

TRAUMA Y PSICOSIS: UNA REVISIÓN Y MARCO PARA LA COMPRESIÓN PSICOANALÍTICA.

Lewis A. Kirshner (*)

RESUMEN

La investigación empírica respalda la concepción de Ferenczi sobre la importancia etiológica del abandono y abuso temprano en el desarrollo de la psicosis. El abuso puede desviar el desarrollo del lenguaje, la identidad y las relaciones sociales que son intrínsecas a la esquizofrenia, posiblemente al socavar las relaciones de apego seguro. El énfasis lacaniano en el lenguaje y los proto-diálogos tempranos con el Otro puede ser útil para comprender este proceso. Se proponen algunas implicaciones terapéuticas para los enfoques psicoanalíticos en el tratamiento de la psicosis.

Palabras clave: trauma, psicosis, simbolización, apego

ABSTRACT

Empirical research substantiates Ferenczi's conception of the etiological importance of early neglect and abuse in the development of psychosis. Abuse can derail the development of language, identity, and social relationships that are intrinsic to schizophrenia, possibly through undermining secure attachment relationships. The Lacanian emphasis on language and early proto-dialogues with the Other can be useful in understanding this process. Some therapeutic implications for psychoanalytic approaches to the treatment of psychosis are proposed.

Key words: trauma, psychosis, symbolization, attachment

Comienzo con una viñeta. La Sra. C. es una mujer esquizofrénica paranoide de unos 50 años que vive sola con una pensión de jubilación. Nunca ha sido hospitalizada ni ha tomado medicamentos antipsicóticos. En su vida actual, está bastante aislada, creyendo que varios miembros de su familia la persiguen, a menudo de maneras extrañas. Por ejemplo, cree que han colocado insectos muertos en su garaje y que ruidos fuertes se transmiten a través de sus paredes para mantenerla despierta. Aunque hay elementos aparentemente simbólicos en sus delirios, nunca ha mostrado el más mínimo interés en explorarlos -especialmente porque no se ve a sí misma como enferma. Aunque capaz de hablar de su vida de manera racional, la Sra. C. vive en un mundo de fusión onírica de fantasía y realidad en el que ocurren con gran regularidad eventos desconcertantes -como objetos que se pierden misteriosamente, averías de electrodomésticos o archivos de computadora desaparecidos.

La Sra. C. no mencionó espontáneamente el pasado, salvo cuando tocaba cuestiones incomprensibles como la pérdida de un crucifijo legado por una tía. Eventos importantes como el suicidio de su madre cuando era niña, o la muerte repentina de su prima por meningitis poco después, mientras compartían una cama, no formaban parte de su discurso habitual. Las preguntas que hice sobre asuntos tan serios a menudo fueron seguidas por relatos de voces, coincidencias extrañas y estallidos de ira hacia familiares. Tampoco estaba interesada en buscar explicaciones para su comportamiento a veces provocador, que siempre era racionalizado. Aunque claramente era una persona importante para ella que podía ayudarla con cuestiones prácticas, no estaba claro por qué continuaba viniendo a verme, aunque lo hacía con persistencia. Negaba estar enferma y nunca había aceptado medicamentos. Para ser sincero, encontré tediosas las sesiones con la Sra. C., y me irritaban sus letanías de injusticias imaginarias. ¿Por qué no hablaba de asuntos verdaderamente

importantes en lugar de lo que parecían eventos delirantes triviales? ¿Podrían sus traumas tempranos convertirse en parte de nuestro trabajo?

Historias como la de la Sra. C. no son inusuales en la psicoterapia de la esquizofrenia, pero ¿qué conclusiones se pueden extraer de ellas? La pregunta que planteo en este artículo es si el abuso en la infancia temprana representa un factor etiológico en el desarrollo de la psicosis. De ser así, ¿debería la atención al trauma ser parte del tratamiento de los pacientes psicóticos? En su artículo seminal “Confusión de lenguas,” Sándor Ferenczi (1949) señaló que se había descuidado la importancia de la experiencia traumática en la etiología y escribió sobre “el peligro de recurrir prematuramente a explicaciones —frecuentemente demasiado fáciles— en términos de ‘disposición’ y ‘constitución’” (p. 225). De manera similar, Winnicott (1975), quien a menudo se manifestó en contra de las teorías biológicas de los trastornos mentales, escribió:

No es tan conocido (y, de hecho, aún es un tema pendiente de prueba) que las alteraciones que pueden ser reconocidas y etiquetadas como psicóticas tienen su origen en distorsiones en el desarrollo emocional que surgen antes de que el niño se haya convertido claramente en una persona completa, capaz de relaciones totales con otras personas completas. (p. 220)

Ferenczi esperaba desarrollar su hipótesis y, en una carta a Sigmund Freud fechada el 29 de junio de 1930, escribió: “El mecanismo más fino del ‘trauma psíquico’ y su relación con la psicosis también se estaba configurando en una imagen muy impresionante, al menos para mí”. Por una curiosa coincidencia, Freud había escrito solo unos meses antes al autor de una nueva edición de *King Lear* de Shakespeare: “De hecho, no estoy seguro de si tales formaciones híbridas de un apego afectivo a un trauma y un alejamiento psicótico de él no ocurren con suficiente frecuencia en la realidad” (carta del 30 de marzo de 1930).

