

Titulillo: Psicoterapia de orientación psicodinámica y esquizofrenia

La psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de la
esquizofrenia
Una revisión de literatura

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

Laura Juanita Villamil Díaz¹
Autora

Miguel Gutiérrez Peláez
Director

Mayo de 2012

Programa de Psicología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

¹ Este trabajo de grado se inserta dentro de la línea de investigación del profesor Miguel Gutiérrez Peláez “Psicoanálisis contemporáneo y trauma”, perteneciente al grupo de investigación “Individuo, familia y sociedad”.

Correspondencia relacionada con esta investigación debe ser dirigida a Laura Juanita Villamil, correo electrónico: juanita301@hotmail.com o a Miguel Gutiérrez Peláez, profesor del Programa de Psicología de la Universidad del Rosario, Carrera 24 No. 63C-69, correo electrónico: miguel.gutierrez@urosario.edu.co

Resumen

El presente escrito es el resultado de una revisión de literatura acerca de la psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de la esquizofrenia, haciendo énfasis en su efectividad, formas de intervención y abordaje de dicha enfermedad. De igual manera, se realiza una revisión acerca de lo que es la esquizofrenia propiamente dicha, sus diferentes formas de tratamiento y sobre la importancia e impacto que tiene la esquizofrenia dentro del contexto familiar. Así mismo se llevo a cabo una revisión de estudios comparativos sobre la eficacia del tratamiento de la esquizofrenia desde diferentes modelos terapéuticos, haciendo énfasis en la psicoterapia de orientación psicodinámica, encontrando resultados favorables en el manejo y abordaje de la esquizofrenia. Por último, se realiza una revisión acerca del papel de la psiquiatría en el abordaje de esta enfermedad, resaltando la importancia del trabajo multidisciplinar para el tratamiento de la esquizofrenia, haciendo hincapié en el manejo con psicoterapia y no solamente farmacológico.

El aporte de la psicología desde la psicoterapia individual en el tratamiento de las esquizofrenias y demás trastornos psicóticos es un tema ampliamente corroborado por diferentes estudios (uno de los más completos es el de Dickerson y Lehman, 2006). La mayoría de esos estudios toman la psicoterapia cognitivo-comportamental como la más apropiada para dicha patología. Incluso, se ha demostrado en diversos estudios y ensayos clínicos, que la terapia cognitivo-comportamental es eficaz como tratamiento de primera línea en diferentes trastornos psiquiátricos importantes (Edward & Wilcoxon, 2001). Sin embargo, estudios recientes han resaltado como igualmente eficientes terapias de otros modelos, entre ellos el modelo dinámico o psicoterapia psicoanalíticamente orientada (Gottdiener, 2006). Aunque este modelo terapéutico tiene

algunas bases del psicoanálisis planteado por Freud, las hipótesis han variado un poco a lo largo del tiempo y es precisamente el psicoanálisis contemporáneo que plantea el trabajo con personas esquizofrénicas, en especial proponen el trabajo terapéutico con la psicosis.

Recientemente, se han realizado estudios que incluyen la comparación entre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicodinámica, y los resultados reportan a los dos tipos de tratamiento como igual de efectivos (Barkham et al., 1996; Bogels et al., 2003; Brom et al., 1989; Crits-Cristoph et al., 1999; Gallagher-Thompson et al., 1990; Munroe-Blum & Marziali, 1995; Sandahl et al., 1998; Thompson et al., 1987; Svartberg et al., 2004; Woody et al., 1990. Citado por Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006). Sin embargo, la psicoterapia de orientación psicodinámica tiene la limitante que no hay gran cantidad de evidencia empírica sobre su efectividad, como si la tiene la terapia cognitivo-conductual (Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006).

Guseva, Iovlev & Shchelkova (2002) hablan acerca de la complejidad del manejo o tratamiento de la esquizofrenia, y al respecto mencionan que el manejo biológico de la enfermedad en su fase activa y el manejo psicoterapéutico tanto en el paciente como en la familia en los periodos donde los síntomas no están agudos ha demostrado ser útil. Sin embargo, se encuentran dificultades en el momento de encontrar o elegir el modelo terapéutico con el cual se va a trabajar. Desde el modelo psicodinámico se han encontrado dificultades para evaluar objetivamente su efectividad, sobre todo en la evaluación del grado de procesamiento de los contenidos trabajados en la terapia con la persona con esquizofrenia (Schelkova, & Isurina, 1989. Citado por Guseva, Iovlev & Shchelkova, 2002).

