

SOBRE LAS ESQUIZOFRENIAS

Juan José Albert Gutiérrez¹

RESUMEN Presento una breve reseña histórica sobre la clínica esquizofrénica, proponiendo la vuelta a los conceptos originales de KRAEPELIN y BLEULER, aunque manteniendo un enfoque multifactorial, si no de su etiología, si de su aparición como enfermedad y de su curso clínico. Un intento de definición, diagnóstico y diagnóstico diferencial con la psicosis no esquizofrénicas, y una orientación terapéutica. Todo ello basado fundamentalmente en la limitada experiencia clínica del autor.

PALABRAS CLAVE Esquizofrenia, definición. Psicosis. Referencia histórica. Diagnóstico y Diagnóstico diferencial. Tratamiento. Psicoterapia.

INTRODUCCIÓN

Escribir un artículo para una revista, y por ello más o menos breve, sobre “la esquizofrenia”, es una tarea que se me hace muy difícil, puesto que es el gran reto de la psiquiatría tanto en la actualidad como históricamente. “La esquizofrenia” ha sido y es el centro fundamental de la atención psiquiátrica, y junto con el delirio¹, la enfermedad maniaco-depresiva y las ideas delirantes crónicas y sistematizadas, sustenta a la psiquiatría como especialidad médica tanto desde el punto de vista clínico como científico y experimental, acaparando algunos miles de trabajos de investigación y las más variopintas controversias acerca de su etiología, clínica y fisiopatología, casi todas con suficientes argumentos científico-experimentales pero ninguna resolutive. Todo ello me lleva a dejar de lado las revisiones bibliográficas, abundantes en exceso y al alcance de cualquiera, salvo para hacer una inevitable reseña histórica, prefiriendo comunicar mi experiencia personal como psiquiatra y psicoterapeuta clínico

Breve resumen histórico

En 1896, KRAEPELIN acuña el término “dementia praecox” agrupando diversos cuadros clínicos que hasta entonces se habían considerado como enfermedades diferentes, con un final común de deterioro funcional, sobre todo de las áreas afectiva y volitiva, sentando así las bases para el concepto moderno de síntomas negativos primarios. Además de establecer su mala evolución, subdivide el síndrome en paranoide, hebefrénico y catatónico, y apunta la posibilidad de que su causa sea genética.

En 1896 FREUD expone la interpretación psicodinámica de un caso que en principio parecía ser una paranoia crónica, pero que más tarde reconoció como

una forma paranoide de demencia precoz, hablando por primera vez de la proyección como mecanismo de defensa. Y en 1911 publica el caso Schreber.

JUNG, en 1903, publica “La psicología de la demencia praecox”, haciendo varias aportaciones notables, entre ellas que “la base esencial de nuestra personalidad es la afectividad”, considerando el pensar y actuar como síntomas de la afectividad. Aunque no da una explicación completa a los mecanismos formales de la esquizofrenia, en 1908 anuncia que algún factor desconocido de predisposición puede producir una función psicológica no adaptable que puede convertirse en un trastorno mental manifiesto, introduciendo así el modernísimo concepto de factores congénitos atávicos, como factor etiológico, además del inconsciente colectivo y de la posibilidad psicósomática.

En 1906 A. MEYER insiste en la necesidad de hacer un estudio longitudinal del paciente y de los factores psicógenos. Sin embargo no pone el acento en el sig-

¹ DELIRIO: Síntoma que implica una enfermedad orgánica y afectación cerebral persistente o temporal, y que cursa invariablemente con alteración del nivel de conciencia. Ello significa que es una entidad clínica plurietiológica y completamente diferente a cualquier otra que curse con ideas delirantes por muy sistematizadas que estén. Emplear el término delirio como sinónimo de ideas delirantes paranoicas sistematizadas, cuya característica esencial es el que mantienen el nivel de conciencia, es desde el punto de vista de la psicopatología, una confusión de conceptos. El prototipo de cuadro delirante es el Delirium Tremens. No obstante, habitualmente la palabra delirio se utiliza para designar ideas delirantes, sobre todo cuando constituyen un sistema delirante bien sistematizado; para evitar confusiones, y siendo así que se hace, deberíamos referirnos a ellas con nombres y apellidos. P.e.: delirio crónico sistematizado; delirio paranoide agudo y/o breve; delirio psicógeno reactivo o bouffée delirante, etc...

nificado simbólico de los síntomas, sino en el realista, llevándole a desaconsejar el tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia.

