

## RELACION DE AUTORES

José María Álvarez  
Álvaro Barrera  
M<sup>a</sup> Dolores Cantero  
Antonio Díez  
Francisco Estévez  
Filiberto Fuentenebro  
José Carlos González  
José Lázaro  
E. Lorente - Rovira  
Rogelio Luque  
Juan de la Peña  
Julio Sanjuán  
Jorge L. Tizón  
Carmen Valiente  
J.M. Villagrán  
Patricia Villavicencio

A. DÍEZ PATRICIO Y R. LUQUE LUQUE  
(Eds.)

## PSICOPATOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
MADRID  
2006

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

1. CONFABULACIONES EN LA ESQUIZOFRENIA: UN ESTUDIO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO  
*E. Lorente-Rovira y J.M. Villagrán Moreno* ..... 15
2. EL TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO: NO SOLAMENTE "HABLA DESORGANIZADA"  
*Álvaro Barrera* ..... 51
3. ALUCINACIONES AUDITIVAS: DE LA FENOMENOLOGIA A LA NEUROBIOLOGÍA  
*José Carlos Gonzalez y Julio Sanjuán* ..... 77
4. ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA  
*José M. Villagrán* ..... 101
5. PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA ESPECIAL DE LAS PSICOSIS  
*Jorge L. Tizón* ..... 137
6. EL FENÓMENO ELEMENTAL  
*Francisco Estévez* ..... 179
7. SOBRE EL DELIRIO, SU FUNCIÓN Y SUS USOS EN EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS  
*José María Álvarez y Juan de la Peña Esbrí* ..... 199
8. EL SELF EN LA CONSTRUCCIÓN DEL DELIRIO  
*Antonio Díez Patricio* ..... 241
9. LA DOBLE RACIONALIDAD DEL LENGUAJE PSICÓTICO  
*José Lázaro* ..... 275
10. SÍNTOMA - TRAUMA - PSICOSIS: ESTUDIO CONCEPTUAL  
*Patricia Villavicencio Carrillo, Carmen Valiente Ois, M<sup>a</sup> Dolores Cantero Martínez y Filiberto Fuentesbro de Diego* ..... 295
11. PSICOSIS AGUDAS: ANÁLISIS HISTÓRICO, CONCEPTUAL Y CLÍNICO  
*Rogelio Luque* ..... 319

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISBN: 84-95287-32-3

Depósito Legal: CO-680-2006

Detalle de la cubierta: Francisco Moreno Olmo

Impresión: Digital Asus S.L.

Distribución: La Torre Literaria

Responsables de la edición: A. Díez Patricio

# PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA ESPECIAL DE LAS PSICOSIS<sup>1</sup>

JORGE L. TIZÓN

1. Este trabajo está en deuda con los esfuerzos, resultados y reflexiones de equipo realizados dentro de dos Proyectos de Investigación: Por un lado, el Proyecto SASPE ("Señales de Alerta y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia en una población asistencialmente delimitada"), que obtuvo la beca de investigación 02E/99 de la Fundación Seny, tras evaluación de los proyectos concursantes a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya. En segundo lugar, el Proyecto LISMEN (Listado de ítems de Salud Mental en edad preescolar y escolar), que obtuvo una beca de investigación de la Fundación Marató TV3 (Ayuda 02/0133), tras concurso y evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva. Ambos proyectos de investigación comenzaron en la Unidad de Salud Mental Sant Martí-La Mina y continúan en el Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb Psicosis (EAPPP) del Institut Català de la Salut de Barcelona.

## 1. INTRODUCCIÓN

Para plantearnos el tema de forma mínimamente rigurosa hemos de partir de la premisa de que la definición de "psicosis" y la definición de "esquizofrenia" no son atribuibles al psicoanálisis. No hay una definición psicoanalítica de a qué podemos llamar psicosis y, menos aún, de qué podemos designar con el discutido término de "esquizofrenia". El psicoanálisis ha contribuido a ambas definiciones, pero en la medida en la cual se trata de conceptos psicopatológicos, propios de la psicopatología general, para evitar confusiones considero que es más útil aceptar las definiciones que, de dichos términos, propone esa psicopatología general clásica, habitual, hoy predominantemente "fenomenológica" (¿). Por supuesto que el psicoanálisis, como otras muchas disciplinas (Leff et al 1992), puede y debe matizar y discutir dichas delimitaciones. Sobre todo, puede procurar diferenciar las bases que en el funcionamiento mental y relacional dan lugar a tales formas de relación?

La segunda matización que me veo obligado a realizar de entrada, dada la peligrosa derivación de la psiquiatría hacia una mera "psicofarmacología abreviada para clínicos apresurados" que hoy estamos padeciendo, es la siguiente: en puridad, y tal como hoy están aún definidas, ni la psicosis ni el síndrome esquizofrénico pueden calificarse de "enfermedades". Primero, porque todas las psicopatologías y todas las clasificaciones serias siguen hablando de "trastornos", no de "enfermedades", lo cual teórica y epistemológicamente es sumamente diferente. Pero es que además, hoy en día habría que entender siempre las enfermedades, problemas (médicos) y trastornos (mentales) a nivel biopsicosocial, con la perspectiva teórica de los "factores de riesgo y protección" y con una epistemología constructivista. Algunas especialidades médicas como la psiquiatría, adecuadamente "teorectomizadas", son las únicas que persisten ancladas en perspectivas teóricas y epistemológicas ochocentistas, pero estamos aquí ante una cuestión de mercado, más que de teoría o de "medicina basada en pruebas" (Eisenberg 1995, 1999).

2. Esta matización se apoya en mi premisa para lo que ya Carlos Castilla escribía como *psico(pato)logía*: El objeto de la Psicología es la conducta humana dotada de significación (inter e intrapersonal) y el objeto de la psico(pato)logía (y la psiquiatría) es la conducta humana *anómala*. Cabe recordar, además, que el calificativo "anómala" remite, en último extremo a características interpersonales y contextuales y, por lo tanto, a la conducta como comunicación, como intercambio (Castilla 1978, 1980, Tizón 1978).

Salvo en esas especialidades "ateóricas" (¡qué barbaridad!) incluso las enfermedades más "biológicas" se entienden hoy en día a nivel biopsicosocial, es decir: son resultados de la acción de determinados "factores de riesgo" biológicos, psicológicos y/o sociales. Determinados divulgadores insisten cada vez más en la "idea" de que "si hay base biológica, si hay base genética *son enfermedades*", sin tener en cuenta la perspectiva mucho más compleja de que, en cualquier caso, incluso esos trastornos derivan de la acción de diversos factores de riesgo procedentes de diversos ámbitos de la realidad. Si predominan claramente los factores de riesgo biológicos, o incluso existen "factores etiológicos de tipo biológico" con gran peso, entonces sí que podríamos hablar de enfermedades, pero no si, simplemente, existen "bases o facilitaciones biológicas" para el fenómeno estudiado (en nuestro caso, "las psicosis y las esquizofrenias"). A menos que estemos dispuestos a entender como realidades "de facto" y no como tropos aquellas expresiones periodísticas de las "sociedades enfermas" y los "edificios enfermos". Bases bioquímicas para esos trastornos existen: ¿Son entonces "enfermedades"?

En esa coyuntura, epistemológica y teóricamente hoy compleja y controvertida, es donde intento situar mis aproximaciones a una psicopatología psicoanalítica especial de las psicosis. Parto pues de esos postulados: 1) Se trata de trastornos mentales o del comportamiento, no de enfermedades. 2) El síndrome no está definido por el psicoanálisis: el psicoanálisis contribuyó a estudiarlo y hoy, tal vez puede contribuir a comprender algunos de sus componentes. 3) De acuerdo con una perspectiva básica en la psico(pato)logía psicoanalítica, tanto general como especial, incluso en estos cuadros hay una continuidad entre la salud y el trastorno, entre la salud y la psicosis, al menos a algunos niveles. 4) En ese sentido, probablemente, lo que hoy llamamos "esquizofrenia", en el futuro podrá diferenciarse en diversos síndromes, trastornos y, tal vez, enfermedades. 5) Lo que hoy llamamos "psicosis" resulta sumamente confuso en la literatura, salvo si partimos de conceptos básicos en la psicopatología psicoanalítica general tales como "juicio de realidad" y "barrera diacrítica" (Castilla 1980, 1984): las psicosis se definen por la ruptura masiva de esa barrera diacrítica, por la caída del juicio de realidad y por la ruptura del *self* que conllevan en diversos grados.

Sin embargo, complejos problemas teóricos, de investigación y pragmáticos, hacen que la confusión con respecto al término "psicosis" siga siendo muy amplia: de esa forma, por ejemplo, por intereses tanto asistenciales como de la investigación empírica, a menudo vemos englobar nuevamente en ese grupo ("las psicosis") a las "psicosis maniaco-depresivas". Creíamos que habíamos podido delimitar adecuadamente las "psicosis delirantes" —y ahí los autores del DSM americano han jugado un importante papel— cuando las

separábamos de los "trastornos del estado de ánimo" y los trastornos bipolares, pero en la literatura empírica a menudo reaparecen complejos grupos engordados a base de todo: esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos límites de la personalidad, esquizotipia, "espectro esquizoide", depresiones mayores, trastornos bipolares... De esa forma, por ejemplo, cuando se habla de "detección y terapia precoz de las psicosis" a menudo no queda claro a qué se refieren los autores, incluso en el caso de los grupos de investigadores consagrados en este ámbito (cfr. por ejemplo, Edwards y McGorry, 2004; McGorry 2000 a, b).

## 2. PSICOANÁLISIS Y PSICOPATOLOGÍA

Plantearse estas reflexiones a partir de la clínica y sus enfoques y enfoques, es (también) una forma de reivindicar el valor teórico, hermenéutico y heurístico de la *psicopatología especial del psicoanálisis*. En efecto, la *psicopatología psicoanalítica general* hoy puede decirse que está ampliamente admitida y difundida, ya no sólo entre las diversas corrientes del psicoanálisis, sino incluso en disciplinas más o menos afines o alejadas: se recurre a los mecanismos de defensa y a los diversos tipos de ansiedades, posiciones y fases para explicar cuadros psiquiátricos, psicopatología, medicina psicosomática, psicología clínica, psicología social, antropología... (McKinnon y Michels, 1971; Kaplan et al, 1994; Freixas, 1997; Gabbard, 2002; Bofill y Tizón, 1994, Tizón, 1978, 1995, 1997, 2004.). Ansiedades y defensas, posiciones y fases, con variaciones entre las diversas corrientes, escuelas o programas de investigación, han sido aceptadas como bases explicativas de una parte de la psicopatología, la psicología clínica, la psiquiatría dinámica, etc. Aunque a menudo, con una frecuencia y no del todo justificable forma de "diferenciarse del psicoanálisis", algunas de las orientaciones teóricas que han recogido esas aportaciones, se empeñen en cambiar los términos y, en algunos casos, "desleír" los conceptos, algo sobre lo que ya había advertido a los autores cognitivistas hace años Erdelyi (1987) aunque, al parecer, sin demasiado éxito.

Ahora bien: si bien parece claro que existe esa "psicopatología psicoanalítica general", se admitan o no sus aportaciones, ¿existe una *psicopatología especial del psicoanálisis*? El psicoanálisis ¿puede proponer su propia agrupación sindrómica de cuadros, relaciones de objeto, modelos, patrones o pautas de relación (psicopatológica)? ¿Posee o puede poseer una serie de "estructuras teóricas" en las que agrupar o fundamentar su psicopatología? Porque tales estructuras teóricas —junto con los "modelos" de conflicto y génesis— deberían constituir el bloque o elemento central de la psicopatología especial del psicoanálisis.

Hemos de recordar que Freud inauguró esta perspectiva tanto como, en buena parte, la perspectiva de la psicopatología (general) moderna (Freud 1985, 1911, 1914, 1923). Su diferenciación entre "neurosis de transferencia" y "neurosis narcisistas" (psicosis) supuso no sólo una descollante aportación a la psicopatología general, sino el pilar fundamental de la psicopatología psicoanalítica especial, que luego iban a desarrollar Fenichel, Ferenczi, Federn, Abraham, Bleuler, Klein, Reich, Bellak, etc. Modernamente, esa diferenciación bipartita ha sido enriquecida con el "funcionamiento" u "organización" *fronte-riza* o "borderline", que parecería constituirse así en la tercera gran estructura o patrón psicopatológico desde la perspectiva psicoanalítica, aunque, desde luego, sus componentes e incluso su descripción poseen numerosos puntos oscuros, difusos, de desacuerdo entre diferentes autores y corrientes... (Kernberg, 1975, 1994; Hernández, 1991; Moser, 1997; Grinberg, 1997; Tizón, 1973; Fonagy et al, 1990, 1996, 2001; Diamant, 1997; Bucci 1997) (Tabla 1).