Sobre la Esquizofrenia

En primer lugar Picchioni & Murray (2007) mencionan que es una de las enfermedades mentales más graves y temibles para las personas, ya que genera bastante ansiedad tanto para la persona que padece la enfermedad como para sus familiares y personas cercanas. Esta enfermedad se caracteriza específicamente por la “separación o desconexión de las funciones psíquicas” (Picchioni y Murray, 2007 pp. 91).

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en síntomas positivos y síntomas negativos. Los síntomas positivos son aquellos que el paciente hace o experimenta que las personas sanas no suelen presentar. Los síntomas negativos se refieren a aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar.

Los principales síntomas positivos son:

Carencia de *insight*, alucinaciones, pueden ocurrir en cualquier sentido tacto, el olfato, el gusto, visión o audición. Estas últimas suelen ser las más comunes, por lo general oír voces. Otro de los síntomas positivos que presentan las personas con esquizofrenia con bastante frecuencia son los delirios, los cuales se pueden desarrollar sobre temas personales, como por ejemplo: persecución, ya que los pacientes piensan que son víctimas de algún tipo de amenaza o son centrales para una conspiración; otras ideas delirantes que pueden tener las personas con esquizofrenia, pueden desarrollarse a lo largo de cualquier tema, por ejemplo grandeza, sexualidad o religiosidad. Los trastornos del pensamiento también son una manifestación común en las personas con esta enfermedad y éste se manifiesta como un discurso distorsionado o ilógico, es decir, fallas en el uso del lenguaje de forma lógica y coherente (Picchioni y Murray, 2007).

Los síntomas negativos son:

El aislamiento social, descuido de la persona, la pérdida de motivación y la iniciativa, embotamiento emocional y la escasez de expresión (Picchioni y Murray, 2007 pp. 92).

Muchos pacientes presentan desordenes del pensamiento y síntomas negativos, los cuales usualmente causan menos preocupación en los pacientes, pero son más angustiantes para los familiares. (Picchioni y Murray, 2007).

“Las revisiones sistemáticas demuestran que a pesar de su relativa baja incidencia (15.2/100 000), la prevalencia de la esquizofrenia (7.2/1000) es relativamente alta, ya que a menudo se inicia en la vida adulta y se convierte en crónica” (Picchioni y Murray, 2007 pp. 91)

En torno a la explicación de la aparición de la esquizofrenia se han establecido diferentes teorías y afirmaciones dentro de las cuales se encuentran las relacionadas con la influencia de la familia, entre otras. Diversos estudios han encontrado correlaciones entre las deficiencias en la capacidad para la toma de conciencia de los estados mentales de uno mismo y los demás y las características principales de la psicosis (por ejemplo, Caldera y otros, 2008;. Vogeley, 2007;. Koren et al, 2004. Citado por Brent, 2009 pp. 806).

Sobre la etiología de la esquizofrenia también se han llevado a cabo diversos estudios, especialmente un meta-análisis donde se identificó que las personas con esquizofrenia probablemente tuvieron complicaciones al momento del nacimiento y estas complicaciones tienen repercusiones en el desarrollo del cerebro. En la edad adulta factores estresores del medio ambiente tales como el aislamiento social, la condición de migrante y la vida urbana en si misma pueden contribuir a ser factores de riesgo de padecer esta enfermedad (Picchioni y Murray, 2007). Sin embargo, “el estrés ambiental no suele definirse como adquirido. En cambio, se relaciona con una agresión intrauterina o neonatal, como la inanición materna o el virus de la gripe tipo A durante la gestación, o con complicaciones obstétricas. Éstas son las áreas que se estiman más importantes para la prevención de la esquizofrenia” (Leighton et al., 2007. Pp 551).

En una visión más contemporánea sobre las causas de la esquizofrenia, se encuentran aquellas que tratan acerca de la predisposición al estrés, del cual se dice es el que predomina actualmente.

Las pautas de crianza parecen no tener un fuerte impacto en la vulnerabilidad a la enfermedad. Sin embargo, se ha encontrado que las familias tienen un papel importante en el trascurso de la esquizofrenia pues brindan apoyo al paciente y se ha encontrado que esto tiene repercusiones importantes y positivas en el manejo de la esquizofrenia (Picchioni y Murray, 2007).

Acerca de la génesis de la esquizofrenia, se encontró que Lacan tiene una teoría al respecto a la cual “hace hincapié en que los esquizofrénicos tienen una defectuosa relación con el lenguaje” (Ver Eecke, 2002. Pp 634).