BLEULER, a partir de 1911, pone el acento en el trastorno formal del pensamiento, trastornos de la asociación, como síntoma fundamental y primario. Fue el primer autor que desarrolló un modelo explicativo global de los síntomas esquizofrénicos, al distinguir entre síntomas primarios y secundarios, y fundamentales y accesorios. Además incluyó en el síndrome trastornos psicóticos con síntomas afectivos: trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia símplex.

La gran aportación de SULLIVAN a la psiquiatría es el concepto de “adultos significativos” en la vida de un individuo, dando más importancia a las relaciones interpersonales que a lo intrapsíquico, sobre todo en las relaciones de la infancia, incluyendo con ello a la psiquiatría entre las ciencias sociales. En 1929 concluye que las interpretaciones existentes sobre la esquizofrenia se prestan a equívocos, tanto las genéticas, como las orgánicas y psicoanalíticas, y que hay que estudiar al individuo en su personalidad total, apoyando el tratamiento psicoterapéutico para la esquizofrenia; sin embargo pensaba que los casos crónicos insidiosos de esquizofrenia debían ser de causa orgánica, abriendo por primera vez la necesidad de un diagnóstico diferencial con las psicosis no esquizofrénicas.

KURT SCHNEIDER, en 1942 define las reacciones vivenciales anormales como trastornos de la sensorización, denominándolos “síntomas de primer rango”, sin formular ninguna hipótesis etiopatogénica, pero dándoles valor diagnóstico (1958). Fueron los primeros síntomas empleados para crear una definición operativa de la esquizofrenia y se han incluido en todos los criterios diagnósticos modernos.

CARL SCHNEIDER describe, en 1942, la esquizofrenia como un síndrome cuyos complejos sintomáticos, que pueden presentarse tanto simultánea como independientemente, tienen diferente significado pronóstico, y pueden aparecer en otras enfermedades además de en la esquizofrenia. Puede considerarse como el iniciador del enfoque fenomenológico de la esquizofrenia, rechazando el autismo como síntoma principal en ella (1964).

En la década de los sesenta aparece el movimiento de la ANTIPISQUIATRÍA, cuyas tres principales corrientes de pensamiento son: E. GOFFMAN y T. SCHEFF, quienes proponen que el síndrome es yatrogénico, derivado del proceso de degradación personal y del institucionalismo que supone el ingreso en

un hospital psiquiátrico; THOMAS SZASZ, cuya posición pseudoócrata, y en el fondo bastante reaccionaria, le lleva a defender militantemente que el diagnóstico de esquizofrenia es una conspiración social y política contra modos de vivir no adaptados a la norma consensuada, y que los síntomas mentales son metafóricos, y por tanto la enfermedad mental es un mito y no una enfermedad, por lo que la psiquiatría no tiene razón de existir. Finalmente, R. D. LAING, en palabras de NELSON un “místico apolítico”, y a mi modo de ver el más lucido y trascendente, quien afirma que la psicosis se origina por la reproducción en el seno de la familia de la degradación de la sociedad civilizada, y que los psicóticos están atravesando un proceso crítico de transformación². Este movimiento, que me tocó vivir en su momento más álgido y productivo, supuso la apertura de la psiquiatría hacia otros puntos de vista no biologicistas ni psicologicistas, introduciendo la importancia de la sociogénesis y del proceso interior³.

Desde mi experiencia personal, las tres escuelas tienen parte de verdad: en un hospital psiquiátrico podíamos encontrar enfermos cuyos ingresos y estados respondían a alguno de los tres puntos de vista, incluso a los tres. Sin embargo la universalización de cualquiera de ellas como única etiología de las esquizofrenias, me parece un error. Más de acuerdo estoy con el punto de vista de LAING con respecto a la etiología de las psicosis no esquizofrénicas⁴. Lo que nos dejaron, de una manera incuestionable, fue la desinstitucionalización y apertura de los manicomios, iniciada a finales de los sesenta por BASAGLIA en el hospital italiano de Trieste y que sirvió de modelo a nuestro movimiento en el inicio de los setenta.