Ahora bien: una vez delimitados esos tres tipos de funcionamiento psicodinámicos en psicopatología ¿se acaba ahí la perspectiva psicopatológica del psicoanálisis? Como consecuencia, ¿esa vertiente psicopatológica del psicoanálisis ha de reducirse a la aplicación de los elementos de su psicopatología general (ansiedades, defensas, posiciones, fases...) para explicar la psicopatología clínica y la psiquiatría? ¿El modelo de la psicopatología psicoanalítica es aquel que recoge los diversos cuadros psiquiátricos tal como son definidos por las clasificaciones al uso (OMS, 1992 o APA, 1995) e intenta explicarlos con las herramientas y modelos del psicoanálisis concreto, como por ejemplo, en Gabbard (2002)? ¿O existe la posibilidad de fundar una psicopatología especial del psicoanálisis? Y en caso de responder afirmativamente a esta cuestión ¿sobre qué base? ¿Cómo lo hace Horowitz (1984, 1991), sobre la base de la vulnerabilidad del self, considerando pues como estructuras fundamentales aquéllas definidas por esos modelos de self que él cataloga como "normalidad", neurosis, self-narcisistamente-vulnerables, borderlines y fragmentados? ¿Sobre la base de los *modelos comunicacionales* de Liberman (1976)? ¿O bien, siguiendo una línea teórica fundamental en el psicoanálisis contemporáneo, sobre los *patrones, estructuras, modelos o pautas de relación de objeto* considerados como estructuras teóricas?

Mi respuesta a la pregunta básica es afirmativa: el psicoanálisis debería intentar construir (o desarrollar) su propia psicopatología especial. Cuenta, para ello, con más de un siglo de trabajos, observaciones, estudios clínicos, incluso estudios estadístico-correlacionales... Y creo que esa psicopatología especial psicoanalítica posee no sólo un valor teórico, sino también un valor pragmático, al permitir recuperar y utilizar ímprobos esfuerzos de miles de clínicos cuidadosos y de decenas de sistematizadores honestos. Pero además y ante todo, ese intento posee un descollante valor o utilidad técnica y clínica.

En efecto: partiendo de esa respuesta afirmativa a la cuestión más general, hoy pienso que la posibilidad de fundar una psicopatología psicoanalítica especial sobre diversas organizaciones, patrones, estructuras o modelos de relación (de objeto) posee la ventaja de que, si definimos una serie de características de esas diversas estructuras relacionales, podremos seguir su evolución en cada paciente, en diferentes momentos de cada paciente... e incluso en cada sesión. Desde esta perspectiva, no existirán pacientes "alexítmicos", "obsesivo-controladores" o "paranoides" como bloques, sino seres humanos en cuyos diferentes momentos vitales dominan una u otra forma de relación (de objeto). Que puede que en algunos de ellos predominen las pautas o modelos "fóbicos" o "paranoides", pero que no por eso dejarán de reaccionar interna y externamente en otros momentos según estructuras de relación del tipo obsesivo-controlador, o se desequilibrarán en una funcionamiento borderline, o se defenderán con relaciones perversas y/o adictas... La ventaja de esta perspectiva, aparte de que tal vez proporcione una base teórica a la psicopatología del psicoanálisis, es que, como decía, puede usarse para atender los diversos aspectos de cada paciente en cada sesión: es diferente interpretar la agresividad a un paciente que está viviendo la misma en una forma incontinente (evacuatoria) que a un paciente cuya relación con nosotros en esos momentos es paranoide o melancólica... Lo que en el último caso puede resultar acertado, sería tal vez un grave error transferencial y contratransferencialmente sobredeterminado en los otros dos modos, organizaciones o estructuras de relación.

Se trata pues de una perspectiva dimensional radical. Implica que habría que definir ese conjunto o serie de *estructuras psico(pato)lógicas de la relación fundamentales* desde el punto de vista del psicoanálisis. Al menos, cada una de esas nueve estructuras de relación fundamentales que esquematizo en la tabla 2 y de los momentos de desequilibrio entre ellas (el funcionamiento *borderline*, *fronterizo* o "liminar"). Cada una de ellas, según mi perspectiva actual, debería describirse al menos con los siguientes componentes o factores: en la relación clínico-fenomenológica, en la relación interna, en la genética psicodinámica y en el tratamiento psicoanalítico.

Es decir: podríamos considerar una estructura u organización de la relación suficientemente diferenciada y definida si pudiéramos defender para la misma unas formas de presentarse en la vida social, en la entrevista y en las clasificaciones psiquiátricas al uso, demostrando unos modelos de relaciones externas identificables (*Factor A* o de "*Relaciones externas*"). Por otra parte, el *Factor B* de cada patrón o estructura psico(pato)lógica estaría definido por sus *relaciones con el cuerpo y el sí-mismo corporal* (de tan gran importancia para la asistencia moderna), por el balance introyección/proyección y las formas del mismo, por la combinatoria e interjuego de las pulsiones y motivaciones

fundamentales, por una organización particular del Yo y las defensas (y, por lo tanto, del *Self*), así como por una constelación particular de objetos internos y relaciones entre los mismos. El *Factor C* debería estar compuesto por una explicación coherente, fundamentada y suficientemente discriminativa de la *psicogenética* de esa pauta o estructura relacional, siempre interna-externa: tanto en el mundo interno como en el mundo externo y tanto en la infancia como en la relación del aquí y ahora: ¿qué es lo que desencadena, pone en marcha, consolida o hace eclipsarse cada modelo de relación en los acontecimientos vitales? Lo cual implica un *Factor D*, también diferencial para cada estructura: ¿Cómo se comporta ese tipo de organización, vale decir, los pacientes dominados por la misma, en el tratamiento psicoanalítico, en la relación psicoanalítica? ¿A qué tipos de transferencia suele dar lugar? Consecuentemente: ¿qué cuidados y normas técnicas específicas adoptar cuando predomina ese modelo o estructura relacional?

La tabla 3 muestra un resumen de los factores o apartados fundamentales en cada organización o estructura de la relación (interna y externa). El *punto de vista dinámico* clásico juega todavía un claro papel en esta perspectiva: junto a esos conflictos y formas de relación "dominantes", siempre existen otros "dominados". Cuando hablamos de una organización o estructura de la relación (de objeto), simplemente describimos una tendencia a reaccionar con determinadas pautas relacionales en el mundo interno del sujeto y en sus relaciones externas. Ahora bien: siempre, junto a esas relaciones de objeto dominantes, existieron y existen otras relaciones (de objeto) o pautas dominadas o secundarias... En el paciente esquizofrénico, tras el episodio agudo, es fácil observar muestras de otras organizaciones relacionales: paranoide, fóbico-evitativa, adicta, perversa, funcionamientos límites, etc. Parafraseando a Freud diríamos que, en el paciente esquizofrénico no deteriorado por la evolución intrínseca del trastorno o por tratamientos biológicos y/o invasivos, solemos encontrar tres/ cuatro tipos de fenómenos: los que tienen que ver con la ruptura psicótica (los resultados del fracaso agudo del *self*), y los intentos de restitución de la misma, los que tienen que ver con la *organización simbiótico-adhesiva* y los que tienen que ver con la *organización paranoide*. A un nivel secundario aparecen fragmentos de otras organizaciones relacionales tales como la fóbico-evitativa, la adicta, la perversa, frecuentes momentos de "funcionamientos límites", etc.

He intentado aplicar esta perspectiva de la psicopatología a la sistematización de los conocimientos psicoanalíticos sobre los diversos tipos de organización de la relación que aparecen en la tabla 2 y la tabla 3<sup>3</sup>. Me he aproximado

3. A pesar de que vengo realizando seminarios sobre el tema desde hace unos veinte años, para la formación de psicoanalistas, sólo he podido publicar algunos trabajos sobre esa perspectiva (Tizón, 1998, 1999, 2000, 2003, 2004.)

a las psicopatología de las psicosis con mi trabajo sobre la relación paranoide (2003): el ser humano dominado por tal tipo de organización relacional ("*el patrón suspicaz*" de Millon, 1994) puede presentarse y vivirse a sí mismo como un "sufrido y sacrificado ser humano" que siente que "*así es la gente*". En la medida en la cual la *desconfianza básica* le domina, no acude voluntariamente al tratamiento, sino que *le traen, le obligan...* a menos que esté sufriendo importantes crisis de ansiedad o trastornos disímicos por problemas relacionales de los cuales pueda culpar a los demás. Y, a pesar de ello, intenta dar la impresión de capacidad e independencia. Mas, como suele sentirse dañado y perseguido, por eso es un *justiciero*, que exhibe sus cualidades morales por contra de la inmoralidad que le rodea. Como explican Millon y Everly (1994) o Millon y Davis (1999) desde el *paradigma cognitivo de la psicopatología especial*, en la conducta instrumental es fundamentalmente pasivo y en cuanto a la fuente que le refuerza, hacia la que se orienta, se muestra o independiente o profundamente ambivalente.

Ese tipo de paciente, en la medida en la cual la conciencia de sus propios conflictos agresivos es mínima, se presenta a menudo como un coleccionista de injusticias y normas (rígidamente seguidas). En los aspectos emocionales de la relación tiende a verse dominado por la vergüenza y la humillación --como todos nosotros, cuando entramos en organización paranoide. Sin embargo, como decía, a menos que la organización se halle estabilizada en un trastorno paranoide de la personalidad o mediante una delusión paranoide, la entrada en *organización paranoide* conlleva un aumento de la ansiedad, facilitando frecuentemente diagnósticos "ateóricos" (y bastante inútiles) tales como el de "trastorno por ansiedad generalizada". Hay que tenerlo siempre en cuenta, pues a menudo tal ansiedad (persecutoria) está aparentemente controlada por la proyección. Se trata de intentar la instilación en los otros (objetos internos e incluso externos) de la desconfianza y el odio: es muy importante *lograr meter sus perseguidores en los demás*, objetivo consciente e inconsciente que, si se consigue, a menudo le hace sentir una emoción hipomaniaca de *triumfo*.

Pero tanto por su dedicación al control y a evitar ser controlado, como por ese triunfo maniaco que no puede dejar de exhibir, la organización paranoide provoca la reacción de los demás. Así, los sujetos más paranoides suele acabar por ser perseguidos en la realidad, con lo cual se cierra el *circulo paranoide*. Se trata de un bucle que posee una gran estabilidad relacional, como bien ilustran los pacientes celotípicos y, en el ámbito artístico, por ejemplo, dramatizó William Shakespeare en su *Otelo* o Peter Weiss con el personaje de Marat (médico y revolucionario) en *Persecución y asesinato de Jean-Paul Marat* (P. Weiss, 1964).

Si intentamos seguir las líneas básicas de esta psicopatología psicoanalítica descriptiva, lo "límite", "fronterizo" o "liminar" se presenta como una anomalía, una disrupción en esa clasificación (y en casi todas). Pero, desde el punto de vista psicoanalítico tal vez no exista tal ruptura: tal vez es en este grupo "nosológico" donde puede hacerse imprescindible partir de la premisa básica en psicopatología psicoanalítica, la permisividad del carácter continuo y dimensional de la psico(pato)logía. En ese sentido, tal vez lo fronterizo o "límite" ha de ser entendido no como una estructura, sino como una falta de estructura, un momento en el cual el funcionamiento mental y relacional pierde sus patrones "neuróticos" o "normales" habituales, sin llegar por ello a resultar dominado por las ansiedades confusionales "primitivas" y el modo de relación simbiótico-adhesivo. Son pacientes o, mejor aún, momentos de la vida mental y relacional humana, en los cuales reaccionamos con esa pérdida pasajera del juicio de realidad, del control de los impulsos, con la confusión sujeto-objeto, etc., sin que sea esa la pauta fundamental de reacción de esa persona --o incluso de esa persona en esa posición. Se trata, por tanto, de momentos de desestructuración, no de una estructura psicopatológica, aunque su dominancia en ciertos sujetos pueda permitirnos postular el "patrón de personalidad límite". Pero desde el tema que hoy me propongo examinar -- la psicopatología psicoanalítica de las psicosis-- el funcionamiento "fronterizo" supone momentos de desestructuración que hacen aflorar los signos y conflictos de *rupturas psicóticas* y *ansiedades catastróficas* y de una forma de relación sí estructural y, desde luego, más primitiva: la forma de *relación simbiótico-adhesiva*, que para mí es la base de la *organización relacional psicótica* (Tizón 2000b).