Desafortunadamente, durante muchos años, psiquiatras y psicoanalistas en gran medida ignoraron las ideas clínicas de Ferenczi y Winnicott sobre la importancia de las experiencias traumáticas tempranas. El modelo dinámico de Freud de conflicto intrapsíquico y fantasía en las neurosis dominó el pensamiento analítico convencional y, casi por definición, excluyó las psicosis del tratamiento analítico¹. Mientras tanto, la investigación psiquiátrica enfatizaba la predisposición genética y un enfoque biológico. En ambos casos, la especificidad de la experiencia traumática fue minimizada como de importancia secundaria (Read & Ross, 2003). En su dura crítica a los modelos psicoanalíticos de la psicosis, Willick (2001) se refirió a “explicaciones impulsadas por teorías no modificadas por la investigación científica que no han resistido la prueba del tiempo y han promovido tratamientos inútiles.” Su importante debate con Robbins (1992, 2002) destacó el profundo escepticismo que los enfoques psicoanalíticos habían suscitado, incluida la importancia del abuso temprano como un factor etiológico.

Al mismo tiempo, los resultados decepcionantes del psicoanálisis clásico y su desinterés por aprender de la investigación contribuyeron a su aislamiento progresivo de la psiquiatría convencional. En 1998, la revisión de consenso PORT, un documento de políticas sobre el tratamiento de la esquizofrenia patrocinado por el gobierno de los EE. UU., concluyó (sin mucha evidencia) que los tratamientos orientados a la familia y la psicoterapia psicoanalítica estaban contraindicados y eran perjudiciales. Aunque los documentos posteriores de PORT apoyaron los tratamientos “psicosociales”, algunos de los cuales incorporaban conceptos psicodinámicos (por ejemplo, Hogarty et al., 1997), los enfoques psicoanalíticos permanecieron ausentes de sus recomendaciones (Tandon, Keshavan, & Nasrallah, 2008; aunque para voces disidentes, véanse Ver Eecke, 2003, y Karon, 2003). Importantes revisiones sobre terapéutica en las principales revistas psiquiátricas dependen de estudios aleatorizados y controlados, ignorando, con raras excepciones (Mojtabai, Nicholson, & Carter, 1998), la literatura psicodinámica. En un artículo de metarrevista exhaustivo sobre estudios de tratamiento de la esquizofrenia (Jääskeläinen et al., 2012), no se encontraron mejoras en los resultados en las últimas décadas.

Sin embargo, se ha encontrado un porcentaje sorprendentemente alto de pacientes recuperados en muchas muestras, incluidos casos no tratados (véase también McGlashan, 1988). Por un lado, este hallazgo plantea preguntas sobre los informes de pacientes tratados con éxito en terapias psicoanalíticas, que tal vez reflejen

simplemente los efectos de procesos de curación aún desconocidos en casos de esquizofrenia. Por otro lado, la proporción bastante estable de resultados positivos sugiere el valor de explorar la naturaleza de estos procesos en la vida o en el tratamiento, por ejemplo, la participación en una relación de cuidado.

En este sentido, aunque los informes psicoanalíticos suelen estar estrechamente vinculados a conceptos metapsicológicos altamente abstractos y debatibles, parece miope ignorar la rica compilación de observaciones clínicas que ofrecen, las cuales podrían señalar áreas para el estudio empírico en sujetos psicóticos². Además, la teoría tiene valor al proporcionar hipótesis que pueden guiar la investigación. Desafortunadamente, el énfasis contemporáneo en la investigación psicoterapéutica en la asignación aleatoria de pacientes a tratamientos manualizados ha dejado hasta hace poco escaso espacio para el estudio de tratamientos informados psicoanalíticamente (para todas las condiciones). Algunos investigadores orientados analíticamente han intentado cumplir con los estrictos criterios de la ciencia contemporánea, pero principalmente para trastornos neuróticos y de la personalidad, no para el tratamiento de la psicosis (véase Leichsenring & Rabung, 2008, para una revisión exhaustiva)³. Esta exclusión ha dejado un vacío en la atención a las historias de vida únicas de los pacientes individuales y sus luchas por encontrar un significado subjetivo a sus trastornos, áreas donde los enfoques psicoanalíticos pueden resultar más útiles. Por ejemplo, el estudio de casos que muestran una mejora dramática después del tratamiento psicoanalítico puede identificar factores individuales importantes que favorezcan un enfoque terapéutico.

Ciertamente, como ha observado Robbins (2002), la mayoría de los psicoanalistas aceptan el papel de los factores orgánicos en las condiciones psicóticas, pero gracias a estudios recientes, ahora estamos en una mejor posición para integrarlos con variables psicosociales. Notablemente, varios estudios empíricos han hecho que el papel del trauma en la psicosis ya no sea “una cuestión de prueba,” sino un hecho bien documentado, con implicaciones para el tratamiento. En lo que sigue, revisaré esta investigación, presentaré algunas de las principales corrientes en genética y neurogénesis del desarrollo en relación con la psicosis, y discutiré posibles mediadores de los efectos de la experiencia traumática, con implicaciones clínicas para una renovada atención psicoanalítica en el tratamiento de las psicosis. Luego, delinearé un modelo específico de etiología traumática que cuenta con el apoyo de investigadores no analíticos.

Estudios sobre la esquizofrenia

Se sabe que la esquizofrenia es un trastorno altamente hereditario, aunque una proporción significativa de la variabilidad en los resultados de los estudios de gemelos (20-40%), por ejemplo, se atribuye a factores ambientales (Kendler, 2001). En general, las conclusiones de la investigación genética sobre la esquizofrenia son objeto de debate en casi todos los aspectos, como en la mayoría de las investigaciones psiquiátricas. No se han identificado genes específicos para la esquizofrenia y muchos genetistas ya no esperan encontrarlos (Crow, 1997).

