



**La Humanidad del Paciente Psicótico y el Enfoque Humano del  
terapeuta: Un Encuentro Relacional e Intersubjetivo<sup>1</sup>**  
*Comentario a “La psicoterapia como una ciencia humana: Estudios de casos  
clínicos que exploran el abismo de la locura”*

**Ruthellen Josselson<sup>2</sup> y Heidi Mattila<sup>3</sup>**

*Universidad de Fielding*

Atwood describe un enfoque relacional, humanista, existencial, y psicodinámico para el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales graves y hace una llamada a una restauración de la psicología como una ciencia humana. En respuesta, nos hacemos eco de los valores de Atwood y exploramos los fenómenos de la enfermedad mental grave desde el punto de vista de la subjetividad del paciente y su experiencia vivida, lo que contrasta con los modelos reduccionistas y orientados a la eficiencia con la enfermedad mental y su tratamiento. En nuestro comentario, extendemos sus pensamientos sobre el tratamiento de los pacientes psicóticos a través de la lente de las teorías relacionales e intersubjetivas contemporáneas. También discutimos el lugar de esta tarea en el contexto actual.

**Palabras clave:** subjetividad; construcción de significados; estudio de casos; estudio de casos clínicos.

Atwood describes a relational, humanistic, existential, and psychodynamic approach to treating seriously mentally ill clients and calls for a restoration of psychology as a human science. In our response, we echo Atwood's values and explore the phenomena of serious mental illness from the point of view of the patient's subjectivity and lived experience, contrasting it with reductionist and efficiency-oriented models of mental illness and treatment. In our commentary, we extend his thoughts on treatment of psychotic patients through the lens of contemporary relational and intersubjective theories. We also discuss the place of this work in the current context.

**Key Words:** subjectivity; meaning-making; case studies; clinical case studies.

**English Title:** The Humanity of the Psychotic Patient and the Human Approach by the Therapist: A Relational and Intersubjective Meeting

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Josselson, R y Mattila H. (2014). La Humanidad del Paciente Psicótico y el Enfoque Humano del terapeuta: Un Encuentro Relacional e Intersubjetivo. *Comentario a “La psicoterapia como una ciencia humana: Estudios de casos clínicos que exploran el abismo de la locura”*.

*Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3): 339-356. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

*“Hemos encontrado en las personas más desorganizadas -creo que el psiquiatra estaría de acuerdo en que lo esquizofrénico es lo más desorganizado de todas las enfermedades mentales funcionales- una continuación que es simplemente muy humana”.*

**Harry Stack Sullivan, *La Esquizofrenia como Proceso Humano* (1962)**

*“Quizás los síntomas son mensajeros de un significado y desaparecerán sólo cuando su mensaje sea comprendido”.*

**Irvin D. Yalom, *El día que Nietzsche lloró* (1992).**

George Atwood (2012) imagina "un mundo de psiquiatría y psicología como ciencias humanas que hayan escapado a la hegemonía del modelo médico y que estén cimentadas en el estudio de las vidas humanas tal como son vividas y experimentadas" (p. 14), y su artículo da vida a lo que podría asemejarse a un mundo tal y como el autor imagina. De hecho, se asemeja mucho al mundo perdido de Fromm-Reichmann, Searles, Semrad y Sullivan, pero con una nueva base teórica que ha evolucionado a partir de las ideas del psicoanálisis relacional e intersubjetivo.

A través de los casos que presenta en este artículo, Atwood (2012) ilustra un trabajo sensible y sofisticado con pacientes de enfermedades mentales graves, basado en teorías fenomenológicas, existenciales y psicodinámicas y en la práctica clínica; utiliza este trabajo para pedir el restablecimiento de la psicología como ciencia humana. Nos haremos eco de los sentimientos de Atwood y exploraremos los fenómenos de la enfermedad mental grave desde el punto de vista de la subjetividad y la experiencia vivida del paciente en contraste con los modelos reduccionistas, de base biológica, de la salud mental. En nuestro comentario, también vamos a explorar más a fondo su tratamiento con pacientes psicóticos a través de la lente de las teorías contemporáneas relacionales e intersubjetivas, así como revisar el lugar que esto ocupa en la práctica psicoterapéutica contemporánea.

### La subjetividad de la persona con esquizofrenia

El artículo de Atwood describe un momento de epifanía que tuvo, siendo un terapeuta relativamente joven, cuando comprendió que los síntomas tienen significado en el tratamiento de una paciente delirante con síntomas notorios (Grace). Reconoció, tanto

intelectual como empáticamente, que los "síntomas" de Grace no eran signos externos de una enfermedad interna; sino que eran esfuerzos para sobrevivir psicológicamente, reacciones a una experiencia continua de abandono constante y de devastación a manos de un mundo que no la comprendía. Desarrolló entonces una actitud terapéutica que le llevó a tratar de entender los "síntomas" de los pacientes no como problemas, sino como soluciones a una crisis o catástrofe en su vida. La tarea terapéutica resultante es entender el mundo fenomenológico del paciente en el que dichas soluciones tienen sentido. Atwood escribe,

*La psicoterapia, lejos de ser cualquier tipo de procedimiento que se administra desde el lugar del desapego, es siempre un diálogo entre dos universos personales, un diálogo que los transforma a ambos (p. 22).*

La psicoterapia, entonces, debe comenzar con una apreciación humanista del mundo fenomenológico del paciente que sufre. Irónicamente, una parte sustancial del sufrimiento de las personas con esquizofrenia está constituida por la ambivalencia cultural y la reticencia de los otros (profesionales de la salud, familia, empleados, vecinos, comunidad en general) a concederles la condición plenamente "humana". Este sentimiento generalizado de la alteridad y la negación de su persona<sup>1</sup> es una de las causas de mayor aislamiento social y de un sentimiento de exilio personal.