### 3. APORTACIONES A UNA PSICO(PATO)LOGÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS PSICOSIS DESDE EL VÉRTICE PSICOANALÍTICO

*Yo nací en la cara mala.*

*Llevo la marca del lado oscuro.*

( "Jarabe de Palo", 1997)

Dada la brevedad de este texto, en las líneas que siguen forzadamente hemos de realizar afirmaciones que, seguramente, han de sonar a esquemáticas. Pero no sólo se trata de limitaciones de espacio. También parto de entrada de limitaciones autoimpuestas, pues gran parte de lo que les comunico a continuación se halla fundamentado en el aprendizaje de mis maestros, en mi experiencia clínica y en mis inmersiones en la bibliografía (no sólo psicoanalítica): le falta,

a mi entender, una fundamentación suficiente desde el punto de vista de la investigación empírica, empresa en la que me hallo inmerso actualmente, si bien opino que estamos lejos de poder proporcionar comprobaciones o refutaciones claras de mucho de lo que voy a decirles<sup>4</sup>.

Las perspectivas psicoanalíticas actuales de las psicosis creo que pueden englobarse dentro de tres grupos generales: según la primera, la perspectiva que llamo "energética", las psicosis están producidas por "una retirada de la libido del mundo externo" (Freud, 1914). Esta perspectiva hoy creo que posee sobre todo un valor histórico, pero no pragmático ni teórico. La segunda perspectiva es la perspectiva estructural: las psicosis estarían producidas por una pérdida de las capacidades yoicas. Freud (1914, 1923) mismo proporcionó elementos para esas dos primeras perspectivas, elementos que fueron recogidos y ampliados por Jung, Bellak, Abraham, etc. La tercera perspectiva, sería la perspectiva o modelo basado en la *teoría de las relaciones objetales*. Es la perspectiva de Klein, Fairbairn, Rosenfeld, Bion, Meltzer.... Pero a todas ellas habría que añadirles una cuarta perspectiva, que da lugar a una serie de modelos psicoanalíticos contemporáneos de la psicosis y "las esquizofrenias": Es la perspectiva basada en la psico(pato)logía y el psicoanálisis del desarrollo: Freeman, Searles, Emde, Steiner, Fonagy, Volkan, Lucas, Jackson, Koehler, Gottdiener...

Algunos de los autores e investigadores de las dos últimas perspectivas o grupos de modelos han intentado evitar el doble escotoma frecuente en otras visiones psicoanalíticas de las psicosis: el escotoma acerca de los datos neurológicos (una negación que nunca postularon por ejemplo Freud, Federn, Bellak, Freeman...) y el escotoma acerca de los datos sociales y sociológicos (y, con ellos, acerca de los tratamientos comunitarios, el trabajo de equipo y las terapias combinadas: algo que sí tuvieron muy en cuenta algunos psicoanalistas iniciales como Adler, Feder, Reich, etc.).

Sin embargo, las contribuciones psicoanalíticas basadas en los dos últimos modelos o grupos de modelos, creo que podrían integrarse perfectamente por ejemplo con la *hipótesis de la vulnerabilidad-estrés* (Weinberger et al. 1992; Frith 1992): así, los "síntomas en positivo", desde un punto de vista relacional podrían corresponder con la "ruptura psicótica propiamente dicha", con la ruptura del self y las relaciones propias de cada episodio, típicas de la irrupción de ansiedades confusionales y paranoides inelaborables. De ahí sus componentes de des-organización neurocognitiva y emocional patológicas, que también se deben, probablemente, a intentos bizarros de restitución. Los "síntomas en ne-

4. Me refiero a los trabajos de investigación del Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Síntomas Prodromicos de la Esquizofrenia en una población asistencialmente delimitada), y del Proyecto LISMEN (Listado de Ítems de Salud Mental en edad Preescolar y Escolar), de los cuales he hablado ya en la introducción.



gativo" por el contrario, tal vez correspondan sobre todo a intentos defensivos y restitutorios de una estructura personal, de un *self* y de unas capacidades de procesamiento emocional muy al límite, a punto de resultar inundadas por el sufrimiento extremo, y que se refugian por tanto en la "desafrentización" y la "desmentalización". De ahí el progresivo agostamiento tanto emocional-relacional como cognitivo del sujeto, reforzados por los componentes neurológicos del cuadro, previos o desarrollados con él (Andreasen, 2002; Koehler, 2003). Eso es lo que estructura el componente básico de la psicosis desde el punto de vista psicoanalítico: lo "en negativo", la retirada, la *organización relacional simbiótico-adhesiva*, muy marcada por un "*self infantil*" según unos, o por un "*self roto y patológico*", según otros. En este modelo relacional, del que ya existían anuncios antes del primer episodio y que se hace manifiesto en los pródomos, existen partes de la personalidad y las relaciones conservadas. Y precisamente porque se trata de un modelo de relación, emocional y neurológicamente fundamentado, es la parte más resistente a cualquier tipo de tratamiento.

Si la psicosis, y en particular las hoy llamadas "esquizofrenias", comportan esos dos elementos (ruptura del *self* y dominancia de la relación simbiótico-adhesiva), eso nos obliga matizar desde tal perspectiva su etiología o, al menos, su etiopatogenia. ¿Cuál es pues, desde esta perspectiva psicoanalítica, su etiopatogenia? Volvemos a encontrar tres tipos de modelos psicoanalíticos. :

- a) Es una defensa contra conflictos, según el modelo psicoanalítico de la neurosis, más o menos reformado según los diversos autores.
- b) Se trata de un trastorno neurológico que conlleva una ruptura del *self*, de la estructura de la personalidad y, por ello, se dan unas defensas secundarias del tipo de las que Melanie Klein llamó "defensas psicóticas" (1945, 1946). Se trata de una aproximación coincidente con el axioma mantenido por la psiquiatría biológica contemporánea, para la cual, la *esquizofrenia "es una enfermedad del cerebro genéticamente determinada"* y las defensas psicodinámicas son secundarias. Michels (2003) parece mantener últimamente posturas de este tipo.

- c) Es el resultado de conflictos en la psicología del desarrollo inelaborables, y que, por lo tanto, pueden dar lugar a: 1) trastornos neurológicos en el neurodesarrollo del tipo de los frecuentemente descritos como consecutivos a los efectos neurometabólicos del sufrimiento mental extremo (Koehler, 2003); y 2), al tiempo, a unas defensas y una psicodinamia características (Jackson, 2001; Lucas, 2003; Tizón, 2000b). Pero el origen de esos conflictos inelaborables en el desarrollo no tiene por qué ser únicamente psicológico, individual o familiar: anomalías en la citoarquitectónica cerebral durante el embarazo o en épocas posteriores, noxas biológicas, conflictos familiares extremos, desestructuración

social, hambrunas, catástrofes, etc (Alanen, 1997; Eisenberg, 1995, 1999, USDH, 1999; Artigue et al, 2004) pueden poner en marcha esa dificultad para el procesamiento emocional y cognitivo que está en la base del desarrollo patológico que llamamos esquizofrenia o "ruptura psicótica postpuberal". Pero siempre, según esta hipótesis, sobre la base de los aspectos infantiles de la personalidad ya dañados previamente (el *self psicótico infantil*).

Cuando el niño se desarrolla con esa estructura mental ya dañada previamente (el *self psicótico infantil* o el *self infantil patológico*) su evolución futura depende de qué va a ocurrir con esos elementos alterados. En general, podemos observar tres tipos de evoluciones:

1. El *self patológico infantil* resulta encapsulado por un *self* más sano con cierta eficacia. Se dan momentos de desequilibrio pero éstos no acaban de causar la "ruptura psicótica" del *self* y de la personalidad. Estos sujetos pueden incluso padecer *trastornos psicóticos breves* en su desarrollo como *TLP* o *sujetos con "funcionamiento fronterizo"*.
2. El *self patológico infantil* resulta parcial e ineficazmente encapsulado, pero queda absorbido por un *self* más sano. El sujeto puede desarrollarse con cierta "normalidad relacional" pero, a medio y largo plazo, esa "personalidad psicótica" tiende a dar lugar a los trastornos delirantes, a la *delusión crónica*.
3. La tercera posibilidad evolutiva consiste en que esa personalidad vulnerable, con un *self* fragmentado o incoherente, puede resultar incapaz para procesar los avatares biopsicosociales de la adolescencia (incluida la apoptosis neuronal masiva): el *self* u organización de la personalidad más sano pasa a ser reemplazado por el más enfermo. La crisis, sólo muy parcialmente compensada, deviene en ruptura y en predominio de lo simbiótico-adhesivo: es la situación a la que llamamos "*esquizofrenia*".

Así pues, el complejo cuadro psicopatológico que llamamos "esquizofrenia" o, más en general, las psicosis pospuberales pueden entenderse como un resultado sindrómico (el *síndrome psicótico*) provocado por:

1. Conflictos tempranos inelaborables, por ejemplo, a consecuencia de la persistencia de afectos negativos insoportables (ira, asco, temor, confusión, depresión anaclítica...).
2. Regresiones ya en los primeros años de la vida ante un trauma reiterado o un conflicto grave inelaborable (incesto, abandono, privación o deprivación afectiva, trastornos de la vinculación...), o bien ante un nuevo incremento inelaborable de esos afectos o emociones negativos.

3. Causas biológicas que hacen insostenible el procesamiento integrado de las emociones relacionales de la vida cotidiana: el síndrome psicótico puede aparecer también ante vulnerabilidades tal vez genéticamente determinadas, ante abusos de drogas o substancias, o ante enfermedades metabólicas o de otro tipo.

4. Causas sociales que dan lugar a situaciones del tipo 1 a 3.

En puridad, las situaciones 1, 2 y 4 no suelen dar lugar directamente al síndrome psicótico, sino a una *vulnerabilidad biopsicosocial*: desde la perspectiva psicoanalítica, el *self psicótico infantil* nunca se halla totalmente encapsulado en estas personas vulnerables. Por eso da lugar a lo que algunos han llamado “*personalidad psicótica*” o *esquizotípica*: ya de niños o púberes hay amplias zonas “secretas” de la vida, confusiones bizarras sujeto-objeto, temores paranoides extremos o mantenidos, defensas obsesivoideas, actos sexuales y agresivos bizarros, defensas primitivas... El derrumbe en la adolescencia o postadolescencia de esa precaria estructura es lo que da lugar a “*las esquizofrenias*”. El derrumbe, las regresiones profundas o la imposibilidad de organización mínima pre-puberal, es lo que da lugar a los *trastornos generalizados del desarrollo*. En cualquier caso, se trata de evoluciones en las cuales la organización y las defensas “pre-psicóticas” son incapaces de contener las presiones pulsionales y los duelos y conflictos biopsicosociales de la adolescencia, dada la vulnerabilidad biológica o psicológica previa.

Así, la organización de la identidad y, globalmente, de la personalidad del sujeto que va a desarrollar el trastorno psicótico, el *self psicótico adulto*, estará formado por lo que Volkan (1995) llama el “*self psicótico infantil*”, más las partes sanas de la personalidad infantil, más los sedimentos emotivo-cognitivos de las relaciones objetales (ansiedades, defensas y fantasías vinculadas con las relaciones) propias de otros momentos posteriores del desarrollo psicológico. Se trata de una organización de la personalidad caracterizada por alteraciones en las funciones introyectivas / proyectivas, alteraciones en el procesamiento emocional y alteraciones en la *meta-representación* y la *meta-meta-representación* (Fonagy et al, 1990, 1996, 2001). En ese sentido, desde el punto de vista de la *psicogénesis en la relación externa*, en el *mundo externo* (tabla 3), hoy se sabe que en la infancia de los futuros esquizofrénicos aparecen frecuentemente episodios que podrían caracterizarse como trastornos mentales claros: trastornos negativistas, trastornos por falta de control de los impulsos, síndromes hiperactivos, trastornos de la vinculación, trastornos fóbicos graves, trastornos obsesivos y trastornos por ansiedad excesiva mal contenidos, trastornos disímicos... Como resultado de alteraciones primarias o secundarias del grupo familiar (también secundarias a la baja reactividad emocional del propio niño,

por ejemplo), el hijo crece en un ambiente de privación emocional tal que no puede superar el conflicto *simbiosis / individuación*. En consecuencia, hay importantes contradicciones y disociaciones en su *self* (también secundarias, pero tal vez primarias, biológicamente determinadas) entre partes o capacidades del yo integradas y partes narcisistas omnipotentes y perseguidas. Si los aportes y capacidades cognitivas y socioculturales son suficientes, el resultado es una oscilación entre la *seudoindependencia* y la *seudodependencia*.

