Algún tiempo antes, se fue a vivir con su novia. Mostraba amargura con respecto a su padre y tenía deseos de venganza. Durante estos últimos ingresos, se definió el diagnóstico de *psicosis esquizoafectiva*, debido a los rasgos depresivos de John.

Después de los períodos de hospitalización, el equipo de la clínica de admisión tenía la responsabilidad principal sobre el tratamiento de John. Él y sus padres asistían regularmente a las reuniones y él continuó tomando

una dosis neuroléptica baja; sin embargo, debido a su renuencia a tomar medicinas, el tratamiento se interrumpió en repetidas ocasiones. Las visitas a la enfermera personal continuaron pero de forma más regular. Durante los años siguientes, John tuvo algunos períodos de crisis por lo cual se organizaron reuniones terapéuticas en la clínica de admisión.

Las *reuniones de familia* diferían de las *reuniones terapéuticas* en que las primeras apuntaban a una *terapia de familia de orientación sistémica,* de duración más prolongada. El equipo estaba formado por un psiquiatra jefe, una enfermera especializada con formación en terapia familiar, que trabajaba en la sala y una enfermera especializada que se había reunido con la familia en la clínica de admisión. Las sesiones eran conducidas por la enfermera formada en terapia familiar y los otros miembros del equipo permanecían tras un espejo unidireccional.

Los métodos incluyeron el cuestionamiento circular, reencuadre y connotaciones positivas dirigidas especialmente a promover una mayor flexibilidad estructural en la familia y a tratar de establecer una diferenciación mutua entre John y sus padres. Se encontró repetidas veces que el padre invadía la privacidad de John y tenía dificultades para diferenciar su propia vida de la de John aún más después de su retiro. Veía a John como una persona débil que podía ser engañado fácilmente y le atemorizaba la posibilidad de que John hubiese tomando esteroides anabólicos o narcóticos, sin tener base alguna para sospechar esto. También interfería en la relación de John con sus novias. Durante su tercer ingreso, John tuvo delirios referentes al significado de que su padre estrechase la mano de su novia y a sus comentarios sobre ella; tenía dudas acerca de su relación ya que pensaba que su padre no la aceptaría.

Las reuniones continuaron hasta Diciembre de 1993. Para ese entonces, tanto el equipo como la familia consideraron que había una mayor diferenciación mutua entre John y sus padres y que ambas partes podían funcionar independientemente. Como prueba de ello, el equipo observó que ahora John podía manejar por sí mismo los aspectos relacionados con su tratamiento. El padre y la abuela materna trataban de llegar a un entendimiento. John trabajaba y estaba viviendo con su novia, si bien había ciertos conflictos entre ellos.

Durante el segundo ingreso, la *relación con su enfermera personal* parecía ser, en cierto modo, la única cosa clara y libre de sospechas para John. Las visitas a esta enfermera continuaron después de los períodos de tratamiento hospitalario y por regla general, una vez por semana- supervisadas por otra enfermera terapeuta con formación psicoterapéutica. En 1996, se pasó de una frecuencia semanal a quincenal. No obstante, hubo ciertas interrupciones, ante lo cual John se mostró muy sensible por ejemplo, en Enero de 1995, un mes después de que él cancelara las visitas a la enfermera

personal, como acordaron entonces, se tornó más ansioso e insomne y estuvo de baja por enfermedad durante una semana. Por otra parte, John era renuente a continuar con las visitas, ya que deseaba negar su enfermedad. Otra razón era que ahora vivía con una nueva novia y le preocupaba lo que ella podía pensar de tales visitas.

Dada la falta de experiencia psicoterapéutica de la enfermera se mantuvo el contacto a nivel de apoyo. Se analizaban los problemas actuales de John -especialmente la relación con su padre- y gradualmente fue capaz de criticarle y oponerse a él. Se hizo evidente que la relación entre John y su madre era muy estrecha. John nunca hizo un comentario negativo acerca de su madre e iba a visitarla frecuentemente a su salón de belleza. La terapeuta consideró que John había permanecido en casa por tanto tiempo porque le atemorizaba dejar a la madre sola en casa con el padre. Durante su primer período de hospitalización John tuvo pesadillas en las que sus familiares luchaban y se mataban unos a otros.

Parece obvio que en la relación transferencial, John identificaba a su terapeuta con una madre idealizada, lo que se reflejaba también en la contratransferencia. Además, John solo quería hablar de cosas agradables con la terapeuta, porque "de otro modo, su cabeza estallaría". También evitaba la expresión de sentimientos negativos relacionados con las separaciones. No obstante, pudo criticar duramente a la madre de su novia (signo de una transferencia escindida). Cuando hablaba de su novia, hacía insinuaciones indistintas a "otra chica"; la terapeuta comprendió gradualmente que se refería a ella. La transferencia erótica se manejó con la observación, por parte de la terapeuta, de que su rol era el de terapeuta de John y no el de una novia. No se interpretó la relación de John con la madre ni sus problemas de agresión, ni tampoco se hicieron interpretaciones transferenciales.

John tuvo su último (hasta ahora) episodio psicótico leve en Noviembre de 1995. Había indicios de alucinaciones auditivas, pero John enseguida lo negó. Sucedió que la esposa del hermano mayor de John estaba embarazada y John y su novia tenían planes de tener hijos también. John y su novia asistieron a reuniones en la clínica de admisión en repetidas ocasiones y la situación se estabilizó en tres semanas. Por primera vez, John aceptó la idea de tomar neurolépticos de forma regular para evitar recaídas. En un seguimiento efectuado en la clínica de ingreso en Octubre de 1996, se encontró que no había tenido síntomas durante los diez meses previos. John visita a su enfermera personal de forma regular, continúa con la misma dosis neuroléptica (perfenazina 8 mg diarios), trabaja normalmente y tiene planes de casarse y quizás tener hijos.

Resumen

La historia de este caso es criticable en lo relativo a la relación terapéutica individual con una terapeuta inexperta y sin formación, lo cual se debió, por una parte, a la relativa inadecuación del paciente para una psicoterapia de clarificación debido a su falta de motivación y a la fragilidad de su personalidad y a la relativa falta de terapeutas más experimentados, por la otra. Sin embargo, el contrato de apoyo con la enfermera terapeuta fue importante para John.

Las intervenciones rápidas centradas en la familia efectuadas por la clínica de admisión, constituyen el lado meritorio del tratamiento de John, repetidas también después de sus períodos de hospitalización, durante situaciones de crisis que amenazaban su estabilidad. A pesar del diagnóstico de psicosis esquizoafectiva, cabría preguntarse si la regresión psicótica de John habría sido más severa si no hubiese recibido tratamiento tan rápidamente. Hubo signos de desintegración catatónica y paranoide inminente, tanto al comienzo de la enfermedad como posteriormente. En este sentido, el trabajo del equipo de la clínica de ingreso y el tipo de atención brindada a John ofrece un buen ejemplo de las funciones usuales de los equipos de psicosis en Finlandia (ver págs. 240-242). A través de su actividad, los equipos han podido evitar o aliviar los estados psicóticos de numerosos pacientes esquizofrénicos, así como su etiquetamiento social. El caso de John como el de Catherine- es también un buen ejemplo del apoyo brindado a través de la familia y del enfoque individual a los procesos de individuación-separación de pacientes jóvenes del grupo de la esquizofrenia, que habitualmente también requieren una creciente separación de los padres con respecto a sus hijos.

No obstante, la comparación de los tratamientos de Catherine y John también ilustra la importancia de una psicoterapia individual de orientación psicoanalítica en la evolución y el pronóstico del paciente. En el tratamiento de Catherine el proceso sistémico inicial continuó con una psicoterapia de orientación psicodinámica, estimulando un proceso de desarrollo interno lo suficientemente profundo como para producir un desarrollo gradual de la personalidad. Esto también disminuyó considerablemente el riesgo de nuevos episodios psicóticos. Ese no fue el caso con John, que aún es claramente dependiente del apoyo de su terapeuta y de la medicación neuroléptica para evitar la amenaza de una futura crisis psicótica.

El caso de John también puede considerarse un ejemplo de los problemas que acarrea la escasez de terapeutas con una formación avanzada en la psicoterapia de la psicosis. Dado el problema cotidiano de utilizar lo que esta más a mano, en el caso de John se trata más de una terapia "adaptada a los recursos" que "adaptada a las necesidades". Éste suele ser el caso en

el contexto de la psiquiatría comunitaria. No obstante, creemos que las tentativas ilustradas por el tratamiento de John, incluyendo su terapia individual preferiblemente respaldada por una supervisión competente-deben estimularse firmemente. Las relaciones regulares de apoyo y a largo plazo pueden ayudar a muchos pacientes a resolver sus problemas en el marco de la consulta externa. El enfoque psicoterapéutico ofrece una cualidad humana que puede estar ausente en un enfoque puramente biológico. Este tipo de relación con los pacientes también es parte del proceso educativo en este campo, con el objetivo de aumentar el interés en los problemas de la psicoterapia de la psicosis, así como a nivel de la percepción de los miembros del personal y su motivación para adquirir una formación idónea para ello.

CAPÍTULO SIETE

El tratamiento de la esquizofrenia y la sociedad

El último capítulo de este libro trata sobre la dimensión social del tratamiento de la esquizofrenia. Como es natural, mi pensamiento está conectado estrechamente con los desarrollos actuales y los retos contemporáneos que afronta el tratamiento psiquiátrico en el sistema de salud pública en Finlandia y otros países escandinavos. Espero que este antecedente no limite el interés de los lectores de aquellos países en los cuales el desarrollo del tratamiento de los trastornos psiquiátricos ha tomado un curso distinto al nuestro. En todo el mundo, la gran mayoría de los pacientes esquizofrénicos recibe atención en el marco de la psiquiatría comunitaria, dado que muchos pacientes requieren una variedad de servicios que incluyen atención hospitalaria y consulta externa, estrategias de apoyo y servicios de bienestar social. Por otra parte, debido a la escasez de recursos, la cooperación creciente entre el sector público y privado se ha hecho cada vez más común en muchos países, incluidos los países escandinavos.

Factores políticos que afectan el tratamiento de la esquizofrenia

Por razones ideológicas y consideraciones de tipo económico, los factores políticos han influido frecuentemente en el destino de los pacientes esquizofrénicos. Su influencia sobre las actitudes hacia los esquizofrénicos y su tratamiento ha sido más evidente en sociedades en las que prevalecían ideologías extremas. En el siglo XX, estas ideologías extremas predominaban en dos sistemas totalitarios: la Alemania nazi de los años 30 y la Unión Soviética de hace unas décadas.

En la doctrina nazi de la eugenesia, se consideraba que la esquizofrenia era una enfermedad degenerativa que debía eliminarse de la sociedad. La investigación sobre la herencia proporcionó la base para este argumento, confirmado por algunos de los principales psiquiatras alemanes que posteriormente iniciaron un programa extenso de esterilización de pacientes esquizofrénicos antes y durante la Segunda Guerra Mundial. Se desconoce la cantidad de enfermos mentales que murieron en los campos de concentración.

En la Unión Soviética, los psiquiatras forenses se desacreditaron por apoyar a los dirigentes del autoritarismo en el encarcelamiento de los disidentes en los hospitales psiquiátricos, aplicándoles el diagnóstico de esquizofrenia (Bloch y Reddaway, 1984). Se decía que el desacuerdo con el régimen implantado era un síntoma psiquiátrico común en quienes padecían una "esquizofrenia insidiosa". Aún en ese caso, esta práctica abusiva estaba relacionada con las teorías médicas sobre las causas y la supuesta incurabilidad de la esquizofrenia.

En las sociedades democráticas, la influencia de las ideologías socio-políticas sobre la psiquiatría es menos evidente, pero aún puede detectarse claramente. Durante las últimas décadas, en muchos países occidentales comenzaron a clausurarse los hospitales psiquiátricos, fundamentalmente por razones económicas, a pesar de las protestas de los psiquiatras (p. ej., Borus, 1981; Weller, 1989). Dado que los servicios de atención semi-institucional eran insuficientes, una gran cantidad de pacientes se quedó sin un lugar donde vivir; han pasado a constituir uno de los muchos grupos marginales de una sociedad cruel.

Svein Haugsgjerd (1971) señaló que las teorías tienden a moldearse para justificar la práctica existente. ¿Sería exagerado plantear que esto se refleja de algún modo en la predominancia de las teorías bio-médicas de la esquizofrenia, especialmente en las naciones occidentales que ostentan el liderazgo a nivel mundial? La idea de que "actualmente se considera que la esquizofrenia es crónica y prácticamente incurable -creencia transmitida a los pacientes y a sus familias- y que la terapia apunta a la supresión de

los síntomas y la rehabilitación a un nivel de funcionamiento social bajo" es compatible con las políticas sociales de los 80. La cita es del resumen de la presentación un tanto nostálgica de Ruth W. Lidz (1993) en el Simposio Internacional sobre la Psicoterapia de la Esquizofrenia en Turín en 1988. También expresó que en su opinión era un error, a lo largo de un tratamiento a largo plazo con altas dosis de psicofármacos, privar a los pacientes de la oportunidad de resolver en el tratamiento psicoterapéutico "los problemas reales que han existido entre ellos y las personas con las que han estado relacionados más estrechamente" y de estimularles hacia un desarrollo más sano.

Stephen Fleck (1995) publicó recientemente un estudio crítico sobre ciertas tendencias deshumanizantes en la psiquiatría estadounidense en las décadas recientes. Señaló que ha habido una vuelta a las ideas reduccionistas sobre la atención a los pacientes, a quienes se concibe como "portadores" de aberraciones neuroquímicas, en lugar del énfasis anterior en las habilidades de entrevista y la comprensión de los pacientes en términos de su desarrollo personal. Los programas de "gestión" han desplazado al tratamiento psicoterapéutico y los psiquiatras han quedado reducidos a la función de diagnosticar y emitir recetas. Fleck critica también la política de las compañías de seguros y sus agentes de "asistencia controlada", que han rechazado de forma creciente los pagos por concepto de tratamientos psiquiátricos "prolongados", interfiriendo de este modo con las psicoterapias intensivas y prolongadas o con los ingresos. El factor decisivo es el coste del tratamiento de corta duración- y la preferencia por las elecciones menos costosas.

Hasta ahora, en las sociedades del norte de Europa la situación ha sido mejor. Pero la recesión y las teorías económico-políticas prevalecientes también han comenzado a conceder una importancia creciente a estos asuntos en nuestros países. El progreso continuo del sistema público de atención psiquiátrica ahora se ve amenazado (Pylkkänen, 1994). Y no es tan solo cuestión de un desarrollo continuo lo que se debatirá en el futuro próximo, sino que también es cuestionable si estaremos en capacidad de mantener el funcionamiento actual a un nivel compatible con nuestro conocimiento, lo que es necesario dada nuestra responsabilidad compartida por el bien común de nuestros conciudadanos.

Merece la pena desarrollar el tratamiento

En contacto con el Proyecto Nacional de Esquizofrenia en Finlandia, Vinni (1987) presentó un resumen de los costes globales de la esquizofrenia en Finlandia en 1985. Según sus cálculos, los gastos financieros totales debidos

a la esquizofrenia sumaron 2.500 millones de marcos finlandeses. Los costes directamente relacionados con el tratamiento (gastos hospitalarios en su mayoría) constituyeron un 40% de esta suma, mientras que los costes indirectos (debidos principalmente a la pérdida de ingresos) alcanzaron el 60%. Rice, Kelman, Miller y Dunmeyer (1990) obtuvieron hallazgos relativamente similares en la proporción entre costes directos e indirectos, al calcular el coste de todas las enfermedades psiquiátricas (excepto el abuso de drogas y alcohol) en Estados Unidos (a nivel privado, estatal y federal) en 1985: las pérdidas directas se calcularon en 42.500 millones de dólares americanos y las indirectas en 56.700 millones de dólares.

El conocido psiquiatra social británico David Goldberg (1991) revisó la investigación sobre el coste del tratamiento de la esquizofrenia presentada en el *Schizophrenia Bulletin*. Primero se centró en cuatro estudios controlados realizados en Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña y Canadá. Sus conclusiones principales fueron las siguientes:

- El servicio en la comunidad es generalmente más económico que en un hospital. Esto también es cierto en el tratamiento de las psicosis agudas. Sin embargo, es importante acotar que estos resultados no pueden generalizarse a todos los pacientes que requieren ser ingresados.
- El tratamiento más costoso a veces puede resultar más económico para la sociedad a largo plazo.
- Para los pacientes que requieren estancias prolongadas en el hospital, los albergues ofrecen una alternativa efectiva en términos de coste-beneficio que los pacientes mismos prefieren.

La rentabilidad económica de la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos crónicos es comprensible, dado que los gastos de personal por paciente son significativamente inferiores en los albergues de rehabilitación y residencias que en el hospital. La situación es más compleja con los pacientes agudos. Parece ser que los equipos que realizan un trabajo centrado en la familia, en el contexto de la comunidad pueden reducir significativamente el uso de los hospitales al promover el tratamiento de los pacientes agudos, como lo indican las experiencias de Langsley y col. (1971) y Falloon (1992) descritas en el capítulo cuatro. No obstante, la justificación económica más importante para el desarrollo del tratamiento de nuevos pacientes esquizofrénicos está en la cantidad de pérdidas indirectas presentadas por Vinni (1987) y por Rice y col. (1990). Si es posible aumentar de forma significativa el número de pacientes esquizofrénicos capaces de reanudar su actividad laboral, como lo demuestran los hallazgos más recientes de los proyectos escandinavos a través de un enfoque psicoterapéutico integral, habrá un ahorro económico a largo plazo en pérdidas indirectas (Alanen y col., 1994). Una condición previa necesaria es evitar las decisiones basadas en la rentabilidad a corto plazo y

proporcionar a los pacientes esquizofrénicos más posibilidades de relaciones terapéuticas a largo plazo incluso períodos de hospitalización más largos cuando sea necesario. Esto reflejaría también una actitud más humana hacia los enfermos mentales.

Desarrollo de la organización que proporciona el tratamiento

En esta sección se examinan las necesidades de desarrollo de sistemas de tratamiento, comenzando específicamente a partir de las premisas para llevar a cabo el tratamiento adaptado a las necesidades de los pacientes esquizofrénicos.

El modelo del área de captación

El modelo sectorizado constituye la mejor alternativa para el desarrollo de sistemas terapéuticos en psiquiatría. Existe un acuerdo general sobre esto a nivel internacional.

En el modelo sectorizado, hay una responsabilidad global de proporcionar atención y tratamiento a una población dada. Los sistemas terapéuticos de cada área son responsables de la hospitalización y la consulta externa: en lugar de estar limitados a una institución o procedimiento terapéutico determinado, el sistema es responsable de todo tratamiento psiquiátrico especializado. Habitualmente hay una estructura estratificada: en Finlandia, por ejemplo, el estrato superior está constituido por los distritos de salud mental más grandes con una población promedio de 220.000, los cuales, a su vez, están divididos (al menos en la esfera de la consulta externa) en distritos locales de salud mental, cada uno de ellos con 25.000-40.000 habitantes y una parte importante de su trabajo consiste en la cooperación con el sistema general de salud.

La conexión estrecha entre los servicios de hospitalización y consulta externa indicada en el modelo del área de captación son de vital importancia para garantizar la planificación global y consistente del tratamiento y rehabilitación, así como la continuidad de las relaciones terapéuticas. Esta necesidad de consistencia generalmente constituye un problema en el trabajo psiquiátrico. Una vez que se ha eliminado esta especie de pared divisoria administrativa entre la atención hospitalaria y la consulta externa, es más fácil para un miembro del personal de consulta externa mantener una relación terapéutica significativa, incluso durante los episodios

transitorios de hospitalización, o bien que una relación establecida en el hospital continúe después del alta del paciente.

Un beneficio más importante aún del modelo sectorizado es la proximidad de los servicios para los usuarios. La descentralización de las funciones facilita la organización a nivel local de actividades de tipo familiar o ambiental, visitas domiciliarias y servicios de hospital de día. Como consecuencia de todo esto, el sistema terapéutico se hace más flexible y móvil y, al mismo tiempo, más abierto por lo que se atenúa la orientación hospitalaria. La cooperación con los centros de salud y bienestar social también se facilita y por tanto, lo adecuado es que los centros locales de salud mental estén situados en el mismo edificio que los centros generales de salud.

Desde el punto de vista de las funciones psiquiátricas, es conveniente que las unidades es decir, las salas hospitalarias y de hospital de día y los albergues residenciales y de rehabilitación, sean suficientemente pequeños. En general, se considera que el límite superior para las comunidades terapéuticas debe estar alrededor de 15 pacientes; unidades superiores a esta cifra deberían dividirse para que las actividades de grupo sean productivas. También resulta más fácil crear una atmósfera apacible y relajada en una unidad pequeña, lo cual es favorable para el trabajo de la comunidad psicoterapéutica.

Es probable que aumente la importancia de las unidades tipo albergue separadas de los hospitales en sí, en lo que se refiere a la atención de pacientes psicóticos agudos. Las experiencias en "Soteria-Berna", descritas en el capítulo cuatro (Ciompi y col., 1992), por ejemplo, han demostrado los beneficios de estas unidades. En Suecia, donde el número de albergues psiquiátricos ha aumentado durante los últimos años, Armelius (1989) organizó un estudio sobre sus efectos. La mayor parte de estos albergues han sido creados por fundaciones privadas, pero su integración con el sistema público de salud mental es tan factible como la de los albergues residenciales y de rehabilitación para pacientes crónicos.