La evidencia a nivel macro de que la matriz relacional es importante en la esquizofrenia procede de los estudios transculturales. Según un estudio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) a lo largo de tres décadas, las personas con esquizofrenia en los países en desarrollo tienen mejor pronóstico a largo plazo que los habitantes de los países desarrollados (Hopper et al., 2007). Por ejemplo, los pacientes del estudio de la OMS en los países en desarrollo pasaron menos días en el hospital, tuvieron más probabilidades de conservar su trabajo, fueron partícipes en su entorno comunitario, y se presentaron más a menudo asintomáticos. Los expertos de la OMS creen que los resultados favorecen a los países en desarrollo, debido a unas redes sociales más estrechas, que incluyen a la persona con esquizofrenia, que es una parte integral del medio socio-local (Hopper & Wanderling, 2000, p 843-844.). Intersubjetivamente hablando, parece que las personas con esquizofrenia en los países en desarrollo han conservado su subjetividad y su condición de persona en mayor grado que en los países desarrollados, donde la persona con esquizofrenia es a menudo etiquetada como una persona genéticamente defectuosa y por tanto inútil para el trabajo, extraña, e indeseable socialmente.

## La continuidad de las experiencias humanas

En contraste con el enfoque categórico actual para las enfermedades mentales recogidas en el DSM-IV<sup>4</sup> (APA, 2004), Fromm-Reichmann (1951) y Sullivan (1962) ubicaron la esquizofrenia en situaciones diarias de índole social y cultural, y destacaron la continuidad entre lo común y lo patológico; haciendo hincapié en que no eran diferentes ni diferencial ni categóricamente. Morrison (1999) sugirió, como un ejemplo específico, que "las alucinaciones auditivas son fenómenos normales y que es la mala interpretación de estos fenómenos lo que provoca la angustia y la discapacidad" (p. 298) a menudo experimentadas por los pacientes. En un estudio comparativo de tres grupos; pacientes ambulatorios con esquizofrenia, pacientes con experiencias disociativas, y personas (no pacientes) que oían voces, Wahass & Kent (1997) encontraron que el grupo de no-pacientes, a diferencia de los grupos de pacientes, perciben sus voces predominantemente de forma positiva.

Basado en una revisión de la investigación publicada, Bentall (2004), psicólogo clínico británico, describe una aparente continuidad entre la cordura y la locura, con el argumento de que la psicosis podría considerarse como el extremo de un espectro distribuido normalmente de los rasgos de personalidad en el que se imponen un punto de corte para separar a aquellos que son enfermos mentales de los que no lo son. Reconocer las similitudes entre la experiencia psicótica y la normal, el "marco normalizador", podría resultar útil tanto para el paciente con esquizofrenia como para el terapeuta. Haciéndonos eco del artículo de Atwood, Bentall (2004) escribe que necesitamos una forma radicalmente nueva de pensar en los problemas humanos, una que no reduzca la locura a la química del cerebro.

Geekie y Read (2009) hacen una crítica a la literatura científica que ha intentado desarrollar teorías sobre los estados psicóticos sin incorporar la subjetividad de la experiencia vivida. Como Atwood (2012) demuestra, podemos aprender de nuestros pacientes psicóticos (y demás pacientes con otras enfermedades mentales graves) sobre el ser humano y su capacidad de transformación. Como sucedió al trabajar con Grace, quien encontró su propia verdad y lo acercó a la suya. En la era del modelo médico reduccionista en el que la esquizofrenia es percibida como una "enfermedad cerebral" crónica, considerada como un desequilibrio químico en el sistema nervioso central; poner mayor énfasis a las experiencias subjetivas cotidianas de las personas con esquizofrenia, tanto comunes como extraordinarias, lúcidas y distorsionadas, nos enseñaría más sobre los procesos psicológicos relacionados con el sentido de sí mismo y de su fragmentación, debida a la etiquetación basada en el diagnóstico de los síntomas actuales que Atwood critica en el artículo.

## Trauma interpersonal y curación relacional

La mayoría de las personas diagnosticadas con esquizofrenia han sufrido traumas graves, como un abuso físico o emocional o pérdida o negligencia, en las etapas tempranas del desarrollo (Read et al, 2003; Morgan y Fisher, 2007). Así fue también en el caso de Grace, paciente de Atwood, quien a los 10 años de edad sufrió el desgarrador suicidio de su adorado padre; estos traumas de la infancia representan una ruptura total del mundo relacional del niño (Stolorow, Atwood y Orange 2002). La reparación de la matriz relacional (Mitchell, 1988) se convierte en una tarea terapéutica central con el paciente psicótico. El terapeuta relacional debe desarrollar con el paciente una relación muy humana basada en la confianza, en contraste a lo que siente el paciente, que es un profundo peligro que le amenaza y le conduce hacia su inminente aniquilación personal. Atwood describe cómo él pasó largos periodos de tiempo con Grace, visitándola casi todos los días durante los primeros 6 o 7 meses, a veces durante dos horas. Grace se había criado en una familia traumatizada, donde reinó el silencio tras el suicidio de su padre. Desde el enfoque relacional, las experiencias perturbadoras deben ser entendidas dentro de los contextos interpersonales en los que surgen. La necesidad de la persona psicótica es tener su realidad subjetiva afirmada y validada mediante la sintonía empática con el otro (Stolorow, Atwood & Orange 2002).

En el caso de Anna, otra paciente que Atwood utiliza como ejemplo, la constante crítica negativa, la intrusión, y el juicio tan severo de su madre, la hicieron sentirse totalmente invalidada. Como evidencia la investigación, estos aspectos son algo común en las familias de pacientes esquizofrénicos (Mueser et al, 1993; Leff y Vaughan, 1985, citado en Alanen et al, 2009). Esto puede conducir a una profunda desconfianza y a un gran temor a la invasión por parte del otro, independientemente de la benevolencia con la que se vean a sí mismos. Un aspecto crucial del tratamiento es prestar especial atención a cómo se generan las diferentes capas de la conexión relacional, y sintonizar con la longitud de onda psicótica entre paciente y terapeuta. La cuestión no es sólo formar una "buena relación terapéutica", sino también el desarrollo de una exquisita sensibilidad a los diferentes matices del espacio intersubjetivo que se crea, a veces durante mucho tiempo, entre paciente y terapeuta. Grace sólo podía responder como lo hizo al ofrecimiento de Atwood de salvación porque había hablado con él, poniendo a prueba su constancia casi a diario durante muchos meses. El momento de transformación en Grace y el intercambio que le precedió es dramático y susceptible de ser narrado; los meses de escucha, la presencia y la contención son a veces tediosos, inescrutables, y difíciles de relatar.

