

PSICOTERAPIA ANALITICA DE LA ESQUIZOFRENIA

Por EFRAIN A. GOMEZ *

R E S U M E N

En general, todas la psicoterapias usan alguna combinación de experiencia interpersonal afectiva, de comunicación cognitiva apropiada y de conducta destinada a educar al paciente más con el ejemplo que con las interpretaciones. La relativa pérdida de interés en la psicoterapia analítica individual con esquizofrénicos está siendo reemplazada con una nueva reevaluación de su importancia. Una manera de hacerlo se discute en la presente comunicación.

S U M M A R Y

In general, all psychotherapies use some combination of an interpersonal affective experience, an appropriate cognitive formula, and a behavior destined to educate the patient more by example than by correct interpretations. The relative loss of interest in individual psychoanalytic psychotherapy of schizophrenics is being replaced with a new reevaluation of its importance. One way in which it can be done is presented in this communication.

PALABRAS-CLAVE: *Psicoterapia, esquizofrenia, relación terapéutica.*

KEY WORDS: *Psychotherapy, schizophrenia, therapeutical relationship.*

* Baylor College of Medicine, Texas Medical Center, Houston, Texas 77030.

Psicoterapia analítica de la esquizofrenia

La esquizofrenia ha sido percibida de diversa manera: como enfermedad mental, como enfermedad cerebral, como reacción profética a la injusticia social y hasta como ejemplo de represión política. Mito o enfermedad, la esquizofrenia siempre ha estado en el centro de interés de la psiquiatría porque el mundo del esquizofrénico es una mezcla de profano y divino, de cielo e infierno, de genialidad y demencia. Lo cierto es que la esquizofrenia es el problema de salud más complicado y costoso del siglo veinte.

En esta comunicación definimos esquizofrenia de acuerdo a los criterios propuestos por FEIGNER, el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9).

Breves antecedentes históricos

MOREL fue el primero en describir el caso de un adolescente brillante que en el lapso de pocos meses terminó en la demencia. "Demence precoce" de los clínicos franceses, se transformó en "dementia praecox" y "parafrenia" para los germanos. En su famoso tratado KRAEPELIN describe en forma completa la sintomatología de esta enfermedad. En la sexta edición, por algunos considerada la más importante, KRAEPELIN separa la esquizofrenia de la psicosis maniaco-depresiva, añadiendo al diagnóstico un signo pronóstico importante, buen pronóstico en la psicosis maniaco-depresiva y reservado en la esquizofrenia. KRAEPELIN consideró que la demencia praecox era una sola enfermedad con diferentes estadios de evolución. También señaló la importancia de su estudio longitudinal.

BLEULER en su libro *Demencia Praecox o el grupo de las esquizofrenias* no solo acuña un nombre nuevo sino que afirma que la esquizofrenia no es una enfermedad sino varias enfermedades y que estas comparten un denominador común: la fragmentación, desarmonía e incongruencia de las funciones mentales. Estas diferentes enfermedades, a pesar de tener etiología y patogénesis diferentes, son tratadas como si pertenecieran a una sola categoría nosológica, por compartir el común denominador de la fragmentación. Lamentablemente la posición de BLEULER propició la proliferación de estudios de la enfermedad más en corte transversal que longitudinal. Además BLEULER al introducir el concepto de la "esquizofrenia latente" creó, tal vez sin quererlo, una serie de problemas nosológicos que todavía persisten sin resolverse.

Ambos, KRAEPELIN y BLEULER reconocieron el comienzo temprano y la tendencia a la cronicidad de la enfermedad y, en cierto sentido, BLEULER fue más pesimista que KRAEPELIN porque arguyó que los pacientes esquizofrénicos nunca recuperan el nivel de integración y diferenciación alcanzada por la personalidad premórbida. KRAEPELIN y BLEULER en menor grado, sin los avances tecnológicos contemporáneos (tomografía axial computarizada, imágenes cerebra-

les producidas por resonancia magnética, tomografías de la actividad fisiológica del cerebro, actividad cerebral eléctrica computarizada, etc.) creyeron que la esquizofrenia era un desorden orgánico. BLEULER, influido por FREUD, fue capaz de reconocer y formular las manifestaciones psicológicas de la enfermedad en términos psicodinámicos. Debe anotarse que la noción del psicótico como variante de la persona normal y todavía asequible a nuevas experiencias de la realidad circundante no estaba bien reconocida, como lo está hoy, al final del siglo pasado y a principios del presente. Entonces el curso de la esquizofrenia era considerado independiente de las influencias psicológicas y sociales del medio ambiente. Ahora reconocemos que el paciente esquizofrénico puede ser influido favorablemente por un medio ambiente apoyativo y benevolente