Al tiempo otros autores, entre ellos HUBER Y CHAMPAN, en 1966, consideran que los “síntomas básicos” son alteraciones cognitivas primarias en las áreas de la percepción, lenguaje, pensamiento, memoria, psicomotricidad y control de los procesos cognitivos automáticos. Estos pueden experimentarse

² *La importancia familiar, social y política en el enfermar psicoemocional es el eje del pensamiento de W. REICH.*

³ *Para el diagnóstico diferencial entre EAC esquizofrénicos, psicóticos y transpersonales, consúltense el libro de NELSON reseñado en la bibliografía.*

⁴ *MIREIA DARDER (Barcelona), presentó, en el II Congreso Nacional de Terapia Gestalt, (Madrid, Abril 2002), una comunicación con esta tesis desde el punto de vista del trabajo de constelaciones familiares con dos pacientes psicóticos según el método elaborado por BERT HELLINGER.*

mucho antes de que la enfermedad se establezca de una manera clara, siendo consecuencia de una alteración en los mecanismos de procesamiento de la información.

En 1980 CROW propone que los síntomas negativos (defectuales) y positivos (productivos) son dimensiones diferentes que definen dos tipos de esquizofrenia, con diferentes mecanismos patológicos cerebrales: neuroquímicos para los positivos (Esquizofrenia tipo I) y estructurales para los negativos (esquizofrenia tipo II). En 1985 modifica su teoría afirmando que ambos pueden coexistir en un mismo paciente, siendo solo semiindependientes, configurando así un grupo mixto mayoritario.

En 1995, PERALTA Y CUESTA entre otros, proponen un modelo tetrasindrómico compuesto por las dimensiones de psicosis, desorganización, negatividad y disfunción social. Y añaden: “No hay acuerdo para el número de dimensiones necesarias para una representación adecuada de la psicopatología esquizofrénica y las distintas visiones dependen en gran medida de la escala de evaluación empleada”. Y a modo de conclusión: “Aún no se ha logrado el doble objetivo de demostrar que la esquizofrenia es una entidad nosológica y la delimitación precisa de sus subtipos”⁵.

En esta resumida, pero larga y necesaria, reseña histórica dejo de lado las investigaciones neuroquímicas, inmunológicas, genéticas, etc, centrándome solamente en el aspecto clínico sintomático. Sin embargo, quiero hacer referencia a dos últimas aportaciones que a mí me han resultado nutritivas, además de dar consistencia a mi propio criterio a partir de mi experiencia clínica.

En 1994 J. E. NELSON⁶ señala que: “Los cambios cualitativos —el desequilibrio entre los distintos componentes de la mente y el cerebro— y la tendencia a entrar en una dinámica de incapacidad que no parece remitir jalonan el encuentro de una persona con cualquiera de los EAC (Estados Alterados de Conciencia) que suelen agruparse bajo el epígrafe de la esquizofrenia”. Y propone que la clave del EAC esquizofrénico es una “regresión al servicio del ego... que aleja al individuo de sus potencialidades más elevadas (la percepción, el pensamiento y el sentimiento) e inicia un proceso de repliegue a modalidades de funcionamiento más rudimentarias”, (diferenciando ésta de la “regresión al servicio de la transcendencia”). La regresión esquizofrénica al servicio del ego puede tener lugar a nivel ontogenético o a nivel filogenético: “En el caso de la esquizofrenia crónica, la regresión cons-

tituye un proceso clave que va acompañado de la emergencia de pensamientos y sentimientos más primitivos, así como también de la reactivación de las regiones más rudimentarias del cerebro, una regresión maligna que puede confundirse fácilmente con los estadios tempranos de la transcendencia”. Esta regresión supone una debilitación de las fronteras del yo, haciéndolo más permeable a las percepciones sensoriales sutiles tanto intrapsíquicas como provenientes del mundo exterior. Es por ello que “El esquizofrénico ve, oye e intuye más que los otros, pero esa sensibilización va lamentablemente acompañada de una pérdida de la capacidad para discernir entre lo esencial y lo secundario. Al carecer de modelos consensuales, es incapaz de dar sentido a su mayor agudeza sensorial”.