Es importante que el conocimiento adquirido no se pierda en el camino hacia la descentralización sino que se transfiera a las unidades más pequeñas. Por ello es necesario promover la formación y educación. No obstante, es posible que los pacientes de las unidades hospitalarias descentralizadas sean tan heterogéneos que las unidades no estén en capacidad de desarrollar de forma suficiente las habilidades especializadas que estos pacientes requieren para poder alcanzar una diferenciación apropiada en el tratamiento.

En Turku, cuya población es de 160.000 habitantes, se han realizado los esfuerzos siguientes para evitar esto: si bien las funciones de consulta externa están divididas en cuatro sectores que coinciden con los distritos

de salud general, las funciones de hospitalización son llevadas a cabo por dos unidades, cada una constituida por varias salas que colaboran con los equipos de dos sectores de consulta externa. El personal de las salas para pacientes agudos también realiza actividades de seguimiento. La única sala de psiquiatría geriátrica para pacientes agudos presta servicio a toda la localidad. Hay un equipo especial de rehabilitación responsable de la integración de las actividades de rehabilitación, organización de las reuniones preparatorias en las salas con los pacientes y el personal y supervisión de los hogares de rehabilitación y las viviendas subvencionadas.

Importancia de los recursos cualitativos

La distribución adecuada de los recursos cualitativos constituyó el factor más importante en la promoción de la atención a los pacientes en nuestro proyecto de esquizofrenia a nivel nacional. Naturalmente, el número de miembros del personal también es importante, pero nos dimos cuenta de que el aumento cuantitativo no es suficiente por sí mismo para garantizar el aumento en la eficacia. En varios distritos en los que el personal de consulta externa era relativamente numeroso, no se observaron cambios hasta que se estableció como objetivo el desarrollo cualitativo de las funciones.

Los *recursos cualitativos* más importantes y sus áreas-objetivo en el tratamiento y la rehabilitación de esquizofrénicos son:

- Establecer una *cooperación eficaz* entre los servicios de salud mental especializados y el sistema general de salud a través de la consulta y el asesoramiento, haciendo énfasis en la detección y el ingreso precoz como uno de los objetivos principales;
- Formar *equipos de psicosis aguda* capacitados para realizar la evaluación inicial centrada en la familia y el ambiente de los pacientes psicóticos, con la responsabilidad de planificar e integrar el tratamiento de estos pacientes, así como el asesoramiento en la terapia familiar;
- Implantar el *manejo de casos* con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento que requieren los pacientes psicóticos a largo plazo;
- Mejorar la competencia del personal en el *trabajo psicoterapéutico con psicóticos* y proporcionar *supervisión* y *formación* en terapia individual, grupal y familiar;
- Crear un *sistema de rehabilitación* adecuado con las unidades necesarias y establecer un equipo que integre las funciones de rehabilitación;

- Transformar las salas, salas de día y hogares de rehabilitación en *comunidades terapéuticas* centradas en los objetivos de forma eficaz.

El compromiso de la dirección administrativa y médica en el trabajo de desarrollo y sus objetivos es de vital importancia.

Equipos de psicosis aguda

Entre las diferentes categorías de recursos, los equipos de psicosis aguda son particularmente importantes para el desarrollo del tratamiento de la esquizofrenia en el marco de la psiquiatría comunitaria. La idea de formar equipos de psicosis surgió en el grupo responsable del Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia, a partir de la experiencia práctica con las reuniones terapéuticas en las fases iniciales del tratamiento en Turku. Después de una prueba integrada organizada en uno de los distritos de salud mental (El Proyecto del Norte de Savo), el establecimiento de estos equipos se convirtió en una de las recomendaciones centrales resultantes del proyecto a nivel nacional (Alanen y col., 1990a).

La tarea más importante del equipo de psicosis se definió anteriormente. Los equipos también son responsables de la mayor parte de la colaboración con los centros de salud respecto a los pacientes esquizofrénicos ingresados allí.

Los equipos de psicosis están constituidos por tres o cuatro personas con antecedentes ocupacionales diferentes (siendo uno de ellos un psiquiatra), que deberían estar particularmente familiarizados con el tratamiento de las psicosis desde un punto de vista interactivo. Usualmente esto implica que uno o dos miembros del equipo tenga formación en terapia familiar.

En 1992, tres cuartas partes de los distritos responsables de la atención psiquiátrica en Finlandia habían establecido uno o varios equipos de psicosis (Tuori y col., 1997) un total de cerca de 50 equipos centrados en la familia trabajando en una población de 5 millones. El modelo finlandés también ha inspirado el desarrollo de métodos centrados en la familia en Suecia y Noruega.

En la primavera de 1991, necesitaba ciertos datos para una presentación en el X Simposio Internacional sobre la Psicoterapia de la Esquizofrenia en Estocolmo (Alanen, 1992). Para ese entonces sabía que alrededor de 20 equipos ya habían tenido cierta experiencia en este trabajo y en su organización y les envié un cuestionario a cada uno.

La mayor parte de los equipos trabajaba media jornada, dado que sus miembros tenían también otras actividades. Cerca de la mitad tenía su "base de operaciones" en centros de salud mental, mientras que el resto

estaba asignado a hospitales. Las consultas externas resultaban más apropiadas al proporcionar una buena movilidad, necesaria para el trabajo del equipo. Todos los equipos eran multidisciplinarios. Generalmente estaban formados por un psiquiatra y una o dos enfermeras, frecuentemente un psicólogo, pero rara vez un(a) trabajador(a) social, si bien se ha recomendado su inclusión. Por tanto, parece ser que la evaluación de la condición social del paciente y su necesidad de rehabilitación quedaba, por razones prácticas, fuera de la esfera de responsabilidad de los equipos de psicosis, que al parecer se concentraban en el tratamiento. La importancia de los aspectos sociales del tratamiento global no debe subestimarse y debe tratarse como una función aparte.

Los equipos tenían la responsabilidad de realizar la evaluación inicial centrada en la familia, en la que se analizaba el estado del paciente y su situación personal y se evaluaban las necesidades terapéuticas de los pacientes y de la red interactiva de la que formaban parte. Se atendían pacientes remitidos para su ingreso y pacientes con crisis psicóticas agudas. El trabajo no se limitaba a los pacientes con esquizofrenia sino que incluía otras psicosis y también otro tipo de crisis, como es el caso de pacientes suicidas.

Se enfatizaron dos aspectos del trabajo en particular: (1) la capacidad de respuesta inmediata a las necesidades de los pacientes y sus familias, y (2) la integración de las diferentes modalidades de tratamiento y relaciones terapéuticas. Se consideró la importancia de las consultas y la cooperación con los otros centros psiquiátricos. Los miembros del equipo asistían con frecuencia a las reuniones terapéuticas en los centros tales como las salas del hospital- que eran responsables del tratamiento del paciente y también hacían visitas domiciliarias. La cooperación con los centros de salud también aumentó. Sin embargo, el seguimiento de los pacientes y su tratamiento a largo plazo, aunque recomendado, en general no fue más allá de la fase de planificación. En el desarrollo futuro del tratamiento, la organización de dicho seguimiento debería ser prioritaria. El seguimiento se puede realizar a través de equipos de manejo de casos, como propusieron K. Lehtinen (1993b) y el Proyecto NIPS (Alanen y col., 1994).

Después de la creación de los equipos se observaron regularmente las siguientes consecuencias:

- Fue posible obtener tratamiento más rápidamente que en el pasado;
- El número de ingresos disminuyó de forma evidente;
- La cooperación con las familias aumentó, y
- Según lo expresado por uno de los equipos, se generalizó la idea de que una persona que ha tenido una crisis psicótica es capaz de continuar una vida normal y reanudar su actividad laboral.

Muchos de estos equipos describieron su enfoque de terapia familiar como una consulta sistémica (Wynne y col., 1986) o una combinación de las orientaciones psicodinámica y sistémica-estratégica, mientras que otros expresaron que su enfoque variaba dependiendo del caso. En su trabajo, algunos equipos también aplicaban técnicas psicoeducativas o estructurales. Curiosamente, los familiares del paciente eran percibidos como compañeros de trabajo con la misma frecuencia que como pacientes; se consideró que tenían ambos roles simultáneamente.

La valoración de las familias fue favorable en la mayoría de los casos. Cuando indagué si los sentimientos de culpa de los miembros de la familia, probablemente asociados a la enfermedad del paciente, habían representado un problema en el trabajo del equipo, la respuesta fue negativa. Muchos de los equipos le dijeron a las familias que querían analizar los factores que habían conducido a la crisis, en lugar de señalar culpables. Algunos acotaban cuando era necesario- que los sentimientos de culpa y las auto-acusaciones son una parte normal de la situación y que era útil analizar estos aspectos.

Algunos equipos tuvieron problemas en la cooperación con otros centros psiquiátricos. Para evitar esto, sería importante definir claramente la división de tareas entre los equipos de psicosis y los equipos de los diferentes centros. La confianza mutua y el respeto son una condición previa necesaria para la cooperación. Por otra parte, debe subrayarse que los equipos de psicosis ciertamente no pueden asumir la responsabilidad global del tratamiento del paciente, el cual requiere experiencia y habilidades diversas. La responsabilidad principal en el tratamiento le corresponde al centro al que se ha sido asignado el paciente

La formación en psicoterapia y el trabajo psicoterapéutico en la práctica

No es posible aprender psicoterapia durante la formación básica del personal de salud mental, si bien se presentan algunos aspectos de la psicoterapia. La capacidad para realizar un trabajo psicoterapéutico siempre se adquiere a través de formación complementaria especial.

En Finlandia, durante los años 80 se estableció una división básica de la *formación en psicoterapia*. Los programas de formación se dividieron en dos niveles un nivel especial y un nivel avanzado especial, de los cuales el primero requiere aproximadamente tres años y el segundo, un total de cinco a seis años de formación, junto con el trabajo regular. Para iniciar la formación avanzada especial, generalmente se requiere un título

universitario (aunque se han hecho excepciones en este sentido, especialmente en la terapia de familia), mientras que todos los profesionales de la salud mental pueden acceder al ciclo de formación especial.

Los Centros para Estudios de Extensión de las Universidades por una parte, y asociaciones privadas, por la otra, proporcionan los programas de formación. Durante la década de 1980 las actividades de formación aumentaron considerablemente. A finales de 1994, había alrededor de 1.200 profesionales psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, y algunos médicos generales y teólogos- que han completado el nivel especial de formación en psicoterapia, en terapia individual psicodinámica, terapia familiar (el grupo más numeroso), terapia cognitiva o terapia de grupo.

Desde el punto de vista del desarrollo del tratamiento de la esquizofrenia, muchos de los programas de formación en terapia individual tienen el fallo de que, en la práctica, se limitan al tratamiento de los pacientes menos perturbados. Esto es particularmente cierto con respecto a la formación psicoanalítica que es el tipo de formación más prestigiosa a nivel especial avanzado, tanto desde el punto de vista teórico como de la calidad general de los contenidos. Fundamentalmente consiste en exponer el método psicoanalítico clásico, que es adecuado para el tratamiento de las neurosis y trastornos narcisistas pero difícilmente aplicable al tratamiento de las psicosis. La situación de la formación en terapia familiar ha sido diferente, si bien el tiempo destinado en estos programas al tratamiento de las psicosis ha variado.

En Turku, durante el último año, el énfasis principal de la formación en terapia individual en el nivel especial se ha puesto en el tratamiento de los trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia. Consideramos que estaba justificado, dado que los trastornos esquizofrénicos conllevan una serie de requerimientos especiales para el sistema público de salud mental. Nuestras experiencias han sido favorables. Para que los resultados de la terapia sean satisfactorios, es importante que el terapeuta tenga unas características personales y la formación adecuadas. La psicoterapia personal es una de las condiciones previas necesarias para la formación y, por lo general, ayuda a obtener buenos resultados en las terapias a largo plazo con pacientes. El Centro de Extensión de Estudios de la Universidad de Turku también ha iniciado una formación especial avanzada en terapia individual psicodinámica, con énfasis en los trastornos de tipo borderline y psicóticos, para crear una solución de continuidad en la formación sistemática para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos más severos.

El mantenimiento de *relaciones terapéuticas intensivas a largo plazo* en el sistema público de salud mental es problemático, ya que consumen una gran parte del tiempo del personal. Esto es especialmente cierto en la psicoterapia individual. En este sentido, la terapia familiar se ajusta mejor

al contexto público. Si bien la terapia familiar puede requerir sesiones frecuentes en situaciones de crisis, el intervalo normal entre sesiones en la terapia sistémica-estratégica es de varias semanas. El enfoque de trabajo en equipo se adecua a las prácticas del sistema público. Igualmente sucede con la terapia de grupo que tiene la ventaja adicional de que varios pacientes pueden asistir a la terapia al mismo tiempo.

La terapia individual psicodinámica de pacientes esquizofrénicos requiere al menos dos sesiones semanales en la etapa inicial para activar un proceso de desarrollo suficientemente intenso. Posteriormente, se pueden espaciar las sesiones a intervalos semanales. Dado que habitualmente, las relaciones terapéuticas se prolongan por años, es comprensible que los centros de salud mental y las salas hospitalarias no puedan proporcionar servicios terapéuticos adecuados para satisfacer las necesidades de los pacientes. La cooperación con los terapeutas que trabajan en el sector privado aumentó en Finlandia, especialmente después de 1984, cuando fue posible que el sector público les pagara por sus servicios.

Desde el punto de vista del desarrollo de los centros de salud pública, no obstante, es esencial que éstos también puedan conducir cierto número de relaciones terapéuticas individuales intensivas a largo plazo. También es importante la *supervisión* el trabajo terapéutico, a través del personal de los centros que tenga formación en psicoterapia y de expertos externos como supervisores. Se ha dicho y con razón, que la supervisión es tan indispensable para las actividades de un centro psicoterapéutico como lo son una radiografía y los servicios de laboratorio en un centro de enfermedades somáticas. Todos los miembros del personal que participan en el trabajo terapéutico deben tener oportunidad de beneficiarse de ello. Esto mejora el resultado del tratamiento, promueve el desarrollo profesional de los miembros del personal y con frecuencia, también reduce la ansiedad generada por el trabajo y evita el "burnout". Una atmósfera no autoritaria basada en la cooperación es una parte inseparable del trabajo terapéutico: cada persona debe sentir que puede desarrollar sus capacidades y destrezas de forma creativa y versátil.

Tal y como Endre Ugelstad (1979) señaló al final los 70, el número de individuos que se psicotizan cada año es tan pequeño y las pérdidas financieras que acarrean a la sociedad a largo plazo debido a su enfermedad son tantas- que en el futuro debería ser posible proporcionar un tratamiento mucho más activo e intensivo del que se dispone actualmente. Los recursos cualitativos para esto provendrán del número creciente de equipos de psicosis por una parte y de psicoterapeutas con formación por la otra. Según las experiencias basadas en el modelo adaptado a las necesidades, la terapia individual a largo plazo no es el tratamiento adecuado para todos los esquizofrénicos.

Desarrollo de las actividades de rehabilitación

En 1993 Erik Anttinen ilustró el sistema de rehabilitación por niveles empleado en Sopimusvuori r.y. (asociación registrada), como se muestra en la figura 7.1.

La figura muestra la progresión a largo plazo de los pacientes, muchos de los cuales han estado viviendo en salas hospitalarias por años, primero a albergues de rehabilitación y entonces, a lo largo de la rama izquierda de la escalera, hacia una vida menos protegida y restringida, y a lo largo de la rama derecha, hacia el nuevo ajuste en la vida laboral. Las oportunidades de alcanzar el escalón más alto son mayores en la rehabilitación residencial que en la rehabilitación ocupacional.

Sopimusvuori r.y. se fundó en Tampere en 1970 sin capital alguno, los pacientes y sus familias asumieron los costes. Al poco tiempo, las municipalidades y las parroquias comenzaron a suministrarles apoyo financiero, y posteriormente la Asociación Slot Machine finlandesa, controlada por el estado. Los progresos obtenidos se muestran en un resumen de los recursos de la sociedad 21 años después:

- 9 albergues de rehabilitación con capacidad para 110 clientes.
- 7 albergues pequeños con capacidad para 31 clientes.
- 20 viviendas subvencionadas con capacidad para 31 clientes.
- 2 centros de día con capacidad para 55 clientes.
- 3 talleres terapéuticos protegidos con capacidad para 128 clientes.
- un club social con capacidad para 30-35 clientes
- un albergue de rehabilitación preventivo con capacidad para 15 clientes.

De acuerdo con Anttinen, el propósito de estas comunidades terapéuticas es proporcionar a sus miembros "una red social humana, segura y espontánea, cuyo propósito es sustituir sus relaciones humanas previas "congeladas" o perdidas, al menos temporalmente, con otras nuevas". El autor también denomina a los albergues de rehabilitación como "escuelas primarias para una vida nueva", donde los planes y las decisiones se toman en conjunto y se comparten las tareas y deberes. El número de miembros del personal pagado se mantiene bajo intencionalmente, para estimular a los clientes a asumir la responsabilidad de sus actividades y aumentar su participación en su tratamiento y rehabilitación.

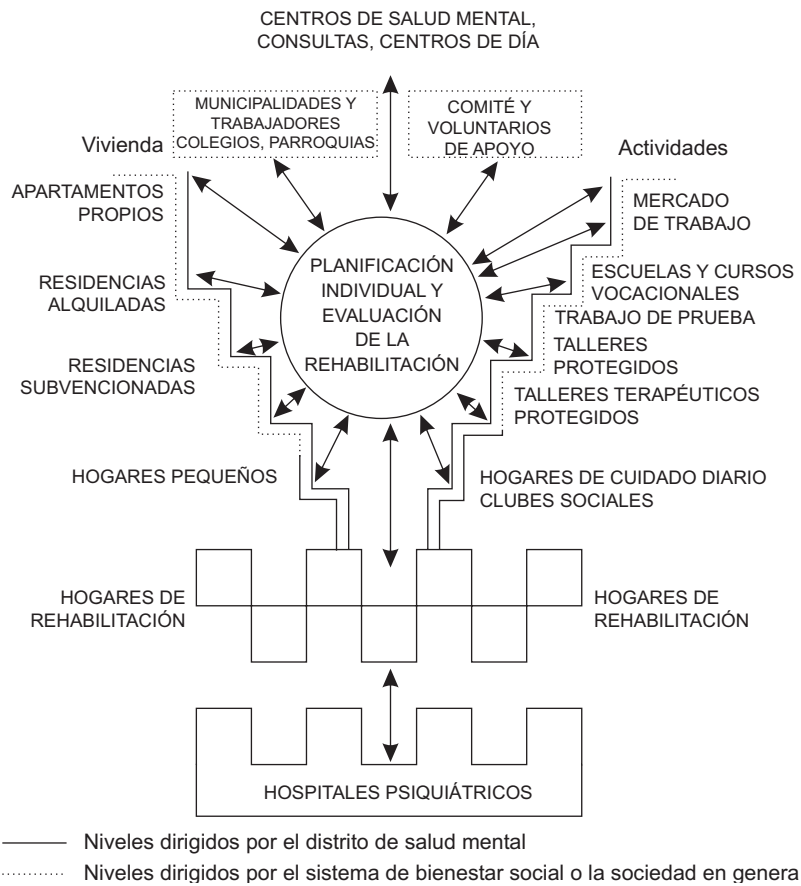

FIGURA 7.1. Sistema integrado de rehabilitación por niveles para pacientes psiquiátricos a largo plazo [Cortesía de Eric E. Anttinen]

En la década de los 80, se establecieron organizaciones similares por iniciativa del proyecto nacional de esquizofrenia y fuera de éste. Algunas de ellas siguen el modelo de Sopimusvuori, otras emplean modelos basados en la teoría del aprendizaje con una organización definida más estrictamente.

El modelo de Sopimusvuori evoca los hallazgos de los seguimientos del estudio multicentro de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1979), que sugirieron que los resultados de la esquizofrenia parecen ser mejores en los países en vías de desarrollo que en los países industrializados, probablemente debido a que en los primeros, la atmósfera está basada -de una forma más "simbiótica"- en el cuidado mutuo. Uno de los factores principales que dificultan el pronóstico de los trastornos

mentales en las sociedades occidentales son la debilidad de las relaciones interpersonales más cercanas y sus redes sociales y la práctica terapéutica que tiende a aislar a los pacientes de sus entornos y comunidades naturales. En nuestra cultura diferenciada, aquellos individuos cuya capacidad para diferenciarse es inadecuada son aislados fácilmente. La tarea de las organizaciones de salud mental es crear nuevos entornos de desarrollo para ellos, a través del tratamiento familiar o ambiental por una parte, y de ambientes de rehabilitación que proporcionen nuevas relaciones interpersonales, por la otra.

No siempre es necesario emplear un sistema de rehabilitación con todos los niveles de Sopimusvuori: los albergues de rehabilitación y los centros de día que proporcionen actividades y pasatiempos compartidos pueden ser suficientes, si los clientes más avanzados son asistidos en sus esfuerzos por encontrar vivienda. El trabajo protegido también es importante para muchos clientes, especialmente los jóvenes, a pesar de que les brinda menos oportunidades de encontrar empleo ahora que el desempleo se ha generalizado en muchos países europeos.

Tal y como lo demostró la organización Sopimusvuori, la necesidad de personal es baja. No obstante, una relación a largo plazo con una persona que trabaje en un Centro de Salud Mental o en el marco de los servicios de salud sería benéfica para muchos clientes de estos albergues de rehabilitación. La formación en terapia familiar suele ser útil en este trabajo, especialmente cuando se van a establecer las relaciones de colaboración con las familias de los clientes.