Para cualquier terapeuta, el encuentro con el paciente psicótico plantea una serie de

desafíos. El paciente se puede sentir extraño, retraído, y con falta de interés en el contacto social, hablando incoherentemente mientras le invade un incontenible sentimiento de ansiedad, posiblemente incluso de odio y desesperación. Atwood describe cómo Grace le gritó enfadada: "Deja de interrumpirme, me estás interrumpiendo, ¡DEJA DE INTERRUMPIRME!" (Atwood, 2012, p. 6).

Un síntoma destacado del paciente esquizofrénico es su miedo a la intimidad (Fromm-Reichmann, 1959). El paciente esquizofrénico puede evocar dentro del terapeuta ansiedad intensa y sentimientos de impotencia debido a la falta de mejoría (Fromm-Reichmann, 1959). Al mismo tiempo, como Searles (1963) señala, un terapeuta que siente amenazado el soporte principal de su realidad, puede sentirse obligado a erigir un muro de defensa entre su realidad y la del paciente, descartando la experiencia de estos últimos como locura, identificación proyectiva, o distorsiones de transferencia, atribuyendo tales distorsiones a la operación de los mecanismos intrapsíquicos ubicados exclusivamente en el paciente. Grace exige que Atwood deje de interrumpirla; Anna lo acusa de intentar matarla. Tales momentos evocan inevitablemente emociones fuertes, incluso en el terapeuta más experimentado.

Al mismo tiempo, como Fromm-Reichmann (1951, 1959) describió, el paciente psicótico es extremadamente sensible y sufre de profunda soledad en su desesperación (Sullivan, 1962). Atwood describe cómo Grace comenzó a incluirlo en sus historias delirantes y cómo se volvió muy dependiente de su apoyo emocional. El enfoque relacional de Atwood le proporciona contención para su ansiedad, y conectó con Grace mediante la validación empática.

Como Atwood dice en su epifanía, de forma simple y elegante, "Es verdaderamente increíble lo lejos que puede llegar un poco de comprensión humana" (2012, p. 12). Él lo hace parecer muy accesible. El entendimiento es un proceso, pero los requisitos de diagnóstico contemporáneo sugieren que nosotros, como terapeutas, deberíamos saber todo lo que hay que saber acerca de un paciente en las dos primeras horas, como si los pacientes pudieran decirnos sin dificultad su dinámica. Los terapeutas ahora están entrenados para registrar cada sesión como un avance hacia un objetivo definible. La valoración de la terapia como un espacio de no-saber, para sostener la tensión de la incertidumbre, de la gestión de las ansiedades creadas por el enfrentamiento con los demonios internos, se descuida en nuestra carrera a favor de la validación empírica (en base al tiempo entre sesión y sesión). La función de contención de la psicoterapia se ha infravalorado, y sin embargo, es precisamente esa contención la que permite que lo intolerable sea reconocido, transmitido y puesto en perspectiva.

La teoría del pensamiento de Bion (1962) implica un proceso de asimilación, de pensar con sentimiento, neutralizando de este modo las ansiedades que prevalecen en una

determinada situación que hace posible que el terapeuta empático las transforme, a través de la ensoñación, desde lo que él llama indigeribles elementos *beta*, en elementos *alfa* sobre los que ya se puede reflexionar. Hacer esto implica tolerar la ansiedad de "no saber" hasta que algún patrón emerge y se pueda poner en palabras para ser formulado. Se conceptualiza así lo que Atwood hizo con Grace y Anna. Con ambas, se sentó con sus delirios, y con la ansiedad que le debió haber generado, hasta que empezó a entender algo acerca de para qué servían. Los momentos de avance requieren un largo proceso de escucha, presencia y contención. Atwood, a través de su capacidad de "no-saber", creó un contexto seguro, de arraigo para las experiencias que sus pacientes sentían demasiado irracionales o confusas como para soportarlas por ellas mismas.

La angustia que tiene tanta intensidad opera intersubjetivamente, de manera que el terapeuta comparte la tensión. En el caso de Grace, es posible que su último desafío a Atwood creara en él la ansiedad necesaria para llevarlo a consultar con su supervisor y, a partir de esta consulta, alcanzar una nueva comprensión de lo que ella necesitaba de él. Atwood escribe:

*De la noche a la mañana, como un aparente efecto de 30 minutos de conversación, la esquizofrenia paranoide aguda, el volcán de sintomatología florida, había desaparecido y había sido reemplazado por una persona perfectamente normal (p. 8).*

Este fue su momento de *insight*<sup>5</sup> transformador. Pero por supuesto sabía que el cambio casi mágico en Grace no fue el resultado directo de los 30 minutos de conversación, sino del poso de una relación que creció desde largo tiempo atrás

*Quando finalmente reconocí la importancia de hacer frente a su grandiosidad imperiosa, y encontré una manera de hacerla ver que estaba en presencia de alguien en quien podía confiar, el curso destructivo de los acontecimientos en su vida dio un giro. Después de haber descubierto lo que necesitaba en la conexión que se estaba formando entre nosotros, los delirios y las alucinaciones retrocedieron. Muy poco a poco, en el crisol de su extrema dependencia, el proceso de cicatrización que había sido frustrado años antes en su vida, ahora podía ocurrir (p. 9).*

Esta es una idea central en la comprensión de lo que ocurrió entre ellos, y las preguntas decisivas son lo que hicieron posible que Atwood lo "reconociera finalmente", entonces ¿sería posible enseñar esta habilidad?