Kendler (2000) ha revisado evidencia sobre las influencias recíprocas entre los genes y los tipos de interacción niño-padre (un control genético de la sensibilidad a los factores ambientales o el control ambiental de la expresión genética) que documentan ampliamente esta enorme complejidad. Por ejemplo, importantes estudios de adopción han demostrado que la función familiar influye en la expresión fenotípica de la esquizofrenia en gemelos adoptados con alto riesgo de enfermar (Tienari et al., 2004a, 2004b). Puntuaciones altas en las medidas de “críticismo/conflictualidad” “constricción” y “problemas fronterizos” en las familias predijeron resultados negativos para los niños adoptados con alto riesgo genético. De manera similar, Wahlberg et al. (1997) encontraron que la desviación en la comunicación en las familias adoptivas predecía trastornos del pensamiento en sujetos en riesgo, mientras que niveles bajos de desviación eran “protectores” para esos mismos niños. A lo largo de las mismas líneas, los Suecos adoptados en familias con una “posición socioeconómica desfavorecida” presentaron el mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia (Wicks, Hjern, & Dalman, 2010), (aunque los adoptados con antecedentes familiares de psicosis tienen una mayor incidencia de la enfermedad que los sujetos sin estos antecedentes). Además, se ha asociado el estatus socioeconómico bajo y ser hijo de migrantes con la esquizofrenia (Tandor et al., 2008; Van Os et al., 2009). Estos hallazgos destacan la importancia de la crianza y el ambiente en el desarrollo de la enfermedad.

El trauma infantil, especialmente el trauma sexual, pero también el abuso físico y el abandono, se ha relacionado durante mucho tiempo con la psicopatología en la adultez, incluso cuando se controlan otros factores como la estructura familiar y la enfermedad parental. Este ha sido un hallazgo consistente en la investigación con gemelos (Kendler, 2000; Nelson et al., 2002), estudios de pacientes psiquiátricos (Perry, Roy, & Simon, 2004), y encuestas poblacionales (Green et al., 2010). Para los pacientes que reportan síntomas psicóticos, los datos que sugieren un “efecto causal” del trauma temprano se han presentado en numerosos estudios publicados (Larkin & Read, 2008; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005; Spence, Mulholland, Lynch, McHugh, Dempster, & Shannon, 2006; Varese et al., 2012). Un análisis crítico de estos datos realizado por Morgan y Fisher (2007) matizó esta conclusión, señalando la falta de claridad en el diagnóstico, problemas metodológicos en la determinación del abuso infantil y los resultados mixtos de los estudios. También abordaron la creciente evidencia de interacciones gen-ambiente en múltiples dominios.

Así, una considerable cantidad de evidencia sugiere efectos interactivos complejos entre las susceptibilidades heredadas probables y la exposición a diversas contingencias ambientales en la vida, incluyendo la exposición al combate (Lyons et al., 1993), el trauma (Sartor et al., 2012), y la respuesta a eventos infantiles “accidentales” (Goodman, New, & Siever, 2004; Kendler, 2001). Como resultado, ha habido una tendencia en los estudios sobre factores ambientales -por ejemplo, en el llamado “modelo de diátesis-estrés” de la esquizofrenia- a enfatizar sus determinantes genéticos (Read & Ross, 2003) o sus efectos biológicos (McGowan et al., 2009). De hecho, los estudios puramente biológicos dominan el registro de investigación.

En un estudio a gran escala de factores obstétricos y de desarrollo en Nueva Zelanda, por ejemplo, Cannon et al. (2002) encontraron una correlación entre interacciones adversas madre-hijo y resultados esquizofreniformes posteriores. Las madres fueron evaluadas en ocho características: dureza hacia el niño; evaluación crítica o negativa del niño; manejo torpe y brusco del niño; falta de esfuerzo por ayudar al niño; falta de conciencia o respuesta a las necesidades del niño; indiferencia hacia el rendimiento del niño; exigencia de atención por parte del niño; y apariencia sucia y descuidada del niño -estas evaluaciones se encontraron en investigaciones previas como medidas fiables y válidas. Las madres del grupo esquizofreniforme, pero no del grupo maníaco ni del grupo de ansiedad/depresión, tenían significativamente más probabilidades de tener interacciones “atípicas” en comparación con las madres de los controles. Los autores concluyeron, sin embargo, que es más probable que estos hallazgos reflejen la expresión de genes de susceptibilidad a la esquizofrenia, más que los efectos directos de la crianza, citando informes sobre deterioros tempranos entre los descendientes con alto riesgo genético de desarrollar esquizofrenia. Este énfasis es típico de los artículos que apoyan el modelo de diatesis-estrés de la esquizofrenia (Read & Ross, 2003).

Heins et al. (2011) intentaron resolver algunas de estas cuestiones en un estudio a gran escala con 757 pacientes, sus hermanos y sujetos sanos de comparación, controlando los niveles de predisposición genética, psicopatología y tipo de trauma. Sus datos sugieren que la exposición diferencial real al trauma, “en lugar de sesgo de reporte, causalidad inversa o interacciones pasivas entre genes y ambiente” (p. 1286), está relacionada con la psicosis de manera dependiente de la dosis. Aunque la naturaleza del abuso y su agente no fueron especificados (detalles que podrían afinar los hallazgos), los resultados de esta investigación apoyan la importancia del trauma en sí mismo como una variable independiente significativamente asociada con la psicosis posterior. Un editorial que acompañó esta publicación reforzó su importancia al notar que queda por determinar cómo opera esta asociación. “Necesitamos explorar por qué una proporción de individuos expuestos al estrés desarrolla resultados relacionados con la psicosis”, concluye el editorial (McGrath & Lawlor, 2011, p. 1236). Sea como fuere, el uso del término “estrés” para cubrir el abuso sexual y físico de niños perpetúa la evasión del tema por parte de la psiquiatría.

Muchos autores observan que es probable que el abuso sexual y físico esté sub-reportado en las muestras de investigación y que la mayoría de los casos no han sido identificados por el personal de salud mental (Read et al., 2005). Incluso si se considera que los recuerdos son fiables (por ejemplo, al usar hermanos como controles), falta un conocimiento detallado de las historias de las familias con esquizofrenia. Por ejemplo, las identidades de los perpetradores y los tipos de abuso rara vez se especifican. Robbins (2002)

comentó sobre la dificultad de obtener información significativa sobre el desarrollo fuera de una relación de tratamiento, y esto debe ser especialmente cierto en entrevistas telefónicas y con cuestionarios.