Todo lo anterior ya no se basa tan sólo en estudios clínico-psicoanalíticos con pacientes, estudios cuya validez para la investigación hay que seguir reivindicando pues, si se garantiza una cierta honestidad, objetividad, capacidades clínicas y actitud en el encuadre influenciada por las técnicas observacionales, pueden continuar proporcionando interesantes puntos de partida: no olvidemos que se basan en decenas o centenares de observaciones longitudinales y, en cierta forma, prospectivas, con grupos cada vez más numerosos de pacientes. Pero también existe un corpus de estudios empíricos al respecto, en crecimiento exponencial. En nuestro Proyecto LISMEN hemos revisado dicho corpus y nuestras propias investigaciones nos han llevado a estudios muestrales como el que resumimos en la tabla 4, tomada de Artigue et al (2004). Esos resultados provisionales son, para nosotros, demostrativos o, al menos, ilustrativos. Por ejemplo, cuando muestran las alteraciones ya observadas por la familia o por clínicos, que no sabían nada de la investigación que se iba a realizar varios años después, en el caso de los niños con *trastornos generalizados del desarrollo* o “psicosis infantil”: La inmensa mayoría posee numerosos factores de riesgo y señales de alarma en la primera y segunda infancia. Pero es que también entre los psicóticos adultos, entre los esquizofrénicos, encontramos que, muchos años antes, en su historia de SM o de APS, aparecen con frecuencia antecedentes del tipo de “funciones maternas y paternas empobrecidas”, “padres con antecedentes de psicopatología”, “dificultades escolares” y “fracaso escolar”, “retraimiento en la relación”, “niño calificado de raro”, “problemas frecuentes en los hábitos básicos”, “crisis de excitación”, “rabiets y enfados frecuentes”, “empobrecimiento relacional” y “disminución de las capacidades sociales”, “ideas raras”...

Bion (1958, 1962, 1970) había teorizado los aconteceres de los que venimos hablando con su particular lenguaje y conceptos: Así, siguiendo en su línea, llamaríamos *elementos beta* a las “*partículas senso-perceptivas mnésicas elementales no integradas*”. Esos componentes fundamentales de la memoria semántica, profundamente inconscientes, provienen de la sensorialidad y, a través de la sensorialidad-visceralidad, de las experiencias emocionales no integradas (terror y abandono primitivos, soledades sin objeto...). Para Bion y para todo el psicoanálisis postkleiniano actual, la emoción es un elemento

fundamental de la mente humana (y animal), en el sentido de que es el *agente configurador* del significado de la vivencia (Izard et al, 1979; Hartocollis y Lester 1982; Kennedy, 1992; Kernberg, 1994b; Sadock y Sadock 2003). Por supuesto, las emociones y los sentimientos son uno de los elementos fundamentales de cada una de las dos (¿o tres?) *posiciones* básicas para la relación que describió Melanie Klein (1946) (Tizón 1995, 2000b; Carstairs, 1992). Si a lo largo del desarrollo primitivo existe una *contención* suficiente (unas capacidades mentales, biológicas y microsociales suficientes) los *elementos beta* pueden configurarse como *elementos alfa*, es decir, huellas mnésicas de la memoria semántica del individuo integrables en el conjunto de significaciones al que llamamos “mente”, simbolizables: la matriz de lo inconsciente, de los sueños, de la fantasía, de los sentimientos, de los pensamientos... Pero para una elaboración *suficiente* de los *elementos beta* en *elementos alfa*, se necesita que en las relaciones y el medio tanto interno como microsocial del bebé y el niño, predominen las *funciones emocionales* que facilitan la *introyección* (*amor-vinculación, esperanza, confianza y contención*) sobre las *funciones emocionales proyectivas* (*odio, desesperanza, desconfianza, incontinencia*), que facilitan la proyección y, por lo tanto, dificultan la integración. La capacidad de integrarse mentalmente, la *capacidad de pensar* de Bion y Meltzer (1975, 1990) depende directamente de ese *balance alfa-beta, introyección / proyección* a lo largo del desarrollo.

En ese escenario de vulnerabilidad es donde determinadas contingencias personales (bio-psico-sociales) pueden producir un aumento de las ansiedades catastróficas tan importante en la estructura mental incipiente del bebé y el niño que, tanto a nivel bioquímico, como neural, como “mental”, se altere gravemente la integración de las emociones producidas por las percepciones y sensaciones de la relación con el mundo y con “los otros” primitivos. Así, los *elementos beta* predominarán sobre los *elementos alfa*, formando la base de un desarrollo sumamente vulnerable, inseguro. Retroactivamente, pueden favorecer el aumento de las *ansiedades* y el *sufrimiento mental catastrófico* (ansiedades confusiones primitivas y/o persecutorias extremas). La estructuración mental queda secundariamente dañada porque las que antes hemos llamado *funciones emocionales proyectivas* adquieren máxima relevancia para liberarse del sufrimiento insostenible. Esa tendencia proyectiva, no integrativa, en sí misma favorece el predominio de los *elementos beta* sobre los *elementos alfa*. Por eso, la capacidad de mentalizar, la *capacidad de pensar* de Bion y Meltzer, se relaciona con la integración de esas partículas de la memoria semántica en la mente, con su elaboración y, proactivamente, con la salud (mental).

#### 4. INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA ESPECIAL DE LAS PSICOSIS.

Antes decía que si algo nuevo puede aportar el psicoanálisis a la psicopatología actual de las psicosis es la caracterización de la importancia teórica y pragmático-asistencial de la *relación simbiótico-adhesiva*. La relación simbiótico-adhesiva es especialmente visible, si seguimos parcialmente la terminología de Conrad (1958) o derivada de él, en la *esquizoidia*, o disfunciones de la personalidad previas, en el *trema* y la fase *prodrómica*, en la personalidad post-crisis y en el “*deterioro*” o “*esquizofrenia defectual*”.

Desde esta perspectiva, la *relación simbiótico-adhesiva* no es tan sólo el “*paisaje después de la batalla*” sino una *organización o estructura global* para la relación que también aparece en ciertos síndromes neurológicos graves, en otros síndromes psicóticos, por drogas o por enfermedad médica, en el post-autismo y los trastornos multisistémicos y generalizados del desarrollo en la infancia, en algunos comas y pre-comas, en ciertos momentos de la vida cotidiana (alucinaciones catafímicas, estados hipnagógicos e hipnopómicos, estados de ansiedad catastrófica...).

Como antes decía, por múltiples razones, y no sólo de espacio, no puedo desarrollar aquí el esquema de la psicopatología psicoanalítica especial de la relación simbiótico-adhesiva que aparece en la tabla 3. Lo he intentado más ampliamente en el pasado y en un trabajo de próxima aparición (Tizón 200b, 2006, en prensa). Pero, para dar una idea del tipo de esfuerzo que ello implica, incluiré aquí aproximaciones al análisis de alguno de los factores o componentes de este modelo relacional.

Por ejemplo, en el sujeto afectado por la psicosis, observando su lenguaje y actitud podemos inferir su dificultad para dejarse guiar por la lógica formal en amplios sectores de la cognición: el pensamiento se halla dominado por las *fantasías inconscientes básicas* (Tizón 1995, 1999, 2000b) de *desconfianza* y *desesperanza*, una de las causas de las numerosas actividades autodestructivas del psicótico. Otras características de su pensamiento son las *confusiones primarias y secundarias*, que le llevan a la circunstancialidad, prolijidad, descontextualización, desafectivización del lenguaje, al “lenguaje tangencial”, a las frecuentes incoherencias con asociaciones bizarras... A menudo podemos observar en tal pensamiento lo que Segal (1986) llamó *ecuaciones simbólicas* y yo prefiero designar como *equivalencias pseudosimbólicas*, una de las facilidades de su afición a los temas “abstractos” de persecución, religión, filosofía, parapsicología, misticismo... La investigación actual tiende a poner cada día más en relación este fenómeno con los déficits neurocognitivos del esquizofrénico.

En mi perspectiva de la *psicopatología psicoanalítica especial*, el segundo apartado del estudio de una organización o estructura relacional ha de ser el *mundo de los objetos externos o realidad externa* (Tabla 3). En la ruptura esquizofrénica, los objetos externos fundamentales suelen poseer una serie de características descolantes: por ejemplo, lejos de la primitiva y marginadora idea de las *madres esquizofrenógenas*, tendríamos que hablar de unas *triangulaciones originarias* desbordadas y desbordantes de ansiedad. Y desbordadas por ansiedades no contenidas: tal vez porque, ya desde el nacimiento, el bebé o el niño han mostrado microdificultades relacionales y evolutivas difíciles de procesar por parte de esas madres (o, mejor dicho, por parte de esas triangulaciones originarias) en esos momentos de sus propias vidas. Entre otras causas, por defectos o dificultades en las *capacidades de contención* por parte del padre, del tercero: los dos tipos de padres de esquizofrénicos que he visto más frecuentemente en mi experiencia clínica han sido el *padre "objeto volante no identificado"* (o *padre OVNÍ*) y el *padre psicopatológicamente narcisista* (como el padre de Schreber o el de David Helfgott).

Como resultado, las *funciones emocionales introyectivas* de la familia y la diada (Meltzer y Harris, 1989) están casi anuladas: no hay contención, amor, esperanza y confianza verdaderos, sino enormes impedimentos para el desarrollo y la integración de la mente en un mundo lleno de incongruencias, dobles vínculos, seudomutualidad, escisiones... Los déficits en las funciones emocionales introyectivas, sustentados o no en bases biológicas cerebrales, serán uno de los fundamentos de la falta de integración del *self*-estructura y de la personalidad (a diferencia de la *organización relacional paranoide*, que logra una mucha mayor integración). La seudointimidad familiar se protege a veces con complejas técnicas: por ejemplo, provocando culpabilidad en el Otro (culpabilidad que, casi siempre, se trata de una culpabilidad persecutoria, no reparatoria). El resultado más frecuente es una simbiosis familiar, generalmente madre-paciente, bien visible. De ahí que se hagan patentes numerosos fenómenos ciertamente descritos por los psicólogos de la comunicación (Watzlawick, 1976; Selvini-Palazzoli, 1986): la *seudomutualidad*, la *seudohostilidad*, los *dobles vínculos* relacionales (cuyo componente fundamental son los *dobles vínculos emocionales*), la negación familiar de la relación emocional... Insisto en que toda esa dinámica puede postularse según los casos como primaria (y por lo tanto, etiológicamente vinculada con el trastorno) o como secundaria, reactiva: un bebé y un niño que no responden, responden mal o desesperan, producen en el familiar o allegado una situación mental de des-encuentro que va a impedir la constitución efectiva de la *diada* y la constitución subsiguiente de la triangulación originaria y de las triangulaciones de la fase fálica (el "complejo de Edipo").

En el ámbito estructural (nivel 6 de la tabla 3), tendríamos que analizar el funcionamiento del *Yo* en la relación simbiótico-adhesiva. De las defensas ya hemos hablado en repetidas ocasiones: fundamentalmente me apoyo en la conceptualización de las *defensas psicóticas* expresada por M. Klein (1946) y los autores kleinianos y postkleinianos (Bion, 1957, 1963, 1970; Rosenfeld, 1952, 1965, 1969; Meltzer, 1975, 1989, 1990): identificación proyectiva masiva, escisiones masivas, denegación de la realidad externa y de la realidad interna de los otros, escisiones malo/bueno, objeto bueno/objeto persecutorio alteradas por el aumento de las ansiedades confusionales, etc. La disociación inicial entre lo malo y lo bueno (los aspectos "malos" y "buenos" del objeto) se halla alterada por las ansiedades confusionales, y es más confusa y abigarrada que en la *relación* (que llamo *operatoria* o en la hipocondría (Tizón 1999, 2000c). Por otra parte, ante el peligro de la desintegración (y de la integración) se dan frecuentes intentos de *defensas maníacas*, con control omnipotente del objeto, idealización, de-negación, y actitudes paralizadas de control, triunfo y desprecio en las relaciones externas... De ahí que las actuaciones en cortocircuito tengan a menudo ese tono maníaco. Pero, a pesar de ellas, el temor al sufrimiento mental y al sufrimiento que provoca la relación y sus impactos emocionales, colaboran en la inhibición, pobreza y aplanamiento del mundo interno y de las relaciones externas, tan característicos de la relación simbiótico-adhesiva.

Los aspectos del *super-yo* que predominan en la relación simbiótico-adhesiva son los de un *super-yo* parcelado, parcial y primitivo en conflicto con otros aspectos del *super-yo* negados o con normas muy alteradas: todo ello se entiende tanto por las dificultades de vivenciación del objeto interno integrado como de vivenciación de la triangulación originaria (los fundamentos del *super-yo*). Se trata entonces del *superyo* propio de *posiciones esquizo-paranoideas* primitivas, profundamente infiltrado de fantasías terroríficas y objetos fragmentados y persecutorios (Rosenfeld, 1965; Carstairs, 1992).

Pero como decía, no puedo incluir aquí una descripción amplia del resto de los componentes de esta organización relacional, la más gravemente defensiva, junto con la actitud adhesivo-autística, frente a las ansiedades catastróficas, las ansiedades de desintegración. Por ello, acabaré este apartado realizando una breve enumeración de los que creo que son los componentes o rasgos fundamentales de la *organización relacional simbiótico-adhesiva* desde el punto de vista psicoanalítico.