CROW⁷ en el 2000, partiendo de la paradoja central de la esquizofrenia, según fue planteada por HUXLEY en 1964: el que “una condición que parece ser de causa genética se mantenga en la población a pesar de ir asociada a una clara desventaja en la fecundidad”, puesto que los esquizofrénicos tienen muchas menos probabilidades de casarse y tener hijos; apoyándose en el hecho de que la esquizofrenia es una enfermedad universal y transcultural que acompaña a la humanidad desde sus comienzos, propone que los síntomas nucleares son un trastorno del lenguaje. Considerándolos en el “contexto de la capacidad del lenguaje que apareció en el momento de la especiación”, junto con “el cambio genético que no hizo más que dar un empujón a la velocidad de desarrollo de un hemisferio en relación al otro”, concluye: “Los síntomas nucleares de la esquizofrenia se pueden entender como un fracaso en establecer el normal y asimétrico procesamiento en la secuencia fonológica en el hemisferio dominante. Este fracaso se centra en la dificultad de aplicar la señalización que permite al hablante distinguir la palabra hablada y oír de sus propios pensamientos... La predicción que planteamos es que el cambio genético más reciente, y que es universal en todas las

⁵ Víctor Peralta y Manuel J. Cuesta: *Cap. II del texto Trastornos Esquipsicóticos*. Editado por Fundación Cerebro y Mente, 2000. De cuyo capítulo he tomado también algunos datos históricos.

⁶ J. E. NELSON: “Más allá de la dualidad. Integrando el espíritu en nuestra comprensión de la enfermedad mental”. *La liebre de Marzo*. 2000

⁷ CROW: “La esquizofrenia como el precio que paga el Homo sapiens por el lenguaje: una solución a la paradoja central en el origen de la especie”. *Capítulo 6 de Evolución cerebral y psicopatología*. Julio Sanjuán. (editor). Editorial Triacastela 2000. Colección Psicopatología nº 3.

poblaciones humanas (la adquisición del lenguaje), puede ser la llave para entender problemas interrelacionados como el origen del lenguaje, la aparición del *Homo sapiens* y la predisposición a la psicosis”.

A modo de definición y diagnóstico

A la vista la evolución histórica del pensamiento psiquiátrico acerca de la etiopatogénesis, psicopatología y curso clínico de la esquizofrenia, puede decirse que casi cualquier definición, medianamente ponderada, tiene cabida y ya ha sido formulada; que todas cuentan con los suficientes argumentos teóricos y experimentales como para ser tenidas en cuenta, pero también que a ninguna de ellas se le puede dar la consideración de suficiente y única.

Desde lo que yo he observado en mi quehacer como psiquiatra y psicoterapeuta, tanto en la práctica hospitalaria como ambulatoria, pública y privada, me parece cierto que los diversos estados psicóticos que se agrupan bajo el epígrafe de esquizofrenia, participan de síntomas solamente similares, no idénticos. También que hay varias modalidades de esquizofrenia que tienen características universales sin ser tampoco idénticas.

Es por ello que, desde ésta práctica clínica, a mí me ha resultado clarificador y facilitador basar el diagnóstico de las esquizofrenias en las características psicopatológicas nucleares comunes de algunos de estos cuadros psicóticos, dejando el resto fuera de este cómodo cajón de sastre. Y dentro de los que tienen características comunes y universales, de las esquizofrenias, establecer los cuatro subtipos clásicos: simple (pérdida de las respuestas afectivas y los trastornos de la voluntad y las pulsiones), paranoide (ideas delirantes), catatónica (cambios psicomotrices) y hebefrénica (trastornos del pensamiento e incongruencia de los estados de ánimo), y agrupar solamente a estos cuatro cuadros clínicos dentro del Síndrome de las Esquizofrenias, dejando el resto como psicosis no esquizofrénicas.

Todos los brotes y estados psicóticos suponen un estado alterado de conciencia (EAC), pero con una etiología, evolución, pronóstico y atención terapéutica bien diferenciados. Creo que agrupar todos ellos bajo el nombre de esquizofrenia, y pretender que todos ellos tienen una etiología común y/o única, bien sea ésta orgánica, psicológica o sociológica, y que sus síntomas participan del mismo rango psicopatológico, me pare-

ce un error, al menos en la práctica clínica, que puede conducir a la confusión en la que estamos inmersos, y a importantes errores diagnósticos o, lo que es peor, terapéuticos. Los síntomas son parecidos, pero de ninguna manera iguales.