También es necesaria una planificación previa. La creación de un *equipo de rehabilitación* puede ser útil para integrar las funciones. Este equipo es responsable de asuntos tales como organizar las reuniones de los pacientes y el personal sobre la rehabilitación, distribuir a los pacientes en los hogares de rehabilitación y residenciales y supervisar el uso de las unidades residenciales.

Para lograr una rehabilitación satisfactoria, es importante establecer relaciones de colaboración con *asociaciones privadas*, especialmente con *asociaciones de pacientes*, que se han hecho más comunes en Finlandia durante la década de los 80 en el campo de la psiquiatría. Esto puede interpretarse como un signo de cambio favorable en la atmósfera en lo referente a la discriminación de los enfermos mentales. En particular, los pacientes que han estado ingresados encuentran en la asociación de pacientes una red social de nuevas relaciones interpersonales. También es importante cooperar con las *asociaciones de familiares,* tanto para apoyar a los familiares como para prevenir los conflictos que puedan surgir entre ellos y las organizaciones terapéuticas, ya que tales conflictos pueden anular los esfuerzos de los pacientes y sus familiares así como del personal.

¿Es posible prevenir la esquizofrenia?

Muchos psiquiatras e investigadores responderán negativamente a esta pregunta , al igual que algunos investigadores de orientación biologicista, podrían señalar que un manejo competente de los partos (especialmente si la madre es psicótica) y vacunaciones que prevengan las gripes virales durante el segundo trimestre del embarazo pueden tener un efecto limitado.

Naturalmente, estos asuntos deben tomarse en consideración. Pero aún así, no soy pesimista acerca de la importancia de otros tipos de trabajo preventivo en la reducción del riesgo de esquizofrenia. El Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia incluyó un grupo especial para discutir los aspectos referentes a la prevención. La mayor parte de los puntos que se presentan a continuación se basan en el informe de este grupo.

El grupo partió de la premisa según la cual la vida humana incluidas las vidas de los individuos esquizofrénicos- supone un proceso de interrelación continua entre el individuo y su ambiente. Se refirieron también a los hallazgos del estudio de adopción de Tienari (1992; Tienari y col., 1987, 1993, 1994; ver también capítulo tres), que demostraron que el ambiente de una familia psíquicamente sana puede tener una función protectora incluso para niños con una predisposición hereditaria a la esquizofrenia.

Si aceptamos este punto de partida, podemos concluir que la prevención de la esquizofrenia es parte del desarrollo a larga escala de un trabajo de salud mental constructivo y profiláctico, a nivel de familias, comunidades y sociedades.

Uno de los aspectos más importantes de este esfuerzo es apoyar a las familias a través de las clínicas de bienestar infantil y maternidad, comenzando desde el embarazo y continuando posteriormente, sin olvidar a los padres ni la totalidad de las relaciones intrafamiliares. También es sumamente importante brindar apoyo a las familias durante las crisis. En las familias de padres divorciados, debe prestarse especial atención al bienestar de los niños. Muchas familias necesitan apoyo en otras situaciones de crisis, en las cuales los problemas y conflictos confrontados por los niños y adolescentes en su individuación son especialmente importantes en lo que se refiere a la tendencia a la esquizofrenia. Incluso antes de que los adolescentes se vayan del hogar, es importante observar el ajuste de los niños en el centro de día y en la escuela. Un estudio completo de prevención psiquiátrica centrada en la familia a lo largo de los ciclos de vida personales y familiares fue publicado en Estados Unidos por el Grupo para el Avance de la Psiquiatría (1989).

Todos estos asuntos son especialmente críticos en las familias que tienen un alto riesgo de psicosis. Cuando el padre de una familia es ingresado por psicosis, es esencial efectuar una evaluación centrada en la familia y

analizar el estado y situación de los niños. Cuando sea necesario, a cada niño se le debe dar la oportunidad de tener una consulta y tratamiento psiquiátrico infantil.

El personal del centro de día y la escuela, así como el personal de los servicios de salud de la escuela deben dar apoyo a los niños que no se ajustan fácilmente o que son tímidos y que tienden a aislarse de los otros. Estas personas deben tener la destreza profesional para actuar de modo tal que el niño no sea molestado por los otros. La supervisión para los maestros podría ser una buena parte del trabajo preventivo en salud mental a gran escala.

Dentro de la organización psiquiátrica, es importante desarrollar servicios de psiquiatría juvenil por una parte y promover la cooperación en la consulta y asesoramiento con los trabajadores de la salud, particularmente las enfermeras de salud pública, por la otra. Las experiencias de Falloon (1992) en Buckinghamshire indicaron que la capacidad de estas trabajadoras para detectar signos precoces de trastornos psíquicos pueden contribuir a la prevención de desarrollos psicóticos. También se han iniciado en otros lugares proyectos de detección precoz de casos en Finlandia, las actividades pioneras del Proyecto de Lapland Occidental (Aaltonen y col., 1997) centrados en la familia y la red interactiva deberían seguirse a través de los equipos de psicosis aguda que trabajan en otros distritos.

En los procedimientos de bienestar social existen otras oportunidades que pueden requerir una atención más activa de lo que es habitual en el presente: comprobación de la inscripción en el servicio militar obligatorio y servicios de salud estudiantiles, entre otros. Pero también es necesario hacer una advertencia en este punto: empezar a buscar signos de trastornos e interferir de forma inexperta puede generar una ansiedad innecesaria y ocasionar sufrimiento. El trabajo preventivo en salud mental requiere destreza profesional y empatía; aquí no hay lugar para la coerción.

En el capítulo dos mencioné los hallazgos no verificados hasta ahora que sugieren que la esquizofrenia parece estar disminuyendo en los países occidentales. Me inclino a creer que tal proceso puede estar desarrollándose lentamente- basado en mis observaciones en Finlandia durante los últimos cuarenta años- y que el descenso es particularmente notable en las formas más severas de esquizofrenia. Considero que es posible que uno de los factores que contribuyen a este proceso favorable ha sido el contacto creciente de los niños con su entorno a partir de la etapa de los centros de día, así como la disminución de familias rígidas que mantienen vínculos demasiado estrechos con sus hijos. Por otra parte, sin embargo, los ambientes en los que vivimos son menos estables, con un número creciente de separaciones, cuyos efectos pueden verse en el aumento de trastornos borderline, abuso de drogas, depresiones y enfermedades psicosomáticas en lugar de la tendencia a la esquizofrenia.

¿Cómo se vislumbra el futuro?

El futuro del tratamiento y de la investigación psiquiátrica es difícil de predecir, al igual que el futuro en general. Tal y como lo indica la historia de la psiquiatría, se ha logrado una evolución u ocasionalmente involución- a causa de observaciones e influencias inesperadas. En este sentido, hay algunos puntos que quisiera resaltar.

En el capítulo cuatro, al analizar los factores que han obstaculizado el desarrollo de la psiquiatría y la psicoterapia psicodinámica, mencioné las actitudes predominantes en las facultades de medicina y en la formación médica. Cuando una mayoría de los profesores concebían la ciencia exclusivamente como la ciencia natural como un colega muy respetado en Turku, que en una oportunidad dijo que solo valoraba aquellos asuntos que han sido establecidos a nivel molecular- es cuestionable que la investigación psicodinámica u otro tipo de investigación cualitativa pueda ganar terreno alguno. Esto, sin embargo, depende fundamentalmente de los representantes de la psiquiatría y de su habilidad y voluntad para defender las características especiales de su disciplina. Las actitudes de los psiquiatras que han asumido el liderazgo tendrán una influencia notable en la forma en que la próxima generación de psiquiatras conciba sus actividades de investigación y tratamiento. Y su importancia no se limita a la psiquiatría; es aún más notoria en la formación médica. Los psiquiatras tienen la oportunidad de enfatizar los aspectos humanos de la relación médico-paciente en contraste con la deshumanización alienante experimentada frecuentemente por los estudiantes que asisten a los cursos de medicina de orientación biologicista. Curarse de una enfermedad no es un proceso meramente molecular.

En el capítulo dos, me referí al filósofo alemán Habermas (1968) con respecto al interés hermenéutico del conocimiento que difería de la forma de pensamiento natural-científica. Recientemente el psiquiatra y escritor finlandés Oscar Parland (1991) planteó este aspecto de forma interesante, empleando los pensamientos del filósofo V. Sesemann (1927) como punto de partida. Sesemann establecía una diferencia entre el conocimiento objetivo [Gegenständliche Erkenntnis] y el saber [Ungegenständliches Wissen]. El acto del conocimiento es "racional, observador y aisla, objetiviza y conceptualiza su objeto", mientras que el acto del saber se basa en "la comprensión intuitiva, la interpretación y la comprensión empática del objeto". La última definición se acerca a las teorías epistemológicas de varios psicoanalistas referentes a su investigación (p. ej., Bion, 1967; Killingmo, 1989; Kohut, 1977; Matte-Blanco, 1988). La investigación y el trabajo psiquiátrico, de haberlo, necesita conocimiento y saber. Sin un saber basado en la empatía, no podemos entender a la persona esquizofrénica, o incluso a cualquier otra persona.

Espero que la posición de las teorías epistemológicas más liberales se fortalezca gradualmente en las facultades y prácticas psiquiátricas futuras. Esto también hará posible una integración mayor y más versátil de la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia de lo que es posible en el presente.

A medida que avanza la investigación biomédica en esquizofrenia, los nuevos hallazgos permitirán elucidar en mayor detalle las estructuras celulares de diferentes partes del cerebro y los efectos funcionales y conexiones entre los neurotransmisores, incluyendo diferencias en los estados psicóticos. Los investigadores geneticistas continuarán con sus esfuerzos hasta ahora no con mucho éxito por encontrar locus cromosómicos específicos para la esquizofrenia. La investigación farmacológica y la industria farmacéutica están trabajando intensamente para encontrar neurolépticos y otros psicofármacos que actúen de forma más selectiva que los que se utilizan actualmente y permitan establecer una diferenciación entre los efectos antipsicóticos y los efectos secundarios. Cabría esperar que puedan evitarse posibles intentos de nuevas prácticas discriminatorias contra los pacientes esquizofrénicos, basados en ideas reduccionistas.

No creo posible que los problemas fundamentales inherentes al tratamiento de la esquizofrenia se resuelvan farmacológicamente, dadas las conexiones evidentes que existen entre este trastorno y el desarrollo de la personalidad humana. Los hallazgos de los seguimientos tales como los descritos en este libro sugieren que los enfoques integradores, de orientación psicoterapéutica mejoran el pronóstico de los pacientes al compararlos con los tratamientos exclusivamente biopsiquiátricos. Por tanto cabe esperar como también podría inferirse a partir del movimiento pendular general de la investigación- que los enfoques psicoterapéuticos y psicosociales vuelvan a hacer sentir su presencia, lo que probablemente también traerá evidencias más concluyentes sobre la importancia de los tratamientos de orientación interactiva.

Gracias a la integración creciente de los diferentes enfoques de investigación, en el futuro las indicaciones para el tratamiento adaptado a las necesidades en la esquizofrenia probablemente no se definirán en base de los criterios psicológicos exclusivamente. Las evaluaciones biopsiquiátricas y neuropsicológicas complementarán estos criterios y también serán útiles para estimar las indicaciones de tratamiento psicoterapéutico. Dicho desarrollo, que fue anticipado por las ideas de Cullberg (1993a, 1993b), entre otros, no disminuirá la necesidad de medidas psicoterapéuticas y psicosociales, sino que probablemente afectará la forma de establecer las metas del tratamiento para los diferentes pacientes. No obstante, advertiría contra el peligro de interpretar los hallazgos biopsiquiátricos exclusivamente siempre es beneficioso dar forma a una

relación terapéutica de forma específica en cada caso y estudiar las posibilidades de tratamiento psicoterapéutico en base a esta evaluación.

La psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia está lejos aún de alcanzar las metas que clarificarán su lugar en el futuro. No sólo por la falta de recursos cualitativos y cuantitativos, sino por la falta de una adecuada diferenciación con respecto a los métodos que son aplicables principalmente en el tratamiento de trastornos más leves. Hasta donde sé, dicha diferenciación puede lograrse combinando los enfoques de tratamiento psicológico individual e interactivo y promoviendo medidas terapéuticas que apoyen la reconstrucción de la personalidad. No podemos ignorar los efectos obviamente favorables del tratamiento centrado en la familia, especialmente al comienzo de la enfermedad, así como el hecho de que muchos pacientes también necesitan urgentemente terapia individual psicodinámica a largo plazo para alcanzar un equilibrio más estable y permanente. Las experiencias de los equipos finlandeses de psicosis y las observaciones de Sidsel Gilbert y Endre Ugelstad (1994) sugieren que la participación activa del paciente y sus familiares en la planificación del tratamiento debe ser una rutina, que no es el caso en el presente.

El tratamiento adaptado a las necesidades en la esquizofrenia, basado en una orientación psicoterapéutica integral que se centra en el individuo y el contexto, se ha desarrollado con el fin de fomentar este tipo de perspectivas y hacer oposición a las concepciones reduccionistas y deshumanizantes de la esquizofrenia y su tratamiento. Los resultados de nuestros seguimientos son alentadores y esperamos motivar a otros profesionales al desarrollo de enfoques similares.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

Aaku, T., Rasimus, R., & Alanen, Y. O. (1980). Nursing staff as individual therapists in the psychotherapeutic community. *Psychiatria Fennica. Yearbook:* 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).

Räkkoläinen, V., & Aaltonen, J. (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., et al. (1997). "Westem Lapland Project: a comprehensive family- and network-centred community psychiatric project. Abstract with preliminary results." Presented at the Twelfth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia, London.

Abraham, K. (1916). The first pregenital stage of the libido. In: *Selected Papers of Karl Abraham, M.O.* (pp. 248-279). London: Hogarth Press, 1949 [reprinted London: Kamac Books, 1988].

Achté, K. A. (1961). *Der Verlauf der Schizophrenien und der schizophreniformen Psychosen. Acta Psychiatrica Scandinavica, 36* (Suppl. 155).

Achté, K. A. (1967). *On Prognosis and Rehabilitation in Schizophrenic and Paranoid Psychoses. Acta Psychiatrica Scandinavica, 43* (Suppl. 196).

Achté, K. A., Lonnqvist,J., Pürtola, O., & Niskanen, P. (1979). Course and prognosis of schizophrenic psychoses in Helsinki. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 4: 344-348.

Alanen, Y. O. (1958). *The Mothers of Schizophrenic Patients. A Study of the Personality and the Mother-Child Relationship of 100 Mothers and the Significance of These Factors in the Pathogenesis of Schizophrenia, in Comparison with Heredity. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 33* (Suppl. 124).

Alanen, Y. O. (1962). Erfarenheter av supportiv psykoterapi med schizofrenipatienter [in Swedish, with English summary]. *Nordisk Psykíatrisk Tidsskrift*, 16: 443-456.

Alanen, Y. O. (1968). From the mothers of schizophrenic patients to interactional family dynamics. In: D. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The Transmission of Schizophrenia* (pp. 201-212). New York: Pergamon Press.

Alanen, Y. O. (1975). The psychotherapeutic care of schizophrenic patients in a community psychiatric setting. In: M. H. Lader (Ed.), *Studies of Schizophrenia* (pp. 86-93). *British Journal of Psychiatry* (Spedal Publication No 10).

Alanen, Y. O. (1976). On background factors and goals in the family therapy of young schizophrenic patients. In: J. Jorstad & E. Ugelstad (Eds.), *Schizophrenia, 75. Psychotherapy, Family Studies, Research* (pp.173-186). Oslo: Universitetsforlaget.

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. (1992). Psychotherapy of schizophrenia in community psychiatry. In: A. Werbart & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 237-253). Oslo: Scandinavian University Press.

Alanen, Y. O. (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. O. (1997). Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients: towards an integrated view. *Psychiatry*, 60: 142-157.

Alanen, Y. O., Anttinen, E. E., Kokkola, A., Lehtinen, K., Ojanen, M., Pylkkanen, K., & Riikkoliiinen, V. (1990). *Treatment and Rehabilitation*

of Schizophrenic Psychoses. The Finnish Treatment Model. Nordic Journal of Psychiatry, 44 (Suppl. 22).

Alanen, Y. O., & Kinnunen, P. (1975). Marriage and the development of schizophrenia. *Psychiatry*, 38: 346-355.

Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rakkoliiinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*: 363-372.

Alanen, Y.O., Lehtinen, V., Lehtinen K., et al. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In Martindale et al. (see below), pp. 235-265.

Alanen, Y. O., Riikkoliiinen, V., Laakso, J., & Rasimus, R. (1980). Problems inherent in the study of psychotherapy of psychoses: conclusions from a community psychiatric action research study. In: J. R. Strauss, M. Bowers, T. W. Downey, S. Fleck, S. Jackson, & l. Levine (Eds.), *The Psychotherapy of Schizophrenia* (pp. 115-129). New York: Plenum Medical.

Alanen, Y. O., Rakkoliiinen, V., Laakso, J., Rasimus, R., & Jiirvi, R. (1983). Psychotherapy of schizophrenia in cornmunity psychiatry: two-year follow-up findings and the influence of selective processes on psychotherapeutic treatments. In: H. Stierlin, L. C. Wynne, & M. Wirsching (Eds.), *Psychosocial Intervention in Schizophrenia. An International View* (pp. 67-82). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Alanen, Y. O., Riikkoliiinen, V., Laakso, J., Rasimus, R., & Kaljonen, A. (1986). *Towards Need-specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*. Heidelberg: Springer- Verlag.

Alanen, Y. O., Rekola, J. K., Stewen, A., Takala, K., & Tuovinen, M. (1966). *The Family in the Pathogenesis of Schizophrenic and Neurotic Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 42* (Suppl. 189).

Alanen, Y. O., Salokangas, R. K. R., Ojanen, M., Riikkoliiinen, V., & Pylkkänen, K. (1990b). Tertiary prevention: treatment and rehabilitation of schizophrenic patients. Results of the Finnish national programme. In: D. Goldberg & D. Tantam (Eds.), *The Public Health Impact of Mental Disorders* (pp. 176-191). Toronto, Ontario: Hogrefe & Huber.

Alanen, Y. O., Ugelstad, E., Armelius, B.-A., Lehtinen, K., Rosenbaum, B., & Sjostrom, R. (Eds.) (1994). *Early Treatment for Schizophrenic Patients. Scandinavian Psychotherapeutic Approaches*. Oslo: Scandinavian University Press.

Allebeck, P., Adamsson, Co, Engstrom, A., & Rydberg, U. (1993). Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88: 21-24.

Alvir, J. M. J., Lieberman, J. A., Safferman, A. Z., et al. (1993). Clozapine-induced agranulocytosis: incidence and risk factors in the UnitedStates. New England Journal of Medicine, 329: 162-167.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-III.* Washington, DC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC.

Andersen, T. (editor) (1990). *The Reflecting Team.* Dialogues and dialogues about the dialogues. Kent: Borgmann.

Anderson, C. M. (1979). Family therapy session, presented at symposium, New Haven, CT.

Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the Family*. New York: Guilford Press.

André, G. (1995). Oral report on the Falun project (Sweden).

Andreasen, N. C., Arndt, S., Swayze, v. n, et al. (1994). Thalamic abnormalities in schizophrenia visualized through magnetic resonance image averaging. *Science*, 266: 294-298.

Andreasen, N. C., Ehrhardt,J. C., Swayze, V. W. n, et al. (1990). Magnetic resonance imaging of the brain in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47: 35-44.

Andreasen, N. C., & Olsen, S. A. (1982). Negative vs. positive schizophrenia: definition and validation. Archives of General Psychiatry, 39:789-794.

Anthony, E. J. (1968). The developmental precursors of adult schizophrenia. In D. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The Transmission of Schizophrenia* (pp. 293-316). New York: Pergamon Press.

Anthony, E. J. (1969). Clinical evaluation of children with psychotic parents. *American Journal of Psychiatry*, 126: 177-184.

Anttinen, E. E. (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.

Anttinen, E. E. (1992). Flexiblare och kombinerade insatser ger bättre resultat. In: M. Thorslund (Ed.), *Fler vardbehovande, Familjens roll och samhällets ansvar* (pp. 121-130) [in Swedish]. Helsingfors, Finland: Social- oro halsovards-ministeriet.

Anttinen, E. E., Eloranta, K. J., & Stenij, P. (1971). *The Care and Rehabilitation of Schizophrenic Out-Patients with Home Care* [in Finnish, with English summary]. *Kansaneliikelaitoksen julkaisuja* A: 8. Helsinki: National Pension Institute.

Arieti, S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. New York: Brunner.

Arlow, J., & Brenner, C. (1969). Psychopathology of the psychoses: a proposed revision. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 5-14.

Armelius, B.-A. (1989). *Samordnadsforskning kring behandlingshem far psykotiska patienter*. Research project [in Swedish, mimeographed]. Umea, Sweden.

Armelius, B.-A., Armelius, K., Fogelstam, H., et al. (1989). Effekter av psykoterapi far psykotiska patienter: *En oversikt om forskningslitteraturen* [in Swedish]. Stockholm: Socialstyrelsen, Rapport 4.

Baldessarini, R., Cohen, B. M., & Teicher, M. H. (1988). Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. *Archives of General Psychiatry, 45*: 79-91.

Bames, T. R. E. (Ed.) (1989). Negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 155* (Suppl. 7).

Barr, C. L., Kennedy, J. L., Pakstis, A. J., et al. (1994). Progress in a genome scan for linkage in schizophrenia in a large Swedish kindred. *American Journal of Medical Genetics, 54*: 51-58.

Bateson, G. (1973). Double bind, 1969. In: *Steps to an Ecology of Mind* (pp. 242-249). Frogmore, Sto Albans, U.K.: Paladino

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioural Science, 1*: 251-264.