El tratamiento de la esquizofrenia es un tema que ha cobrado importancia en los últimos años puesto que inicialmente sólo se tenía como tratamiento de primera línea el tratamiento farmacológico. Sin embargo, tal y como plantean Niemeyer, Musch & Pietrowsky (2012), la psicoterapia para la esquizofrenia ha demostrado tener resultados importantes y estos mismos autores observaron que un tratamiento con medicación y psicoterapia demostraba tener los mismos resultados que un tratamiento sin medicación y sólo con psicoterapia.

Algunos aspectos históricos de la psicoterapia de orientación psicodinámica

Desde principios de siglo hasta los años 50's y 60's, las intervenciones psicodinámicas para el tratamiento de la esquizofrenia estaban ampliamente difundidas (de la mano de Fromm-Reichmann, Searles, Sullivan, Lotterman, entre otros), aunque antes de la década de los 50's ya se habían escrito publicaciones sobre los conflictos psíquicos en la base de la esquizofrenia (Silver, 2010). En los años 70's y 80's se llevaron a cabo estudios para determinar la efectividad de la psicoterapia psicodinámica en pacientes

con esquizofrenia sin ningún tipo de medicamento pero no se obtuvieron resultados claros sobre la efectividad de la terapia. (Malmberg, Fenton & Rathbone, 2012) Así mismo, dentro de la comunidad psicoanalítica, ha recibido una importante atención ya que ha sido objeto investigaciones y controversias (Gottdiener, 2006). Sin embargo, en las últimas décadas parecen haber perdido credibilidad, aún dentro de los propios psicoanalistas. Se ha incrementado la falta de interés por la esquizofrenia en el campo del psicoanálisis en las últimas décadas (Willick, 2001, citado por Gottdiener, 2006). Algunos estudios, incluso, sugieren que este tipo de intervenciones pueden llevar a acelerar las recaídas. Quizá el poco interés sobre el tema de la esquizofrenia es el reflejo de una creencia que se ha ido instaurando entre los psicoanalistas y es que la terapia orientada psicoanalíticamente no proporciona ningún beneficio para los individuos (Gottdiener, 2006). Sin embargo, estos inconvenientes que se han evidenciado respecto al tratamiento psicodinámico para la esquizofrenia no han hecho que dicho método terapéutico pierda fuerza, pues este enfoque terapéutico ha ido evolucionando y además han sido utilizados por más de un siglo (Gottdiener, 2006).

La terapia de orientación psicodinámica es un concepto diferente a lo que se conoce propiamente como el tratamiento psicoanalítico clásico y en torno a esto ha habido una discusión permanente. Los debates en torno a esto se centran en cuestiones teóricas o técnicas. Eisold (2005), quien cita a Gill (1984), distingue entre los factores externos, como el uso del diván, la frecuencia de las sesiones, o la formación del analista, y los factores intrínsecos, como el análisis de la transferencia, el uso del libre asociación, regresión, etc. Gill (1984) argumenta que los factores intrínsecos son los de mayor relevancia para analizar y encontrar así una diferencia entre la psicoterapia psicodinámica y el tratamiento psicoanalítico clásico. Sin embargo, sus argumentos no

despertaron mayor interés en sus colegas ya que lo consideraron irrelevante para la psicoterapia (Eisold, 2005).

“La psicoterapia psicodinámica se deriva de los conceptos fundamentales del psicoanálisis y los métodos, con la diferencia de que las sesiones de tratamiento son menos frecuentes y la duración total del tratamiento puede ser significativamente más breve que la del psicoanálisis” (Levenson, Butler, y Beitman, 1997; Shedler, 2010, citado por Fine y Fine 2011, pp. 102).

Al realizar la revisión de la literatura se encontró también que la psicoterapia de orientación psicodinámica ha demostrado efectividad no sólo en el tratamiento de la esquizofrenia, sino también se han encontrado resultados importantes en el tratamiento de enfermedades tales como trastornos de personalidad limítrofe y narcisista, en especial la psicoterapia psicodinámica basada en la mentalización, la cual fue desarrollada por Fonagy y colegas para tratar este tipo de patologías (Fonagy y Target, 2006, citado por Brent, 2009, pp. 806).

Sobre la efectividad de la psicoterapia de orientación psicodinámica

Guseva, Iovlev & Shchelkova (2002) realizaron un estudio en el cual pretendían “evaluar la eficacia de la psicoterapia psicodinámicamente orientada combinada, es decir, individual y grupal a corto plazo en pacientes con esquizofrenia en el periodo de hospitalización y, en segundo lugar, estudiar y seleccionar los métodos experimentales y psicológicos más adecuados para revelar la dinámica de ciertos parámetros psicológicos en los pacientes esquizofrénicos durante el curso de la psicoterapia” (Guseva, Iovlev & Shchelkova, 2002. Pp 61).