En mi práctica limito el diagnóstico de esquizofrenia a aquellos estados que aparecen de una manera más o menos brusca, o más o menos insidiosa, al final de la pubertad e inicio de la edad adulta, implicando un quebrar brusco y sin antecedentes en la vida de la persona, un antes y un después del brote, sin que pueda rastrearse hacia atrás en su biografía la historia de un devenir psicopatológico hacia la psicosis. Además, conllevan alteraciones de las funciones cognitivas, emocionales y volitivas, presente ya dentro del primer brote, y que permanecen más o menos estables tras él como un deterioro de la personalidad, más o menos evidente pero manifiesto, en estas tres funciones, aunque sea más marcado en alguna de ellas dependiendo del subtipo.

En el diagnóstico considero como síntomas positivos nucleares las alucinaciones auditivas, y los trastornos formales del curso del pensamiento, sonorización, robo, etc., no tanto de su contenido delirante, más o menos estructurado, que puede ser común a otros estados psicóticos y EAC Y como síntomas negativos nucleares, el aplanamiento, la incoherencia con el contenido del pensamiento y/o la rigidez de los afectos; la anhedonia, y la falta de intereses y de capacidad de acción dirigida a un fin. Los síntomas negativos son los que más van evidenciar el deterioro de la personalidad. En los casos más graves también las alteraciones formales del pensamiento.

En el diagnóstico de esquizofrenia deberíamos ser prudentes por las consecuencias terapéuticas y pronósticas que el solo hecho de este diagnóstico puede tener para el paciente. Basarlo en una buena historia clínica que incluya, además de la sintomatología presente, la biografía de la persona y de la familia. Tener en cuenta la evolución y forma de remisión del brote, ya que desborda cualquier intento de baremarlo objetivamente con las diversas escalas de evaluación que existen en el mercado, las cuales puede ser que realmente sólo pretendan dar un viso de objetividad científico-tecnológica a lo que aún es el arte del diagnóstico, intentando sustituir y salvaguardar así una parte importante de lo que de experiencia profesional y compromiso personal conlleva el diagnosticar.

Esbozo de diagnóstico diferencial

Como se puede deducir de lo que anteriormente he expuesto, mi actitud diagnóstica se basa esencialmente en la propuesta original de KRAEPELIN y en la sistematización de BLEULER. Y aunque mantengo un punto de vista multifactorial respecto a la aparición y desarrollo de la enfermedad, considero también que su etiología fundamental es orgánica, posiblemente genética. De ahí que se me haga fundamental el diagnóstico diferencial con otros tipos de psicosis y EAC, puesto que el pronóstico y planteamiento terapéutico es notablemente diferente.

Todas las psicosis implican una regresión, pero en el caso de psicosis **no esquizofrénicas** (psicosis a secas, frente a esquizofrenia, en adelante) esta regresión, que es solamente funcional, se produce ante un fracaso reiterado en el intento de obtener una posición individualizada entre el sí mismo y el mundo, a partir de una fijación en épocas precoces del desarrollo de la personalidad. El futuro posible psicótico permanece, durante todo su devenir histórico, psicoemocionalmente inmerso en el estadio fusional del desarrollo, por tanto con una importante dificultad en su capacidad de integrar y asumir los límites, posición que origina intensa angustia. Nunca ha sido ni será neurótico. Lo que LACAN, con su peculiar, barroca y pedante estructura del lenguaje, denomina "Forclusión del Nombre del Padre"⁸.

Los contenidos del pensamiento en estas psicosis, las ideas delirantes, son comprensibles desde el punto de vista psicodinámico y simbólico, y su desarrollo puede seguirse en la biografía de la persona, siendo, además, el contenido delirante⁹ la llave para entrar en el inconsciente psicótico.

Al ser una alteración funcional no conlleva deterioro de la personalidad, aunque sí aparece un deterioro en las formas de relación, condicionado por los contenidos delirantes, sólo tan duradero como éstos. Dicha situación se manifiesta en la clínica por síntomas que son solamente similares a algunos de los que aparecen en las esquizofrenias.