Benedetti, G. (1975). *Ausgewiihlte Aufsiitze zur Schizophrenielehre*. Gottingen: Vandenhoeck.

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.

Benedetti, G. (1985). Personliche Entwicklung in der Psychotherapie der Schizophrenen. Schweizer *Archiw für Neurologie und Psychiatrie, 136*: 23-28.

Benedetti, G. (1992). From the First to the Tenth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia. In: A. Werbart & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 15-27). Oslo: Scandinavian University Press.

Beres, D., & Obers, S. J. (1950). The effects of extreme deprivation in infancy on psychic structure in adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child, 5*: 212-235.

Bertalanffy, L. von (1956). General systems theory. *General Systems, 1*: 1-10.

Biehl, H., Maurer, K., Schubart, C., et al. (1986). Prediction of outcome and utilization of medical services in a prospective study of first onset schizophrenics: results of a prospective 5-year follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 236*: 139-147.

Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: William Heinemann [reprinted London: Kamac Books, 1990].

Birchwood, M., & Macmillan, F. (1993). Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 27*: 374-378.

Birchwood, M., & Preston, M. (1991). Schizophrenia. In: W. Dryden & R. Rentoul (Eds.), *Adult Clinical Problems. A Cognitive-Behavioural Approach* (pp. 171-202). London: Routledge.

Bland, H. C., Parker, J. H., & Oro, H. (1976). Prognosis in schizophrenia: a ten-year follow-up of first admissions. *Archives of General Psychiatry, 33*: 949-954.

Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben van Prof. G. Aschaffenberg. Special Section 4:* 1. Leipzig, Vienna: Deuticke.

Bleuler, M. (1972). *Die schizophrenen Geistesstorungen im Lichte langjiihrigen Kranken- und Familiengeschichten.* Stuttgart: Georg Thieme.

Bloch, S., & Reddaway, P. (1984). *Soviet Psychiatric Abuse-The Shadow over World Psychiatry.* London: Gollancz.

Borri, P., & Quartesan, R. (Eds.) (1990). *USA-Europe Joint Meeting on Therapies and Psychotherapy of Schizophrenia.* Perugia: Assoziane per la Ricerca in Psychiatria.

Borus, J. F. (1981). Deinstitutionalization of the chronically mentally ill. *New England Journal of Medicine, 305:* 339-342.

Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, J. L. (Eds.) (1965). *Intensive Family Therapy. Theoretical and Practical Aspects.* New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row.

Bowen, M. (1960). A family concept of schizophrenia. In: D. D. Jackson (Ed.), *The Aetiology of Schizophrenia* (pp. 346-372). New York: Basic Books.

Bowen, M., Dysinger, R. H., Brodey, W. M., & Basamania, B. W. (1961). The fami1y as the unit of study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 31*: 40-86.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press.

Boyer, L. B. (1983). *The Regressed Patient*. New York: Jason Aronson.

Boyer, L. B. (1986). Technical aspects in treating the regressed patient. *Contemporary Psychoanalysis, 22:* 25-44.

Boyer, L. B. (1989). Counter transference and technique in working with the regressed patient: further remarks. *International Journal of Psycho-Analysis, 70:* 701-714.

Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., et al. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*: 973-981.

Brown, G. W., Birley,J. L. T, &. Wing,J. K. (1972). Influence of the family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry, 121*: 241-258.

Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B, & Wing, J. K. (1966). Schizophrenia and Social Care. London: Institute of Psychiatry, The Maudsley Hospital.

Brzustowicz, L., Hodgkinson, K.A., Chow, E.W.C., et al. (2000). Location of a major susceptibility locus for familial schizophrenia on chromosome 1q21-q22. *Science* 288678-682.

Burnharn, D. L., Gladstone, A. l., & Gibson, R. W. (1969). *Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma*. New York: International Universities Press.

Caldwell, C. B., & Gottesrnan, I. I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin, 16*:571-589.

Cameron, N. (1938). Reasoning, regression and communication in schizophrenics. *Psychological Monographs, 50*, No 1.

Cannon, T. D., Mednick, S. A., Famas, J., et al. (1993). Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers. I. Contributions of genetic and perinatal factors. *Archives of General Psychiatry, 50*: 551-564.

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.

Carlsson, M., & Carlsson, A. (1990). Schizophrenia: a subcortical neurotransmitter syndrome? *Schizophrenia Bulletin, 16:* 425-432.

Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Hanlon, T. E. (1987). A comparative trial of pharmacological strategies in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 144*: 1466-1470.

Carpenter, W. T., McGlashan, T. H., & Strauss, J. S (1977). Treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of Borne current assumptions. *American Journal of Psychiatry, 134*: 14-21.

Ciompi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry, 136*: 413-420.

Ciompi, L. (1982). *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta [English edition: *The Psyche and Schizophrenia. The Bond Between Affect and Logic.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.]

Ciompi, L. (1991). Affects as central organizing and integrating factors. A new psychosocial/biological model of the psyche. *British Journal of Psychiatry, 159:* 97-105.

Ciompi, L. (1994). Affect logic: an integrative model of psyche and its relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 51-55.

Ciompi, L., Dauwalder, H.-P., Aebi, E., et al. (1992). A new approach of acute schizophrenia. Further results of the pilot project "Soteria Beme". In: A. Werbart & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 95-109). Oslo: Scandinavian University Press.

Ciompi, L., & Müller, C. (1976). Lebensweg und Alter der Schizophrenen. *Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium.* Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.

Claghom, J. L., Johnstone, E. E., Cook, T. H., et al. (1974). Group therapy and maintenance treatment of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry, 31*: 361-365.

Cleghom, J. M., Zipursky, R. B., & List, S. J. (1991). Structural and functional brain imaging in schizophrenia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 1:* 53-74.

Cole, J. O., & Davis, J. M. (1969). Antipsychotic drugs. In: L. Bellak & L. Loeb (Eds.), *The Schizophrenic Syndrome* (pp. 478-568). New York: Grune & Stratton.

Conran, M. B. (1972). The relationship between blame and hope. In: D. Rubinstein & Y. O. Alanen (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia* (pp. 207-210). Amsterdam: Excerpta Medica.

Coon, H., Jensen, S., Holik, J., et al. (1994). Genomic scan for genes predisposing to schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics, 54*: 59-71.

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.

Crow, T.J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin, 11*: 471-485.

Crow, T. J. (1994). Prenatal exposure to influenza as a cause of schizophrenia. There are inconsistencies and contradictions in the evidence. *British Journal of Psychiatry, 164*: 588-592.

Cullberg, J. (1993a). A proposal for a three-dimensional etiologic view of the schizophrenias. I. *Nordic Journal of Psychiatry, 47*: 355-359.

Cullberg, J. (1993b). A three dimensional etiologic view of the schizophrenias. II. Hypothetical clinical consequences. *Nordic Journal of Psychiatry, 47:* 421-424.

Davis, A. E., Dinitz, S., & Pasamanick, B. (1972). The prevention of hospitalization in schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry, 42*:1375-1388.

Davis, O. R., Breier, A., Buchanan, R. W., & Holstein, C. (1991). Obstetric complications in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 4:* 254.

Dean, C., Phillips, J., Gadd, E. M., et al. (1993). Comparison of community based service with hospital based service for people with acute severe psychiatric illness. *British Medical Journal, 307*: 473-476.

Dein, E. (1964). Personlighedstyper ved skizofreni og skizofreniforme psykoset [in Danish]. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift, 18*: 87-105.

Delay, J., Deniker, P., & Green, A. (1957). Essai de description et de définition psycho-pathologique des parents des schizophrenes. *Congress Report of the Second International Congress for Psychiatry, IV*: 49-56. Zurich: Orell Füssli.

Delay, J., Deniker, P., & Green, A. (1962). Le milieu familial des schizophrenes. *L'encephal, 51*: 1-73.

Delay, J., Deniker, P., & Harl,J. M. (1952). Traitmentdes états d'excitation et d'agitation par une méthode medicamenteuse derivée de l'hibernotherapie. *Annales Médico-psychologique, 110*: 267-273.

DeLisi, L. E., Goldin, L. R., Hamovit, J. R., et al. (1986). A family study of the association of increased ventricular size with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 43*: 148-153.

Dell, P. (1980). Researching the family theories of schizophrenia: an exercise in epistemological confusion. *Family Process, 19*: 321-335.

De Sisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., et al. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. l. Matched comparison and cross-sectional outcome. 11. Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry, 167*: 331-342.

Der, G., Gupta, S., & Murray, R. M. N. (1990). Is schizophrenia disappearing? *Lancet, 335*: 409-413.

Doane, J. A. (1978). Family interaction and communication deviance in disturbed and normal families. A review of research. *Family Process, 17:* 357-376.

Doane, J. A., Falloon, l. R. H., Goldstein, M. J., & Mintz, J. (1985). Parental affective style and the treatment of schizophrenia. Predicting course of illness and social functioning. *Archives of General Psychiatry, 42:* 34-42.

Doane, J. A., Goldstein, M. J., Miklowitz, D. J., & Falloon, l. R. H. (1986). The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry, 148*:279-287.

Domarus, E. van (1944). The specific laws of logic in schizophrenia. In J. S. Kasanin (Ed.), *Language and Thought in Schizophrenia* (pp. 104-113). Berkeley, CA: University of California Press.

Donaldson, S. R., Gelenberg, A. J., & Baldessarini, R. J. (1983). The pharmacological treatment of schizophrenia: a progress report. *Schizophrenia Bulletin, 9:* 504-527.

Done, D. J., Johnstone, E. C., & Frith, C. D. (1991). Complications of pregnancy and delivery in relation to psychosis in adult life: data from the British perinatal mortality survey sample. *British Medical Journal, 302:* 1576-1580.

Early, D. C. (1960). The industrial therapy organization (Bristol). *Lancet, 2*: 754-757.

Eaton, W. W. (1985). Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiological Review, 7*: 105-126.

Emde, R. (1988). Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psycho-Analysis, 69*: 23-42.

Emst, K. (1956). "Geordnete Familienverhaltnisse" spaterer Schizophrener im Uchte einer Nachuntersuchung. *Archiv für Psychiatrie* (Berlin), 194: 355-367.

Falloon, l. R. H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry, 55:* 4-15.

Falloon, l. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., et al. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *New England Journal of Medicine, 306:* 1437-1440.

Falloon, l. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., et al. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical out-come of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 42:* 887-896.

Farde, L., Wiesel, F.-A., Halldin, C., & Sedvall, G. (1988). Central D2-dopamine receptor occupancy in schizophrenic patients treated with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry, 45:* 71-76.

Farde, L., Wiesel, F.-A., Stone-Elander, S., et al. (1990). D2 dopamine receptors in neuroleptic-naive schizophrenic patients. A positron emission tomography study with (11C) Raclopride. *Archives of General Psychiatry, 47*: 213-219.

Fedem, P. (1943). Psychoanalysis of psychoses. Psychiatric Quarterly, 17: 3-19,246-257,470-487. [Also in: E. Weiss (Ed.), *Ego Psychology and the Psychoses*. New York: Basic Books, 1952; reprinted London: Kamac Books, 1977.]

Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. (Ed. E. Weiss). New York: Basic Books [reprinted London: Karnac Books, 1977].

Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W. W. Norton.

Fenton, F. R., Tessier, L., & Struening, E. L. (1979). A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. *Archives of General Psychiatry, 36*: 1073-1079.

Fischer, M. (1973). Genetic and Environmental Factors in Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 49* (Suppl. 238).

Fleck, S. (1992). The development of schizophrenia: a psychosocial and biological approach. In: A. Werbart &J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 179-192). Oslo: Scandinavian University Press.

Fleck S. (1995). Dehumanizing developments in American psychiatry in recent decades. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 183*: 195-203.

Forssen, A. (1979). *Roots of Traditional Persona lit y Development among the Zaramo in Coastal Tanzania.* Publication 54. Helsinki: Lastensuojelun Keskusliitto.

Freud, S. (1911c). Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (Dementia paranoides). *Standard Edition, 12*: 3-79. London: Hogarth Press, 1958.

Freud, S. (1914c). On narcissism: an introduction. *Standard Edition, 14*:121-144. London: Hogarth Press, 1958.

Freud, S (1915e). The unconscious. *Standard Edition, 14*: 161-215. London, Hogarth Press, 1958.

Freud, S. (1917e). Mourning and melancholia. *Standard Edition, 14*: 237-259. London: Hogarth Press, 1958.

Freud S. (1924b). Neurosis and psychosis. *Standard Edition, 19:* 149-170. London: Hogarth Press, 1961.

Freud S. (1924e). The loss of reality in neurosis and psychosis. *Standard Edition, 19*: 183-187. London: Hogarth Press, 1961.

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Fromm-Reichmann, F. (1952). Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics. In: E. B. Brody & F. C. Redlich (Eds.), *Psychotherapy with Schizophrenics* (pp. 89-111). New York: International Universities Press. [Reprinted in: D. M. Bullard (Ed.), *Psychoanalysis and Psychotherapy. Collected Papers of Frieda Fromm-Reichmann* (pp. 176-193). Chicago: University of Chicago Press, 1959.]

Furlan, P. M. (1993). Psychotherapeutic factors in different settings of individual treatment of psychoses. In: C. Benedetti & P. M. Furlan (Eds.), *The Psychotherapy of Schizophrenia. Effective Clinical Approaches-Controversies, Critiques, & Recommendations* (pp. 115-123). Toronto, Ontario: Hogrefe & Huber.

Gelder M., Gath D., & Mayou, R. (1984). *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Gilbert, S., & Ugelstad, E. (1994). The patients' own contributions to long-term supportive psychotherapy of schizophrenic disorder. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 84-88.

Glass, L. L., Katz, H. M., Schnitzer, R. D., et al. (1989). Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome. *American Journal of Psychiatry, 146*: 603-608.

Goethe, J. W. (1808). *Sämtliche Werke*, Vol. 32 (p. 44). Stuttgart & Berlin: Cottasche Buchhandlung.

Goffman, E. (1961). *On the Characteristics of Total Institutions*. New York: Garden City.

Goldberg, D. (1991). Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 17*: 453-459.

Goldstein, J. M., & Tsuang, M. T. (1990). Gender and schizophrenia: an introduction and synthesis of the findings. *Schizophrenia Bulletin, 16*:179-184.

Goldstein, K. (1948). *Language and Language Disturbances*. New York: Grune & Stratton.

Goldstein, M. J. (1985). Fami1y factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: the results of a fifteen years prospective longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71* (Suppl. 319): 7-18.

Goldstein, M. J. (1987). The UCLA high risk project. *Schizophrenia Bulletin, 13*: 505-514.

Goldstein, M. J., & Kopeikin, H. S. (1981). Short and long time effects on a program combining drug and family therapy. Unpublished manuscript. [Cited in: J. G. Gunderson & A. Carroil, "Clinical considerations from empirical research". In: H. Stierlin, L. C. Wynne, & M. Wirsching (Eds.), *Psychosocial Intervention in Schizophrenia* (pp.125-142). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.]

Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., et al. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry, 35*: 1169-1677.

González de Chaves Menéndez, M., & Garcia-Ordás Alvarez, A. (1992). Group therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to schizophrenia. In: A. Werbart & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia-Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 120-130). Oslo: Scandinavian University Press.

Gottesman, l. l., & Bertelsen, A. (1989). Confirming unexpressed genotypes for schizophrenia. Risks in the offspring of Fischer's Danish identical and fraternal discordant twins. *Archives of General Psychiatry, 46*: 867-872.

Gottesman, l. l., & Shields, J. (1966). Schizophrenia in twins: 16 years consecutive admissions to a psychiatric clinic. *British Journal of Psychiatry, 112*: 809-818.

Greenspan, S. l. (1989). The development of the ego: biological and environmental specificity in the psychopathological developmental process and the selection and construction of ego defences. *Journal of. American Psychoanalytic Association, 37*: 608-638.

Grigsby, J., & Schneider, J. L. (1991). Neuroscience, modularity and personality theory: conceptual foundation of a model complex human functioning. *Psychiatry, 54*: 21-38.

Grinspoon, L., Ewalt, J., & Shader, R. (1972). *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Grotstein, J. S. (1977). The psychoanalytic concept of schizophrenia. I. The dilemma. 11. Reconciliation. International Journal of Psycho-Analysis, 58: 403-452.

Group for the Advancement of Psychiatry (1989). *Psychiatric Prevention and the Family Life Cycle. Risk Reduction by Frontier Practitioners.* Report No 127. New York: Brunner/Mazel.

Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin, 10*: 564-598.

Guntern, G. (1979). *Social Change, Stress and Mental Health in the Pearl of the Alps. A Systemic Study of a Village Process.* Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Haakenaasen, K., & Ugelstad, E. (1986). What is effective in the psychosocial treatment of younger schizophrenic inpatients? A 10-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry, 40*: 255-265.

Habermas, J. (1968). Erkenntnis und Intresse. Frankfurt: Suhrkamp. Hiifner, H., Maurer, K., Loffler, W., et al. (1994). The epidemiology of early schizophrenia: influence of age and gender on onset and early course. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 29-38.

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., et al. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. 11. Long-term outcomes of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 144*: 727-735.

Harlow, H. F., Harlow, M. K. (1966). Learning to love. *American Science, 54*: 244-272.

Harris, A., Linker, l., & Norris, V. (1956). Schizophrenia: a social and prognostic study. *British Journal of Preventive and Social Medicine, 10*:107-114.

Hartmann, H. (1953). Contribution to the metapsychology of schizophrenia. *The Psychoanalytic Study of the Child, 8*: 177-198.

Hartmann, H. (1958). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: International Universities Press.

Hartmann, H., Kris, E., & Loewenstein, R. M. (1946). Comments on the formation of psychic structure. *The Psychoanalytic Study of the Child, 2*: 11-38.

Haug, J. O. (1962). Pneumoencephalographic Studies in Mental Disease. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 38* (Suppl. 165).

Haugsgjerd, S. (1971). *Nytt perspektiv pa psykiatrin* [in Swedish]. Stock-holm: Prisma.

Hauser P., Altshuler, L. L., Berritini, W., et al. (1989). Temporal lobe measurements in primary affective disorder by magnetic resonance imaging. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience, 1*:128-134.

Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., et al. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry, 151*: 1409-1411.

Heston, L. L. (1966). Psychiatric disorders in foster-home-reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry, 112*: 819-825.

Hietala, J., Syviilahti, E., Vuorio, K., et al. (1994). Striatal 02 dopamine receptor characteristics in neuroleptic-naive schizophrenics studied with positron emission tomography. *Archives of General Psychiatry, 51*: 116-123.

Hietala, J., Syviilahti, E., Vuorio, K., et al. (1995). Presynaptic dopamine function in striatum of neuroleptic-naive schizophrenic patients. *Lancet, 346*: 1130-1131.

Hirsch, S. R., & Leff, J. P. (1971). Parental abnormalities of verbal communication in the transmission of schizophrenia. *Psychological Medicine, 1*: 118-127.

Hirsch, S. R., & Leff, J. (1975). *Abnormalities in Parents of Schizophrenics*. Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs, No 22. London: Oxford University Press.

Hjort, H., & Ugelstad, E. (1994). Dually diagnosed patients in the Norwegian sample-schizophrenia and drug abuse. Appendix to: Y. O. Alanen, E. Ugelstad, B.-A. Armelius, et al., *Early Treatment for Schizophrenic Patients: Scandinavian Psychotherapeutic Approaches* (pp.155-162). Oslo: Scandinavian University Press.

Hogarty, G. E. (1994). "Integration of psychopharmacologic and psychosocial therapies in schizophrenia." Paper read at the Eleventh International Symposium for Psychotherapy of Schizophrenia, Washington, DC.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. l. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry, 43*: 633-642.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training and chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. 11. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry, 48*: 340-347.

Holma, J., & Aaltonen, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 17:307-316.

Holma, J., & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 19.463-477.

Holma, J., & Aaltonen, J. (1998). Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 20:253-263.

Hoult, J., Reynolds, l., Charbonneau-Powis, J., et al. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised mal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 17*: 160-167.

Hovatta, I., Varilo, T., Suvisaari, J. et al. (1999). A genomewide screen for schizophrenia genes in an isolated Finnish subpopulation suggesting multiple susceptibility loci. A*merican Journal of Human Genetics* 65:1114-1124.

Hsia, C. Y., & Chang, M. Y. (1978). Long term follow-up study of schizophrenia. *Chinese Medical Journal, 4*: 266-270.

Huber, G. (1961). *Chronische Schizophrenie. Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltpatienten. Einzeldarstellungen aus der theoretischer und klinischer Medizin, Band 13*. Heidelberg: Dr. A Huthig Verlag.

Huber, G., Gross, G., Schütt1er, R., & Linz, M. (1980). Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin, 6:* 592-605.

Huttunen, M. O., Machon, R. A., & Mednick, S. A. (1994). Pre-natal factors in the pathogenesis of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 15-19.

Idänpään-Heikkilä, J., Alhava, E., Olkinuora, M., et al. (1977). Agranulocytosis during treatment with clozapine. *European Journal of Clinical Pharmacology, 11*: 193-198.

Illowsky, B., Juliano, D. M., Bigelow, L. B., & Weinberger, D. R. (1988). Stability of CT scan findings in schizophrenia: results of an 8-year follow-up study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 51:*209-213.

Inoye, E. (1961). Similarity and dissimilarity of schizophrenia in twins. *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, 1*: 524-530. Montreal: University of Toronto Press.