Desde la perspectiva de varias décadas de investigaciones inconclusas, empieza a parecer que la esquizofrenia en sí misma puede no ser una enfermedad específica con raíces biológicas, sino un estado de mal funcionamiento resultante de diferentes tipos de interferencia tanto con la maduración cerebral como con el desarrollo psicosocial⁴. En realidad, por supuesto, los dos aspectos son lo mismo: los caminos y centros del cerebro se desarrollan en interacción con la experiencia de vida, que para los humanos implica muy importantes relaciones intersubjetivas, comunicaciones afectivas y lenguaje. De hecho, puede ser la propia evolución de estas capacidades humanas para la cognición social, el lenguaje autorreferencial y la regulación mutua la que sea la fuente última del comportamiento psicótico.

El genetista Crow (1997, 2007) ha propuesto que los orígenes de las psicosis involucran aquellas características que están asociadas con la capacidad específicamente humana para el lenguaje. Su teoría identifica desviaciones en el desarrollo cortical como resultado de un cambio genético que llevó a la evolución de *Homo sapiens* como especie. Crow propone que el lenguaje y la psicosis están a menudo más estrechamente relacionados de lo que se piensa. Los síntomas nucleares en particular, escribe, son indicios de la estructura del lenguaje, con síntomas que surgen como confusiones entre pensamiento y habla y a través de la atribución anormal de significado al habla percibida. De ahí su comentario: “La esquizofrenia es el precio que el *Homo sapiens* paga por el lenguaje” (1997). El apoyo a una hipótesis de especiación proviene de la similitud universal de muchas características de las psicosis, a pesar de las diferencias culturales en la manifestación, la superposición de características diagnósticas entre los trastornos mentales (véase también Buckley, Miller, Lehrer, & Castle, 2009) y la prevalencia de muchos síntomas en la población general (Bentall, 2003).

Un editorial reciente en el *British Journal of Psychiatry* (Kelleher, Jenner, & Cannon, 2010) comenta sobre el hallazgo de que los síntomas similares a los psicóticos, como alucinaciones y delirios, son bastante comunes -aproximadamente 10 veces más frecuentes que la prevalencia de los trastornos reales- especialmente en los jóvenes. Los autores apoyan el concepto de la esquizofrenia como un trastorno del desarrollo del cerebro social, señalando la importancia de la terapia familiar y el entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento. Van Os et al. (2009) también señalan la frecuencia de experiencias psicóticas subclínicas en la población general y sugieren que una acumulación de riesgo ambiental que interactúa con factores genéticos no específicos produce estos fenómenos generalizados. Un estudio reciente de Israel (Werbeloff et al., 2012) también encontró porcentajes similares de síntomas psicóticos frecuentes, aunque atenuados, en una gran encuesta poblacional. Lo que nuevamente falta en estos estudios es la atención a una historia de abuso y privación como un factor “ambiental” importante en la producción de estos trastornos del desarrollo.

Desarrollo del Lenguaje, lo Simbólico y el Apego.

Para entender cómo el trauma y la negligencia pueden resultar en trastornos esquizofrénicos, necesitamos conectar los déficits y síntomas típicos de la psicosis con los procesos de desarrollo. La importancia del acceso al lenguaje parece una vía prometedora, ya que los síntomas positivos en la esquizofrenia solo se identifican e informan como discurso o pensamientos, y la capacidad de usar las relaciones con otros para modular la experiencia traumática o para actuar como una barrera ante ella depende del uso de funciones semióticas. Dentro del psicoanálisis, Lacan fue quizás el teórico más importante en hipotetizar una incapacidad para usar el lenguaje como la fuente de los síntomas psicóticos, notablemente como la base de las alucinaciones y delirios, que son entidades dependientes del lenguaje (ver Sauvagnat, 2003, y Vanheule, 2011, para discusiones sobre este modelo). Por supuesto, el concepto de un trastorno del pensamiento (de hecho, un trastorno del habla) ha sido una característica básica de la esquizofrenia desde el trabajo de Bleuler, y, recordando las hipótesis de Crow, la subjetividad que depende del habla puede ser nuestra característica clave como especie, estrechamente relacionada con conceptos de desarrollo importantes como la teoría de la mente y la intersubjetividad que también se han vinculado a la esquizofrenia (Lysaker, Outcault, & Ringer, 2010).

El déficit específico que Lacan postuló en la psicosis fue un fallo temprano en vincular las experiencias primarias de estados corporales y fantasías con el ámbito simbólico del lenguaje y la cultura (lo que él denominó los registros real, imaginario y simbólico). En resumen, para que el niño se convierta en un sujeto que pueda encontrar su lugar en el mundo social, sus estados físicos de excitación y las imágenes mentales que los acompañan deben estar representados dentro del sistema simbólico del lenguaje que proviene de la cultura —en términos lacanianos, del “Otro”. Lacan etiquetó el fallo de este proceso como una “forclusión” de lo que él llamó la metáfora paterna (refiriéndose a una tercera posición fuera de la díada madre-hijo). En términos más simples, el dominio del uso del lenguaje y sus reglas (el “orden simbólico” de Lacan) es necesario para convertirse en un sujeto hablante en un mundo social. Lacan propuso que el sujeto en desarrollo busca respuestas a las inevitables preguntas sobre los significados de los eventos de la vida, las experiencias con otros y la identidad personal al adquirir palabras y conceptos de su entorno (Vanheule, 2011). Con el tiempo, una identidad simbólica flexible basada en el discurso reemplaza las fases anteriores de autodefinición a través de fantasías imaginarias que giran en torno a relaciones diádicas, como las imágenes tempranas de la madre que pueden invadir o incorporar al sujeto (como se presenta en la teoría kleiniana).