En el caso de las esquizofrenias la regresión ocurre, en personas que históricamente devenían en un desarrollo neurótico normal al uso, como consecuencia de algún tipo de alteración en el órgano encargado de expresar la función, en el cerebro, y no se trata solamente de una regresión a estadios tempranos del desarrollo de la persona, sino también de una regresión a lugares más primitivos de la evolución, por alteración

orgánica de las funciones más desarrolladas del ser humano: el lenguaje, la operatividad social y los afectos, como también opina NELSON.

Esta regresión va pareja a una mayor permeabilidad de los filtros perceptivos sensoriales con lo que el esquizofrénico se siente abrumado por la sobrecarga de información sensorial, que, al ser innominada y no estar consensuada, no es capaz de procesar adecuadamente¹⁰. Tal estado produce una intensa angustia como consecuencia de la invasión de lo inexplicable, y es lógico que ante ella estas personas se refugien en una posición de máxima seguridad: la fusión "secundaria", o sintomática, con la madre, situación que vuelve a dar sentido a la vida de muchas madres potenciando la fusión desde su propia angustia, no de todas afortunadamente.

"El rasgo fundamental de los síntomas de la esquizofrenia es que se trata de fenómenos mentales en los que resulta imposible percibir la relación causa a efecto que se observa en una experiencia psicológica normal. Así, vemos percepciones sin estímulo (alucinaciones), creencias sin justificación (ideas delirantes), pensamientos sin conexión lógica (trastornos del pensamiento), emociones sin motivo y motivos sin emociones (incongruencia entre los estados afectivos y los contenidos del pensamiento)... Los síntomas esquizofrénicos son fenómenos psicológicos sin motivación o explicación, y la preposición *sin* es la palabra operativa"¹¹.

⁸ (Dicho entre paréntesis, concedo mucho valor a algunas de las aportaciones de LACAN para la comprensión de la función psicoemocional de la mente humana, por lo esclarecedoras y operativas que me están resultando. Pero sobre todo LACAN me atrae por su valor, humor y capacidad para la broma, al poner en acción su propio narcisismo al servicio de que el desarrollo formal de su pensamiento conlleve una tomadura de pelo a los que él preveía seguidores ortodoxos. Me gusta pensar que es una manera a la tradición sufi para estimular la heterodoxia creativa). Todos los maestros ponen en juego estas argucias, para separar el grano de la paja, aunque algunos no de una manera muy consciente. Por ejemplo, FREUD puso en juego su miedo a perder el poder, su capacidad para la intransigencia y el dogmatismo, así como su facilidad para desarrollar como propias las innovaciones creativas rechazadas en sus discípulos, con lo cual les empujaba a emanciparse en la heterodoxia, y a ser cada vez más creativos so pena de permanecer, no sólo intelectualmente, en la indiferencia fusional con el padre. Como demuestra la historia, el resultado ha sido notablemente positivo.

⁹ Al respecto consúltese "EL DELIRIO", ponencia que ADELAIDA LOPÉZ presentó en el II Congreso Nacional de Gestalt. Madrid, Abril 2002.

Tales estados psicopatológicos, en la práctica psiquiátrica, se presentan sólo en las esquizofrenias, no en las psicosis, tanto en el momento puntual de la entrevista como en la historia clínica, de una manera bastante obvia por cuanto que el mero hecho de la entrevista supone una relación paciente-psiquiatra notablemente diferente. La sensación de frialdad, de imposibilidad de contacto emocional y de impotencia comprensiva que produce el esquizofrénico, incluso el paranoide, no lo origina ningún otro tipo de psicosis. El esquizofrénico a mí me deja, todavía hoy, con el culo al aire.

Opino que un diagnóstico restrictivo en relación con la esquizofrenia merece la pena, aun en el caso de que cometamos el error de diagnosticar como psicosis lo que más tarde pueda resultar esquizofrenia. Con este error, el esquizofrénico no tiene nada que perder; con el error contrario, el psicótico sí puede perder mucho.

Orientación terapéutica

No suelo orientar un tratamiento sin intentar antes aclarar el diagnóstico diferencial entre psicosis y esquizofrenia. Aunque el uso de neurolépticos es inevitable, hoy por hoy en la mayoría de ambos casos, y su función inicial es similar, la de reducir el brote psicótico y hacer accesible al paciente a una propuesta de tratamiento psicoterapéutico, la expectativa a medio y largo plazo cambia. Esta expectativa diferente se la intento comunicar a mis pacientes lo antes posible, sobre todo en el momento de negociar la continuidad del tratamiento farmacológico.