Isohanni, M. (1983). *The Psychiatric Ward as a Therapeutic Community. Acta Universitatis Ouluensis*, Series D Medica, No 111. (Oulu, Finland).

Jablensky, A., Sartorius, N., Emberg, G., et al. (1992). Schizophrenia: Manifestation, Incidence and Course in Different Cultures. *Psychological Medicine Monographs* (Suppl. 20). Cambridge: Cambridge University Press.

Jackson, D. D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly* (Suppl. 31): 79-90.

Jackson, D. D., & Weakland, J. H. (1961). Conjoint family therapy: some considerations on theory, technique, and results. *Psychiatry, 24* (Suppl. 2): 30-45.

Jackson, M., & Cawley, R. (1992). Psychodynamics and psychotherapy on an acute ward. The story of an experimental unit. *British Journal of Psychiatry, 160*: 41-50.

Jackson, M., & Williams, P. (1994). Un *imaginable Storms: A Search far Meaning in Psychosis*. London: Kamac Books.

Jacob, T. (1975). Family interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review. *Psychological Bulletin, 82*:33-65.

Jenkins, J. H., & Kamo, M. (1992). The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry, 149*: 9-21.

Johansson, A. (1956). Psychotherapeutische Behandlung eines Falles von Schizophrenie. *Psyche, 10:* 568-587.

Johansson, A. (1985). *Skitsofrenian analyyttisen psykoterapian ongelma*. [The problem of the psychoanalytic psychotherapy of schizophrenia; in Finnish]. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. C*, Vol. 53 (Turku, Finland)

Johnstone, E. C., Crow, T. J., Frith, C. D., et al. (1976). Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet, 1:*924-926.

Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community*. New York: Basic Books.

Jones, P., Rodgers, B., Murray, R., & Marmot, M. (1994). Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet, 344*: 1398-1402.

Kallmann, F. J. (1946). The genetic theory of schizophrenia. An analysis of 691 schizophrenic twin index families. *American Journal of Psychiatry, 103*: 309-322.

Kanas, N. (1986). Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *International Journal of Group Psychotherapy, 36*: 339-351.

Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1972). The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9:* 111-119.

Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1981). *Psychotherapy of Schizophrenia Treatment of Choice*. New York: Jason Aronson.

Kasanin, J. (1933). The acute schizoaffective psychosis. *American Journal of Psychiatry, 13*: 97-126.

Kasanin, J., Knight, E., & Sage, P. (1934). The parent-child relationship in schizophrenia: l. Over-protection-rejection. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 79*: 249-263.

Kaufmann, L. (1976). Long-term family therapy with schizophrenics. In. J. Jorstad & E. Ugelstad (Eds.), *Schizophrenia, 75, Psychotherapy, Family Studies, Research* (pp. 229-242). Oslo: Universitetsforlaget.

Kavanagh, D. J. (1992). Expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 160*: 601-169.

Kendler, K. S., & Robinette, C. D. (1983). Schizophrenia in the National Academy of Sciences-National Research Council Twin Registry: a 16-year update. *American Journal of Psychiatry, 14*: 1551-1563.

Kendler, K. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1989). Psychotic disorders in DSM-III R. *American Journal of Psychiatry, 146*: 953-962.

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1984). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Keränen, J. (1992). *The Choice between Outpatient and Inpatient Treatment in a Family Centred Psychiatric Treatment System* [in Finnish, with English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social. Research, 93* (Jyvaskyla, Finland).

Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., et al. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families

of adopted schizophrenics. In: D. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The Transmission of Schizophrenia* (pp. 345-362). New York: Pergamon.

Kety, S. S., Wender P. H., Jacobsen, J., et al. (1994). Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. *Archives of General Psychiatry, 51:* 442-455.

Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis, 70*: 65-79.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis, 27*: 99-110. [Also in: *The Writings of Melanie Klein.* Vol. 3: *Envy and Gratitude and Other Works*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis [reprinted London: Kamac Books,1993.]

Klein, M. (1975). *Envy and Gratitude and Other Works, 1946-63.* London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis [reprinted London: Kamac Books, 1993].

Kohut, H. (1971). The Analysis of the Selj: A Systematic Approach to the Psychoanalysis of Narcissistic Persona lit y Disorders. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.

Kringlen, E. (1967). *Heredity and Environment in Functional Psychoses*, Vols. I-II. Oslo: Universitetsforlaget.

Kringlen, E. (1978). Adult offspring of two psychotic parents with spedal reference to schizophrenia. In: L. C. Wynne, R. L. Cromwell, & S. Matthysse (Eds.), *The Nature of Schizophrenia* (pp. 9-24). New York: John Wiley & Sons.

Kringlen, E. (1994). Is the concept of schizophrenia useful from an aetiological point of view? A selective review of findings and paradoxes. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90* (Suppl. 384): 17-25.

Kringlen, E., & Cramer, G. (1989). Offsprings of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 46*: 770-779.

Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: implications for services. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 28*: 207-210.

Kuusi, K. (1986). *Prognosis of Schizophrenic Psychoses in Helsinki in 1975-1983* [in Finnish, with English surnmary]. *Monographs of Psychiatria Fennica*, No 13. Helsinki.

Laing, R. D., & Esterson, A. (1964). *Sanity, Madness and the Family*. Vol. I: Families of Schizophrenics. London: Tavistock Publications.

Lambo, T. A. (1955). The Tole of cultural factors in paranoid psychoses among the Yoruba tribe. *Journal of Mental Science, 101*: 239-266.

Langfeldt, G. (1939). *The Schizophreniform States*. Copenhagen: Munks-gaard.

Langfeldt, G. (1953). Some points regarding the symptomatology and diagnosis of schizophrenia. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 28* (Suppl. 80): 7-26.

Langsley D. G., Machotka, P., & Flomenhaft, K. (1971). Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 127*: 1391-1394.

Langsley, D. G., Pittman, F. S., & Swank, G. E. (1969). Family crises in schizophrenics and other patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 149*: 270-276.

Larmo, A. (1992). *The Parent's Psychosis, Impact on Family and Children. Annales Universitatis Turkuensis, Ser.* D, Vol. 84 (Turku, Finland).

Larsen, T. K. (1994). "Early detection of first-episode schizophrenia." Paper read at the Eleventh International Symposium for the Psycho therapy of Schizophrenia, Washington, DC.

Lazell, E. (1921). The group treatment of dementia praecox. *Psychoanalytical Review, 8*: 168-179.

Leff, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 71-76.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., et al. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry, 141*: 121-134.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., et al. (1983). Life events, relatives' expressed emotions and maintenance neuroleptic5 in schizophrenic relapse. *Psychological Medicine, 13*: 799-807.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of 5ocial intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 146*: 594-600.

Lehtinen, K. (1993a). Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*: 96-101.

Lehtinen, K. (1993b). *Family Therapy and Schizophrenia in Public Mental Health. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D*, Vol. 106 (Turku, Finland).

Lehtinen, K. (1994). Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 89-96.

Lehtinen, K., & Räkköläinen, V. (1986). *System-analytic treatment of acute psychosis* [in Finnish]. In: V.-P. Avento (Ed.), Suomen Psykiatriyhdistyksen syksyn koulutuspaivien luentojulkaisu. Skitsofrenian hoidon kehittaminen. *Psychiatria Fennica.* Reports, No. 71: 79-91. Helsinki: Foundation for Psychiatric Research in Finland.

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? *European Psychiatry* 15:312-320.

Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., et al. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with schizophrenia-type Psychosis. The Finnish API-project. *Nordic Journal of Psychiatry, 50*: 281-287.

Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1987). Mental disorders in the sample representative of the whole Finnish adult population, In: B. Cooper (Ed.), Psychiatric Epidemiology: *Progress and Prospects* (pp. 43-54). London: Croon Helm.

Levander, S., & Cullberg, J. (1994). Psychotherapy in retrospect. Accounts of experiences in psychotherapy obtained from five former schizophrenic patients. *Nordic Journal of Psychiatry, 48*: 263-269.

Levene, J. E., Newman, F., & Jefferies, J. J. (1989). Focal family therapy outcome study. l. Patient and family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry, 14*: 641-647.

Levinson, D.F., Holmans, P.A., Laurent, C. et al. (2002). No major schizophrenia locus detected on chromosome 1q in a large multicenter sample. *Science* 296:739-741.

Levinson, D.F., Mahtani, M.M., Nancarrow, D.J. et al. (1998): Genome scan of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 155:741-750.

Lewis, S. (1990). Computerised tomography in schizophrenia 15 years on. *British Journal of Psychiatry, 157*: 16-24.

Udz, R. W. (1993). The effect of neurotropic drugs on the psychotherapy of schizophrenic patients. In: G. Benedetti & P. M. Furlan (Eds.), *The Psychotherapy of Schizophrenia* (pp. 311-317). Toronto, Ontario: Hogrefe & Huber.

Udz, R. W., & Udz, T. (1949). The family environment of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 106:* 332-345.

Udz, T. (1964). *The Family and Human Adaptation*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Lidz, T. (1992). *The Relevance of the Family to Psychoanalytic Theory*. Madison, CT: International Universities Press.

Lidz, T., & Blatt, S. (1983). Critic of the Danish-American studies of the biological and adoptive relatives of adoptees who became schizophrenic. *American Journal of Psychiatry, 140*: 426-434.

Lidz, T., Comelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1957a). The intra-familial environment of the schizophrenic patient: l. The fathers. *Psychiatry, 20*: 329-342.

Lidz, T., Comelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1957b). The intra-familial environment of schizophrenic patients: 11. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry, 114*: 241-248.

Lidz, T., Comelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1958). Intra-familial environment of the schizophrenic patient: VI. The transmission of irrationality. A.M.A. *Archives of Neurology and Psychiatry, 79*: 305-316.

Lidz, T., Fleck, S., & Comelison, A. R. (1965). *Schizophrenia and the Family*. New York: International Universities Press.

Lidz, T., & Lidz, R. W. (1982). The curative factors in psychotherapy of schizophrenic disorders. In: S. Slipp (Ed.), *Curative Factors in Dynamic Psychiatry*. New York: McGraw-Hill.

Lieberman, J. A. (1993). Understanding the mechanism of action of atypical antipsychotic drugs. A review of compounds in use and development. *British Journal of Psychiatry, 163* (Suppl. 22): 7-18.

Lin, K.-M., & Kleinman, A. M. (1988). Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin, 14*: 555-574.

Lindberg, D. (1981). Management of Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Suppl. 283).

Linszen, D. H., Dingemans, P. M., & Lenior, M. E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 51:* 273-279.

London, N. J. (1973). An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia. Parts I and II. *International Journal of Psycho-Analysis, 54*: 169-193.

MacFarlane, J. (1975). Olfaction in the development of social references in the human neonate. In: M. Hofer (Ed.), *Parent-Infant Interaction*. Amsterdam: Elsevier. [Cited in Stem, 1985.]

Mahler, M. S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. Vol. I: *Infantile Psychosis*. New York: International Universities Press.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Infant*. New York: Basic Books.

Main, T. F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic, 10*: 66.

MaIkiewicz-Borkowska, M., & Namyslowska, I. (1991). Results of family therapy of hospitalized adolescents. *Abstracts: Third World Family Therapy Congress*, 2-6 June, Jyvaskyla, Finland (p. 234). Jyvaskyla: University of Jyvaskyla.

Malm, U. (1982). The Influence of Group Therapyon Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Suppl. 297).

Malmivaara, K., Keinanen, E., & Saarelma, M. (1975). Factors affecting child psychiatric hospital care and its immediate results. *Psychiatria Fennica. Yearbook:* 225-238. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.

Malson, L. (1972). *Wolf Children and the Problem of Human Nature*. New York: Monthly Review Press. [Includes two papers by J. Itard, on the "wild boy of Aveyron", 1799 and 1806.]

Marder, R. S., Van Putten, T., Mintz, J., et al. (1987). Low- and conventional-dose maintenance therapy with fluphenazine decanoate. Two-year outcome. *Archives of General Psychiatry, 44*: 518-521.

Marsh, L. C. (1933). Experiments in group treatment of patients at Worcester State Hospital. *Mental Hygiene, 17*: 396-416.

Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M., &% Margison, F. (editors) (2000). *Psychosis.* Psychological Approaches and their Effectiveness. Glasgow: Gaskell.

Martinot, J.-L., Peron-Magnan, P., Huret, D.-C., et al. (1990). Striatal 02 dopaminergic receptors assessed with positron emission tomography and (76Br) Bromospiperone in untreated schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 147*: 44-50.

Matte Blanco, l. (1988). *Thinking, Feeling and Being*. London: Routledge.

Mattila, V. (1984). Onset of Functional Psychoses in Later Middle Age: A Social Psychiatric, Psychodynamic and Family-Dynamic Study. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D,* Vol. 16 (Turku, Finland).

May, P. R. A. (1968). *Treatment of Schizophrenia. A Comparative Study of Five Treatment Methods*. New York: Science House.

May, P. R. A., Turna, A. H., & Dixon, W. J. (1981). Schizophrenia: a follow-up study of the results of the five forms of treatment. *Archives of General Psychiatry, 38*: 776-784.

May, P. R. A., Turna, A. H., Yale, C., et al. (1976). Schizophrenia: follow-up study of results of treatment. *Archives of General Psychiatry, 33*:474-486.

McGhie, A. (1961). A comparative study of mother-child relationship in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 34:* 195-221.

McGlashan, T. H. (1984). The Chestnut Lodge follow-up study. l. Follow-up methodology and study sample. 11. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 41*: 573-601.

McGorry, P. D., McFarlane, C., Patton, G. C., et al. (1995). The prevalence of prodromal features in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 92*: 241-249.

McNeil, T. F., Cantor-Graae, E., Torrey, E. F., et al. (1994). Obstetric complications in histories of monozygotic twins discordant and concordant for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*: 196-204.

Mednick, S. A., Machon, R., Huttunen, M. O., & Bonett, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal infection to an influenza epidemic. *Archives ofGeneral Psychiatry, 45*: 189-192.

Mednick, S. A., Famas, J., & Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen high-risk project. *Schizophrenia Bulletin, 13*: 485-495.

Mednick, S., & Schulsinger, F. (1968). Some pre-morbic characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers. In: D. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The Transmission of Schizophrenia* (pp. 267-291). New York: Pergamon Press.

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 University Press, 1950-1952.]

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.* Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1950-1952.]

Miles, C. (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 164*: 231-246.

Mishler, E. G., & Waxler, N. (1968). Family interaction and schizophrenia. Alternative frameworks of interpretation. *Journal of Psychiatric Research, 6:* 213-222.

Moises, H. W., Yang, L., Kristbjamarson, H., et al. (1995). An international two-stage genome-wide search for schizophrenia susceptibility genes. *Nature Genetics, 11:* 321-324.

Mosher, L. R., & Keith, S. J. (1979). Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: a summary report to *American Journal of Psychiatry, 136:* 623-631.

Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1978). Community residential treatment for schizophrenia: two-year follow-up data. *Hospital & Community Psychiatry, 29:* 715-723.

Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1983). Scientific evidence and system change: the Soteria experience. In: H. Stierlin, L. C. Wynne, & M. Wirsching (Eds.), *Psychosocial Intervention in Schizophrenia* (pp. 93-108). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Muijen, M., Marks, l. M., Connolly, J., et al. (1992). The daily living programme. Preliminary comparison of community versus hospital-

based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *British Journal of Psychiatry, 160*: 379-384.

Mü1ler, C. (1961). Die Psychotherapie Schizophrener an del Zürcher Klinik. Versuch einer vorlaufigen katamnestischen Übersicht. *Nervenarzt, 32*: 354-368.

Munk-Jorgensen, P., & Mortensen, P. B. (1992). Incidence and other aspects of the epidemiology of schizophrenia in Denmark 1971-87. *British Journal of Psychiatry, 161*: 489-495.

Murphy, H. B. (1973). Current trends in transcultural psychiatry. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 66:* 711-716.

Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., et al. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry, 41*: 959-967.

Nasrallah, H. A., McCalley-Whitters, M., & Jacoby, C. G. (1982). Cortical atrophy in schizophrenia and mania: a comparative CT study. *Journal of Clinical Psychiatry, 43:* 439-442.

Nasrallah, H. A., Olson, S. C., McCalley-Whitters, M., et al. (1986). Cerebral ventricular enlargement in schizophrenia: a preliminary follow-up study. *Archives of General Psychiatry, 43:* 157-159.

National Pension Institute (1989). *Yearbook.* Helsinki: National Pension Institute.

Niederland, W. G. (1984). *The Schreber Case* (expanded edition). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Nyback, H., Wiesel, F.-A, Berggren, B.-M., & Hindmarsh, T. (1982). Computed tomography of the brain in patients with acute psychosis and in healthy volunteers. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 65:* 403-414.

O'Brien, C. B., Harnm, K. B., Ray, B. A., et al. (1972). Group vs. individual psychotherapy with schizophrenics: a controlled outcome study. *Archives of General Psychiatry, 27*: 474-478.

O'Callaghan, E., Gibson, T., Colohan, H. A., et al. (1991). Season of birth in schizophrenia: evidence for confinement of an excess of winter births to patients without a family history of mental disorder. *British Journal of Psychiatry, 158*: 764-769.

Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis, 60:* 357-373.

Ojanen, M. (1984). The Sopimusvuori Society: an integrated system of rehabilitation. *International Journal of Therapeutic Communities, 5:*193-207.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: l. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process, 18*: 3-28.

Onstad, S., Skre, l., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). Twin concordance for DSM-III R schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83:*395-440.

Onstad, S., Skre, l., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1994). Family interaction: parental representation in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90* (Suppl. 384): 67-70.

Orma, E. (1978). Unpublished presentation delivered at the meeting of the Turku Psychotherapy Society, Turku.

Pao, P.-N. (1979). *Schizophrenic Disorders. Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View.* New York: *International Universities Press.*

Parland, O. (1991). *Tieto ja eläytyminen. Esseitä ja muistelmia* [Knowledge and Empathy. Essays and Memoirs; in Finnish]. Juva: WSOY.

Parloff, M. B., & Dies, R. R. (1977). Group psychotherapy outcome research 1965-1975. *International Journal of Group Psychotherapy, 27:*281-319.

Paul, G. L., & Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients: Milieu vs. Social-learning Programs.* Cambridge MA: Harvard University Press.

Perris, C. (1992). Some aspects of the use of cognitive psychotherapy with patients suffering from a schizophrenic disorder. In: A. Werbart & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia. Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 131-144). Oslo: Scandinavian University Press.

Pietruszewski, K. (1991). Psychotic versus non-psychotic family dynamics during adolescents' in-patient treatment. In: Abstracts: *Third World Family Therapy Congress*, 2-6 June, Jyvaskyla, Finland (p. 314). Jyvaskyla: University of Jyvaskyla.Pines, M. (1992). "The world according to Kohut." Lecture delivered at the meeting of the Finnish Psychoanalytical Society, Helsinki.

Pollin, W., Allen, M. G., Hoffer, A., et al. (1969). Psychopathology in 15,909 pairs of veteran twins: evidence for a genetic factor in the pathogenesis of schizophrenia and its relative absence in psychoneurosis. *American Journal of Psychiatry, 126*: 597-610.

Portin, P., & Alanen, Y. O. (1997). A critical review of genetical studies of schizophrenia. l. Epidemiological and brain studies. 11. Molecular genetic studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*: 1-5,73-80.

Pylkkanen, K. (1994). The Finnish National Schizophrenia Project 1982-1992: is a balanced and controlled deinstitutionalisation process possible? *Psychiatria Fennica*. Yearbook: 169-183. Helsinki: Foundation for Psychiatric Research in Finland.

Pylkkanen, K., & Eskola, J. (1984). Kokemuksia mielisairaanhoidon uudistuksesta Italiassa [Experiences from the innovation of psychiatric care in Italy; in Finnish]. *Suomen Lääkärilehti, 39:* 1520-1522.

Rakköläinen, V. (1977). Onset of Psychosis: A Clinical Study of 68 Cases. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D*, Vol. 7 (Turku, Finland).

Räkköläinen, V., & Alanen, Y. O. (1982). On the transactionality of defensive processes. *International Review of Psycho-Analysis, 9:* 263-272.

Rakköläinen, V., Lehtinen, K., & Alanen, Y. O. (1991). Need-adapted treatment of schizophrenic processes: the essential role of family-centred therapy meetings. *Contemporary Family Therapy, 13:* 573-582.

Räkköläinen, V., Salokangas, R., & Lehtinen, P. (1979). Protective constructions in the course of psychosis. In: C. Müller (Ed.), *Psychotherapy of Schizophrenia* (pp. 233-243). Amsterdam: Excerpta Medica.

Räkköläinen, V., Vuorio, K. A., Syviilahti, 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 Eleventh International Symposium for Psychotherapy of Schizophrenia, Washington, DC.

Raman, A. C., & Murphy, H. B. (1972). Failure of traditional prognostic indications in Afro-Asian psychotics: results of a long-term follow-up survey. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 154:* 238-247.

Rang, B. (1987). Wolfskinderen en de ontwikkeling van de mensweten-schappen [When the social environment of a child approaches zero; in Dutch]. *Comenius, 27:* 316-342.

Rapaport, M., Hopkins, H. K., Hall, K., et al. (1978). Are there schizophrenics for whom drugs mar be unnecessary or contraindicated? *International Journal of Pharmacopsychiatry, 13*: 100-111.

Rechardt, E. (1971). Skitsofreniapotilaan kieli [The language of the schizophrenic patient; in Finnish]. *Duodecim, 87:* 1591-1599.

Reiss, D. (1971). Varieties of consensual experience. 111. Contrast between families of normals, delinquents, and schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 152*: 73-96.