1. Predominio de la *posición esquizo-paranoide*, pero organizada defensivamente contra las ansiedades confusionales primitivas y catastróficas.
2. Predominio del *primer modo incorporativo* (Erikson, 1968; Tizón, 1995).

3. Predominio de las funciones emocionales proyectivas (*deseo, esperanza, desconfianza, descomentación y desvinculación/odio*) en la vida mental y relacional externa, tanto a nivel individual como familiar.
4. Con la consecuencia de importantes alteraciones de la *capacidad de integrarse mentalmente, de simbolizar*.
5. Yo dominado por las defensas psicóticas, en el sentido de los psicoanalistas kleinianos y postkleinianos (escisión-disociación, identificación proyectiva masiva, idealización, denegación, etc.). Son los *trastornos yoicos primarios*. Con ese término solemos referirnos a la tendencia a la identificación proyectiva masiva, a la existencia mental y conductual de escisiones masivas, con consecuencias disociativas graves —derivaciones de las alteraciones en la escisión primitiva *objeto bueno / objeto malo—*, a la tendencia a las defensas maníacas o bien la desmentalización ante las situaciones de crisis, a las necesidades de simbiosis/adhesividad debidas a las dificultades de introyección, a la simbiosis sujeto-objeto, mediante la cual el sujeto se refugia en un Objeto al que al mismo tiempo teme con terror catastrófico, etc. Todo ello intenta traducir a nivel formal el notable incremento de la adhesividad visible en la tendencia a la imitación o a los comportamientos *como sí, borderline*, tan claros en ocasiones en la clínica psicótica subaguda y crónica.
6. Desde este punto de vista, pasan a clasificarse como *trastornos yoicos secundarios* los que dan lugar a la alteración de la capacidad diacrítica (el “juicio de realidad”), las alucinaciones, las delusiones, los trastornos de conducta, las ilusiones persistentes, la baja tolerancia a la frustración, las disfunciones cognitivas, especialmente las basadas en los trastornos en las *meta-representaciones* y las *meta-meta-representaciones*, etc. (Fonagy et al 1990, 1996, 2001).  
El resultado de todas las características anteriores es una organización relacional con predominio de lo que en términos eriksonianos habría que llamar *organización oral-pasiva*, acompañada por un auténtico “síndrome de difusión de la identidad”. Todo ello indica la dificultad de consolidar una posición relacional del tipo que Melania Klein llamó *posición esquizo-paranoide*, una organización que, cuando se consolida, es útil como defensa contra las ansiedades confusionales y la psicosis desintegrativa; una posición que suele conllevar el predominio de lo paranoide, de la relación paranoide (Tizón, 2003).
7. Una característica que ya he mencionado y que merece una amplia reseña es la existencia de graves dificultades para el procesamiento de las emociones —y tanto de las emociones provenientes de la relación externa, como de las emociones suscitadas por los propios acontecimientos intrapsíquicos.

8. Es cierto que, como a menudo se ha dicho desde el psicoanálisis, ante la irrupción de conflictos y presiones tan poderosas, el paciente psicótico intenta y ha intentado refugiarse en el *narcisismo*, en las fantasías y actuaciones de autosuficiencia. Pero el narcisismo del paciente con psicosis no es un narcisismo ni mínimamente integrado, ni coherente, ni exitoso: son momentos, partes de la relación los que resultan dominados por él. Pero no hay una personalidad integrada ni una identidad (un *self*) integrada que le sirva de base. Difícilmente puede entonces ser dominada por esas fantasías de autosuficiencia. El resultado es que el narcisismo que vemos en los pacientes con psicosis, y en especial, en los diagnosticados de “*esquizofrenia*”, es un narcisismo al que suelo designar como “*narcisismo incoherente*”, o bien como “*narcisismo roto y delirante*”.
9. Las fantasías conscientes e inconscientes que pueblan el mundo interno en la relación simbiótico-adhesiva, fenomenológicamente se hallan dominadas por: 1) el temor / deseo de entrar en simbiosis (patológica) con un objeto interno “devorador”, 2) por omnipotentes, crueles y maliciosos objetos masculinos, 3) por la inexistencia de una Triangulación Primigenia introyectada o 4), directamente, por un “objeto combinado devorador”: algo que expresaba a la perfección una paciente esquizofrénica paranoide con grandes dotes intelectuales, cuyos delirios primarios, prácticamente inmodificables, partían de percepciones-alucinaciones de voces periféricas que hablaban de “*algo malo que había hecho*”, “*que había hecho ella y su familia*”. Después, de que “*la familia hemos hecho algo malo y nos van a matar*”. A partir de ahí, el delirio se complejificaba a veces de forma abigarrada pero a menudo de forma bastante inconexa.
10. Por todo lo anterior, el “núcleo duro” de la personalidad en estos pacientes estará formado por la tríada del “narcisismo roto e incoherente”, la relación paranoide y la delusión, al menos cuando ésta última ya ha logrado estructurarse —casi siempre con una cierta vivencia maníaca o hipomaniaca, de *apofanía* en el sentido de Conrad (1958).
11. En el mismo sentido, el *mundo de los objetos internos*, de las representaciones internas de la relación, en la organización simbiótico-adhesiva se hallará cognitiva y emocionalmente inundado por la confusión sujeto-objeto, con elementos oral-pasivos básicos, con simbiosis y adhesividad extremas alternando con escisiones y disociaciones extremas... Es un mundo interior sostenido *in extremis* por la delusión, las confusiones entre la realidad interna y externa y por las confusiones self-objeto. A diferencia de la organización del mundo interno de la relación paranoide, a la cual describo con la metáfora de “*la vida desde el bunker*”, en el caso de la psicosis que llamamos esquizofrenia prefiero la metáfora de “*el bunker bizarro con*

(más o menos) ruinas". Desde la perspectiva que proporcionan esas once características, los componentes de una situación como a las que llamamos "esquizofrenia crónica" o "síndrome esquizofrénico crónico" serían: 1) la relación simbiótico-adhesiva; 2) residuos del primer episodio (tanto lesionales, resultados de la ruptura, como restitutivos); 3) elementos de otras organizaciones patológicas de la relación (fóbico-evitativa, incontinente, obsesivo-controladora, etc., según los casos y momentos), y 4) elementos de la organización de la relación (y la posición) "reparatoria" o "sana", en el sentido que he desarrollado siguiendo a M. Klein (tabla 1) (Bofill y Tizón, 1996; Tizón, 2004).

## 5. CONSECUENCIAS PARA LA CLÍNICA

Todo lo anterior posee importantes repercusiones para nuestro enfoque de la clínica y la pragmática de la asistencia. Por ejemplo, desde esta perspectiva, la ya tradicional crítica de la inoperancia para la terapéutica de los subtipos de "esquizofrenia" descritos por la OMS o por la APA, puede poseer una alternativa, al menos en el ámbito de pragmática asistencial. Así, sobre la base de las ideas de Kernberg (1975, 1994), creo que una agrupación de los tipos de ruptura psicótica postpuberal útil para la clínica es la que los organiza en:

- 1) Esquizofrenia grave, regresiva y maligna.
- 2) Autismo secundario y/o esquizofrenia por regresión madurativa.
- 3) Psicosis simbióticas.
- 4) Esquizofrenia disociativa.
- 5) Condiciones psicóticas no esquizofrénicas, a menudo basadas en los "desequilibrios fronterizos" o "liminares" con mayores o menores elementos de polimorfismo, perversión, adicciones, actuaciones...

Esas diferenciaciones clínicas son fundamentales, asimismo, para instaurar las terapias combinadas que precisan las condiciones psicopatológicas psíquicas. Se tratará de terapias *forzosamente combinadas*, en el sentido en el cual he desarrollado ese término anteriormente (Tizón 2004b). De terapias que, además, han de adaptarse a la tipología clínica y, más allá, a las necesidades del paciente y la familia. Toda una labor de individualización del tratamiento: una orientación casi opuesta a la uniformizadora que hoy está siguiendo la psiquiatría de estos cuadros. Y una orientación que, por cierto, debería hacer nos pensar que, como el paciente, su familia, sus allegados y la red social han fracasado irremisiblemente en las tareas de individuación del mismo, ello nos va a obligar a un enorme trabajo posterior basado, precisamente, en intentar proporcionarle medios para avanzar en la individuación, en la diferenciación, en la integración... Pero desde sus puntos de partida, con sus propias necesidades, con sus objetivos limitados, con sus metas parciales...

Esa perspectiva nos obliga a perfilar nuestras nociones sobre los componentes de la psicodinamia familiar patógenos, pero también sobre los componentes contenedores. A menudo he explicado que, con sólo considerar cuatro elementos del medio externo del paciente (personalidad del padre, personalidad de la madre, antecedentes del sujeto y respuesta de la red social) y dividiéndolos en tan sólo cuatro tipologías clínicas por cada uno, se produce el resultado de un mínimo de 1820 combinaciones psicosociales posibles. Como para simplificar nuestras aproximaciones teóricas con burdos estereotipos culpabilizantes, tales como los de "madre esquizofrenógena" u otras lindezas. Es cierto que para la clínica necesitamos simplificar, dado el cúmulo de variables y problemas que plantean estas condiciones del sufrimiento humano. Pero ello no debe llevarnos a dejar de considerar los elementos protectores y contenedores tanto como los factores de riesgo; y ambos tipos de factores tanto a nivel familiar, como de redes sociales, como de redes profesionalizadas.... En ese sentido, algunas redes profesionalizadas y algunas formas de asistencia pueden resultar antiterapéuticas a medio plazo. En ese sentido ¿cómo es que hoy casi no se habla en los textos de psiquiatría, ni se investiga sobre las condiciones laborales y los puestos de trabajo protegidos, posiblemente el tratamiento más eficaz para la integración social de estas personas y para la preservación de sus capacidades cognitivas y emocionales?... ¿Qué hay de otros modelos de contención para las crisis que no sean los sensorial, emocional y cognitivamente destructurantes de los ingresos actuales? ¿Qué hay de los hogares y residencias asistidos para adolescentes en crisis? (Turpeinen, 2004). Intentaré ilustrar estas importantes cuestiones mediante dos viñetas clínicas transcritas en una forma vivencial más que organizadas científicamente.

*Ismael, 24 años. Es ingeniero especializado en una rama de tecnología punta. Trabaja desde que terminó la carrera, si bien antes de acabar la había trabajado en otros tipos de actividades laborales de menor especialización. En su historia y antecedentes destacan que "siempre fué un niño especial, un niño raro, listo pero raro, que siempre nos trajo de cabeza". ¿Por qué? "Por sus rarezas, porque era muy aislado y, sobre todo, por su trastorno de la atención".*

*Ha sido diagnosticado a lo largo de los años de dislexia, trastornos del aprendizaje y trastorno por déficit de atención con hiperactividad... En la entrevista y por lo que él cuenta, resulta evidente que un cierto trastorno de la atención existe, en particular por la dedicación angustiada que tiene que aplicar a vigilar y controlar mis intervenciones, acciones, actividades, palabras, pensamientos...*



A pesar de esos diagnósticos y de varios intentos de tratamiento, en la infancia y la pubertad, antes de terminar la carrera decidió bruscamente irse a Irlanda. Y marchar sólo, "para aprender inglés y decidirme en la vida". El viaje fue una catástrofe aún no aclarada: el caso es que a las tres semanas tuvo que volverse y que, durante ese tiempo, presa de intensas ansiedades confusionales y persecutorias, perdió todo el dinero, la cartera, la documentación... Afortunadamente, el billete y el pasaporte lo había guardado en otro lugar, por lo que pudo volver a su población de origen.

-¿Cómo es que, estando tan inseguro de tí mismo, te decidiste a ese viaje?

-Es que ya no sabía qué hacer... No estaba bien, no sé por qué, no me decidía a nada, acabar me daba miedo; trabajar, más... Pensé que así, si me iba de la familia, podría decidirme, orientarme...

-¿Después de lo de la policía?

-Sí, sí... Es que eso, es que eso... No sé: pensé que había sido sólo una vez, que no se repetiría. Que me había dejado dominar por esas ideas, y tenía que quitármelas de la cabeza yo sólo...

Nos estamos refiriendo a otro de los "episodios extraños" que ha padecido a lo largo de los tres últimos años: durante éste, el más llamativo, "sentía que me vigilaban... Sobre todo, por detrás y por los lados... Que me vigilaban o una sensación así. Y un día, yendo en coche, lo sentí más fuerte: me estaban vigilando, por los lados, sin que yo los viera claramente... Entonces, para evitarlos, hice una maniobra mal: me cambié de lado de la calzada. Luego, en una glorieta, encontré a la Policía Local... Yo sabía que había hecho algo mal y pensé que me iban a parar... Pero no lo hicieron. Y entonces yo volví, volví a decirles que había hecho eso mal, pero que lo había hecho porque me perseguían... Y les pregunté si eran ellos quienes me hacían perseguir, por mi falta en la circulación. Pero ellos, los policías, no me hicieron nada. Me trataron muy bien y me acompañaron a casa... Pero nada más".