La propuesta en el caso de psicosis es la de mantener el tratamiento en tanto que la psicoterapia va posibilitando la curación y restitución ad integrum de las funciones perturbadas, junto con la desaparición de los síntomas, siempre y cuando dicha medicación no entorpezca el proceso psicoterapéutico, y con el tiempo ir intentando abandonarlo. Obviamente esta propuesta la formulo como una posibilidad, no como una seguridad, que ellos pueden aceptar o no, yendo en este caso a otras modalidades de tratamiento.

En caso de esquizofrenia, la propuesta es la de tratamiento farmacológico probablemente para toda la vida, aunque si hay apoyo psicoterapéutico pudiera ser probable que la medicación se reduzca a dosis mínimas, incluso la posibilidad de abrir ventanas terapéuticas, periodos en los que podrá estar sin medicación, una vez que haya podido diferenciarse de los síntomas y considerar que éstos son algo que le pasa a él, no él mismo, de modo que en cuanto aparezcan podrá dar noticias de ellos y comenzar la medicación por otro

periodo más o menos breve, minimizando de este modo los efectos colaterales de bloqueo y el probable estado defectual inherente al uso prolongado de neurolépticos a dosis medias.

La consideración de los síntomas es muy importante. En las psicosis los síntomas son consecuencia de la estructura psicodinámica de la personalidad y, por tanto están integrados en ella. Desde este punto de vista deben ser considerados tanto por el paciente como por el terapeuta, para ir desentrañando y asumiendo su significado simbólico y psicodinámico. En las esquizofrenias, los síntomas son como cuerpos extraños con los que el paciente se identifica. Solamente diferenciándose de ellos podrá soportar sin angustia su convivencia y llegar a perderles el miedo, punto éste de trascendental importancia pues a partir de ahí puede comenzar a cambiar la vida del esquizofrénico. E incluso está la posibilidad de poder sacar todo el partido posible a su mayor capacidad de percepción sensorial, es decir, tratar de poner algunos síntomas al servicio de la persona.

Además, a los esquizofrénicos les dejo claro en cuanto es posible, a veces no es posible por el deterioro consecuente ya al primer brote, que aunque su enfermedad es incurable, pueden tener capacidad para llevar una buena calidad de vida, para formar familia y poder ganarse la vida con su profesión, incluso, en algunos casos, profesiones intelectuales. A ellos y a las familias, que dentro de la gravedad no es trágico, salvo en el caso de esquizofrenias defectuales desde el primer brote, pero que recuperar la vivencia de sí mismos, su estilo de vida, su carácter anterior, tras el brote, probablemente no va a ser posible, que deben ir acostumbrándose a su nuevo estar en el mundo. Es un trago, para ellos y para mí, pero sólo en contados casos de todos los que he tenido la oportunidad de hacer esta propuesta, ésta ha resultado inadmisibles para el paciente. Si se hace de la manera precisa y en el momento oportuno suele ser aceptada y asumida, y mar-

¹⁰ Hace bastantes años, más de 15, en una conversación personal con Claudio NARANJO en la que yo le contaba la capacidad perceptiva sutil de un determinado paciente esquizofrénico, me comentó que probablemente la esquizofrenia se trataba de un "error de la naturaleza" al abrir a la persona hacia percepciones para las que no estaba preparado. Este comentario, como tantos otros, supuso para mí un punto de luz en un momento en que andaba bastante confuso con el tema, además de ayudarme a comprender otros EAC.

¹¹ P. R. McHUGH y P. R. SLAVNEY: "Las perspectivas de la Psiquiatría", cap. 8. Prensa Universitaria de Zaragoza. 2ª Edición. 2001. Colección Ciencias Biomédicas nº 5.