Retzer, A., Simon, F. B., Weber, G., et al. (1991). A follow-up study of manic-depressive and schizo-affective psychoses after systemic family therapy. *Family Process, 30:* 139-153.

Reveley, A. M., Reveley, M. A., Clifford, C. A., & Murray, R. M. (1982). Cerebral ventricular size in twins discordant for schizophrenia. *Lancet, 1:* 540-541.

Reveley, A. M., Reveley, M. A., & Murray, R. M. (1984). Cerebral ventricular enlargement in non-genetic schizophrenia: a controlled twin study. *British Journal of Psychiatry, 144*: 89-93.

Rice, D. P., Kelman, S., Miller, L. S., & Dunmeyer, S. (1990). *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1985.* Rockville MD: National Institutes of Mental Health, DHHS Pub. No (ADM), 90-1694.

Rieder, R. O., Mann, L. S., Weinberger, D. R., et al. (1983). Computed tomographic scans in patients with schizophrenic, schizo-affective and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 40*:735-739.

Riskin, J. R., & Faunce, E. E. (1972). An evaluative review of family interaction research. *Family Process, 11*: 365-455.

Robbins, M. (1993). *Experiences of Schizophrenia: An Integration of the Personal, Scientific, and Therapeutic.* New York: Guilford Press.

Roberts, G. W. (1990). Schizophrenia: the cellular biology of a functional psychosis. *Trends of Neuroscience, 13:* 207-211.

Robins, J. N., Helzer, J. F., Weissman, M. M., et al. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry, 41:* 949-958.

Rosenfeld, H. A. (1987). *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.

Rosenthal, O. (1970). *Genetic Theory and Abnormal Behaviour*. New York: McGraw-Hill.

Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., et al. (1968). Schizophrenic's offspring reared in adoptive homes. In O. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The Transmission of Schizophrenia* (pp. 377-391). New York: Pergamon Press.

Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., et al. (1971). The adopted-away offspring of schizophrenics. *American Journal of Psychiatry, 128*:307-311.

Rothstein, A. (1980). Towards a critique of the psychology of the self. *Psychoanalytic Quarterly, 49:* 423-455.

Rund, B. R. (1986). Communication deviances in parents of schizophrenics. *Family Process, 25*: 133-147.

Salokangas, R. K. R. (1977). *The Psychosocial Prognosis of Schizophrenia* [in Finnish, with English summary]. Publications of the National Pension Institute, Series AL: 7. Turku, Finland: National Pension Institute.

Salokangas, R. K. R. (1983). Prognostic implication of the sex of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry, 142: 145-151.

Salokangas, R. K. R. (1986). Psychosocial outcome in schizophrenia and psychotherapeutic orientation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 74*:497-506.

Salokangas, R. K. R., Räkköläinen, V., & Alanen, Y.O. (1989). Maintenance of grip on life and goals of life: a valuable criterion for evaluating outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80*:187-193.

Salokangas R. K. R., Stengard, E., Räkköläinen, V., et al. (1987). Uudet skitsofreniapotilaat ja heidiin perheensa. USP-projekti m [New schizophrenic patients and their families: NSP-Project m; in Finnish, with English surnmary]. *Psychiatria Fennica. Reports,* No. 78. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.

Salokangas, R. K. R., Stengard, E., Räkköläinen et al., V. (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; in Finnish, with English summary]. *Psychiatria Fennica. Reports*, No. 95. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.

Salonen, S. (1975). The hospital ward from the standpoint of the patient's self-esteem. *Psychiatria Fennica. Yearbook:* 325-331. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland. [Reprinted in: S. Salonen, *Psychotherapeutic Studies in Schizophrenia. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D,* Vol. 12 (Turku, 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).

Sandin, B. (1992). Schizophrenic strategies for survival. In: A. Werbart, & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 50-57). Oslo: Scandinavian University Press.

Schubart, C., Krumm, B., Biehl, H., & Schwarz, R. (1986). Measurement of social disability in a schizophrenic patients group: definition, assessment, and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients of recent onset. *Social Psychiatry, 21:* 1-19.

Schulz, C. G. (1975). An individualized psychotherapeutic approach with the schizophrenic patient. *Schizophrenia Bulletin* (Issue 13):44-69 .

Schulz, C. G., & Kilgalen, R. K. (1969). *Case Studies in Schizophrenia*. New York: Basic Books.

Schwarz, F. (1982). Group analysis with schizophrenics. In: M. Pines & L. Rafaelsen (Eds.), *The Individual and the Group,* Vol. 2 (pp. 239-249). New York: Plenum Publications.

Scott, R. D., & Alwyn, S. (1978). Patient-parent relationships and the course and outcome of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 51:* 343-355,

Scott, R. D" & Ashworth, P. L. (1967). "Closure" at the first schizophrenic breakdown: a family study. *British Journal of Medical Psychology, 40:*109-145.

Scott, R. D., & Ashworth, P. L. (1969). The shadow of the ancestor: a historical factor in the transmission of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 42*: 13-31.

Scottish Schizophrenia Research Group (1987). The Scottish first episode schizophrenia study. l. Patient identification and categorization. 11. Treatment: Pimozide versus flupenthixol. *British Journal of Psychiatry, 150:* 331-338.

Scottish Schizophrenia Research Group (1992). The Scottish first episode schizophrenia study. VIII. Five-year follow-up: clinical and psychosocial findings. *British Journal of Psychiatry, 161*: 496-500.

Searles, H. F. (1955). Dependency processes in the psychotherapy of schizophrenia. *Journal of American Psychoanalytic Association, 3:* 19-66. [Also in: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* (pp. 114-156). Madison, CT: International Universities Press, 1965; reprinted London: Kamac Books,1986.]

Searles, H. F. (1958). Positive feelings in the relationship between the schizophrenic and ros mother. *International Journal of Psycho-Analysis, 39*: 569-586. [Also in: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* (pp. 216-253). Madison, CT: International Universities Press, 1965; reprinted London: Kamac Books, 1986.]

Searles, H. F. (1961). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 34:* 169-193. [Also in: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* (pp. 521-559). Madison, CT: International Universities Press, 1965; reprinted London: Kamac Books, 1986.]

Searles H. F. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Madison, CT: International Universities Press [reprinted London: Kamac Books, 1986].

Sechehaye, M.-A. (1955). *Die symbolische Wunscherfüllung [Symbolic realization]. Darstellung einer neuen psychotherapeutischen Methode und Tagebuch der Kranken*. Bem: Hans Huber.

Sedvall, G., & Farde, L. (1995). Chemical brain anatomy in schizophrenia. *Lancet, 346*: 743-749.

Sedvall, G. C., & Wode-Helgodt, B. (1980). Aberrant monoamine metabolite levels in CSF and family history of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 37*: 1113-1116.

Seeman, P. (1993). Schizophrenia as a brain disease. The dopamine receptor story. *Archives of Neurology, 50*: 1093-1095.

Seeman, P., Guan, H.-C., & Van Tol, H. H. M. (1993). Dopamine 04 receptors elevated in schizophrenia. *Nature, 365:* 441-445.

Segal, H. (1973). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. London: The Hogarth Press, and the Institute of Psychoanalysis [reprinted London: Kamac Books, 1988].

Seikkula, J. (1991). *The Family-Hospital Boundary System in the Social Network* [in Finnish, with English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80*. Jyväskylä, Finland.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., et al. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In: Friedman; S. (editor): *Reflective Process in Action*. New York: Guilford Press.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). *Paradox and Counterparadox. A New Model in the Therapy of Schizophrenic Transaction*. New York: Jason Aronson.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process, 19*: 3-12.

Sesemann, V. (1927). *Beitriige zur Erkenntnisproblem: über gegenstiindliches und ungegenstiindliches Wissen*. Kaunas: Lietuvos Universito Humanitamiu Mokslu Fakulteto.

Shakow, D. (1962). Segmental set: a theory of the formal psychological deficit in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 6*: 1-17.

Sham, P. C., O'Callaghan, E., Takei, N., et al. (1992). Schizophrenia following pre-natal exposure to influenza epidemic between 1939 and 1960. *British Journal of Psychiatry, 160*: 461-466.

Shaw, S.H., Kelly, M., Smith., A.B., et al. (1998). A genome-wide search for schizophrenia susceptibility genes. American Journal of Medical Genetics *81:364-376.*

Shepherd, M., Watt, D., Falloon, l., & Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine Monographs* (Suppl. 15). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Siirala, M. (1986). Unpublished presentation delivered at Kupittaa Hospital, Turku.

Simon, W., & Wirt, R. D. (1961). Prognostic factors in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 117*: 887-890.

Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1963). Differentiation characteristics of the parents of childhood schizophrenics, childhood neurotics, and young adult schizophrenics. *American Journal of Psychiatry, 120*: 234-243.

Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965). Thought disorders and family relations of schizophrenics. III-IV. *Archives of General Psychiatry, 12*: 187-212.

Singer, M. T., Wynne, L. C., & Toohey, M. L. (1978). Communication disorders and the families of schizophrenics. In: L. C. Wynne, R. L. Cromwell, & S. Matthysse (Eds.), *The Nature of Schizophrenia: New Approaches to Research and Treatment* (pp. 499-511). New York: John Wiley & Sons.

Sjostrom, R. (1985). Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71*: 513-522.

Sjostrom, R. (1990). Psykoterapi vid schizofreni-en prospektiv studie [in Swedish]. *Svenska Liikartidningen, 87:* 3279-3282.

Slater, E. (1953). Psychotic and Neurotic Illnesses in Twins. Me*dical Research Council, Special Report Series* No. 278. London: Her Majesty's Stationery Office.

Sledge, W. H., Tebes, J., Rakfeldt, J., et al. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care. Part I. Clinical outcomes. Part II. Service utilization and costs. *American Journal of Psychiatry, 153*: 1065-1083.

Snyder, S. H. (1981). Dopamine receptors, neuroleptics, and schizophrenias. *American Journal of Psychiatry, 138:* 460-464.

Speijer, N. (1961). *The Mentally Handicapped in the Sheltered Workshops*. The Hague: Ministry of Social Affairs and Public Health.

Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1975). *Research Diagnostic Criteria*. New York: Biometric Research Division, New York State Psychiatric Institute.

Stabenau, J. R., Tupin, J., Wemer, M., & Pollin, W. (1965). A comparative study of the families of schizophrenics, delinquents, and normals. *Psychiatry, 28:* 45-59.

Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: l. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin, 10:* 520-563.

Stanton, A., & Schwarz, M. (1954). *The Mental Hospital*. New York: Basic Books.

State Medical Board in Finland (1988). *The Schizophrenia Project 1981-87. Final Report of the National Programme of the Study, Treatment and Rehabilitation of Schizophrenic Patients in Finland* [in Finnish, with English summary]. Series Handbooks No 4. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Stein, L. l. (1993). A system approach to reducing relapse in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 54* (Suppl. 3): 7-12.

Stein, L. l., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry, 37*: 392-397.

Steinglass, P. (1987). Psychoeducational family therapy in schizophrenia. A review essay. *Psychiatry, 50:* 14-23.

Stem, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology.* New York: Basic Books.

Stierlin, H. (1972). Family dynamics and separation patterns of potential schizophrenics. In: D. Rubinstein & Y. O. Alanen (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia* (pp. 169-179). Amsterdam: Excerpta Medica.

Stierlin, H. (1974). *Separating Parents and Adolescents. A Perspective on Running Away, Schizophrenia, and Waywardness.* New York: Quadrangle & The New York Times Book Co.

Stierlin, H. (1976). The dynamics of owning and disowning. Psychoanalytic and family perspectives. *Family Process, 15:* 277-288.

Stierlin, H. (1983). Reflections on the family therapy of schizo-present families. In: H. Stierlin, L. C. Wynne, & M. Wirsching (Eds.), *Psychosocial Intervention in Schizophrenia* (pp. 191-198). Berlin & Heidelberg: Springer- Verlag.

Stierlin, H., Rücker-Embden, l., Wetzel, N., & Wirsching, M. (1977). *Daserste Familiengespräch*. Stuttgart: Emst Klett.

Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1972). The prediction of outcome of schizophrenia: l. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry, 27*: 739-746.

Strauss, J .S., & Carpenter, W. T. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia, 11. Relationships between predictor and outcome variables. A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 31:* 37-42.

Strauss, J. S., Rakfeldt, J., Harding, C. M., & Ueberman, L. (1989). Psychological and social aspects of negative symptoms. *British Journal of Psychiatry, 155* (Suppl. 7): 128-132.

Suddath, R. L., Christison, G. W., Goldberg, T. E., et al. (1989). Temporal lobe pathology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 146:* 464-472.

Suddath, R. L., Christison, C. W., & Torrey, E. F. (1990). Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *New England Journal of Medicine, 322:* 789-794.

Sullivan, H. S. (1924). Schizophrenia: its conservative and malignant features. *American Journal of Psychiatry, 81:* 77-91. [Also in: *Schizophrenia as a Human Process.* New York: W. W. Norton, 1962.]

Sullivan, H. S. (1930). Socio-psychiatric research. Its implications for the schizophrenia problem and for mental hygiene. *American Journal of Psychiatry, 87*: 977-991. [Also in: Schi*zophrenia as a Human Process*. New York: W. W. Norton, 1962.]

Sullivan, H. S. (1931). The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 88:* 519-540. [Also in: *Schizophrenia as a Human Process*. New York: W. W. Norton, 1962.]

Sullivan, H. S. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: W. W. Norton.

Sullivan, H. S. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry*. New York: W. W. Norton.

Sullivan, H. S. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New York: W. W. Norton.

Syvälahti, E. K. G. (1994). Biological factors in schizophrenia. Structural and functional aspects. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 9-14.

Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York: Random House.

Tähkä, V. (1984). Psychoanalytic treatment as a developmental continuum: considerations of disturbed structuralization and its phase-specific encounter. *Scandinavian Psychoanalytic Review, 7*: 133-160.

Tähkä, V. (1993). *Mind and Its Treatment: Psychoanalytic Approach*. New York: International Universities Press.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., et al. (1989). Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry, 154:* 625-628.

Tienari, P. (1963). *Psychiatric Illnesses in ldentical Twins*. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 39* (Suppl. 171).

Tienari, P. (1975). Schizophrenia in Finnish male twins. In: M. H. Lader (Ed.), Studies of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry Special Publication No 10* (pp. 29-35).

Tienari, P. (1992). Interaction between genetic vulnerability and rearing environment. In: A. Werbart & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 154-172). Oslo: Scandinavian University Press.

Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., et al. (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: the Finnish adoptive fami1y study. *Schizophrenia Bulletin, 13*: 477-484.

Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., et al. (1993). Genetic vulnerability or fami1y environment? Implications from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Psychiatria Fennica. Yearbook:* 23-41. Helsinki: The Foundation for Psychiatric Research in Finland.

Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., et al. (1994). The Finnish adoptive fami1y study of schizophrenia. Implications for family research. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 20-26.

Torrey, E. F. (1983). *Surviving Schizophrenia. A Family Manual*. New York: Harper & Row.

Torrey, E. F., McGuire, M., O'Hare, A., et al. (1984). Endemic psychosis in western Ireland. *American Journal of Psychiatry, 141*: 966-970.

Torrey, E. F., Taylor, E. H., Bracha, H. S., et al. (1994). Prenatal origin of schizophrenia in a subgroup of discordant monozygotic twins. *Schizophrenia Bulletin, 20:* 423-432.

Tsuang, M. T., Woolson, R. F., & Fleming, J. A. (1979). Long-term out-come of major psychoses: l. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Archives of General Psychiatry, 39*: 1295-1301.

Tuori, T. (1987). The Systemic Family Therapy of Married Schizophrenic Patients [in Finnish, with English summary]. *Annales Universitatus*. Turkuensis, Ser. C, Vol. 62 (Turku, Finland).

Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., et al. (1997). The Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Ugelstad, E. (1978). *Psykotiske langtidspasienter i psykiatriske sykehus-Nyebehandlingsforsok* [in Norwegian]. Oslo: Universitetsforlaget.

Ugelstad, E. (1979). Possibilities of organizing psychotherapeutically oriented treatment programs for schizophrenia within sectorized psychiatric service. In: C. Millller (Ed.), *Psychotherapy of Schizophrenia* (pp. 253-258). Amsterdam: Excerpta Medica.

Uttal, W. R. (1997). Do theoretical bridges exist between perceptual experience and neurophysiology? *Perspectives in Biology and Medicine, 40:*280-301.

Van Putten, T., Marshall, B. D., Liberman, R., et al. (1993). Systematic dosage reduction in treatment-resistant schizophrenic patients. *Psychopharmacological Bulletin, 29*: 315-320.

Van Tol, H. H. M., Bunzow, J. R., Guan, H. C., et al. (1991). Cloning of a human dopamine D4 receptor gene with high affinity for the antipsychotic clozapine. *Nature, 350*: 614-619.

Varvin, S. (1991). A retrospective follow-up investigation of a group of schizophrenic patients treated in a psychotherapeutic unit: the Kastanjebakken study. *Psychopathology, 24:* 335-344.

Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry, 129:* 125-137.

Vinni, K. (1987). The costs of schizophrenia to the society [in Finnish]. Skitsofrenian hoito, konsensuskokous, 26-28 October. *Suomen Akatemian julkaisuja, 6*.

Virtanen, H. (1991). *Family- and Environment-centred Geropsychiatric Treatment* [in Finnish, with English summary]. *Annales Universitatis Turkuensis*, Ser. C, Vol. 85 (Turku, Finland).

Volkan, V. D. (1981). Transference and countertransference: an examination from the point of view of internalized object relations. In: S. Tuthman, C. Kaye, & M. Zimmerman (Eds.), *Object and Self: A Developmental Approach* (pp. 429-451). New York: International Universities Press.

Volkan, V. D. (1987). *Six Steps in the Treatment of Borderline Personality Organization*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Volkan, V. D. (1990). The psychoanalytic psychotherapy of schizophrenia. In: L. B. Boyer & P. Giovacchini (Eds.), *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient* (pp. 245-270). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Volkan, V. D. (1994). Identification with the therapist's functions and ego-building in the treatment of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 164 (Suppl. 23): 77-82.

Volkan, V. D. (1995). The Infantile Psychotic Self and Its Fates. Understanding and Treating Schizophrenics and Other Difficult Patients. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Vuorio, K. A., Räkköläinen, V., Syvälahti, E., et al. (1993). Integrated treatment of acute psychosis [in Finnish]. *Suomen Lääkärilehti, 48*: 466-471, 582-588, 689-693.

Watt, D. C., Katz, K., & Shepherd, M. (1983). The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. *Psychological Medicine, 13*: 663-670.

Waxler, N. E. (1979). Is outcome of schizophrenia better in non-industrial societies? The case of Sri Lanka. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 167*: 144-158.

Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 44*:660-669.

Weinberger, D. R. (1995). From neuropathology to neurodevelopment. *Lancet, 346*: 552-557.

Weinberger, D. R., Berman, K. F., Suddath, R., & Torrey, E. F. (1992). Evidence of dysfunction of a prefrontal-limbic network in schizophrenia: a magnetic resonance imaging and regional cerebral blood flow study of discordant monozygotic twins. *American Journal of Psychiatry, 149*: 890-897.

Weinberger, D. R., Torrey, E. F., Neophytides, S. N., & Wyatt, R.J. (1979). Lateral cerebral ventricular enlargement in chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 36*: 735-739.

Weller, M. P. I. (1989). Mental illness-who cares? *Nature, 339*: 249-252.

Wender, P. H., Rosenthal, D., & Kety, S. S. (1968). A psychiatric assessment of the adoptive parents of schizophrenics. In: D. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The Transmission of Schizophrenia* (pp. 235-250). New York: Pergamon Press.

Wemer, H. (1948). *Comparative Psychology of Mental Development*. Chicago: Follett.

Whitehom, J. C., & Betz, B. (1960). Further studies of the doctor as the crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 117*: 215-222.

Wiesel, F.-A. (1994). Neuroleptic treatment of patients with schizophrenia. Mechanisms of action and clinical significance. *British Journal of Psychiatry, 164* (Suppl. 23): 65-70.

Will, O. A., Jr. (1961). Process, psychotherapy and schizophrenia. In: A. Burton (Ed.), *Psychotherapy of Psychoses* (pp. 10-42). New York: Basic Books.

Williams, J., Spurlock, G., McGuffin, P., et al. (1996). Association between schizophrenia and T 102C polymorphism of the 5-hydroxy-tryptamine type 2a receptor gene. *Lancet, 347*: 1294-1296.

Winefield, H. R., & Harvey, E. J. (1994). Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 20*: 557-566.

Wing, J. K. (1960). A pilot experiment of long hospitalized male schizophrenic patients. *British Journal of Preventive and Social Medicine, 14*: 173-180.

Wing, J. K., & Fryers, T. (1976). *Psychiatric Services in Camberwell and Salford*. London: MRC Social Psychiatry Unit.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis, 41*: 585-595. [Also in: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (pp. 37-55). London: Hogarth Press & The Institute of Psychoanalysis, 1965; reprinted London: Kamac Books, 1990.]

Wolkowitz, O. M., & Pickar, D. (1991). Benzodiazepines in the treatment of schizophrenia: a review and reappraisal. *American Journal of Psychiatry, 148*: 714-726.

Wong, D. F., Wagner, H. M., Tune, L. E., et al. (1986). Positron emission tomography reveals elevated D2 dopamine receptors in drug-naïve schizophrenics. *Science, 234*: 1558-1563.

World Health Organization (1979). *Schizophrenia-An International Follow-up Study*. Chichester: John Wiley.