Si la psicosis se constituye sobre el trauma relacional, el entorno del tratamiento actual estaría estructurado para añadir una forma de retraumatización. El contexto de cuidado médico, los requisitos de productividad para los terapeutas, y el encargo de tratamientos

breves, han marginado la conexión y comprensión relacional, que favorecen la acción y la técnica intangible y sutil (Cramer, 2004; Beutler, 2000). El sentido de urgencia y la documentación sobre la eficacia han destruido el valor de la noción de incertidumbre en psicoterapia.

Estos principios se encuentran muy bien ilustrados en la breve presentación de Atwood del caso de Anna, una mujer que se sentía devastada desde que se le dijo que tenía una enfermedad mental, atacada por la insistencia de que tomara la medicación, y asaltada por el diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. Paradójicamente, el esfuerzo de Atwood por entenderla sintetizó su experiencia de ser "penetrado" por "rayos" cuando ella (dada su exquisita sensibilidad interpersonal) señaló la confusión en sus ojos mientras trataba de darle un sentido intelectualizado a sus delirios.

*Me di cuenta de que cuando ella me miró a los ojos y se encontró con mi confusión, se sintió invadida y debilitada. Al ver mis miradas de incomprensión, se convirtió en un objeto psiquiátrico incomprensible, perdiendo el sentido de su propia persona<sup>6</sup>. Comprendí entonces, que ella estaba simbolizando la violencia sentida en las imágenes de los rayos y en esa consolidación mortal. Ella me necesitaba para reconocer la violencia que estaba experimentando de forma directa; de lo contrario, esa violencia sólo podría continuar (p. 12)*

Una vez que Atwood identificó este proceso con Anna, y que reconoció que también, aunque sin intención, la había herido, su "esquizofrenia" desapareció. Parece que una vez que Atwood pasó de la clase más objetiva de conocimiento, exigido a nuestro enfoque actual, de centrarse en la técnica de diagnóstico y tratamiento a una forma de conocimiento intersubjetivo y relacional, la curación pudo tener lugar. El entorno de la terapia actual, sin embargo, requiere la objetivación de pacientes a través del diagnóstico, lo cual implica protocolos de tratamiento. Por tanto, tal como la terapia se muestra públicamente es muy diferente a la forma en que es experimentada por el terapeuta. Karon (2008), que también trabaja con un "esquizofrénico incurable", escribe:

*En mi experiencia, la mayor parte de cada sesión no tiene sentido para mí, o es repetitiva; y lo que recuerdo es cuando las cosas se fusionan y se vuelven claras. Pero el lector debe recordar que cada hora de terapia está llena de detalles, confusión y repetición, cuya sensación no viene a través de resúmenes escuetos de casos (p. 4).*

Si hay recompensas por andar a tientas intersubjetivamente hacia el otro, reconociendo poco a poco, sin saberlo, los propios movimientos traumáticos relacionales y



la gestión de la propia incertidumbre y la ansiedad en el proceso, entonces, estos premios sólo pueden ser personales y no institucionales. Imaginar notas de terapia que digan algo así como: "Hoy me senté con el paciente en silencio, sumergido en la ensoñación en la que vino a mí alguno de los posibles indicios de la profundidad de su desesperación y aislamiento." ¿Durante cuánto tiempo podrían pagar los comités de salud por semejante tipo de tratamiento? Institucionalmente se nos pide que seamos expertos que "saben", mientras que la buena terapia implica la incertidumbre de no saber. Es casi imposible validar los efectos de las terapias que confían en la íntima relación terapeuta-paciente, improvisada, forjada en la autenticidad, y centrada en lo desarrollado espontáneamente (Yalom, 2002).

### Significado y conocimiento

Los delirios son atribuciones creativas de sentido a la experiencia de la desintegración psicótica, mediada por procesos narrativos. Laing (1964) observó que "las locuras hechas y dichas por el esquizofrénico permanecerán esencialmente como un libro cerrado si no se comprende su contexto existencial" (p.15). Una perspectiva narrativa en la construcción de psicopatologías complejas puede no iluminar por qué han ocurrido, pero puede arrojar luz sobre su significado. Roe & Davidson (2005) sugieren que la aceptación de la pluralidad pudo evitar la frecuente invalidación del paciente por el terapeuta. Reconocer la existencia de múltiples y diversos puntos de vista podría ser una condición previa necesaria para alentar a las personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves a recomponer y compartir sus narrativas personales.

Atwood observa a través de los casos de Grace, Anna, y Mary que una clave para el éxito del tratamiento de estos pacientes se hospedaba en una "experiencia cercana" a la subjetividad de cada persona, encontrando modos para lograr un equilibrio en el que por un lado el paciente pueda sentirse validado personalmente, mientras que por otro, los aspectos de la experiencia psicótica podrían estar abiertos a la discusión. Como Atwood retrata, es crucial con pacientes psicóticos una exploración mutua y respetuosa con el significado de la psicosis dentro del contexto de una relación de confianza (Read, 2004). Un desplazamiento desde la posición del conocimiento hacia una auténtica colaboración en la exploración de la naturaleza y el significado de la experiencia, también se alinearía con un verdadero enfoque relacional para el encuentro terapéutico (véase también Aron, 1996).

De modo similar, como terapeutas, tenemos que equilibrar las demandas de la sociedad, de conocimiento y experiencia, con las demandas terapéuticas de ser exploradores con incertidumbre avanzando lentamente hacia el significado relacional y del vínculo con nuestros pacientes (Yalom, 2002). El progreso terapéutico, como en los casos

de Atwood, se entiende con mirada retrospectiva; rara vez sigue un guión y está planificado. Como decía Kierkegaard acerca de la vida, la terapia es vivida hacia adelante y entendida hacia atrás.