Cuando el desarrollo del niño se caracteriza por la falta de acceso a un Otro inaccesible o rechazante, su capacidad para emplear el lenguaje para definirse a sí mismo y entender sus relaciones con los demás se ve afectada. Pueden faltar conceptos (metáforas) para experiencias comunes importantes para el niño, y pueden aparecer lagunas en los intentos posteriores del sujeto de articular sus estados internos. Fenómenos psicóticos como bloqueos, asociaciones sin sentido, mensajes idiosincrásicos y neologismos representan fracasos para construir un discurso coherente. Lo que no se puede simbolizar o representar en el habla puede entonces parecer existir fuera del sujeto, en lo real, como delirios o alucinaciones, no como pensamientos internos con significado personal. El sujeto psicótico no puede usar el lenguaje de manera efectiva para expresar su lugar en el orden social ni para comprender la realidad de los demás. En cambio, su frágil subjetividad está ligada a imágenes congeladas que involucran una o dos relaciones importantes y un conjunto de fantasías sobre ellas.

La posición de Lacan, al igual que la de Winnicott, implica un problema en el diálogo más temprano entre madre e infante, entre el niño y el Otro (que puede definirse como el campo del lenguaje y la cultura representado por la madre), un proceso que se ha vinculado al concepto de apego de Bowlby (ver Fonagy & Target, 1996; Verhaeghe & Vanheule, 2005). Este diálogo comienza antes de la adquisición del lenguaje como tal. En este sentido, Allen (2004) ha propuesto el concepto de trauma de apego para describir la interrupción de una conexión segura con la madre, que se ha demostrado impacta en el curso del desarrollo psicológico, social y neurológico, incluidas las habilidades lingüísticas. Estos procesos pueden estudiarse empíricamente utilizando medidas de apego. Por ejemplo, van IJzendoorn, Dijkstra y Bus (1995), en un metaanálisis de estudios publicados, informaron una fuerte asociación entre la calidad del apego entre el infante y el padre y el desarrollo del lenguaje. Otras investigaciones han vinculado directamente el apego inseguro con la psicosis (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2008; Read & Gumley, 2008).

Desde esta perspectiva, el trauma temprano puede producir sus efectos psicopatológicos al impedir o interrumpir los vínculos de apego con el Otro, especialmente cuando el perpetrador es un representante principal de la autoridad simbólica, como un padre o pariente cercano, o parte de un sistema de ideales y leyes, como un policía, maestro o sacerdote, todos los cuales pueden representar al Otro para el niño. Un fallo traumático del Otro interfiere con la capacidad del niño para interiorizar símbolos culturalmente apropiados y para aprender maneras de comunicar sus experiencias corporales y emocionales—para traducir lo corporal real en representaciones mentales de nivel superior. Aunque se ha encontrado que el apego seguro es un factor protector contra los efectos del trauma (Aspelmeier & Smith, 2007; Kaplow et al., 2005; Saxe et al., 2005; Shapiro & Levendosky, 1999), un trauma severo puede abrumar un sistema de apego seguro existente, llevando a la reemergencia de formas de pensamiento anteriores basadas en fantasías sobre la realidad (es decir, cogniciones no mentalizadoras; Fonagy & Target, 2000). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un modelo de esta relación entre el trauma y un fallo estructural para simbolizar o mentalizar la experiencia (Agius, Bradley, Ryan, & Zama, 2008).

En los variados fenómenos clínicos asociados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), observamos una gama de susceptibilidades individuales y respuestas sintomáticas a la intensidad abrumadora de la experiencia traumática. Aunque existen diferencias formales importantes entre la esquizofrenia y el TEPT, en algunos pacientes los síntomas similares a los psicóticos complican el diagnóstico (Braakman, Kortmann, & van den Brink, 2009; Coentre & Power, 2011; Hamner et al., 2000). Por ejemplo, una de las características distintivas del TEPT es la pérdida de un sentido estable de sí mismo y de conexión con los demás, a veces de manera bastante dramática, un estado que también es típico de los psicóticos. La incapacidad de usar el lenguaje o de habitar en el lenguaje, para usar la expresión heideggeriana, también es común en los pacientes traumatizados, quienes a menudo tienen dificultades para hablar de sus historias con un terapeuta (Lysaker, Gumley, Brune, Vanheule, & Buck, 2011). Establecer una relación con un paciente psicótico traumatizado puede ser aún más desafiante que trabajar con un paciente con TEPT severo. Desde esta perspectiva, la psicosis franca puede situarse en un continuo con el TEPT como una perturbación en la función simbólica resultante de la pérdida de un apego seguro al Otro. El acceso funcional a lo simbólico (al uso creativo del lenguaje para pensar y comunicarse) puede ser relativamente tenue para muchas personas (quizás especialmente para las personas traumatizadas), quienes entonces emplean el lenguaje de maneras idiosincrásicas para lidiar con circunstancias desafiantes. Esto parece una explicación plausible para la frecuencia de síntomas similares a los psicóticos en la población general.

Cuestiones de Tratamiento

Investigaciones realizadas por Karon y Bos (citadas en Ver Eecke, 2003) encontraron que los clínicos con experiencia tenían más éxito con pacientes esquizofrénicos hospitalizados, especialmente durante períodos más largos. Una explicación para este resultado puede ser la mayor capacidad de los terapeutas experimentados para construir una relación con pacientes psicóticos, lo cual puede llevar mucho tiempo. En la psiquiatría general, hay un reconocimiento creciente de que los enfoques de tratamiento diseñados individualmente pueden ser bastante útiles (Mojtibai et al., 1998; Shean, 2009), lo que sugiere la unicidad de la construcción de vínculos básicos de comunicación en cada pareja terapéutica. La dificultad de construir una alianza y confianza con sujetos psicóticos ha sido enfatizada por muchos practicantes psicoanalíticos, lo que sugiere por qué la aplicación de formas clásicas de tratamiento analítico puede ser equivocada.