Las experiencias de la psiquiatría, en la segunda guerra mundial, inyectó una dosis de optimismo al tratamiento de los desórdenes mentales en general. Durante y después de la segunda guerra mundial analistas freudianos empezaron a emigrar preferentemente a Norte América y kleinianos a Sud América. En coincidencia el énfasis de la psicoterapia psicoanalítica con esquizofrénicos creció, especialmente en el sector privado. La introducción de la clorpromazina a principios de la década del cincuenta no solo cambió radicalmente la práctica de la psiquiatría sino también su sistema de creencias y valores. El tratamiento farmacológico hizo posible el tratamiento en masa de pacientes esquizofrénicos pertenecientes a los sectores menos favorecidos por un número relativamente limitado de profesionales y a un costo menor, comparado con la psicoterapia analítica individual de tiempo y costo indeterminado. En la era pre-fenotiazínica la psicoterapia psicoanalítica era considerada como la forma preferida de tratamiento. Después del descubrimiento del mencionado fármaco la psicoterapia analítica se convirtió en una modalidad de tratamiento inefectiva, costosa y hasta dañina. De esta manera se creó entre psicofarmacología y psicoterapia psicoanalítica una atmósfera de tensión innecesaria pero hasta cierto punto inevitable. Lamentablemente todo esto ayudó a crear un ambiente más propio de arena política que científica, haciendo difícil discutir de una manera racional y desapasionada las imputaciones y contra-imputaciones de ambos bandos.

Heterogeneidad de las esquizofrenias y las psicoterapias

De la misma manera que las esquizofrenias constituyen un grupo heterogéneo con un denominador común, lo mismo ocurre con las psicoterapias. La proliferación de psicoterapias obliga a que se preste menos atención a las diferencias teóricas y técnicas de cada una y más bien se considere lo que tienen en común. Jerome FRANK (1) ha propuesto un número de elementos comunes a todas ellas: una relación interpersonal afectiva y confidencial; una explicación cognitiva aceptable; un procesamiento de información nuevo y útil; un fortalecimiento de la esperanza; una promoción de experiencias destinadas a elevar el auto-estima; y una movilización de nuevas emociones.

El problema de diferencias individuales de cada terapeuta, hace más difícil la comparación de los resultados de una misma, o de dos o más tipos de psicoterapia. Es sabido que el estudio de cualquier tipo de psicoterapia enfrenta profundas dificultades metodológicas. SARGENT (2, 3) ha discutido con acierto muchos de estos problemas. Estos incluyen la naturaleza del proceso psicoterápico, la dificultad de identificar lo que se hace en psicoterapia, por quien, para quien, en qué contexto y con qué propósito. Lamentablemente no existen estudios de investigación que contesten todas estas preguntas. Entonces lo que decidimos hacer en esta comunicación es examinar la experiencia clínica que, aunque menos rigurosa, ilumina mejor.

El estudio de la experiencia clínica revela que el proceso psicoterápico implica influencia mutua e intercambio de un conjunto de expectativas, sentimientos y creencias entre paciente y terapeuta. El hecho que el paciente sea esquizofrénico no elimina la posibilidad de una interacción y por lo tanto una influencia interpersonal benéfica para el paciente.