Sintonizar con la longitud de onda psicótica puede constituir una de las tareas más difíciles cuando se trabaja relacionamente dentro del campo intersubjetivo con un paciente psicótico. Como parte de nuestra humanidad como terapeutas, nos permitimos al mismo tiempo entrar, mientras se mantiene la distancia, en los fenómenos que nos encontramos. Al validar empáticamente la experiencia del paciente psicótico, podría ser tolerado un cierto desliz entre un nivel de discurso y otro (Eigen, 2004). Como Atwood señala en sus descripciones de casos, el trabajo que tiene éxito a largo plazo con un paciente que continúa alucinando con lucidez requiere tanto persistencia personal como capacidad profesional para consultar con compañeros y supervisores. Esperamos que sigan siendo compañeros y supervisores los que puedan resistir las demandas institucionalizadas de diagnóstico y la técnica y representen los mejores valores de un enfoque orientado al tratamiento humanista.

Atwood concibe un futuro más humanista, existencial, y psicodinámico para la psicoterapia, que investigará e iluminará el mundo, incluso el de los pacientes psicóticos graves. Al leer esto, sin embargo, nos preguntamos cómo es que nos salimos de este camino, un camino marcado por gigantes como Fromm-Reichmann, Sullivan y los otros a quienes menciona Atwood. ¿Cómo el conocimiento fenomenológico empático se ve erosionado por el culto a la validación empírica de los síntomas e intervenciones observables? La terapia que detalla Atwood en sus casos raramente se da ya en Estados Unidos, y el enfoque es aún más inusual en los centros de formación. El conocimiento del tratamiento de los pacientes psicóticos con psicoterapia psicodinámica intensiva, sin embargo, sobrevive en la literatura de casos. Fromm-Reichmann, en 1951, comenta que:

*Siempre se presentan elementos afectivos interpersonales del proceso terapéutico que lamentablemente desafían la descripción científica exacta del estado actual de nuestro conocimiento y a la habilidad en la explicación de lo intangible del intercambio interpersonal (p.xi).*

Ella esperaba que la investigación pudiera remediar esta situación. Sesenta años después, tenemos el desarrollo de las teorías intersubjetivas y relacionales que nos han dado el lenguaje y los conceptos para detallar mejor lo que podrían ser estos "intangibles". Y los hemos desarrollado en gran medida a través de narraciones basadas en casos como los que Atwood ofrece aquí. Estos estudios de caso nos animan a mantener nuestro aprecio por la complejidad afectiva y relacional de la intervención terapéutica y la consideración

por tomarse el tiempo necesario para entender los mundos subjetivos de nuestros pacientes.

### **Alternativas centradas en la persona al enfoque medicalizado del tratamiento de la esquizofrenia**

La diada terapéutica ha estado siempre arraigada en un mundo institucional de la envergadura de hospitales y sistemas de salud que construyen implícitamente la relación terapéutica (Cramer, 2004; Shapiro, 2001). Cuando la duración del tratamiento se asocia con la productividad y los beneficios, los objetivos del tratamiento adquieren un carácter apresurado y en cierto modo apremiante. Los objetivos de la transformación de la experiencia interna se sustituyen por el cambio de comportamiento (Cramer, 2004). Con la tendencia actual de medicalización en el tratamiento de la enfermedad mental grave, las unidades psiquiátricas en los hospitales generales se han transformado en extensiones de las salas de urgencia, que buscan la "estabilización" del paciente como única meta, con ayuda de los fármacos, en lugar de llegar a conocer al paciente y elaborar un tratamiento individualizado (Silver & Stedman, 2009).

Incluso los pacientes que responden a los fármacos antipsicóticos tienen sólo una respuesta parcial, y son abandonados a la hora de hacer frente a los síntomas residuales como depresión severa, deficiencias en el funcionamiento social y profesional, así como con un mayor riesgo de recaídas (Hietala, 2009). Ahora se ha vuelto más evidente que los antiguos y los nuevos neurolepticos tienen efectos secundarios graves e incluso a menudo permanentes (Lieberman et al, 2005; Citado en Alanen et al, 2009). Hay, sin embargo, acercamientos terapéuticos positivos y en evolución, aunque hoy en día escasos y más probablemente fuera de los EEUU, que están centrados en la personalidad del paciente grave.

Por ejemplo, en Finlandia, Yrjö Alanen, un psiquiatra con formación psicoanalítica también en EE.UU., trabajó durante más de cuarenta años con los pacientes con enfermedades mentales graves desarrollando un enfoque "adaptado a las necesidades" para la esquizofrenia. Este modelo se fundamenta en las necesidades específicas del individuo, combinando terapia individual y familiar, y medicación en dosis bajas, si acaso fuera necesario (Alanen, 1997). El enfoque fundamental dentro de este tratamiento es el uso profesional de la interacción humana. En este contexto, el propósito de la intervención biológica, utilizando la llamada medicación antipsicótica, es calmar al paciente para maximizar la posibilidad de la interacción humana y el trabajo psicoterapéutico. El objetivo es ayudar a los pacientes a reintegrarse mejor a las múltiples dimensiones de su vida. Los datos de varias muestras de grupos de pacientes, utilizando la terapia como parte de un

servicio integral, mostraron que el enfoque centrado en la persona obtenía como resultado hospitalizaciones más cortas y dosis más bajas de medicamentos (Alanen et al., 2009). Además, este "enfoque adaptado a las necesidades" es comparado con resultados favorables en términos de reincorporación al trabajo y de ausencia de síntomas psicóticos en un período de cinco años de seguimiento (Alanen et al., 2009).