ca un punto de inflexión positivo en la consideración que el esquizofrénico tiene de sí mismo y de su enfermedad. Se hace necesario conocer y respetar los límites de cada paciente, de cada familia, y de cada terapeuta, antes de hacer cualquier propuesta, adaptándonos a sus necesidades y posibilidades reales y mantenernos dentro de ellas, no en función de nuestros ideales profesionales, so pena de poder causar más desazón, angustia y frustración en el paciente, en la familia y en el terapeuta.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, no conozco ninguna técnica que sea más "curativa" que otra. Creo que lo que más ayuda a sanar al esquizofrénico, y a los psicóticos, es el vínculo que pueda establecer con su terapeuta, más que la técnica en sí. Por ello considero especialmente indicadas las propuestas de las terapias humanistas, en las que el terapeuta se pone en juego a sí mismo, pero no en un "como si", actitud que el esquizofrénico detectará inmediatamente quedando el terapeuta totalmente invalidado. No olvidemos que los esquizofrénicos, como los psicóticos, hacen transferencias masivas, y que las retiran también masivamente, y que su capacidad para la percepción sutil, si no están embotados por los neurolepticos, sobrepasa con mucho a la de la mayoría de los terapeutas. Es buena una actitud humilde, en la que el terapeuta se considere a sí mismo, en este sentido, en inferioridad de condiciones frente a su paciente esquizofrénico o psicótico sólo que con más herramientas, se supone.

De las terapias humanistas, la gestalt puede ser especialmente eficaz, con pacientes esquizofrénicos, por la relevancia que da al presente, por poner el acento en la diferencia y en los límites entre lo obvio y lo imaginario. Por trabajar sobre todo desde el contacto emocional con el paciente, ayudándole notablemente a contener sus experiencias esquizofrénicas, a establecer y asumir sus límites.

La psicoterapia bioenergética, junto con otras terapias corporales, se muestra muy adecuada, por cuanto pone al paciente en contacto con su realidad y sus límites más inmediatos y obvios, el cuerpo, al tiempo que pueden ir haciendo asumibles las percepciones sensoriales que llamamos alucinaciones cenestésicas, y compensar el déficit energético propio de los estados esquizofrénicos. Personalmente se me mostró como la más eficaz, suficientemente adaptada claro, a la hora de rehabilitar esquizofrénicos crónicos con largos periodos de internamiento: los resultados fueron espectaculares, claro que los pacientes también estaban espectacularmente deteriorados.

No tengo experiencia personal en las terapias cognitivas conductuales, aunque he visto que son muy eficaces a la hora de mantener hábitos, conductas y actitudes, y de recuperar las habilidades perdidas o deterioradas. En un trabajo tan difícil y generalmente tan poco gratificante, no cabe la arrogancia de desdeñar ninguna herramienta, incluso la de ir de copas o compras con tu paciente.

Con respecto al deterioro de este tipo de pacientes, éste dependerá del tipo de esquizofrenia de que se trate; no todos los tipos evolucionan malamente, aunque todas las esquizofrenias dejan deterioro. En mi experiencia, una parte de él es recuperable, incluso se puede evitar un deterioro profundo, en las esquizofrenias de evolución más tórpida, con un tratamiento rápido y adecuado. Siempre quedará algo de deterioro, pero éste es proporcional a la duración y profundidad del brote, y al desarraigo que produzca. Es real el aforismo que nos enseñan en la Facultad de Medicina: "La función hace el órgano", añadiendo que el órgano condiciona la función, y en esta dinámica nunca hay que tirar la toalla a priori cuando decidimos dedicarnos a este difícil trabajo, y durante el tiempo que permanezcamos en él, contando con que la institución, los burócratas y políticos, tarde o temprano se nos pondrán en contra, por muy absurdo que pueda parecer. Es el macabro e históricamente consensuado internacionalmente "efecto pendular" de la asistencia institucional psiquiátrica.

Referencias bibliográficas

- John E. Nelson. (2000). *Más allá de la dualidad*. Integrando el espíritu en nuestra comprensión de la enfermedad mental. Editorial: La Liebre de Marzo. Colección Transpersonal. Barcelona.
- Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente*. Editorial: Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid.
- Arieti, S. *Interpretación de la esquizofrenia*. Editorial: Labor. Barcelona.
- López Alonso, A. (2000). *Gestalt y Psicosis*. Boletín de la A.E.T.G. nº 20. Marzo.
- Andreu Peral, M.A. (2000). *Un psicótico llega a la consulta*. Boletín de la A. E. T. G. nº 20. Marzo.
- Albert, J.J. y Almira, A. (1991). *Attitude di fronte ad una crisi psicotica acuta. Interazioni in un gruppo terapeutico*. Edita: Atti del IV Congresso Internazionale della Gestalt. Siena, Julio.