El enfoque del psicoanálisis en el sujeto individual, sin embargo, proporciona la piedra angular de un enfoque psicoterapéutico, aunque las técnicas de tratamiento pueden estar lejos de los modelos tradicionales (p. ej., Abensour, 2008; Benedetti, 2011; Lucas, 2009). El psicótico es una persona, un sujeto como cualquier otro, pero su subjetividad puede adoptar formas inusuales y crípticas que pueden desalentar a los clínicos de continuar una relación de tratamiento. Lacan (1993) escribió en un seminario tardío sobre ayudar a los psicóticos a fundamentar su subjetividad a través de procesos creativos, creando algo nuevo que establezca su identidad a través de un objeto. De manera similar, Abensour (2011) describió cómo la escritura creativa servía como una especie de ancla en la realidad para muchos de sus pacientes que sufrían del dilema de un yo flotante, desconectado del cuerpo, de una historia pasada y de relaciones con los demás. Los productos creativos adquieren una existencia real en el tiempo (como el objeto transicional) que puede confirmar la continuidad del sujeto y expresar sus estados internos.

En comparación con los enfoques cognitivos dirigidos, cuyo valor está mejor documentado para pacientes psicóticos, las terapias derivadas del psicoanálisis tienden a trabajar en objetivos más abstractos, como apoyar una subjetividad frágil, mantener una relación y ayudar a los pacientes a encontrar formas de simbolizar el malestar psíquico a través de la expresión creativa. Al igual que los sujetos más normales, las personas psicóticas buscan encontrar significado para sus vidas y en sus trastornos (Read & Gilkie, 2009). Sin embargo, muchos pacientes esquizofrénicos, al igual que otros sujetos traumatizados, solo pueden ingresar en esta forma de tratamiento después de haber realizado un trabajo preparatorio considerable, y los significados encontrados son a menudo bastante privados, como insistió Lacan (Sauvagnat, 2003). En este sentido, los psicoanalistas y los clínicos cognitivos pueden ser culpables de no combinar sus experiencias para construir modelos integradores (Garrett, 2012) que puedan abordar la diversidad de necesidades de los

pacientes. Tal enfoque requeriría suposiciones diferentes a las de un tratamiento analítico estándar que se basa en la asociación libre y la interpretación del inconsciente.

Los sujetos psicóticos no pueden contener afectos y recuerdos disruptivos utilizando palabras para comunicarse y construir significado, y la aparición de estos elementos psíquicos puede abrumar su limitada capacidad de auto-integración. Del mismo modo, la transferencia hacia el analista no funciona de la misma manera que en los neuróticos para generar conocimiento sobre el yo (el analista generalmente no representa al Otro simbólico como fuente de conocimiento y respuestas), sino que involucra problemas de desarrollo más tempranos de sostén, omnipotencia y continuidad del ser, como enfatizó Winnicott (1960). Por encima de todo, encontrar vehículos para la expresión de traumas tempranos no hablados representa un desafío importante para los esfuerzos terapéuticos.

Ahora vuelvo a la historia de mi paciente, la Sra. C. Después de mucho tiempo, tras aprender a abandonar las preguntas directas e interpretaciones sobre su vida temprana y los intentos de evaluar racionalmente sus creencias delirantes, comencé a permitir que las sesiones tomaran un curso más libre. Respondiendo a su interés expresado por los artistas, me enteré de que estaba escribiendo un libro infantil sobre un adorno navideño inusual del que había leído. A medida que me abrí más a escucharla hablar sobre este proyecto y finalmente a participar en él, me familiaricé con los personajes de los otros adornos del árbol y su significado. Algunas analogías entre la historia de la Sra. C. y su propia vida me vinieron a la mente y, para mi sorpresa, ella me acompañó en aclarar algunas de las similitudes y diferencias. En el proceso, me transmitió la naturaleza de su mundo infantil -no solo sus traumas, de los cuales ya conocía algunos detalles fácticos por un pariente- sino también la falta de implicación dialógica con alguien (su soledad) y el secretismo con el que sus parientes trataban los asuntos de nacimiento y muerte. Nadie le habló directamente sobre la desaparición de su madre, ni sobre la de su primo, por lo cual se sentía culpable o resentida. Su mundo actual de persecución ahora parecía fusionado con las circunstancias reales de su pasado como una expresión continua de su experiencia de vida no procesada.

En algún momento, me di cuenta de que los delirios persecutorios y las alucinaciones casi habían desaparecido del contenido de nuestras sesiones. Estábamos comenzando a desarrollar un vocabulario para hablar sobre un pasado traumático.

CONCLUSIONES

En este artículo, he argumentado que los errores pasados del psicoanálisis no justifican abandonar a los psicóticos a enfoques exclusivamente impersonales y biológicos. La investigación empírica corrobora la importancia de la experiencia familiar temprana y el abuso en el desvío del desarrollo de la identidad propia y las relaciones sociales. El énfasis lacaniano en el lenguaje y los proto-diálogos tempranos con el Otro puede ser útil para entender este proceso, que se relaciona estrechamente con las dificultades para mantener un apego seguro. La falta de apego seguro puede perjudicar la capacidad de procesar el trauma a través del habla y revivir modos más primitivos de procesar la experiencia. La investigación sobre el apego indica que el “mecanismo más fino” del trauma y “un giro psicótico alejado de él” que intrigaba a Sigmund Freud y Sándor Ferenczi está íntimamente relacionado con un fallo del Otro en momentos cruciales, cerrando el acceso a la representación simbólica. Una versión renovada del tratamiento psicoanalítico para los trastornos psicóticos requiere atención a los intentos del sujeto hablante de encontrar significado en el presente a través del diálogo terapéutico, en lugar de buscar causas inconscientes de los síntomas o interpretar significados primitivos de la transferencia. El valor de este enfoque puede residir principalmente en su reconocimiento de la singularidad de las soluciones que cada paciente debe crear para sobrevivir como sujeto y en la importancia de la escucha del analista a medida que estas se desarrollan.