En base a estos resultados positivos, el Gobierno de Finlandia ha apoyado la ampliación de los enfoques que se centran en el tratamiento basado en la psicoterapia intensiva, especialmente en el caso de los primeros episodios psicóticos. Seikkula y colegas (Seikkula et al., 2006) han desarrollado aún más este modelo "adaptado a las necesidades" con un enfoque familiar y de red de trabajo destinado a tratar a los pacientes psicóticos en sus hogares en Laponia Occidental, una zona remota del norte de Finlandia con alta incidencia de esquizofrenia (35 pacientes nuevos con esquizofrenia por cada 100.000 habitantes [Alanen, 1997]). Los principios que rigen este innovador trabajo incluyen la provisión de ayuda inmediata (en menos de 24 horas) para prevenir la hospitalización, una perspectiva de red social, flexibilidad y movilidad, continuidad psicológica, asumiendo tolerancia a la incertidumbre, y dialogismo<sup>7</sup> (Bakhtin, 1984; Seikkula et al 2006, p 215)<sup>8</sup>. El enfoque general se centra en la creación de un espacio común de modo que surja un nuevo lenguaje donde las cosas puedan empezar a tener un significado diferente para la familia, el paciente y el equipo de tratamiento (Anderson, 1997). Este enfoque audaz y rentable utiliza equipos móviles de crisis, donde se integra la terapia individual psicodinámica, el trabajo en grupo, aspectos de la terapia familiar, terapia ocupacional, y bajas dosis de tratamiento farmacológico. De acuerdo con un estudio de seguimiento, (Seikkula et al, 2006) el 82% de los pacientes tratados en base a este enfoque integral no tiene ningún síntoma psicótico residual (altos para los estándares internacionales); el 86% había vuelto a sus estudios o trabajo a tiempo completo; el 14% recibían el subsidio por discapacidad; y sólo el 29% había utilizado neurolépticos en alguna fase del tratamiento en 5 años.

Entre 1968 y 1980, como director de la Subdivisión de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), Loren Mosher, un psiquiatra inspirado en la obra de Semrad, desarrolló un proyecto de demostración de la investigación financiada por el gobierno federal, "SoteriaHouse" (1971-1983). Este proyecto estuvo funcionando más allá de su duración inicial de investigación de 10 meses, pero al final cerró cuando se agotó la financiación (Aderhold, 2009). *SoteriaHouse* estuvo inspirada por el enfoque fenomenológico y existencial de la enfermedad mental, haciendo hincapié en la cercanía humana continua con el paciente psicótico ("estar con"; Mosher, 1999). El objetivo original de Soteria fue evaluar si un tratamiento en un ambiente terapéutico diseñado especialmente de corte psicosocial, con una relación centrada en la incorporación de un uso mínimo de medicamentos antipsicóticos durante 6 semanas, podría producir resultados

equivalentes o mejores en el tratamiento de pacientes recién diagnosticados con esquizofrenia en comparación con el modelo general de hospital psiquiátrico, con medicación antipsicótica (Bola & Mosher, 2003).

Aunque la casa original de Soteria en California cerró, el modelo de Mosher ha sido replicado por una Casa Soteria en Berna, Suiza, desde 1984, que todavía está en funcionamiento (Ciompi & Hoffman, 2004). La investigación empírica (Ciompi & Hoffman, 2004) ha demostrado que este enfoque alternativo, de apoyo y de protección, en un pequeño entorno no hospitalario, ha permitido el éxito en Suiza, como fue antes en California, de efectos terapéuticos similares o mejores que con el tradicional tratamiento basado en la tradición hospitalaria, casi sin necesidad de utilizar fármacos antipsicóticos. Se dan, por supuesto, muchos otros ejemplos de estos enfoques (por ejemplo, el programa en Austin Riggs); aunque aquí destacamos sólo algunos de ellos.

Según Calton y sus colegas (2008), investigadores del Reino Unido, está creciendo en todos los países industrializados el interés en "el paradigma Soteria" que trata de apoyar a las personas con diagnóstico de trastornos del espectro esquizofrénico utilizando un enfoque de mínima medicación. La revisión reciente de Calton et al. (2008) sugiere que "el paradigma Soteria" tiene igual rendimiento, y en ciertas áreas específicas, mejores resultados en el tratamiento de las personas diagnosticadas recientemente con trastornos del espectro de la esquizofrenia en comparación con los métodos convencionales, basados en la medicación. Estos investigadores hacen una llamada a una mayor investigación basada en los paradigmas "de enfoque integral" y generar así alternativas futuras de tratamiento válidas, rentables y legítimas a las personas con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos mentales graves. En la línea con esta búsqueda de enfoques pragmáticos que incorporan el punto de vista de los pacientes, Tansella (2010), un psiquiatra italiano, llegó a la conclusión de que "hay que escuchar más a nuestros pacientes, hablar más (y mejor) con ellos, y hacer que nuestro estilo de trabajo en las instalaciones hospitalarias y comunitarias sea menos paternalista" (p.3).

Mientras que la expansión masiva de la atención médica, las presiones sobre la confidencialidad, y la revolución farmacéutica en la atención de la salud mental han dado forma a los contornos de la díada terapéutica, todavía es posible encontrar maneras de adaptar los principios que Atwood articula, como los ejemplos citados anteriormente confirman, dentro del contexto de los recursos disponibles de tiempo y dinero. Una creencia fundamental de que los síntomas tienen un significado y que el reconocimiento, la comprensión y la articulación de estos significados promoverán el crecimiento y la salud mental duradera aún puede guiar la iniciativa terapéutica. Este modo, sin embargo, implica una mayor apreciación de las complejidades del diálogo intersubjetivo que es la díada terapéutica y una mayor tolerancia por "no saber" en cualquier punto de la terapia si se

están cumpliendo "los objetivos del tratamiento" (ver Yalom, 2002).

### El poder curativo de la validación

Los clínicos experimentados afirman que el terapeuta que trabaja con éxito con un paciente psicótico, debe poseer humildad (Fromm-Reichman, 1959), estar libre de preocupaciones narcisistas<sup>9</sup> (Searles, 1963), y estar equipado de una sensibilidad especial para el significado manifiesto de la comunicación humana (Eigen, 2004), aun sabiendo que "más que ninguna otra cosa, todos somos simplemente muy humanos" (Sullivan, 1953, p. 16). El terapeuta sensible es capaz de ofrecer validación y respuestas de curación que al paciente le fueron negadas en un primer momento por la familia y por su entorno inmediato (Lapsley et al, 2002; Vellenga & Christenson, 1994).