Resulta fácil devaluar la experiencia clínica especialmente por aquellos que sólo creen en medir, pesar y contar. Sin embargo, a lo largo de la literatura psiquiátrica se ha demostrado que la experiencia clínica, cuando es seria y sistemática, tiene todo el poder de una demostración científica. Esta experiencia demuestra que muchos pacientes llamados esquizofrénicos son capaces de desarrollar una relación terapéutica y que esta relación puede causar en el paciente un mejor ajuste a la realidad. Esto no quiere decir que el paciente deje de ser esquizofrénico, pues aquellos aspectos de la personalidad influidos por la psicoterapia no coincide necesariamente con lo que es central al proceso esquizofrénico. La reducción de los síntomas psicóticos responden mejor a los psicofármacos. La psicoterapia no puede competir con los psicofármacos en la supresión de los síntomas positivos de la esquizofrenia, pero sí en lo que se refiere a los llamados síntomas negativos. Existen, como se sabe, consideraciones terapéuticas que no solo tienen que ver con la supresión de síntomas psicóticos, sino también con el desarrollo de habilidades personales, interpersonales, vocacionales y sociales. Por lo tanto la efectividad de la psicoterapia individual debe ser evaluada en este contexto y dentro de los límites y metas propuestos por ambos participantes. En su mayor parte estas metas tienen que ver con cambios intrapersonales e interpersonales que beneficien al paciente y le permitan una mejor adaptación a su medio ambiente.

Existe otro aspecto de la experiencia clínica que no puede ser ignorada y es el siguiente: muchos de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia se hacen mas visibles cuando el paciente se ve obligado a confrontar áreas conflictivas de la realidad presente, pero que tienen relación con problemas deficitarios o conflictivos del pasado. Estas áreas pueden ser reconocidas en el contexto de la transferencia, la que después debe ser utilizada con fines correctivos, con el objeto de reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas psicóticos. En este sentido la psicoterapia y la psicofarmacología no deben excluirse mutuamente sino com-

plementarse. La experiencia clínica también indica que los cambios en la funcionalidad del ego esquizofrénico se manifiestan en el mejoramiento de las relaciones interpersonales y la calidad afectiva de sus reacciones, aun en presencia de síntomas mayores que no siempre llegan a desaparecer.

Obviamente, la mejoría clínica de la esquizofrenia no es global sino selectiva y por lo tanto la eficacia de la psicoterapia debe juzgarse así. Por lo tanto, las indicaciones para el tratamiento de ciertos síntomas deben ser selectivos, por ejemplo farmacoterapia para el tratamiento de los llamados síntomas positivos y la psicoterapia para el tratamiento de los síntomas negativos.

Cualidades personales del terapeuta

Para estudiar este parámetro examinemos un grupo de terapeutas excepcionales y cuya dedicación al tratamiento intensivo de la esquizofrenia es universalmente reconocido: SECHEHAYE (4), SCHWING (5), FEDER (6), FROMM-REICHMAN (7, 8), SULLIVAN (9), HILL (10), WILL (11), SEARLES (12), ARIETI (13), ROSENFELD (14), SEGAL (15), ROSEN (16).

Brevemente, lo que es fascinante al revisar la producción de estos autores, es la diversidad de opiniones que uno encuentra en cuanto a teoría y técnica. Por ejemplo se recomienda diferentes técnicas para resolver el mismo problema clínico. La formulación teórica de un mismo cuadro clínico es desigual y a veces contradictoria. En estos volúmenes el lector diligente encuentra más confusión que instrucción en lo que se refiere a técnica y a teoría. Ahora bien, ¿cómo es que a pesar de todas estas diferencias en técnica y en teoría, todos los autores citados obtienen éxitos extraordinarios? Esto hace pensar que tal vez la característica más importante en el éxito o el fracaso del tratamiento no está en la técnica ni en la teoría sino en algo más. De la lectura de las contribuciones escritas de estos clínicos, lo que más impresiona, sobre todo si se presta atención a la interlínea, es el impacto que produce la personalidad y la inteligencia de cada uno de estos autores. La manera como presentan sus casos ayuda a crear un ambiente de creciente expectativa. En un ambiente así es fácil admirar y dejarse influir. Pero ¿por qué estos autores causan nuestra aceptación, admiración y respeto cuando ni siquiera los conocemos? Tal vez en el centro de esta reacción emocional se esconde el paradigma que ayude a explicar el éxito o el fracaso en el tratamiento de la esquizofrenia. Todos los autores a los que nos referimos tienen la capacidad de poder influir en forma dramática no solamente a sus pacientes sino también a sus lectores. Visto de esta manera, el papel de la persuasión en la psicoterapia no puede negarse. Pero este poder no solo se manifiesta en la psicoterapia sino también en la política, en la evangelización y hasta en la charlatanería. Entonces, ¿cómo diferenciarlo?

Por razones didácticas y para proseguir en forma sistemática hagamos la distinción arbitraria entre la personalidad del terapeuta y el proceso de la psicoterapia.