Wynne, L. C. (1965). Some indications and contraindications for exploratory family therapy. In: l. Boszormenyi-Nagy & J. L. Framo (Eds.), *Intensive Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects* (pp. 289-322). New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row.

Wynne, L. C. (1978). Family relationships and communication. Concluding comments. In: L. C. Wynne, R. L. Cromwell, & S. Matthysse (Eds.), *The Nature of Schizophrenia. New Approaches to Research and Treatment* (pp. 534-542). New York: John Wiley & Sons.

Wynne, L. C., McDaniel, S., & Weber, T. (1986). Systems Consultation: *A New Perspective for Family Therapy*. New York: Guilford Press.

Wynne, L. C., Ryckoff, l. M., Day, J., & Hirsch, S. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry, 21*: 205-220.

Wynne, L. C., & Singer, M. T. (1963). Thought disorder and family relations in schizophrenia. I-II. *Archives of General Psychiatry, 9*: 191-206.

Wynne, L. C., Singer, M. T., Bartko, J. J., & Toohey, M. L. (1977). Schizophrenics and their families: research on parental communication. In: J. M. Tanner (Ed.), *Developments in Psychiatric Research* (pp. 254-286). London: Hodder & Stoughton.

Wynne, L. C., Singer, M. T., & Toohey, M. L. (1976). Communication of the adoptive parents of schizophrenics. In: J. Jorstad & E. Ugelstad (Eds.), *Schizophrenia, 75. Psychotherapy, Family Studies, Research* (pp. 413-451). Oslo: Universitetsforlaget.

Zubin, J., & Spring, B. J. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.

INDEX

Aaku, T., 145,191
Aalto, I., 214
Aaltonen, J., 123, 125, 128, 136, 146, 168, 249
AAR, 120, 121
Abraham, K., 57, 74, 76
Achté, K. A., 36, 140
actividades de los neurotransmisores, 44, 56, 104, 113, 251
actividades de rehabilitación, desarrollo de, 111, 239-240, 245-247
actos homicidas, 27
Adamsson, C., 29
adolescencia, 23, 58, 68, 79, 81, 88, 94, 96, 101, 104, 206
  desafíos evolutivos de la, 91
  importancia del período de la, 91-93
agresión:
  destructiva, 64-65
  incapacidad para neutralizar la, 63,105
agresividad, 16, 79, 97, 105, 220
Alanen, Y. O., 3, 4, 6, 7, 8, 22, 29, 32, 36, 37, 54, 55, 68, 69, 73, 75, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 98, 116, 123, 124, 136, 140, 141, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 155, 156, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 173, 174, 182, 191, 194, 210, 211, 236, 240, 241
albergue Soteria, California, 131-132
albergues, 183, 236, 238, 245, 247
Alemania, 34, 110, 162, 234
Allebeck, P., 29, 94
alucinaciones, 6, 7, 23-28, 30, 112, 149, 205, 225, 230
Alvir, J. M., J., 113
Alwyn, S., 70, 75, 84, 124
Alzheimer, enfermedad de, 46
ambiente intrafamiliar, importancia del, 83-87
ambientes familiares de la infancia, 65
Andersen, 125
Anderson, C. M., 126, 127, 199
André, G., 136
Andreasen, N. C., 27, 45, 47
ansiedad de aniquilación, 95
ansiedad de castración, 95
ansiedad de desintegración, 26
ansiedad de diferenciación, 95
ansiedad, concretización de la, 10
Anthony, E. J., 77
Anttinen, E. E., 130, 131, 134, 183, 190, 245, 246
Arieti, S., 25
Arlow, J., 44, 63
Armelius, B.-Å, 29, 123, 165, 166, 238
artistas, esquizofrénicos, 28
Ashworth, P. L., 70, 75, 124, 173
Asociación Americana de Psiquiatría, 29, 30, 159
Asociación Finlandesa de Salud Mental, 145
atención psiquiátrica domiciliaria, 134
Australia, 236

autismo, 81, 87, 149, 201
aislamiento, 80
como fenómeno secundario o relativo, 27
desarrollo del, 27
síntomas, 27
temprano infantil, 30, 72
tendencias simbióticas en, 180
autoestima, 11, 58, 65, 91-92, 95, 98, 102-103, 105, 129, 174, 176, 197
importancia del tratamiento en consulta externa para la, 176

Baldessarini, R., 113
Barnes, T. R. E., 27
Barr, C. L., 54, 144, 210
Bartko, J. J., 77
Basamania, B. W., 67
Bateson, G., 66, 67, 69
Benedetti, G., 6, 73, 110, 117, 169, 182, 200, 201
Beres, D., 76, 245
Berggren, B.-M., 45
Bergman, A., 61
Berman, K. F., 47, 103, 113, 114
Bertalanffy, L. von, 69
Bertelsen, A., 50
Betz, B., 39, 187
Biehl, H., 162, 166
Bigelow, L. B., 46
Bion, W. R. 60, 250
Birchwood, M., 123, 136
Birley, J. L. T., 70
Bland, H. C., 34
Blatt., S., 51
Bleuler, E., 10, 24, 28, 31
Bleuler, M., 34
Bloch, S., 234
Bone, M., 34
Bonett, D., 47
Borri, P., 122
Borus, J. F., 234
Boscolo, L., 70
Boszormenyi-Nagy, I., 70, 124
Bowen, M., 75, 124
Bowlby, J., 72
Boyer, L. B., 110, 117, 169, 182, 192, 200, 203, 204
Breier, A., 47
Bremner, J. D., 47
Brenner, C., 63
Brodey, W. M., 67
Brown, G. W., 70
Brzustowicz, L., 55
Buchanan, R. W., 47
Burnham, D. L., 27, 87

Caldwell, C. B., 27
Cameron, N., 25
Canadá, 32, 34, 55, 236
cannabis, 94
Cannon, T. D., 46, 55
características adultas, atención y apoyo a, 206
Carlsson, A., 44, 99, 113
Carlsson, M., 44, 99
Carpenter, W. T., 114, 115, 151, 153, 165
Cawley, R., 130
Cecchin, G., 70
Centro de Investigación de los Institutos Nacionales de Salud, 114
Centro de Salud Mental de Massachusetts, 119
centros de crisis, 134, 135
cerebro esquizofrénico promedio, 47
cerebro, alteraciones estructurales del, y predisposición a la esquizofrenia, 45-48, 86, 102
Chang, M. Y., 36
Checoslovaquia, 35
Christison, G. W., 46
ciclo sistémico, 86-87
Ciompi, L., 34, 37, 56, 99, 100, 105, 106, 107, 132, 193, 238
Claghorn, J. L., 129

Clasificación Diagnóstica DSM, 28-31
III-R, 30, 32, 35, 117, 136, 140, 149, 150, 153, 165
IV, 28-30, 88
Clasificación Diagnóstica Internacional (ICD 8), 140
Cleghorn, J. M., 46
Clifford, C. A., 46
Clínica Psiquiátrica de Turku, 22, 122, 123, 137, 138, 140, 174, 177, 184, 189, 190
clorpromacina, 109, 115, 118, 166
Cohen, B. M., 113
Cole, J. O., 112
Colombia, 35
complicaciones obstétricas, 46
comunicación intrafamiliar:
perturbada, 54
trastornos en, 104
comunidad de la sala, 130-131, 189-193
actividades de la, 183
como recreación del ambiente temprano de objeto-del-self, 190
estructura de, 141-142, 190
resistencia pasiva en, 192
comunidades de las salas de psicosis aguda, 193
comunidades de sala con orientación psicoterapéutica, *véase* comunidad de la sala
comunidades terapéuticas Sopimusvuori, 130-131, 133, 245-247
comunidades terapéuticas, 129-132, 167, 176-177, 240
desarrollo de, 141-143
tamaño de, 238
tratamiento en, 187
concretización, 10, 11, 25, 204, 211
conducta suicida, 6, 27, 117, 160, 208, 222
connotaciones positivas, 196
Conran, M. B., 131
Consejo Médico Estatal, Finlandia, 32, 157
contacto con la familia, su importancia en el tratamiento, 175
contratransferencia, 7, 72, 117, 169, 182, 191, 193, 200, 205, 207, 208, 220, 224, 230
control de los impulsos, 87
debilitamiento del, 27
Coon, H., 54
Cooper, J. E., 31
Cornelison, A. R., 16, 65
Cramer, G., 50
Croacia, 32
Crow, T. J., 47, 103
Cullberg, J., 103, 203, 251

Dalison, B., 34
datos epidemiológicos, internacionales, 32
Davis, A. E., 134
Davis, J. M., 112
Davis, O. R., 47
Day, J., 67
DC, *véase* desviaciones en la comunicación
De Sisto, M. J., 133
Dean, C., 135
defensas del yo, y relaciones interactivas, 78-80
Dein, E., 87
Delay, J., 68, 109
delirios, 23-28
de referencia, 10
efecto de los neurolépticos en, 112
físicos, 25, 149
proyectivos, 12
psicológicos, 149
psicóticos de los padres, 77
psicóticos, 12, 15, 30, 94, 210
DeLisi, L. E., 55
Deniker, P., 68, 109
Departamento de Salud Mental de Turku, 138, 140

dependencia simbiótica, 80-83
  mutua, 196
dependencia, inducida por la enfermedad, 169
Der, G., 32
derivados de la benzodiazepina, 114
desarrollo de la personalidad, etapas tempranas, 61-63
desempleo, 157
deshumanización, 235, 250, 252
desintegración paranoide, 231
desviaciones de la comunicación (DC), de los padres, 68-72
Dies, R. R., 129
dilema de dependencia y miedo, 27
Dinamarca, 35, 49, 87
Dingemans, P. M., 29
Dinitz, S., 134
diván, uso del, 200
Dixon, W. J., 118
Doane, J. A., 68, 70, 126
doble vínculo, 66, 67, 92, 96, 103
Domarus, E. von, 25
Donaldson, S. R., 113
Done, D. J., 47
dopamina, 99, 103, 113
  receptores de, 44, 99
  teoría de la hiperactividad de la, 99
drogas, y/o alcohol, abuso de, 29, 94, 156, 213, 218, 236, 249
Dunmeyer, S., 236
Dysinger, R. H., 67

Early, D. C., 133
Eaton, W. W., 31
EE, *véase* medida de la expresión de emociones
Eloranta, K. J., 134
Emde, R., 76
empatía, 11-12, 190
  en la relación terapéutica, 7, 15, 27, 182, 201, 204, 209
Endicott, J., 159
enfermera personal, 141, 175, 190-192, 207, 215, 217, 219, 227, 228, 229
enfermera terapeuta, 187, 229, 231
enfoque biomédico, preferencia por, 111-112
enfoque cognitivo-analítico, 123
enfoque cognitivo-conductual, 123
enfoque integral, necesidad de, 43-44
enfoque sistémico, 69-71
enfoques psicoanalítico y de dinámica familiar, integración de, 72-87
Engström, A., 29
entorno social, influencia del, 35
equipo de crisis, 138: *véase* también equipo de psicosis aguda
equipos de manejo de casos, 199, 240-241
equipos de psicosis aguda, 174, 187, 239
  importancia y funciones de los, 240-242
Ernst, K., 28, 68
Escandinavia, 130
escisión, 5, 59, 60, 61, 62, 79, 219
Escocia, 88, 162
Escuela Británica de las Relaciones de Objeto, 59, 110
Escuela de Washington, 58, 110
Eskola, J., 135
esquizofrenia borderline, 29, 31, 149, 180
esquizofrenia catatónica, 28, 78, 149
esquizofrenia indiferenciada, 29
esquizofrenia paranoide, 28, 30, 57, 84, 153, 156, 171, 186
  tratado clásico sobre, 84
esquizofrenia:
  catatónica, 28, 96
  categorización de la, diferencia entre América y Gran Bretaña, 31
  causas multifactoriales de, 102-107
  considerada como trastorno orgánico, 43

costes estimados de, 235-237
creencia en el origen orgánico de la, 111, 125, 136
desarrollo y curso de, 106
descenso en la incidencia de, 32, 249
desde la perspectiva de la salud pública, 31-33
dificultad para definir los límites de, 31-33
en los países industrializados y en vías de desarrollo, 32, 35
episodios, prevención de, 135-136
factores ambientales, rol de, 50, 51, 54, 57, 85
factores hereditarios, 45, 48-56
factores precipitantes:
  físicos, 93-94
  psicológicos, 94-98
frustraciones tempranas, y desarrollo de, 74-76
incidencia y prevalencia de, 31-33
individual, psicológica e interactiva, 38-40
individuo propenso, desarrollo del, 89
infantil, 30
influencia de los factores políticos en el tratamiento de, 234
inicio agudo, 36
inicio más temprano de, 28
inicio y curso de, 9, 25, 28, 46, 70, 89, 96, 107, 149-150, 160-162, 182, 218, 252
intervención inicial precoz, efectividad de, 152-153
límites de edad de riesgo para desarrollar, 29
modelo biomédico de la, 39
modelo integrado de, 38, 40-41
modelo social y ecológico de, 39-40
modelos de enfermedad de, 37-41
morbilidad, 32-33, 37
paranoide, 28
patogénesis y naturaleza de, 43-107
posibilidad de prevención de, 248-249
predisposición a, 72-87
  factores biológicos, 45-56
  factores psicosociales, 56-71
pronóstico a largo plazo de, 34-37
relación de con las perturbaciones en, 44
rol de los neurotransmisores en, 45
síntomas de, 23-28
subgrupos de, 28-30
tratamiento integrado de, 167-168
y ambivalencia, de la madre, 82-83
y empleo, 36, 133, 163, 167
esquizofrénicos:
  borderline, 8
  casados, 128
  mejores resultados en, 186-187
estado psicótico regresivo, recuperación de, a través del tratamiento, centrado en la familia, 152
estados catatónicos, 89, 99
Estados Unidos, 9, 12, 14, 35, 58, 109, 110, 112, 114, 118, 120, 126, 134, 199, 236, 248
Esterson, A., 68
estilo afectivo (EA), 70
estructuras interpersonales, protectoras, 96
estudio de casos, 1-2, 24-25, 79, 89-91, 92-93, 94, 96, 97-98, 175-176, 204, 205-206
  Catherine, 115, 214-224, 231
  Eric, 7-14, 25, 203
  John, 225-232
  Marjorie, 212-214
  Paula, 14-22, 124, 195, 204
  Sarah, 3-7, 71
Estudio Piloto Internacional, 33
estudios de genética molecular, 54
estudios psicoanalíticos, 57-65
etiquetamiento, 36, 40, 132, 146, 176, 231
eugenesia, 234
evaluación inicial, importancia terapéutica de la, 172-176

Ewalt, J., 119
exploratoria, psicoterapia orientada al insight (EOI), 120, 121
extinción afectiva, 27

Falloon, I., 127, 135, 136, 236, 249
familias "caóticas" y "rígidas", 69, 84
familias de un solo padre, 195
familias sesgadas, 195
familias, escindidas, 67, 195
fantasías, psicóticas, 11
Farde, L., 45, 99, 113
Faunce, E. E., 70
Federn, P., 58, 63, 109, 124
Fenichel, O., 5
Fenton, F. R., 134
fertilidad, 50
Finlandia, 1, 7, 8, 14, 32, 33, 36, 49, 69, 110, 116, 123, 128, 130, 133, 136, 137-233, 235, 237, 240, 242, 244, 247, 248-252
Fischer, M., 50
Fleck, S., xv-xvi, 65, 66, 104, 235
Fleming, J. A., 34
Flomenhaft, K., 126, 148
forma hebefrénica de la esquizofrenia, 27, 28, 78, 89, 149, 153
formación, en psicoterapia, 242-244
Forssen, A., 35
Framo, J. L., 70, 124
Freud, S., 57, 58, 59, 60, 61, 64, 74, 76, 80, 83, 84, 85, 95
Frith, C. D., 47
Fromm-Reichmann, F., 7, 58, 110
Fryers, T., 32
funciones de la personalidad, desintegración de las, 24
funciones del yo: desintegración de las, 28
regresión de, 24-25
Furlan, P. M., 122

Gales, 88
García-Ordás Álvarez, A., 129
Gath, D., 36
Gelder, M., 36
Gelenberg, A. J., 113
gemelos dicigóticos, 86
gemelos monocigóticos, 86
gemelos, estudios de, 48-52
género, 154
Gibson, R. W., 27
Gilbert, S., 191, 207, 252
Gladstone, A. I., 27
Glass, L. L., 121
Goffman, E., 40
Goldberg, D., 236
Goldstein, J. M., 37, 155
Goldstein, K., 25
Goldstein, M. J ., 70, 126
González de Chávez Menéndez, M., xvii-xix, 129
Gottesman, I., I., 27, 49, 50
Gran Bretaña, 34, 35, 110, 126, 133, 236
gratificación de los impulsos, 105
gratificación del instinto oral, 74
Green, A., 68
Greenspan, S. I., 85
Grigsby, J., 104
Grinspoon, L., 119
gripe, materna, 47, 56, 248
Gross, G., 34
Grotstein, J. S., 61
Grupo Escocés de Investigación sobre Esquizofrenia, 162, 166
Grupo para el Avance de la Psiquiatría, 248
Gunderson, J. G., 120, 122, 187
Guntern, G., 128
Gupta., S., 32

Haakenasen, K., 121
Habermas, J., 39, 250
Häfner, H., 37

Hakkarainen, A., 111
Haley, J., 66
Halldin, C., 113
Hanlon, T. E., 115
Harding, C. M., 35, 103, 133
Harl, J. M., 109
Harlow, H. F., 44
Harlow, M. K., 44
Harris, A., 34
Hartmann, H., 63, 76, 77, 85, 105
Harvey, E. J., 124
Haug, J. O., 45
Haugsgjerd, S., 234
Hauser, P., 46, 102
Hegarty, J. D., 35
Heikkilä, J., 113, 225
Heinrichs, D. W., 115
Heston, L. L., 76
Hietala, J., 99
Hill, C.F., 28
Hindmarsh, T., 45
hipótesis de vulnerabilidad al estrés, 136
Hirsch, S., 67, 68, 70
historia familiar,
  psicodinámica de la, 208
Hjort, H., 29, 94
Hogarty, G. E., 126, 127, 212
Hölderlin, F., 28
holding, 201
Holma, 125
Holstein, C., 47
homeostasis, familiar, 20, 21, 69, 181, 196, 198
Hospital Burghölzli, 118
Hospital Camarillo, California, 118
Hospital Central de la Universidad de Turku, 140
Hospital Chestnut Lodge, 118
Hospital del Estado de Boston, 119
Hospital Enoch y Sheppard Pratt, Maryland, 130
Hospital Gaustad, Oslo, 121
Hospital MacLean, Massachusetts, 120, 187
Hospital Mental Kupittaa, 115, 138, 140, 143, 148, 214, 215
  Proyecto del, 115-116
Hospital Säter, Suecia, 117
Hospital Shenley, 131
hospitales de día y noche, 134
hospitales de día, 135, 176, 177, 216, 238
hospitalización:
  duración de, 177
  evitación de, 126
  indicaciones de, 176-177
Hoult, J., 111, 134
Hovatta, I., 54
Hsia, C. Y., 36
Huber, G., 34, 45
Huttunen, M. O., 47

Idänpään-Heikkilä, J., 113
identificación adhesiva, 61
identificación proyectiva, 15, 59, 60, 61, 73, 79, 82, 105, 202, 213, 220, 222
Illowsky, B., 46
impulsos eróticos, y curso de la psicosis, 100
India, 32, 35
individuación, 79, 80, 86, 91, 104, 105, 106, 178, 179, 181, 198, 208, 209, 213, 227, 231, 248
  véase también separación
instinto de muerte, 60
institucionalización,
  consecuencias de la, 28
  evitar el riesgo de la, 177
Instituto Max Planck, Munich, 129
Institutos Nacionales de Salud Mental (NIMH), 15, 67, 112
intereses creativos, beneficios de, 207
"internalización transmutadora", 201

"interpretación hacia arriba", 11, 203, 204
interpretaciones paradójicas, 196
interpretaciones, momento oportuno para hacer, 203-205
intervención en crisis, 126, 134, 147, 151, 171, 173, 174, 179, 185
intervenciones orientadas a la familia, 165
  importancia de, 166-167
introyección, 204
investigación biopsiquiátrica, 85, 86
investigación psicoanalítica y psicología del yo, 76
investigación sobre la dinámica familiar, 22, 55-56, 72-73, 79, 105, 213
irracionalidad, transmisión de la, 65
Isohanni, M., 189
Italia, 110, 122, 135

Jablensky, A., 33, 35
Jackson, D. D., 20, 66, 69, 124
Jackson, M., 130, 206
Jacob, T., 70
Jacoby, C. G., 45
Järvi, R., 123
Jefferies, J. J., 127
Jenkins, J. H., 70
Johansson, A., 8, 117, 124
Johnstone, E. C., 45, 47
Jones, M., 129, 130, 141, 189
Jones, P., 88
Josephson, E., 28
Joukamaa, M., 32
Juliano, D. M., 46
Jung, C. G., 109

Kaila, M., 3
Kaljonen, A., 37
Kallmann, F. J., 48
Kanas, N., 129
Karno, M., 70
Karon, B. P., 119, 120
Kasanin, J., 29, 65
Katz, K., 162
Kaufmann, L., 124
Kavanagh, D. J., 70
Keinänen, E., 76
Keith, S. J., 35, 129
Kelman, S., 236
Kendler, K. S., 49, 150
Keränen, J., 128
Kernberg, O. F., 61, 78, 116
Kety, S. S., 51
Kilgalen, R. K., 130
Killingmo, B., 250
Kinnunen, P., 22, 85, 98, 194
Klein, M., 59, 61, 79, 110, 202, 204
Kleinman, A. M., 36
Knight, E., 65
Kohut, H., 64, 65, 73, 81, 83, 95, 105, 190, 201, 202, 250
Kopeikin, H. S., 127
Kringlen, E., 30, 49, 50, 86
Kris, E., 76
Krumm, B., 162
Kuipers, L., 124
Kuusi, K., 36