Los relatos en primera persona pueden ser de suma importancia para ayudar al terapeuta en desarrollo a comprender el mundo de la psicosis (Drayton et al, 1998). Debajo de la superficie de lo que parece ser "afecto plano", por ejemplo, puede haber un fracaso intersubjetivo que representa un choque entre las perspectivas del observador y el objeto, dando como resultado emociones intensas, aterradoras y reprimidas (Tarrier et al., 1979). Hay más de un caso convincente que nos permite afirmar que en la profundización de nuestra comprensión de las experiencias complejas y confusas de la psicosis, se dará un mayor énfasis a la voz de la experiencia vivida. Relatos en primera persona (por ejemplo Greenberg, 2009; Saks, 2008; Sechehaye, 1970), la literatura y la investigación fenomenológica mejoran nuestra comprensión sobre cómo trabajar mejor con los problemas de la psicosis. Y, por supuesto, la presentación de casos que hacen hincapié en la experiencia subjetiva del paciente y del terapeuta, como Atwood ofrece aquí, son a la vez la herencia y el legado de este enfoque ingenioso, un enfoque relacional para la curación. Como dice Atwood, (y vale la pena repetirlo) "Es verdaderamente increíble lo lejos que puede llegar un poco de comprensión humana".

### REFERENCIAS

- Aderhold, V. (2009). A treatment model and a reform movement in psychiatry. In Alanen, Y., Conzalez D., Chavez, M., Silver, A-L., & Martindale, B. (Eds.), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses past, present and future*. (pp. 328-345). London: Taylor & Francis.
- Alanen, Y. (1994). An attempt to integrate individual-psychological interaction concept of the origins of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23): 56-61.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y., Conzalez D., Chavez, M., Silver, A-L., & Martindale, B. (Eds.) (2009). *Psychotherapeutic*

- approaches to schizophrenic psychoses past, present and future*. London: Taylor & Francis.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4<sup>th</sup> ed)*. Arlington, VA: Psychiatric Publication.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Aron. L. (1996). *A meeting of minds mutuality in psychoanalysis relational perspectives book series volume 4*. New York: The Analytic Press.
- Atwood, G.E. (2012). Psychotherapy as a human science: Clinical case studies exploring the abyss of madness. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* [Online], Vol. 8(1), Article 1, 1-24. Available: [http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp\\_journal](http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal)
- Bannister, D. (1962). Conceptual structure in thought-disordered schizophrenics. *Journal of Mental Science*. 106: 1230-1249.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevski's poetics: Theory and history of literature. Vol. 8*. Manchester, UK: Manchester University Press.
- Bayer, B. and Shotter, J. (1998). *Reconstructing the psychological subject: Bodies, practices, and technologies*. London: Sage Publications.
- Bentall, R.(2004). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Beutler, L. (2000). David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, 55, 997–1007.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Bola, J. & Mosher, L. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcome from the Soteria project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191:4, 219-229.
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N. & Spandler, H. (2008). A Systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of People diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34:1, 181-192.
- Cramer, M. (2004). Imaginary gardens with real toads: attachment to others, attachment to the market. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 3, 208-216.
- Ciampi L, Dauwalder H., & Maier C. (1992). The pilot project "Soteria Berne". Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*, 161:145-153.
- Ciampi, L. & Hoffman, H. (2004). Soteria Berne: An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*, 3(3): 140–146.
- Drayton, M., Birchwood, M., & Trower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *The British Psychological Society*, 37:3, 269-284.
- Eigen, M. (2004). *The psychotic core*. New York: Jason Aronson Inc.
- Geekie, J. and Read, J. (2009). *Making sense of madness contesting the meaning of schizophrenia*. New York: Routledge.
- Fromm-Reichmann, F. (1951). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.

- Fromm-Reichmann, F. (1959). Basic problems in the psychotherapy of schizophrenia. In D. Bullard (Ed.) *Psychoanalysis and psychotherapy: Sselected papers of Frieda Fromm-Reichmann*. (pp.210-217). Chicago: The University of Chicago Press.
- Greenberg, J. (2009). *I never promised you a rose garden: A novel*. Original printed 1964. New York: Holt Paperbacks.
- Hietala, J. (2009). Psychopharmacological treatment and psychotherapy in schizophrenic psychoses. Part 1: Challenges of antipsychotic drug treatment in schizophrenia. In Alanen, Y., Conzalez D., Chavez, M., Silver, A-L., & Martindale, B. (eds.), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses past, present and future* (pp. 288-293). London: Taylor & Francis.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., & Sartorisu, N. (Eds). (2007). *Recovery from schizophrenia: An international perspective: A report from the WHO Collaborative Project, the international study of schizophrenia*. New York: Oxford University Press.
- Hopper, K., & Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: Results from ISoS, the WHO Collaborative follow-up project. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4):835-846.
- Jenkins Hunter, J. & Barret, R. J. (2004). *Schizophrenia, culture, and subjectivity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Karon, B. (2008). An "incurable" schizophrenic: The case of Mr. X. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* [Online], Vol. 4(1), Article 1, 1-24. Available: [http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp\\_journal](http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal)
- Laing, R. (1964). *The divided self*. London: Pelican.
- Lapsley, H., Nikora, L. W. & Black, R. (2002). "*Kia Mauri Tau!*" narratives of recovery from disabling mental health problems. *Report of the University of Waikato Mental Health Narratives Project*. Hamilton, New Zealand: University of Waikato.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis an integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morgan, G. and Fisher, H. (2007). Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma – a critical review. *Schizophrenia Bulletin* 331: 3-10.
- Morrison, A. (1999). "A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic?" *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 26(4): 289-302.
- Mosher, L. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization a personal and professional review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187: 142-149.
- Mueser, K., Bellak, A., Wade, J., & Julie, H. (1993). Experienced emotion, social skill and response to negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 3, 339-345.
- Read, J., Bentall, R., & Mosher, L. (eds.), (2004). *Models of madness*. New York: Routledge.
- Read, J., Goodman, L., Morrison, A., Roos, L. & Arnols. V. (2004). Childhood, trauma, loss, and stress. In Read, J., Bentall, R., & Mosher, L. (eds.), *Models of madness*. New York: Routledge.
- Roe, D. and Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story.