Del estudio de los escritos de estos clínicos dotados y de la observación de buenos terapeutas, emerge una variable de la personalidad del terapeuta muy importante; todos ellos parecen tener confianza y seguridad en sí mismos. Todos dan la impresión de estar en paz relativa consigo mismos, de tener un alto sentido de seguridad y autoestima. Obviamente estos rasgos de carácter llevados al extremo pueden convertirse en arrogancia, desatino o actitud dictatorial que puede ser destructiva. En general, las mismas cualidades de carácter consideradas deseables al proceso psicoterápico, llevadas al extremo, pueden convertirse en deficiencias.

Otra variable de gran importancia es la honestidad del terapeuta. El paciente esquizofrénico es muy sensitivo a la falsedad y la mala intención de las otras personas, por eso pone en tela de juicio la paciencia y la sinceridad del terapeuta. En el tratamiento de la esquizofrenia no hay sustituto para la integridad y la franqueza. Sin embargo si esta franqueza se exagera puede convertirse en insulto. Otro elemento que emerge, una y otra vez, es la ausencia de artificio y la intención de encontrar una verdad que no hiera u ofenda sino que ayude al paciente. También impresiona el candor de estos autores porque es un candor con matices de pureza, de inocencia infantil que se redescubre como un nuevo frescor en el tratamiento del paciente esquizofrénico. Pero todo esto solo puede realizarse, como demuestran los autores a los que nos referimos, en una relación humana cuidadosamente cultivada. El terapeuta tiene que pasar innumerables pruebas antes de conseguir la confianza del paciente. Pero una vez que el paciente se siente emocionalmente aceptado, su confianza en sí mismo y su esperanza en el futuro empieza a generar reservas de salud hasta entonces desconocidas.

Otro rasgo personal importante es la dedicación y el respeto que estos autores sienten por el paciente esquizofrénico. Pero, querer ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo, no es lo mismo que ayudar al paciente a volverse dependiente para el beneficio del terapeuta. El terapeuta es solo un catalizador, un agente de cambio necesario, pero no suficiente. Interés, cuidado y solicitud no significa fervor, fanatismo, o deseos de explotación emocional o económica.

Las técnicas psicoterapéuticas estandarizadas tienen poco efecto cuando se aplican al paciente esquizofrénico. El terapeuta tiene que ser flexible y capaz de cambiar de táctica y estrategia cada vez que las circunstancias lo requieran. El terapeuta comprometido a una escuela ideológica determinada debe tener cuidado de no distorsionar la realidad del paciente por el deseo de validar sus teorías.

Perseverancia, tolerancia, paciencia, objetividad y sentido de buen humor son otros rasgos característicos de quienes dedican toda una vida al tratamiento de pocos pacientes y sólo para conseguir resultados limitados. El tratamiento con neuróticos se caracteriza desde el comienzo por la presencia de una transferencia fácilmente definible y frecuentemente positiva. En el tratamiento del esquizofrénico el proceso transferencial es fragmentado, confuso y frecuentemente negativo.

Además del caos emocional y la incertidumbre que el enfermo engendra en el terapeuta, es necesario que éste sea capaz de orientarse guiado solo por sus instintos, por la voluntad de posponer seguridad y competencia, y por su buen humor. El proceso psicoterapéutico se caracteriza por periodos de incertidumbre, de dudas y de energías disipadas. Muchas veces ni la empatía ni la sensibilidad son suficientes para comprender totalmente el proceso psicoterapéutico con este tipo de paciente. El tratamiento es un proyecto con una misión imposible. Demanda tiempo, esfuerzo y dedicación en ausencia de certidumbre, entendimiento y recompensa. El terapeuta de esquizofrénicos tiene que sentirse relativamente cómodo en compartir la experiencia de la locura muchas veces sin entenderla. Por eso no es sorprendente que muy pocos se dediquen a este tipo de trabajo.