Laakso, J., 37, 123
Laing, R. D., 68, 131
Lambo, T. A., 33
Langfeldt, G., 29, 140
Langsley, D. G., 126, 148, 236
Lapinlahti, 2, 7, 15
Larmo, A., 79, 101
Larsen, T. K., 136
Lazell, E., 128
Leff, J., 68, 70, 126, 127, 199, 211
Lehtinen, K., 29, 123, 141, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 156, 170, 186, 197, 198, 199, 241
Lehtinen, P., 96
Lehtinen, V., 32, 111, 116, 227

Lenior, M. E., 29
Lentz, R. J., 130
Levander, S., 203
Levene, J. E., 127
Levinson, D. F., 54
Lewis, S., 46
Lidz, R. W., 65, 66, 208, 235
Lidz, T., 14, 16, 40, 44, 51, 65, 66, 69, 75, 76, 77, 80, 84, 92, 208
Lieberman, J. A., 113, 114
Lieberman, L., 103
límites psicológicos, 24
Lin, K.-M., 36
Lindberg, D., 129
Linker, I., 34
Linqvist, M., 99, 113
Linszen, D. H., 94
Linz, M., 34
List, S. J., 46
Loewenstein, R. M., 76
London, N. J., 63
Lönnqvist, J., 36

MacFarlane, J., 72
Machon, R., 47
Machotka, P., 126
Macmillan, F., 136
"madre esquizofrenógena", 84
Mahler, M., S., 61, 64, 80, 81, 85, 100
Main, T. F., 129, 130
Malkiewicz-Borkowska, M., 128
Malm, U., 129
Malmivaara, K., 76
Malson, L., 44
Mannerheim, M., 96
Marder, R. S., 113
Marmot, M., 88
Marsh, L. C., 128
Martindale, B., 136
Martinot, J.-L., 99
Matte-Blanco, I., 250
May, P. R. A., 118, 120
Mayou, R., 36
McCalley-Whitters, M., 45
McGhie, A., 68
McGlashan, T. H., 114, 118
McGorry, P. D., 88
McNeil, T. F., 47
mecanismos de defensa:
  parentales, 78-79
  transaccionales, 78
medicación:
  necesidad de, 114-116
  postergación de la introducción de, 176
  véase también neurolépticos
medida de la expresión de emociones (EE), 70-71, 127, 211
Mednick, S., 46, 47, 87
Menn, A. Z., 131
Meyer, A., 58, 110
Miklowitz, D. J., 70
Miles, C., 27
Miller, L. S., 236
Mishler, E. G., 71
Moises, H. W., 54
Mortensen, P. B., 33
Mosher, L. R., 35, 129, 131
muerte, psicológica, 26, 95
Muijen, M., 135
Müller, C., 34, 110, 118
Munk-Jorgensen, P., 33
Murphy, H. B., 32, 36
Murray, R. M., 46, 55, 88, 130
Myers, J. K., 31

Namyslowska, I., 128
narcisismo primario, 26, 95
Nasrallah, H. A., 45, 46
necesidades simbióticas:
  gratificación de, 190
  persistencia de, 174
Neophytides, S. N., 45
Neumann, B., 117

neurolépticos, 34-36, 127, 153-154, 162-167, 175-176, 251
  acción de los, 99
  actitud de los psiquiatras hacia los, 114
  disminución en la necesidad de, 129, 186
  efecto predominante de, 27
  en el tratamiento adaptado a las necesidades del paciente, 210-212
  mecanismo efectivo de, 113
  popularidad de, 109
  tratamiento psicofarmacológico, 112-116
  uso restringido de, 132
Newman, F., 127
Niederland, W. G., 84
Nigeria, 33, 35
NIMH, *véase* Institutos Nacionales de Salud Mental
niños adoptivos, estudios de, 51-54
Niskanen, P., 36
Norris, V., 34
Noruega, 33, 49, 110, 136, 158, 164, 191, 240
NSP (Pacientes Esquizofrénicos Nuevos),
  véase Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia
Nybäck, H., 45

Obers, S. J., 76
objetos-del-self, 64, 65, 74, 91, 95, 96, 105-107, 201, 207
  necesidad de, 80-83
  relaciones, tempranas, 88-91
    formación de, 86
O'Brien, C. B., 129
O'Callaghan, E., 56
Ogden, T. H., 79
Ojanen, M., 32, 131
Olsen, S. A., 27
Olson, D. H., 228
OMS, *véase* Organización Mundial de la Salud
Onstad, S., 49, 50, 86
"optimismo justificado", 190
Organización Mundial de la Salud, 33, 35, 133, 246
organización que proporciona el tratamiento, necesidad de desarrollar la, 237-247
organización-afinidad, 86
  conducente a la aversión al contacto, 85
Orma, E., 191
Orn, H., 34

pacientes esquizofrénicos con un primer episodio, 136, 162-163, 167
padre, personalidad del, 84
padres:
  autistas, hijos de, 78
  falta de empatía, de, 82
  paranoides, 195
Palo Alto, California, 66
pánico, 100
  ansiedad tipo, 47, 105
  homosexual, 98, 228
"pánico orgánico", 100
Pao, P.-N., 61, 63, 100
Parker, J. H., 34
Parland, O., 250
Parloff, M. B., 129
Parnas, J., 46
Pasamanick, B., 134
pasividad, 27, 85, 92, 112
Paul, G. L., 130
pérdida, experiencias de, 96
Perris, C., 123
personalidad de los padres, importancia de la, 76-78
personalidad del terapeuta, su importancia en la psicoterapia, 8
personalidad prepsicótica:
  desarrollo de la, 87-93
  descripción de la, 87-88

perturbaciones intrafamiliares, cronicidad de las, 73
Picasso, P., 2
Pickar, D., 114
Pietruszewski, K., 128
Piirtola, O., 36
Pine, F., 61
Pines, M., 81
Pittman, F. S., 126, 148
planificación del tratamiento posterior, 178
Pollin, W., 49, 76, 121
Portin, P., 54, 55
posición esquizo-paranoide, 21, 60, 61
Prata, G., 70
predictores sociodemográficos, 88
Preston, M., 123
primeros ingresos, 34, 115, 118, 128, 172, 174, 176, 211, 214
  mejores resultados en, 186
problemas pre-edípicos, trastornos derivados de, 80
proceso primario, 24-25, 28, 182
progesterona, 37
Programa de Vida Diaria (Londres), 135
progresos en psiquiatría comunitaria, 132-136
pronóstico,
  buen pronóstico, 31, 56, 96, 102, 103, 118, 127, 142-145, 151, 160, 186, 197, 222, 231, 247, 251
    explicaciones para el, 152
    factores predictivos de, 36
    de las psicosis esquizoafectivas, 29
  factores ambientales, efecto de, 36
  y capacidad de recibir tratamiento, factores que afectan, 153-156
  y de género, 37, 155
  y etiquetamiento, 40
  y factores psicosociales, 36
proyección, 204
Proyecto de Lapland Occidental, 128,136, 249
Proyecto de Psicoterapia Multicéntrico Escandinavo, 29
Proyecto de Vermont, 35, 133-134
Proyecto del Condado de Dane, Wisconsin, 134-135
Proyecto del Norte de Savo, 240
Proyecto Mini-Finlandia, 32
Proyecto Nacional de Esquizofrenia, Finlandia, 235
Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia, 36, 156-164, 174, 176, 185, 186, 210, 240, 248
  comparación de hallazgos pronósticos, 162-164
  estudios de seguimiento, 160-164
  grupo de pacientes, 159
  objetivos de, 157
Proyecto NIPS, *véase* Proyecto Psiquiátrico NIPS de la Comunidad Inter-Escandinava
Proyecto Psiquiátrico NIPS de la Comunidad Inter-Escandinava, 116, 137, 153, 162, 164-167, 186, 187, 191, 207, 211, 241
  objetivos del, 164
  orientaciones terapéuticas en, 164-165
  resultados del seguimiento, 164-167
Proyecto Turku de Esquizofrenia, 137-156
  clínica de admisión, 147
  comunidad psicoterapéutica en, 141-143
  desarrollo de la terapia familiar, 145-148
  desarrollo de la terapia individual, 143-145
  grupos de pacientes en, 140-141
  y pronóstico y capacidad de beneficiarse del tratamiento, 153-156
  objetivos de, 137-139
  resultados, 148-153

reuniones terapéuticas, beneficios de, 146
pseudohostilidad, 67
pseudomutualidad, 67, 84
psicoanálisis personal, del terapeuta, importancia del, 8
psicofarmacológico, tratamiento, 112-116, 210-212
psicología del self, 64-65, 73, 105
psicopatología, intergeneracional, 209
psicosis esquizoafectivas, 29
psicosis esquizofreniforme puerperal, 94
psicosis esquizofreniforme, 29,.....
psicosis paranoides, de uno de los padres, 78
psicosis post-operatorias, 94
psicosis reactivas, 30
de uno de los padres, 78
psicosis transferencial, 6-7
psicosis:
asociada al consumo de drogas, 94
factores precipitantes, 93-98
general, 30
inicio de, 60, 89, 93, 94, 95, 98-102, 107
marginal o atípica, 30
parental, 101
psicodinámica de, 57-58
terapias, a largo plazo, 205
psicoterapia:
de los trastornos psicóticos, combinaciones de enfoques en, 7
duración de la, 8
formación en, 242-244
pruebas controladas, limitaciones de, 120, 121
Véase también terapia
psicoterapia de apoyo y adaptación a la realidad (AAR), 120
psicoterapia de orientación psicoanalítica (psicodinámica), 109-111, 252
de familia, 194-195
objetivo de, 200-201
Terapia individual, 143
pubertad, 89, 91-92, 104
e incremento pulsional, 94
Pylkkänen, K., 32, 135, 235

Quartesan, R., 122

Rakfeldt, J., 103
Räkköläinen, V., 32, 36, 61, 77-79, 95, 96, 115, 116, 123, 146, 157, 168, 173, 211, 214
Raman, A. C., 36
Rang, B., 44
Rapaport, M., 115
Rasimus, R., 37, 123, 145, 146
Rechardt, E., 11
Reddaway, P., 234
redes sistémicas de relaciones interpersonales, 83
regresión, actitud óptima de la comunidad de la sala hacia la, 192-193
rehabilitación, 40, 122, 176, 235, 237, 241
ahorro de costes a través de, 236
equipo de, 239
programas de, 32, 35, 130, 137
psicosocial, 167, 182
Reiss, D., 70, 126
Rekola, J. K., 68
relación de "objeto parcial", 59, 202
relación madre-hijo, 73, 75, 76, 84, 91
relación simbiótica, 91
relación terapéutica de familia, empática, 80
relación terapéutica, garantizar la continuidad de, 177
relaciones conyugales escindidas, 66, 195
relaciones conyugales sesgadas, 66, 84
relaciones de objeto, 57, 59, 72, 91
a largo plazo, 76
estudio de, 80

evolución de las, 72
influencia sobre las, 78
internalizadas, 101
relaciones interactivas, 39
como principal factor predisponente, 105
con el terapeuta, 201
en la reunión terapéutica, 173
importancia de, 43-44
tempranas, 56, 61-63, 71, 72, 75, 78, 82, 86
y participación de las defensas yoicas, 79-80
relaciones intrafamiliares, 21, 22, 74, 101, 187, 248
y patogénesis de la esquizofrenia, 5-6
relaciones padre-hijo, y desarrollo de la personalidad, 72-73
Retzer, A., 125
reuniones terapéuticas, 168, 172-176, 185, 186
evitación de la hospitalización a través de, 174
funciones de, 173-174
primeras, 179
Reveley, A. M., 46, 55
Reveley, M. A., 46, 55, 86
Rice, D. P., 236
Rieder, R. O., 46, 102
Riskin, J. R., 70
risperidona, 114
Robbins, M., 63, 64, 76, 85, 86, 110, 117, 124, 159
Roberts, G. W., 47
Robins, E., 159
Robins, J. N., 32
Rodgers, B., 88
Rosenbaum, B., 29, 164
Rosenfeld, H., 169
Rosenthal, D., 51, 93
Rothstein, A., 202
Rücker-Embden, I., 69
Rund, B. R., 68
Russell, C. S., 228
Ryckoff, I. M., 67
Rydberg, U., 29

Saarelma, M., 76
Sage, P., 65
Salokangas, R., 32, 36, 37, 96, 140, 142, 155, 157, 159, 160, 162
Salonen, S., 63, 130, 190, 191
Sandin, B., 117, 121, 203
Schader, R., 119
Schneider, J. L., 104
Schreber, D. P., 57, 84
Schubart, C., 162
Schulsinger, F., 47, 87
Schulz, C. G., 130, 191
Schüttler, R., 34
Schwarz, F., 129
Schwarz, M., 130
Schwarz, R., 162
Scott, R. D., 70, 75, 84, 124, 173
Searles, H. F., 6, 11, 15, 58, 59, 64, 76, 91, 169, 200
Sechehaye, M.-A., 74, 75, 110, 117
Sedvall, G., 45, 56, 113
Seeman, P., 99, 113
Segal, H., 59
Seikkula, J., 125, 128
Selvini Palazzoli, M., 70, 125, 126, 196
separación, 78, 83, 89, 95, 96, 97, 105, 178, 196, 208, 209, 223, 224, 231
-individuación, 79, 80, 86, 104, 178, 181, 198, 231
separaciones, en terapia, 207
Sesemann, V., 250
Shakow, D., 24
Sham, P. C., 47
Shaw, S. H., 54
Shepherd, M., 32
Siirala, M., 173
Simon, W., 36
Singer, M. T., 51, 68, 70, 77, 104

situación edípica, 61, 92, 93, 95, 221, 223
situaciones de crisis, y contacto con el terapeuta, 207-209, 243-244
Sjöström, R., 29, 117, 121, 164, 203
Skre, I., 50, 86
Sledge, W. H., 111, 135
Smeeton, N., 32
Snyder, S. H., 99, 113
"Soteria Berna", 132, 193, 238
Speijer, N., 133
Spitzer, R. L., 150
Sprenkle, D. H., 228
Spring, B. J., 93
Sri Lanka, 36
Stabenau, J. R., 76
Stanton, A., 120, 130
Stein, L. I., 111, 134
Steinglass, P., 126
Stengård, E., 157
Stenij, P., 134
Stern, D. N., 72, 74, 81, 104
Stewart, J., 13
Stewen, A., 68
Stierlin, H., 69, 75, 79, 80, 124, 125, 129, 178, 194
Strauss, J. S., 103, 114, 151, 153, 165
Strindberg, A., 28
Struening, E. L., 134
Suddath, R., 45, 46, 47, 55, 86
Suecia, 33, 110, 117, 136, 158, 164, 165, 212, 213, 238, 240
Sullivan, H., S., 58, 67, 91, 101, 102, 110, 130, 169
supervisión del terapeuta, 119, 138, 141-145, 170, 185, 187, 191, 200, 232, 239, 244
Swank, G. E., 126, 148
Syvälahti, E., 45, 46
Szasz, T., 40

Tähkä, V., 74, 81, 95
Takala, K., 68
Tarrier, N., 127
Teicher, M. H., 113
tendencia esquizoide-autista, 87
teoría de la deficiencia, 63
teoría de la libido, 74
teoría del conflicto, 63
teoría del objeto-del-self, 202
terapeuta:
  como "continente", 202
  como objeto interno idealizado, 202
  como objeto-del-self para el paciente, 200-203
  género del, 202
  importancia de la personalidad del, 202
terapia:
  de la familia de origen / de la familia de procreación, 179-182
  duración de, 22
  familiar, beneficios de, 146
  individual y familiar, combinada, 22
  respuesta favorable a, 8-14
  resultados, 117-123
  satisfactoria, 8-14, 209
  vuelta a las ideas reduccionistas sobre, 235
  véase también terapia familiar; tratamiento adaptado a las necesidades del paciente
terapia de pareja, 22, 145, 152, 180, 181, 194, 195, 199, 216
terapia estratégica-sistémica, 125, 127, 193-197, 199, 242, 244
terapia familiar psicoeducativa, 110, 111, 125, 199
terapia familiar sistémica, 69, 128, 145, 146
  y terapia individual psicodinámica, combinadas, 183-184
terapia familiar, 123-128, 193, 202
  combinada con terapia individual, 183-193
  conjunta, 14
  de enfoque sistémico, 69-70

de orientación psicodinámica, 124-125, 194
formación en, 145-148
incluyendo a los niños, 181
investigación pionera en, 66-70
pruebas, controladas, 126
psicoeducativa, 112, 125-128
resistencia a la etiqueta de, 179
y terapia individual, integrada, 14
véase también terapia familiar; tratamiento adaptado a las necesidades del paciente; terapia familiar sistémica; terapia
terapia grupal, 128-132
terapia individual, 22, 116-123, 198-210
cambio a, a medida que el tratamiento progresa, 170-172
desarrollo de, 143-145
frecuencia de, 209-210
importancia de, 7-14
indicaciones de, 181-182
psicodinámica de apoyo a largo plazo, 165
psicodinámica, 143-145, 243-244
relaciones diádicas en, 72
y terapia grupal, combinada, 129
véase también terapia familiar; tratamiento adaptado a las necesidades del paciente; terapia, y terapia grupal, combinada
terapias conjuntas de las familias de origen, 179-180
Terry, D., 16, 65
Tessier, L., 134
Test, M. A., 111, 134
Tienari, P., 49, 51, 52, 53, 84, 86, 248
Toohey, M. L., 51, 68, 77
Torgersen, S., 50, 86
Torrey, E. F., 45, 46, 47, 55, 71
transferencia erótica, 205, 230
transferencia, 6, 7, 57, 72, 74, 76, 81, 117, 178, 191-193, 200-208, 219, 220-224, 230
trastorno esquizofreniforme, 29-31, 115, 116, 149, 150, 216
trastorno esquizotípico de la personalidad, 31
trastorno paranoide de la personalidad , 51
trastorno por estrés post-traumático (TEPT), 47
trastorno psicótico breve, 29
trastornos cerebrales orgánicos, 23, 27, 43, 46, 102, 136, 149
trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia, 50-51, 70
trastornos de personalidad, de los padres, 65
trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes, discusión sobre, 30-31
trastornos narcisistas, 202
tratamiento adaptado a las necesidades del paciente, 115, 137-187, 189-232, 244, 252
actividades de rehabilitación en, 245-247
como proceso interactivo continuo, 170
concepto y principios del, 167-184
efecto humanizante del, 186
enfoque hermenéutico del, 168
equipos de psicosis aguda, 240
extractos de casos, 212-232
integración de enfoques en el, 170
interés terapéutico principal, 171
modalidades de tratamiento, consideración de las, 170
modelo del área de captación, 237-239
necesidades de desarrollo de, 237-247
recursos cualitativos, 239-240
reuniones terapéuticas en, 170, 172-173
seguimiento, necesidad de, 170
terapia familiar e individual, combinada, 183-184

y comunidades psicoterapéuticas, 189
y psicoterapia individual, 200-210
y terapia de la familia de origen, 179
y terapia familiar, 194-200
y terapia grupal, 182
y tratamiento psicofarmacológico, 210-212
tratamiento e investigación psiquiátrica, futuro de, 250-252
tratamiento por consulta externa, su importancia en la autoestima, 176
traumas narcisistas, 95
Tsuang, M. T., 34, 37, 155
Tuma, A. H., 118
Tuori, T., 111, 128, 157, 163, 164, 240
Tuovinen, M., 68
Tupin, J., 76
Tyson, M., 228

Ugelstad, E., 29, 94, 121, 164, 191, 207, 244, 252
Unión Soviética, 35, 234
Universidad de California en Los Angeles, 70
Universidad de Harvard, 119
Universidad de Turku, 22, 140, 243
Universidad de Yale, 14, 65
Universidad del Estado de Michigan, 119

Van Putten, T., 113
Van Tol, H. H. M., 113
VandenBos, G. R., 119, 120
Varvin, S., 122
Vaughn, C. E., 70
verificación de la realidad, pérdida de la, 23-24, 224
Vinni, K., 235, 236
Virtanen, H., 146, 262
Volkan, V. D., 61, 62, 73, 80, 101, 110, 182, 200, 201
vulnerabilidad a la esquizofrenia, factores psicodinámicos de, 73
Vuorio, K., 115, 211

Watt, D., 32
Waxler, N., 36, 71
Weakland, J. H., 66, 124
Wecksell, J. J., 28
Weinberger, D. R., 45, 46, 47
Weller, M. P. I., 234
Wender, P. H., 51
Werner, H., 2
Werner, M., 76
Wetzel, N., 69
Whitehorn, J. C., 39, 187
Wiesel, F.-A., 45, 112, 113
Will, O. A., Jr., 58, 117, 190
Williams, J., 54
Williams, J. B. W., 150
Williams, P., 130, 206
Winefield, H. R., 124
Wing, J. K., 32, 34, 70, 133
Winnicott, D. W., 201
Wirsching, M., 69
Wirt, R. D., 36
Wode-Helgodt, B., 56
Wolkowitz, O. M., 114
Wong, D. F., 99
Woolson, R. F., 34
Wyatt, R. J., 45
Wynne, L. C., 15, 51, 67, 68, 69, 70, 75, 77, 84, 104, 124, 179, 242

Zipurski, R. B., 46
Zubin, J., 93