REFERENCIAS

- Abensour, L. (2008). *La tentation psychotique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Agius, M., Bradley, V., Ryan, D., & Zama, R. (2008). The ethics of identifying and treating psychosis early. *Psychiatria Danubina*, 20, 824.
- Allen, J. (2004). *Coping with trauma: Hope through understanding*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Aspelmeier, J.E., Elliott, A., & Smith, C. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31, 54966.
- Benedetti, G. (2011). *La folie en partage* (D. Faugeras & P. Faugeras, trans.). Toulouse: Éditions Érès.
- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Penguin.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 127582.
- Braakman, M.H., Kortmann, F., & van den Brink, W. (2009). Validity of 'posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features': A review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand.*, 119, 1524.
- Buckley, P.F., Miller, B., Lehrer, D., & Castle, D. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.*, 35, 383402.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R., & Poulton, R. (2002). Evidence for early childhood, pandemic developmental impairment specific to schizophreniform disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 44956.
- Coentre, R., & Power, P. (2011). A diagnostic dilemma between psychosis and posttraumatic stress disorder: A case report and review of the literature. *J Med Case Reports*, 5, 97.
- Crow, T.J. (1997). Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophrenia Research*, 28, 2741.
- Crow, T.J. (2007). Genetic hypotheses for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191, 180.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adult and the child. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 22530.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of PsychoAnalysis*, 77, 21733.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality. III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 85374.
- Garrett, M. (2012). Psychoanalysis and the severely mentally ill. *American Psychoanalyst*, 46, 202.
- Goodman, M., New, A., & Siever, L. (2004). Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 10416.
- Green, J., McLaughlin, K., Berglund, P., Gruber, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey: Replication associations with first onset of DSMIV disorders. *Archives of Gen Psychiatry*, 67, 11323.
- Hamner, M.B., Frueh, B.C., Ulmer, H.G., Huber, M.G., Twomey, T.J., Tyson, C., & Arana, G.W. (2000). Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: Comparative severity. *J Nerv Ment Dis*, 188, 21721.
- Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., Marcelis, M., Delespaul, P., Krabbendam, L., van Os, J., & MyinGermeys, I. (2011). Childhood trauma and psychosis: A casecontrol and casesibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am J Psychiatr*, 168, 128694.
- Hogarty, G.E., Greenwald, D., Ulrich, R., Kornblith, S., DiBarry, A., Cooley, S., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Threeyear trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry*, 154, 151424.
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J., Saha, S., Isohanni, M., Viejola, J., & Miettunen, J. (2012). A systematic review and metaanalysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbs130.
- Kaplow, J.B., Dodge, K.A., AmayaJackson, L., & Saxe, G.N. (2005). Pathways to PTSD Part II: Sexually

abused children. *American Journal of Psychiatry*, 162, 130510.

- Karon, B.P. (2003). The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 89118.
- Kelleher, I., Jenner, J., & Cannon, M. (2010). Psychotic symptoms in the general population: An evolutionary perspective. *British Journal of Psychiatry*, 197, 1679.
- Kendler, K.S. (2001). Twin studies of psychiatric illness: An update. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 100514.
- Kendler, K.S., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J., & Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 9539.
- Lacan, J. (1993). *The psychoses 1955-1956: The seminars of Jacques Lacan, Book III* (J.A. Miller, ed.; R. Grigg, trans.). New York: Norton.
- Larkin, W., & Read, J. (2008). Childhood trauma and psychosis: Evidence, pathways, and implications. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54, 28793.
- Lehman, A.F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R., Dickerson, F., Dixon, L., Goldberg, R., Green-Paden, L.D., Tenhula, W., Boerescu, D., Tek, C., Sandson, N., & Steinwachs, D. (2004). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193217.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Longterm Psychodynamic Psychotherapy: A Metaanalysis. *J. Amer Medical Assoc*, 300(13), 155165.
- Lucas, R. (2009). *The psychotic wavelength*. London: New Library of Psychoanalysis, Routledge.
- Lyons, M., Goldberg, J., Eisen, S., True, W., Tsuang, M., Meyer, J., & Henderson, W. (1993). Do genes influence exposure to trauma? A twin study of combat. *American Journal of Medical Genetics*, 48, 227.
- Lysaker, P., Outcault, S., & Ringer, J. (2010). Clinical and psychosocial significance of trauma history in schizophrenia spectrum disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 114351.
- Lysaker, P., Gumley, A., Brune, M., Vanheule, S., Buck, K., & Dimaggio, G. (2011). Deficits in the ability to recognize one's own affects and those of others: Associations with neurocognition, symptoms and sexual trauma among persons with schizophrenia spectrum disorders. *Consciousness and Cognition*, 20, 118392.
- McGlashan, T.H. (1988). A selective review of recent North American longterm followup studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 51542.
- McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*, 12, 3428.
- McGrath, J., & Lawlor, D. (2011). Editorial. *American Journal of Psychiatry*, 168, 12358.
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A., & Carpenter, B.N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A metaanalytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 56987.
- Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia. *Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma—a critical review*. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 310.
- Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, M., Dinwiddie, S., Bucholz, K., Glowinsky, A., McLaughlin, T., Dunne, M., Statham, D., & Martin, N. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 13945.
- Perry, C.J., Roy, C.A., & Simon, B. (2004). Gross overall psychological trauma in relationship to Axes I and II and overall functioning. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 25278.
- Read, J., & Gilkie, J. (2009). *Making sense of madness: Contesting the meaning of schizophrenia*. New York: Routledge.
- Read, J., & Gumley, J. (2008). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? *Attachment: New Directions in Psychotherapy. Relational Analysis*, 2, 135.

- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-50.
- Read, J., & Ross, C.A. (2003). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *J Amer Acad Psychoanal*, 31, 247-68.
- Robbins, M. (1992). Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: Schizophrenia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 425-54.
- Robbins, M. (2002). Psychoanalysis and schizophrenia: Three responses to Martin Willick. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 310-4.
- Sartor, C., Grant, J., Lynskey, M., McCutcheon, V., Waldron, M., Statham, D., Bucholz, K., Madden, P., Heath, A., Martin, N., & Nelson, E. (2012). Common heritable contributions to low-risk trauma, high-risk trauma, post-traumatic stress disorder, and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 69, 293-9.
- Sauvagnat, F.R. (2003). On the Lacanian treatment of psychotics: Historical background and future prospects. *Psychoanalytic Reviews*, 90, 303-28.
- Saxe, G., Stoddard, F., Hall, E., Chawla, N., Lopez, C., Sheridan, R., King, D., King, L., & Yehuda, R. (2005). Pathways to PTSD, part I: Children with burns. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1305-10.
- Shapiro, D.L., & Levendosky, A.A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and inter-personal functioning. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1175-91.
- Shean, G. (2003). Recent developments in psychosocial treatments for schizophrenic patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 11-29.
- Spence, W., Mulholland, C., Lynch, G., McHugh, S., Dempster, M., & Shannon, C. (2006). Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *Journal of Trauma Dissociation*, 7(3), 7-22.
- Tandon, R., Keshavan, M., & Nasrallah, H. (2008). Schizophrenia, "just the facts": What we know in 2008. I. Overview. *Schizophrenia Research*, 100, 4-19.
- Tienari, P., Lahti, I., Sorri, A., Laksy, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., & Wahlberg, K-E. (2004a). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*, 184, 216-22.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., Sorri, A., Wahlberg, K-E., Saarento, O., Seitamaa, M., & Kaleva, M. (2004b). The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *British Journal of Psychiatry Suppl*, 184(23), 20-6.
- Vanheule, S. (2011). *The subject of psychosis: A Lacanian perspective*. London: Palgrave Macmillan.
- van IJzendoorn, M.H., Dijkstra, J., & Bus, A. (1995). Attachment, intelligence, and language: A meta-analysis. *Social Development*, 4, 115-29.
- van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-95.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 1-11.
- Ver Eecke, W. (2003). The role of psychoanalytic theory and practice in understanding and treating schizophrenia: A rejoinder to the PORT Report's condemnation of psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 11-29.
- Verhaeghe, P., & Vanheule, S. (2005). Actual neurosis and PTSD: The impact of the Other. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 493-507.
- Wahlberg, K-E., Wynne, L.C., Oja, H., Keskitalo, P., Pykäläinen, L., Lahti, I., Moring, J., Naarala, M., Sorri, A., Seitamaa, M., Läksy, K., Kolassa, J., & Tienari, P. (1997). Gene-environment interaction

in vulnerability to schizophrenia: Findings from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 355-62.

Werbelloff, N., Drucker, M., Dohrenwend, B., Levav, I., Yoffe, R., van Os, J., Davidson, M., & Weiser, M. (2012). Self-reported attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Archives of General Psychiatry*, 69, 467-75.

Wicks, S., Hjern, A., & Dalman, C. (2010). Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1240-6.

Willick, M.S. (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 27-56.

Willick, M.S. (2002). Martin S. Willick replies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 316-9.

Winnicott, D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). London: Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis.

Winnicott, D.W. (1975). Psychoses and child care. In *Through paediatrics to psycho-analysis* (pp. 219-28). London: Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis

Lewis A. Kirshner

(*) Lewis A. Kirshner, MD, es analista de formación y supervisión en la Sociedad Psicoanalítica de Boston. Es autor de “Having a Life: Selfpathology after Lacan” (Analytic Press, 2003) y editor de “Between Winnicott and Lacan: A Clinical Engagement” (Routledge, 2011).

email: lewis_kirshner@hms.harvard.edu

Para enlazar con este artículo: International Forum of Psychoanalysis, 2013.

<http://dx.doi.org/10.1080/0803706X.2013.778422>

Volver a Artículos sobre Ferenczi

Volver a Newsletter 27-ALSF

Notas al final

- 1.- Por supuesto, en lugares donde se trabajaba en la tradición interpersonal, como el Chestnut Lodge Hospital, en Maryland, y en centros kleinianos, se aplicaron enfoques psicoanalíticos a la psicosis. Los resultados de esta forma de tratamiento intensivo fueron decepcionantes (McGlashan, 1988; Lucas, 2009). La Sociedad Internacional de Psicoterapia de la Psicosis ha representado a analistas que trabajan en el área de la psicosis durante muchos años. Sus contribuciones no pueden evaluarse en este artículo.
- 2.- Véase la justificación de la exclusión en las recomendaciones PORT de 2003 (Lehman et al., 2004).
- 3.- El historial de investigación de Karon es inusual en este sentido, pero no cumple los criterios de grupos como PORT para un tratamiento “basado en evidencia”.
- 4.- Brentall (2003), psicólogo cognitivo, ha sido una voz fuerte al cuestionar el diagnóstico categórico de la esquizofrenia en favor de los efectos de experiencias individuales específicas.