La incertidumbre y fragmentación del proceso psicoterapéutico en el tratamiento de la esquizofrenia a menudo causa reacciones negativas en el terapeuta, especialmente si éste desea obtener resultados espectaculares y no está acostumbrado a tolerar incertidumbre, fragmentación y privación emocional. Si bien es cierto que es difícil hacer psicoterapia con pacientes neuróticos cuyas comunicaciones se entienden, es mucho más difícil hacer psicoterapia sin entender enteramente la transferencia ni la comunicación desorganizada e idiosincrática del paciente esquizofrénico. Es más, el entendimiento cognitivo no es la llave del éxito en la comunicación con el enfermo. Lo importante es saber estar, en los momentos más difíciles con el paciente, para poder compartir con él, sin pánico ni rechazo, la experiencia extraña de la locura.

Así como la habilidad del terapeuta para tolerar incertidumbre es importante en la psicoterapia con el paciente esquizofrénico, es igualmente importante la capacidad honesta de cometer y tolerar errores. Todo esfuerzo por aclarar o interpretar contenido o proceso se caracteriza más por aproximaciones que por verdades absolutas. El paciente aprende más por la manera como reacciona el terapeuta ante sus propios errores. El paciente esquizofrénico presta menos atención a las interpretaciones teóricamente correctas. En general la mejor prueba para conocer el carácter de una persona es la manera como ésta reacciona ante la adversidad. El paciente no necesita de un ser perfecto que nunca se equivoque, sino un ser humano que lo acompañe en el viaje incierto por el infierno de la esquizofrenia, unas veces errando otras acertando, como VIRGILIO acompañó a DANTE en su descenso al infierno y el purgatorio, el bufón al Rey Lear en la tormenta de su psicosis y Sancho a Don Quijote en el largo viaje de su locura.

R E S U M E

En general toutes les psychotherapies utilisent une certaine combinaison d'expérience interpersonnelle affective, de communication cognitive et de conduite destinée à l'éducation du patient, en utilisant davantage les exemples que les interprétations. La relative perte d'intérêt à la psychotherapie analytique individuelle avec les schizophréniques est en train d'être remplacée par une nouvelle réévaluation de son importance: on discute une méthode de le faire.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei allen psychotherapeutischen Ansätzen wird eine Mischung von zwischenmenschlicher Beziehung, kognitiver Kommunikation und einem enzieherischen Verhaltens des Therapeuten. Ausserdem gewinnt die psychoanalytische Therapie von Schizophrenikern nochmals an Interesse. Im vorliegenden Arbeit wird darüber diskutiert.

BIBLIOGRAFIA

1. FRANK, J. (1971): "Therapeutic factors in psychotherapy", *Am. J. Psychother.*, 25: 350-361.—
2. SARGENT, H.D. (1966): "Methodological problems of follow-up in psychotherapy research", *Am. J. Orthopsychiatry*, 30: 495-506.—
3. SARGENT, H.D. (1961): "Intrapsychic change: methodological problems in psychotherapy research", *Psychiatry*, 24: 93-108.—
4. SECHEHAYE, M.A. (1958): *La realización simbólica, diario de una esquizofrénica*, Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, México.—
5. SCHWING, F. (1954): *A way to the soul of the mentally ill*, International Universities Press, New York.—
6. FEDERN, P. (1952): *Ego psychology and the psychoses*, Basic Books, New York.—
7. FROMM-REICHMAN, F. (1950): *Principles of intensive psychotherapy*, University of Chicago Press, Chicago.—
8. FROMM-REICHMAN, F. (1952): "Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics". In *Psychotherapy with Schizophrenics*. E. B. Brody & R.C. Redlich (Eds.), International Universities Press, New York.—
9. SULLIVAN, H.S. (1952): *Schizophrenia as a human process*, Norton, New York.—
10. HILL, L.B. (1955): *Psychotherapeutic intervention in Schizophrenia*, University of Chicago Press, Chicago.—
11. WILL, O. A. (1970): "Schizophrenia: Psychological treatment", In *Textbook of Psychiatry*, A.M. Freedman & H. Kaplan (Eds.), Baltimore, Williams and Wilkens, Baltimore.—
12. SEARLES, H. (1965): *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. International Universities Press, New York.—
13. ARIETI, S. (1974): *Interpretation of Schizophrenia*. Basic Books, New York.—
14. ROSENFIELD, H.A. (1965): *Psychotic states: A psychoanalytic approach*, International Universities Press, New York.—
15. SEGAL, H. (1950): "Some aspects of the analysis of a schizophrenic". *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 268-278.—
16. ROSEN, J.N. (1953): *Direct analysis: Selected Papers*. Grune & Stratton, New York.