Parece evidente que Ismael está en pleno "trema" o "período prodrómico", probablemente desde hace meses o, tal vez, años. Sus capacidades personales, en especial cognitivas, posiblemente le están ayudando a aguantar sin descompensarse totalmente. Pero también está buscando una posibilidad de individuación y de autonomía. Progresiva, no totalmente "alocada": En las entrevistas familiares destaca enormemente la ansiedad intensísima e invasiva de la madre y la actitud "resignada y distante" del padre. Seguro que es muy difícil obtener la necesaria contención y esperanza en esta situación, nos sabemos si primaria o secundaria, de esta familia. Por todo ello, y dada la coyuntura ¿no iría bien que Ismael, en vez de tener que realizar afortunados

intentos de autonomizarse-desgarrarse de esa familia, por otra parte cuidadosa y preocupada por él, pudiera pasar unas semanas en una residencia adecuada y asistida para adolescentes y postadolescentes en crisis, así como ser ayudado psicoterapéuticamente en ese difícil proceso de separación-individuación? ¿Cuánto tardará en ser ingresado de urgencias en caso contrario? Y un ingreso obligado, en un medio mucho más hostil y extraño de lo que ya lo fue Irlanda, ¿favorecerá esos delicados procesos psicológicos?

Recordemos con otra paciente las experiencias de su primer ingreso en un servicio de psiquiatría de un hospital general (Tizón et al, 2006 en prensa).

"Sara tiene 20 años. Es hija única de una pareja de técnicos de grado medio. Hasta hace poco ha sido una magnífica estudiante, dotada además de capacidades artísticas y expresivas. Pero, poco a poco, hace unos meses, los padres y amigos la ven más y más retraída, hasta el extremo de que se ha pasado días sin salir de la habitación y se ha negado a acudir a una de las actividades sociales y artísticas a las que acudía. La ven más "quieta, como deslumbrada", pero también con momentos de gran inquietud e irritabilidad.

Ha aumentado su consumo de cannabis, pero es difícil de conocer la cantidad de cigarrillos que fuma al día y, menos aún, la dosis de "droga".

Según lo que voluntariamente nos contó, Sara llevaba meses, tal vez más de un año, teniendo extrañas sensaciones. Comenzaron con sensaciones de brillos, luces y sombras en la periferia de su campo visual, en especial en una o dos situaciones en las que tuvo que cantar en público. Esas sensaciones fueron haciéndose más y más presentes. Además, sentía una angustia difícilmente explicable y, más allá, muy difícilmente definible, trasladable a palabras (¿pre-verbal?). Las preguntas, discusiones, miradas, aproximaciones afectivas de su padre y de sus amigos y amigas le resultaban extrañas, insoportables.

Las sensaciones se convirtieron en voces e imágenes, en particular, ante la televisión. Eran voces y locutores, "distintos de los habituales", que hablaban de ella. ¿Cómo ver la televisión, salir de casa, presentarse en público, ir a la discoteca, ir a la escuela? Tenía que estar recluida en la habitación, asustada ante la posibilidad de sentir de nuevo esas sensaciones, de vivir esas imágenes que tanto la perturbaban. La "maría" le calmaba, pero sólo al principio. Después, al fumar sin parar, acabaron aumentando sus sensaciones "raras": como que no es ella, como que los respaldadores son extraños y hay objetos y cosas que la deslumbran "por dentro". Algo está cambiando en el mundo y, aunque no sabe qué es, siente esos cambios con gran inquietud.

Al final, sus padres y su novio consiguen llevarla, casi "a rastras" al psiquiatra, que recomienda un ingreso involuntario. Engañada, la llevaron al hospital. Pero, ¿cuáles serán sus sensaciones, percepciones y autopercepciones en el ingreso en una sala de un servicio de psiquiatría de un hospital general?

Ella misma pudo narrar algunas, aunque da la impresión de que se guardó para sí gran parte de las mismas. Sintió que había entrado en un extraño hábitat torridamente iluminado con brillantes focos, sin ningún rincón acogedor e íntimo, con pasillos embaldosados, que despiden destellos y sonidos violentamente fulgurantes, con gente extraña que le mira, la observa, le pregunta, figonea, la desnuda, le cambia la ropa... Vienen después sensaciones de ropas extrañas, reseca y rasposas, gomas en el brazo, olores agudos, pinchazos... Voces y caras desconocidas, expectantes, tal vez extrañas o amenazadoras... ¿Quiénes son? ¿Qué quieren? Pero después, minutos después, todo es peor: viene desde dentro. Algo cambia por dentro, sus pensamientos se paran, sus emociones y su capacidad de alerta se embota. ¿Quién y cómo se lo produce? ¿Adónde irá a parar todo esto? ¿Qué harán con ella si pierde sus fuerzas /se duerme /deja de vigilar/ se le echan encima/ le hablan desde la televisión/ no puede salir de aquí/ deja de caminar/ se agarrota más y más?... ¿Qué le han hecho, por qué, para qué?

Sara logra el alta voluntaria con el apoyo de los padres.

Los tres de acuerdo, intentan otra vía, con un segundo psiquiatra, el cual recomienda una terapia combinada con neurolépticos a dosis bajas y psicoterapia psicoanalítica, más el compromiso por parte de Sara de que, si es necesario, aceptará el ingreso voluntario.

En pocas semanas Sara mejora, pero los esfuerzos de profesionales y familia no consiguen que abandone el consumo de cannabis. Hay una recaída a los cinco meses, al dejar los neurolépticos y aumentar el consumo de "porros" (su novio también "fuma" habitualmente), al tiempo que se había propuesto realizar cambios demasiado drásticos en su vida y en su relación con sus padres. Se le propone un ingreso y se negocia con ella, como alternativa, la cumplimentación estricta de los fármacos que se le indican (7'5 mgr. de olanzapina; alprazolam a dosis de 0'25-0'50 ocasionalmente) y de la psicoterapia, así como la disminución progresiva del uso de cannabis. Acepta.

La mejoría es lenta, aunque progresiva, hasta el extremo de que, a medio plazo, los cambios pudieran parecer espectaculares. Logra acabar la carrera al tiempo que ha vuelto a realizar trabajos pagados con cuyos ingresos arreglan la vivienda en la que ha ido a vivir con su novio. Puede hablar abiertamente de sus alucinaciones pasadas: en estos últimos tiempos, en momentos de gran tensión emocional, ha vuelto a sentirlas en dos o tres ocasiones, pero de forma des-estructurada, como "elementos beta", sin concretarse...

Como decíamos en ese trabajo anterior (Tizón et al, 2006, en prensa), ¿por qué Sara y tantas otras Saras, Martas y Marías, Josefás y Josés, Federicos y Alex, Mohamed y Rebecas, Rupertos y Kevin, Washington y Jessicas tienen

que realizar ese "extraño y alucinante viaje"? ¿Cómo, en nuestras sociedades tecnológicas, aún no somos capaces de ayudarles precozmente y no después de un sufrimiento que tiende a durar, en la opulenta Europa, más de dos años y, en ocasiones, hasta cuatro y cinco antes de que logremos detectarlo? ¿Por qué, cuando necesitan una contención mayor o diferente de la que le puede proporcionar su familia, hay que encerrarles de entrada en ese tipo de instituciones, tan emocionalmente perturbadoras para ellos? ¿Por qué no existen hogares de crisis, pisos protegidos y a medio camino en sus propios medios, donde puedan residir días, semanas o meses e iniciar el tratamiento siendo visitados por familiares, allegados, amigos...? ¿Por qué las dosis de neurolépticos han de ser altas si no es para tatar las carencias en ayudas psicoterapéuticas y psicosociales para estos pacientes en nuestras instituciones?

Pero las reflexiones psicopatológicas de este artículo creo que poseen también repercusiones sobre la necesaria individualización de los tratamientos de base psicoanalítica que podemos utilizar con estos pacientes. Cinco apuntes sobre el tema:

1. Evidentemente, no "comulgo" acríticamente con las guías "de moda", las guías PORT norteamericanas (Lehman y Steinwachs 1998). Entre otras cosas, porque conozco, como conocemos todos los miembros de la ISPS, cómo sus autores se negaron a considerar los tratamientos que se estaban realizando en distritos enteros o en amplias zonas geográficas de países europeos como Finlandia y Suecia y prefirieron basar dichas guías en los ECA típicos de las "revistas de impacto" (bibliográfico, pero ¿y social?). Y bien sabido es hoy cómo esos "estudios controlados y aleatorizados" (ECA) suelen cabalgar cargados de pacientes irreales, virtuales, inexistentes en la práctica clínica, remunerados para participar en los estudios (caso norteamericano), psicofarmacológicamente sesgados, etc, etc, etc. (Alanen, 1997, 2000; Johanensen et al, 2000; Reed et al, 2004).

2. Lo cual no significa que no hayamos de ser especialmente cuidadosos y realistas en los tratamientos a aplicar. Si se trata de condiciones psicopatológicamente tan graves y complejas, es natural que los terapeutas deban poseer al menos tres características: experiencia, formación y supervisión. En ese sentido, recuerden ustedes que el programa de formación para terapeutas de psicóticos en Finlandia dura un mínimo de 3 años... ¿Es la situación española? (Schulman, 2004; Alanen et al, 1997, 2000).



3. Me siento bastante alejado pues de las interminables discusiones sobre las "transformaciones de la técnica psicoanalítica que se precisan para el tratamiento de pacientes con psicosis"... Sean o no necesarias esas variaciones, lo realmente importante es que los tratamientos de base psicoanalítica aplicados (individuales, familiares o de grupo) se hallen incluidos en un plan de tratamiento global, en una terapia combinada que refina al menos las características que se mencionan en la tabla 5. Y han de ser tratamientos cuidadosos, adaptados a las necesidades del paciente y su familia y específicos en su teoría y en su técnica.
4. Los tipos de técnicas psicoanalíticas descritas para el tratamiento de tales pacientes son al menos seis diferentes: el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica intensiva, "orientada al insight", la "psicoterapia psicoanalítica de apoyo" o "psicoterapia de contención", las técnicas grupales psicoanalíticamente fundamentadas, las técnicas familiares psicoanalíticamente fundamentadas y las supervisiones psicoanalíticas.
5. En el mismo sentido, vale la pena recordar que una buena parte de los programas de detección e intervención precoz en psicosis de los países en los cuales se hallan más desarrollados, como los países escandinavos, se basan en perspectivas psicopatológicas estrechamente conectadas con las que aquí simplemente he esquematizado y apuntado (Alanen, 1997; Martindale et al, 2000; Cullberg et al, 2000; Johannessen et al, 2000). En el caso australiano, mucho más orientados por perspectivas psicológicas de tipo cognitivo-conductual.

El lector interesado puede comprobar cómo lo que vengo diciendo se está aplicando en miles de casos y en los programas de formación superespecializados de terapeutas de psicóticos en esos países. Puede comprobarlo, por ejemplo, en algunas de las obras citadas en la bibliografía (Martindale et al, 2000; Cullberg, 2000; Reed et al, 2004) o en los diversos números de la revista de la ISPS.

Como he dicho en otra ocasión, esas terapias combinadas no "curan". Y menos aún, las "no combinadas" habituales en nuestros medios: psicofarmacología pura y dura. Sin embargo, si terapeutas bien formados y coordinados entre sí mantienen dichos tratamientos multimodales suficiente tiempo y con suficiente intensidad y profundidad, adaptándolos a las necesidades del paciente y su familia, con frecuencias de sesiones adaptables a lo largo del tiempo, y evitando idealizaciones, pueden significar una mejoría importante al menos a dos niveles: en la posibilidad de que los pacientes permanezcan afectiva, social y laboralmente conectados a su entorno, y en la posibilidad de disminuir los intensos sufrimientos y des-adaptaciones tanto suyas como de sus familiares y allegados. Unos sufrimientos tan terribles que sólo a través

de la experiencia de nuestros propios "conflictos psicóticos" y/o paranoides, o bien a través de la identificación proyectiva comunicativa podemos llegar a experimentar o intuir.