*Medical Humanities* 31:89-94.

- Saks, E. R. (2008). *The center cannot hold: My journey through madness* (Reprint.). New York: Hyperion.
- Searles, H. (1963). Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis* 44:249-281.
- Sechehaye, M. (1970). *Autobiography of a schizophrenic girl*. London: Signet.
- Shapiro, E.R. (2001). The effect of social changes on the doctor-patient relationship. *Organisational & Social Dynamics* 2: 227-237.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J. & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16:2, 214-228.
- Silver, A-L. & Stedman, L. (2009). United States of America psychodynamic developments, 1940s to the present. In Alanen, Y. Conzalez D., Chavez, M., Silver, A-L., & Martindale, B. (Eds.) *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses past, present and future*. (pp. 67-77). London: Taylor & Francis
- Stolorow, R., Brandchaft, R., & Atwood, G. (1997). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. New York: The Analytic Press.
- Stolorow, R., Atwood, G., & Orange, D. (2002). Shattered worlds/ psychotic states: A post-Cartesian view of the experience of personal annihilation. *Psychoanalytic Psychology*, 19: 281- 306.
- Stolorow, R. (2007). *Trauma and autobiographical, human existence, psychoanalytic, and philosophical reflections*. New York: The Analytic Press.
- Sullivan, H.S (1953). *Conceptions of modern psychiatry*. New York: W. W Norton Co.
- Sullivan, H. S (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton & Co.
- Tansella, M. (2010). Alternatives to standard acute in-patient care for people with mental disorders: from systematic description to evaluative research. *The British Journal of Psychiatry*, 197: 1-3.
- Tarrier, N., Vaugh, C., Lader, M., Leff. J. (1979). Bodily reactions to people and events in schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 36(3): 311-315.
- Vellenga, B., and Christenson, J. (1994). Persistent and severely mentally ill clients' perceptions of their mental illness. *Issues in Mental Nursing* 15:4, 393-371
- Wahass, S. and Kent, G. (1997). Coping with auditory hallucinations: A cross-cultural comparison between Western (British) and Non-Western (Saudi Arabian) Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185:11, 1169-77.
- Yalom, I.D. (2002). *The gift of therapy*. New York: HarperCollins.

## NOTAS

<sup>1</sup> Traducción castellana de Judith Parejo García, revisada por Alejandro Ávila. Este trabajo ha sido publicado originalmente como: RUTHELLEN JOSSELSON y HEIDI MATTILA: The Humanity of the Psychotic Patient and the Human Approach 36 by the Therapist: A Relational and Intersubjective Meeting *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, Volume 8, Module 1, Article 3, pp. 36-48, 02-18-12). Traducido y reproducido con autorización de los autores y de <http://pscp/libraries.rutgeres.edu>

<sup>2</sup> Universidad de Fielding (Santa Bárbara, California, USA). La correspondencia relativa a este artículo debe ser enviada a Ruthellen Josselson, 4210 Tuscany Ct. Baltimore, MD 21210

<sup>3</sup> Universidad de Fielding (Santa Bárbara, California, USA)

<sup>4</sup> N. de T. El DSM-V no había sido publicado cuando se prepara este trabajo, pero no modifica los argumentos aquí expresados.

<sup>5</sup> N. de T.: La experiencia del *insight*, suele ser entendida como un fenómeno cognitivo en el que se llega a la solución o comprensión de un conflicto en asociación con una vivencia afectiva de sorpresa y certeza ante el descubrimiento. En el contexto psicoterapéutico y psicoanalítico, la acepción dominante implica el acto de devenir conscientes de algo que resulta clave para el proceso de transformación, a través de conocer mediante una mirada hacia dentro, en profundidad. Hacer insight implica que ese conocimiento (principalmente experiencial, pero fijado como comprensión) nos cala, toca, nos lleva a algún plano de la acción (que no de *acting*) que resulta así transformadora, al condensar emoción, comprensión y acción". A. Ávila Espada: La relación, contexto determinante de la transformación. *Temas de Psicoanálisis*, Núm. 6, Julio 2013.

<sup>6</sup> N. de T.: En el texto original se utiliza el término *personhood*, sin traducción al castellano, y que se refiere al derecho de "ser persona" ante la ley, como ciudadano con privilegios y responsabilidades jurídicas.

<sup>7</sup> N. de T.: "El concepto de dialogismo se desarrolla metafóricamente a partir del de diálogo comunicativo lingüístico entendido, como interacción de posiciones semántico-ideológicas que tiene un origen intersubjetivo. El entretejimiento y separación entre el Sí Mismo y el Otro (fundamento del dialogismo bajtiniano) es la experiencia necesaria para que se produzca la búsqueda de una 're-presentación' simbólica del sujeto, una ilusión de la 'unidad del yo' que le permita decirse, aparentemente al menos, desde sí mismo y aparte de los otros, pues, en efecto, el sujeto depende en sus inicios para identificarse de la mirada del otro y de los actos de otros. Así, el imaginario literario, e incluso el dialogismo interno de la palabra que propugna Mijaíl Bajtín, tienen su génesis en la interacción originaria que se da en el mundo fáctico (entre el yo y el no-yo)". Miriam Llamas Ubieto, Interacción cultural y dialogismo: una relación productiva para el estudio teórico-literario de la interculturalidad, *Revista de Filología alemana 2010, vol. 18)*

<sup>8</sup> N. de T.: En España estos planteamientos de atención precoz a las psicosis son liderados por los trabajos y programas de Jorge L. Tizón. Un primer acercamiento a sus planteamientos, y amplias referencias para ampliación, puede encontrarse en: Tizón, J.L. (2013). *Entender las Psicosis. Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.

<sup>9</sup> N. de T.: "preocupaciones narcisistas" en el sentido de estar dominado implícitamente por la necesidad de restaurar déficit narcisistas propios a través de construcciones narcisistas que sostienen el equilibrio de la personalidad del terapeuta. Si dominan estos procesos, al terapeuta no le queda capacidad para el encuentro con el otro.