Ya sé que no corren tiempos para hablar en estos términos y, en último extremo, para defender re-actualizaciones del psicoanálisis. Ya sé que recordarlo así no es frecuente en nuestros pagos, donde los psicoanalítico y todo lo que no sea psicofarmacológico o "TCC" no posee "buena prensa" pero, ¿quién quiere que les diga? A veces va muy bien avisar de que "el rey va desnudo" y, personalmente, siempre he admirado la actitud de uno de los poetas de nuestro "Siglo de Oro" cuando decía:

*No he de callar, por más que con el dedo,  
ya tocando la boca o ya la frente,  
silencio avises o amenazas miedo.*

*Francisco de Quevedo (1580-1654)*

Tabla 1

Perspectivas de la psicopatología especial del psicoanálisis

FREUD	KERBERG	HOROWITZ	LIBERMAN	Propia
Neurosis (Neurosis de transferencia)	Neurosis	El self de la normalidad ----- El self de la Neurosis	1. Personalidad Demostrativa  2. P. atemorizada y huida.	8-9 formas de Organización de la relación: · histérica · fóbica · obsesivo-controladora · melancólica · perversa y adicta · incontinente · operatoria · paranoide · ¿+ la Relación simbiótico-adhesiva?
Psicosis (Neurosis narcisista)	Borderline  ----- Psicosis	Self narcisistamente vulnerables ----- Borderline  ----- Self fragmentados	3. P. lógica o narrativa  4. P. de acción o épica  5. P. depresivo o lírica  6. P. observadora y no participante (esquizoidea)	Desequilibrios Límite  ----- Ruptura Psicótica: · Prepuberal: Trastornos multisistémicos del desarrollo y TGD. (Autismo y Psicosis Infantil) · Postpuberal temprana Esquizofrenia. · Postpuberal tardía: Trastornos delirantes

Tabla 2

Organizaciones Psico(pato)lógicas fundamentales de la relación.

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. LA RELACIÓN HISTÉRICA.</li> <li>2. LA RELACIÓN FÓBICA Y EVITATIVA.</li> <li>3. LA RELACIÓN OBSESIVO-CONTROLADORA.</li> <li>4. LA RELACIÓN MELANCOLICA ("depresiva").</li> <li>5. LA RELACIÓN PERVERSA Y ADICTA.</li> <li>6. LA RELACIÓN INCONTINENTE mediante la acción: actuación, psicopatía... rasgos de personalidad en algunas enfermedades "psicosomáticas" típicas...)</li> <li>7. LA RELACIÓN OPERATORIA (o incontinente a través de la descarga corporal de la ansiedad: rasgos de personalidad en algunas enfermedades "psicosomáticas" típicas...)</li> <li>8. LA RUPTURA PSICÓTICA y la RELACIÓN SIMBIÓTICO-ADHESIVA · Primitiva: AUTISMO y psicosis infantiles. · Post-puberal: ESQUIZOFRENIA.</li> </ol>	↕	<p>• LOS Desequilibrios LÍMITROFES O BORDERLINES: personas o situaciones que sufren una falta de "organización" básica y, por lo tanto, pueden manifestarse con cualquiera de las demás "organizaciones de la relación".</p>
Versus		
↕		La RELACIÓN REPARATORIA

Tabla 3

Componentes o factores fundamentales de cada organización (o estructura) de la relación

MANIFESTACIONES DE CADA ESTRUCTURA	APARTADOS DE SU ESTUDIO
· clínico-fenomenológicas · en las relaciones externas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación / Entrevista/ Cuadro clínico (y clasificaciones psiquiátricas).</li> <li>2. Manifestaciones en la Realidad Externa, con los Objetos Externos.</li> </ol>
· en las relaciones internas	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Relaciones con el cuerpo y self corporal.</li> <li>4. Introyección / Proyección.</li> <li>5. Pulsiones y motivaciones fundamentales.</li> <li>6. Estructura: del Yo y las defensas del Self</li> <li>7. Mundo Interno / Objetos Internos.</li> </ol>
· en su psicogenética (en la infancia y posteriormente)	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Psicogenética: · en la primera infancia · en la relación y la transferencia</li> </ol>
· en el tratamiento psicoanalítico	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Técnica psicoanalítica.</li> </ol>

Tabla 4

Ítems del LISMEN que se encuentran con una frecuencia significativa (en más del 20 % de los casos) entre los antecedentes registrados de una población de pacientes con psicosis (N=838) que habían consultado anteriormente en SM o APS y que en la actualidad son mayores de 18 años (mayores: N=70) o menores de esa edad (N=49).

% de presencia de ítems del LISMEP entre los 0 y los 24 meses

	Menores	Mayores
1 Problemas obstétricos	34,6	20,1
18 Retraso en el desarrollo mental	30,7	17,3
20 Retraso en la deambulación	38,5	13
21 Separaciones tempranas	34,6	17,4
24 Funciones maternales empobrecidas	30,7	30,4
26 Ingresos hospitalarios frecuentes	34,6	17,3
31 Padres con antecedentes psicopatológicos	30,7	28,9
2 Bajo peso al nacer	23	2,8
23 Funciones paternales empobrecidas	26,9	24,6

% de presencia de ítems del LISMEE entre los 3 y los 5 años:

	Menores	Mayores
45 No controla esfínteres	61,9	11,5
46 Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	47,6	5,8
50 Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos	42,9	5,7
51 Problemas de la madre para relacionarse con su hijo	47,6	7,2
14 Trastornos del sueño	38,1	8,6
24 Funciones maternales empobrecidas	33,3	24,6
39 Disfunciones del lenguaje	33,4	8,6
47 Niño raro: evita la relación social, no juega	33,3	5,8
12 Retraimiento en la relación	23,9	14,4
13 Miedo dificultades de adaptación	28,6	4,3
18 Retraso en el desarrollo mental	28,6	11,5
23 Funciones paternales empobrecidas	23,8	23,1
27 Falta de higiene	23,8	1,4
28 Vómitos frecuentes y/o rechazo alimentación	23,8	4,3
30 Agresividad en la familia	28,6	8,7
31 Padres con antecedentes psicopatológicos	23,8	21,6
43 Excitación excesiva, desbordante	28,6	8,6
44 Rabietas, enfados frecuentes	28,5	2,8

% de presencia de ítems del LISMEE entre los 6 y los 11 años

	Menores	Mayores
13 Miedo dificultades de adaptación	71,4	7,2
15 Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes	71,4	4,3
55 Dificultades escolares: niño que no aprende	61,9	23,1
56 Retraso en la adquisición de la lectura y/o escritura	61,9	12,9
58 Fracaso escolar	61,9	28,9
39 Disfunciones del lenguaje	57,2	8,7
50 Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos	52,4	13
12 Retraimiento en la relación	47,7	24,6
23 Funciones paternales empobrecidas	47,6	22,1
24 Funciones maternales empobrecidas	47,6	26
33 Estatus económico marginal o semi-marginal	42,9	11,5
40 Dificultades para mantener la atención y/o la concentración	47,6	7,2
45 No controla esfínteres	42,9	15,9
46 Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	47,6	11,5
48 Notable empeoramiento en su funcionamiento relacional	47,7	11,6
51 Problemas de la M para relacionarse con su hijo	47,7	15,9
53 Déficit de atención	42,9	2,9
54 Hiperactividad	42,9	2,9
64 No es capaz de seguir normas de convivencia	47,6	10,2
75 Reacciones emocionales descontroladas	42,8	0
43 Excitación excesiva, desbordante	33,4	18,8
44 Rabietas, enfados frecuentes	38,1	7,2
47 Niño raro: evita la relación social, no juega	33,4	21,7
12 Retraimiento en la relación	47,7	24,6
17 Anomalías en el juego	23,8	4,3
31 Padres con antecedentes psicopatológicos	19	24,5
49 Disminución de las capacidades sociales	28,6	8,7
57 Trastornos del grafismo	28,6	5,7
58 Fracaso escolar	61,9	28,9
61 Dificultades de separación y de ser autónomo	23,8	17,4
63 Menos de dos amigos	28,6	18,7
65 Ansiedad excesiva en situaciones sociales	23,8	13

% de presencia de ítems del LISMEE entre los 12 y los 17 años

	Menores	Mayores
24 Funciones maternas empobrecidas	73,1	26,1
33 Estatus económico marginal o semi-marginal	80,7	13
50 Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos	92,2	26,1
51 Problemas de la madre para relacionarse con su hijo	84,6	21,7
55 Dificultades escolares: niño que no aprende	92,3	23,2
58 Fracaso escolar	76,9	37,6
64 No es capaz de seguir normas de convivencia	77	14,4
23 Funciones paternas empobrecidas	69,2	23,1
43 Excitación excesiva, desbordante	69,3	37,6
44 Rabietas, enfados frecuentes	61,6	24,6
46 Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	65,4	42
47 Niño raro: evita la relación social, no juega	69,2	31,8
53 Déficit de atención	69,2	7,2
61 Dificultades de separación y de ser autónomo	61,5	15,8
15 Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes	57,6	11,5
48 Notable empeoramiento en su funcionamiento relacional	53,9	24,6
63 Menos de dos amigos	53,8	27,4
46 Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	65,4	42
49 Disminución de las capacidades sociales	46,1	49,2
69 Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio	23	49,2
43 Excitación excesiva, desbordante	69,3	37,6
45 No controla esínteres	34,6	8,6
54 Hiperactividad	30,7	2,8
62 Terrores nocturnos	30,7	5,8
65 Ansiedad excesiva en situaciones sociales	30,8	21,7
68 ideas raras	23	37,2
74 Percepciones anómalas NO causadas por drogas o enfermedad	3,8	39,1
83 Absentismo escolar	30,8	2,9

Tabla 5  
Agunos elementos técnicos básicos en el tratamiento de  
pacientes con psicosis

I.	ES IMPRESCINDIBLE el tratamiento o ayuda psicológica al GRUPO FAMILIAR (y microsocio) o, al menos, la realización de entrevistas familiares periódicas "higienizadoras" y "de contención".
II.	Es preciso plantearse desde el principio la posibilidad de TÉCNICAS GRUPALES, tanto con la familia y la familia extensa como con el grupo microsocio y elementos de la "red social".
III.	Explorar, valorar e integrar las ayudas a través de la RED SOCIAL y para la reconstrucción (adaptada) de tal red y de los "niveles extrapersonales para la contención". Entre ellos posee un especial interés la red laboral y las relaciones en el trabajo.
IV.	Hay que poner en común desde el principio el apoyo de un psiquiatra, el lugar del eventual ingreso, y quién y cuándo dará la indicación de ingresar.
V.	El uso de PSICOFÁRMACOS ha de realizarse priorizando los tratamientos psicológicos (por lo tanto, de forma muy diferente a la habitual), en especial en los primeros "episodios".
VI.	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL (de diversos tipos y con una adaptación del tipo de tratamiento al paciente concreto). En las terapias psicoanalíticamente orientadas hay que tener en cuenta en las sesiones que: * El uso de la contratransferencia es básico: · para transmitir nuestros sentimientos · para traducir los sentimientos del paciente, ponerlos en palabras · para explorar el negativismo · como forma de EMPATIZAR, usando los AFECTOS Y FANTASÍAS PROPIOS * Otras actitudes técnicas básicas en las sesiones · reconocer con cierta franqueza LOS PROPIOS ESTADOS DE ANIMO. Mantener la actitud de ayuda constante para mencionar, nombrar, contener, tolerar == INTEGRAR · clarificaciones de la realidad inmediata de las sesiones · lenguaje claro · análisis de la función de sintomas y defensas · en el caso de DESPERSONALIZACIÓN -> focalizar las amenazas a la identidad. * Cuidado especial con los FINALES (de entrevista, sesión, de período de sesiones...)
VII.	Hay que explorar y realizar el tratamiento o la rehabilitación de los déficits neurocognitivos concretos del paciente
VIII.	Los terapeutas necesitan ESPACIOS DE ELABORACIÓN sistemáticos y periódicos (para la contención de sus propias ansiedades).

## BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K. (1924). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Paidós.
- Alanen, YO. (1997). *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Karnack Books, London.
- Alanen, YO., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Alltonen, J., Rääkköläinen, V. (2000) The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En Martindale, A.; Bateman, A.; Crowe, M. & Margison, F. (Eds.): *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. Gaskell, London (pp. 235-266).
- Andreasen, NC. (2002). *Anomalías cognitivas en la Esquizofrenia*. Barcelona, Almirall Prodesfarma
- APA (1995): Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales-IV. (4a edición). Barcelona, Masson.
- Artigue, J., Tizón, JL., Parra, B., Gomá, M., Ferrando, J., Sorribes, M., Marzari, B., Perez, C., Pareja, J. (2004). Una aproximación a la detección de los trastornos mentales graves. *Psicopatología y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia*, 4: 51-67.
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the psychotic form non-psychotic personalities. En *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York, Jason Aronson, pp 43-64.
- Bion, W.R. (1958). On hallucination. En *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York, Jason Aronson, pp 65-85.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann.
- Bion, W.R. (1970). *Atención e Interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Bofill, P., Tizón, JL. (1994). *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona, Herder.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and Symbols: A Multiple Code Theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry* 17,2, 151-173.
- Carstairs, K. (1992). Paranoid-Schizoid or Symbiotic? *Int.J.Psycho-Anal.* 13, 71-85.
- Castilla, C. (1978). Inidentidad epistemológica de la psico(pato)logía. Prólogo a J.L. Tizón. *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, Ariel.
- Castilla, C. (1980). *Introducción a la Psiquiatría. I Problemas generales de psico(pato)logía*. Madrid, Alianza Universidad.
- Castilla, C. (1984). *Teoría de la alucinación*. Madrid, Alianza.
- Comrad, K. 1997(1958). *La esquizofrenia incipiente*. Fundación Archivos de Neurobiología, Madrid.
- Cullberg, J., Thorén, G., Åbb, S., Mesterton, A., Svedberg, B. (2000). Integrating intensive psychosocial and low-dose neuroleptic treatment: A

- three-year follow-up. En B. Martindale, A Bateman, M: Crowe & F. Margison (eds.): *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. Gaskell, London (pp. 200-210).
- Diamant, J. (1997). The theory of mind in the borderline patient and its relation to the question of lying. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 11: 159-171.
- Edwards, J., McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención*. Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Eisenberg, L. (1995). The Social Construction of the Human Brain. *Amer J Psychiat* 152,11, 1563-1575.
- Eisenberg, L. (1999). Psychiatry and Neuroscience at the end of the century. *Curr. Op Psychiat*, 12: 629-632.
- Erdelyi, MH. (1984). *Psicoanálisis: La psicología cognitiva de Freud*. Barcelona, Labor.
- Emde, RN. (1998). Yendo hacia delante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el psicoanálisis. *Psicoanálisis ApdeBA*, 20, 3, 472-516.
- Erikson, E.H. (1963). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires, Paidós.
- Fenichel, O. (1966). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires, Paidós.
- Fonagy, P., Higgitt, A. (1990). A developmental perspective on borderline personality disorder. *Revue Int.Psychopathologie*, 1, 125-159.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and Psychoanalysis*. New York, Other Press.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). Jugando con la realidad. I. Teoría de la mente y desarrollo normal de la realidad psíquica. En *International J. Psychoanalysis, Libro Anual del Psicoanálisis*. Sao Paulo, Escuta, (11-27).
- Freeman, Th. (1969). *Psicopatología de las Psicosis*. Toray, Barcelona, 1972.
- Freixas, J. (1997). *Psicopatología Psicoanalítica*. Barcelona, Columna.
- Freud, S. (1895). Proyecto de una psicología científica. En *Obras Completas, I*, 323-441. Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("Dementia Paranoides") descrito autobiográficamente (caso "Schreber"). En *Obras Completas, XII*, 11-73. Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas, XVI*, 65-99. Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- Freud, S. (1923). La pérdida de la realidad en la psicosis y la neurosis. *Obras Completas*, 19, 191-199. Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- Frith, CD. (1992). *La esquizofrenia: Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Ariel, Barcelona.

- Gabbard, B. (2002). *Psiquiatría Psicoanalítica en la práctica clínica*. México, Editorial Médica Panamericana.
- Gottdiener, W. (2003). Contribution to International J Psychoanal. Internet Discussion Group. *Internat J Psychoanal*, 84, www.ijpa.org/discussion.htm (11/02/03).
- Grinberg, L. (1997). Les affects douloureux dans les états-limites. *Psychanalyse en Europe*, 49, 57-70.
- Hartocollis, P., Lester, E.P. (1982). New directions in affect theory. *J.A.P.A.*, 1, 197-213.
- Hernández, V. (1991). *Patología narcisista i "borderline"*. Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer.
- Horowitz, M.J. (ed.). (1991). *Hysterical Personality Style and the Hysterical Personality Disorder*. Londres, Aronson.
- Horowitz, M., Marmar, C., Krupick, J., Wilner, M., Kaltreider, M. & Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York, Basic Books.
- Izard, C. y Buechler, S. (1979). Emotion expression and personality integration in infancy. En C. Izard (comp.). *Emotions in personality and Psychology*. Nueva York, Plenum Press.
- Jackson, M. (2001). *Weathering the storms: Psychotherapy for psychosis*. London, Karnac Books.
- Johannessen, JO., Larsen, TK., McGlashan, Th., Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multi-center study in Scandinavia. En B. Martindale, A Bateman, M: Crowe & F. Margison (eds.): *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*, London, Gaskell, pp. 210-235.
- Sadock, BJ., Sadock, VA. (dirs) (2003). *Kaplan-Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins (9a ed.).
- Kennedy, HG. (1992). Anger and Irritability. *British J. Psychiatry* 161, 145-153.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Paidós.
- Kernberg, O. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires, Paidós.
- Kernberg, O. (1994). Hatred as a Core Affect of Aggression. Lecture at the 25th Margaret S. Mahler Symposium on Child Development, Philadelphia, 30 de abril de 1994. Barcelona, Institut de Psicoanálisi (polic.).
- Klein, M. (1945) El Complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. En *Obras Completas*, II, Paidós, Buenos Aires, 1975.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras Completas*, III, 10-33. Paidós, Buenos Aires, 1980.
- Leff, JP., Sartorius, N., Jablensky, A., Krotten, A., Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: Five year follow-up findings. *Psychol. Med*, 22, 131-145.
- Lehman, AF. & Steinwachs, DM. (1998). Patterns of usual care for schizophrenics: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). Client Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 11-20.
- Koehler, B. (2004). The Schizophrenias: Neurophenomenological and Neuropsychoanalytic Perspectives. Participación en el ISPS-Internet Group, (<http://www.isps.org>) del 21 de diciembre del 2003, visitada en marzo del 2004.
- Laing, RD. (1961). *El yo dividido*. México, FCE.
- Laplanché, J. y Pontalis, JB. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Labor.
- Liberman, D. (1976). *Comunicación y psicoanálisis*. Buenos Aires, Alex.
- Lucas, R. (2003). Psychoanalytic Controversies: The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *Int. J Psychoanal*, 84, 3-15.
- MacKinnon, R.A., & Michels, R. (1971). *Psiquiatría clínica aplicada*. México, Interamericana.
- Mari, JJ., Streiner, D. (1998). Family intervention for Schizophrenia. En Adams CE, Duggan L, Wahlbeck K, White P (eds). *Schizophrenia Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oxford, Update Software.
- Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F. (eds.) (2000). *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. London, Gaskell.
- McGorry, P. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: a core clinical and research challenge. En Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M., Margison, F. (eds). *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, London, Gaskell-ISPS, pp 266-292.
- McGorry, P. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. En B. Mc Gorry, P., Edwards, J. (1997). *Early Psychoses Training Pack*. Cheshire (UK), Gardiner-Caldwell Communications Limited.
- Meltzer, D. (1975). *Exploraciones sobre el autismo*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
- Meltzer, D. (1990). *Metapsicología ampliada*. Buenos Aires, Spatia.
- Meltzer, D., Harris, H., Hayward, B. (1989). *El paper educatiu de la família*. Barcelona, Espaxs.

- Michels, R. (2003) The relationship between psychoanalysis and schizophrenia by Richard Lucas. A commentary. *Int. J. Psychoanal.*, 84, 8-12.
- Millon, T., Davis, RD. (1999). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona, Masson.
- Millon, T., Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, Martínez Roca.
- Moser, A. (1997). Une o plusieurs psychanalyses pour comprendre l'hystérie et les états-limites. *Psychanalyse en Europe*, 48, 64-84.
- OMS-WHO (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor.
- Reed, J., Mosher, L., Bentall, R. (eds) (2004). *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. London, Brunner-Routledge.
- Rosenfeld, HA. (1952). Notes on the psychoanalysis of the super-ego conflict of an acute schizophrenic patient. *Intern. J. Psycho-Analysis*, 33, 111-131.
- Rosenfeld, HA. (1965). *Psychotic States*. London, Hogarth Press.
- Rosenfeld, HA. (1969). On the treatment of psychotic states by psychoanalysis: An historical approach. *Int. J. Psycho-Analysis*, 50, 615-631.
- Segal, H. (1986). A Psychoanalytical Approach to the Treatment of Psychoses. En *The Work of H. Segal*. London, Maresfield Library.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, H., Prata, G. (1991). *Paradoja y Contraparadoja*. Buenos Aires, Paidós.
- Silver, A.-L. (1997). Chesnut Lodge, then and now: Work with a patient with schizophrenia and obsessive compulsive disorder. *Contemp. Psychoanal.*, 33, 227-249.
- Schulman, G. (2004). Projective identification in treatment of schizophrenic patients. The Finnish training scheme of treating psychotic and borderline patients in the public sector. 43 rd International Psychoanalytical Congress Toronto July 2003. Panel on Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic Patients, chaired by Vamik Volkan. New Orleans, IPA.
- Searles, H. (1986). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Nueva York, Int. Univ. Press.
- Steiner, J. (1994). *Replegaments Psíquicos*. Barcelona, Columna.
- Tizón, JL. (1973). Los pacientes "fíminates" y algunos aspectos de la problemática epistemológica de la psiquiatría. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, I, 6, 751-766.
- Tizón, JL. (1978). *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, Ariel.
- Tizón, JL. (1995). *Apuntes para una psicología basada en la Relación*. Barcelona, Bibliària (5a ed.).

- Tizón, JL. (1997). Self-sensuality in fantasy: Reflections on early development based on a case history. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78, 307-325.
- Tizón, JL. (1998). Agresividad y modos psico(pato)lógicos de relación en el funcionamiento fronterizo. APM - SEP- SPP- *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, Lisboa.
- Tizón, JL. (1999). Modelos psicoanalíticos para la Hipocondría. *Archivos de Neurobiología*, 62, 2, 99-123.
- Tizón, JL. (2000). El tratamiento de la relación fóbico-evitativa: Desde la Psico(pato)logía Psicoanalítica hasta la Atención Primaria a la Salud Mental. En Grupo de Psicoterapia analítica de Bilbao (GPAB) (ed.): *Las Fobias*. Bilbao, GPAB.
- Tizón, JL. (2000). Psicopatología relacional de las Psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos. *Rev. de Psicopatología y Psicoterapia*, 20, 44, 25-78.
- Tizón, JL. (2000). Reflexiones sobre "la psicopatología" a partir de la clínica psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*, 32, 159-183.
- Tizón, JL. (2003) La relación paranoide: La vida desde el bunker. *Intersubjetivo / Intrapsubjetivo*, 5 (2), 163-193.
- Tizón, JL. (2004). La histeria como organización o estructura relacional: I. Desde la psicopatología psicoanalítica (1). *Intersubjetivo / Intrapsubjetivo*, 6(1), 144-161.
- Tizón, JL. (2004). Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14(90), 97-131.
- Tizón, JL. (2004). ¿Se puede pensar todavía en una "sociogénesis" y en una "psicogénesis" de las psicosis?. *Archivos de Psiquiatría*, 67(1), 67-72.
- Tizón, JL. (2004). Epidemiología de las psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y de Atención Primaria de Salud. *Archivos de Psiquiatría*, 67(2), 139-144.
- Tizón, JL. (2004). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona, Herder.
- Tizón, JL. (2006). Terapias psicoanalíticas de los pacientes esquizofrénicos: ¿Es preciso replantearse hoy sus teoría y objetivos? *Temas de Psicoanálisis* (en prensa).
- Tizón, JL., Artigue, J., Parra, B., Gomá, M., Ferrando, J., Pareja, F., Sorribes, M., Pérez, C., París A. (2004). La esquizofrenia en atención primaria: El Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica. *Atención Primaria*, 34(9), 493-498.

- Tizón, J.L., Dal Cin A.; de Mesones, J. y el Equipo SASPE (2006). Salud mental, ciudades y urbanismo: 2. Planificación regional y salud mental. *Revista de la AEN*, (en prensa).
- Tizón, J.L., Parra, B., Artigue, J., Ferrando, J., Catalá, L., Sorribes, M., Pareja, F., Perez, C. (2006). Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*, 69(1), 59-80.
- Tizón, J.L., San José, J., Nadal, D. (2000). *Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona, Herder.
- Turpeinen, P. (2004). *Ahdingossa luova lapsi ja nuori*. Helsinki, Tienviittoja Kasvuun. (consultado en su versión inglesa, pendiente de publicación).
- US Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Service, NIH, NIMH, Rockville MD.
- Volkman, V. (1995). *The Infantile Psychotic Self and its fates*. New York, Jason Aronson.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona, Herder.
- Weinberger, DR., Nasrallah, HA. (1986). *Handbook of Schizophrenia. The Neurology of Schizophrenia* (Vol I). New York, Elsevier.
- Weiss, P. (1964). *Persecución y asesinato de Jean-Paul Marat, representados por el grupo teatral de la Casa de Salud de Charenton, bajo la dirección del Señor de Sade. Drama en dos actos*. Barcelona, Grijalbo.