En general, los resultados indicaron un cambio positivo después de la terapia en comparación con el estado de los pacientes antes de ésta. Es importante mencionar que

estos resultados se dieron gracias al trabajo conjunto de la farmacoterapia y la psicoterapia, tanto grupal como individual. Sin embargo, la psicoterapia individual demostró en algunos casos su efectividad en cuanto a la reducción de los síntomas y a veces su desaparición (Guseva, Iovlev & Shchelkova, 2002). En cuanto a la psicoterapia, los autores proponen que la terapia psicodinámica a corto plazo propone eliminar un conflicto en un área específica pero resaltan que un resultado positivo no produce una transformación de la estructura de la personalidad; por lo tanto, no puede ser legitimada con métodos experimentales de autoevaluación las cuales evalúan fundamentalmente características de la personalidad (Guseva, Iovlev & Shchelkova, 2002). Como conclusión, estos autores plantean que después de la psicoterapia los pacientes con esquizofrenia evidenciaron una disminución en la presencia de los síntomas psicopatológicos, “un aumento en actividad, en los intereses, se evidenciaron cambios en las implicaciones emocionales y en la mejora en los hábitos interpersonales, cooperación y adaptación social, así como se demostró un cambio en la concepción de su propia enfermedad: una perspectiva multinivel de estar enfermos”(pp. 66).

En general los autores mencionan que en una psicoterapia psicodinámica a corto plazo, las habilidades sociales se incrementan, lo cual garantiza la mejora de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia (Guseva, Iovlev & Shchelkova, 2002. pp. 67). Sin embargo, en un meta-análisis reciente realizado por Leichsenring y Rabung (2008) concluyeron que la psicoterapia de orientación psicodinámica a largo plazo era “significativamente superior a la de corto plazo, con respecto a los resultados en general, los problemas objetivo, y el funcionamiento de la personalidad” (citado por Bhar, Thombs, Pignotti, Bassel, Jewett, Coyne & Beck, 2010, pp. 1563).

Haugsgjerd (1998), por su parte, propone que luego de varios años de estudio relacionado con la efectividad de la psicoterapia psicodinámica, encontró que personas

que han sido diagnosticadas con esquizofrenia desde hace algún tiempo, y eran tratadas con psicoterapia psicodinámica, empezaban a desarrollar una forma no-psicótica del funcionamiento mental hasta tal punto de parecer que suprimían su pensamiento psicótico.

Bajo el auspicio del grupo de revisión de Cochrane, Malmberg y Fenton (2001) (citado por Gottdiener, 2006) publicaron una revisión de la literatura sobre la eficacia de la psicoterapia individual de orientación psicodinámica, en donde reportan que había muy poca información al respecto por lo que no pudieron sacar ningún tipo de conclusión, ni a favor ni en contra de la eficacia de la psicoterapia psicodinámica individual (Gottdiener, 2006). Finalmente, los autores sugieren que se lleven a cabo más investigaciones con el fin de poder tener suficiente evidencia empírica. Mojtabai et al. (1998) (citado por Gottdiener, 2006), encontraron igualmente en sus estudios que los tratamientos psicoterapéuticos y la psicoterapia individual, produce mejores resultados en comparación con el tratamiento estándar y especialmente aquellas psicoterapias que son combinadas con la medicación.

En contraposición con la literatura clínica, la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica individual para las personas con esquizofrenia ha producido resultados contradictorios. Para ilustrar estos resultados es necesario hablar de dos estudios realizados donde se evidencian estos hallazgos (Karon y VandenBos, 1981; May, 1968, citado por Gottdiener, 2006). Estos dos estudios compararon la psicoterapia individual con medicación y sin medicación antipsicótica en el tratamiento estándar, tratamiento en el cual la medicación fue la intervención principal. Estos mismos autores realizaron otra investigación detallada que proporciona evidencia de que un enfoque modificado de orientación psicoanalítica es eficaz cuando se utiliza con pacientes esquizofrénicos, siempre y cuando los terapeutas que ofrecen el tratamiento estén

altamente capacitados en el trabajo con la población, y tengan un promedio de un mínimo de diez años de trabajo (Karon y VandenBos, 1996. Citado por Gibbs, 2007). Los resultados encontrados por May (1968) indicaron que pacientes tratados conjuntamente con psicoterapia psicodinámica y medicación antipsicótica obtuvieron mayores niveles de mejoría que aquellos que sólo recibieron tratamiento psicoterapéutico. Por su parte, en el estudio realizado por Karon y VandenBos (1960), los psicoterapeutas trataron dos grupos de pacientes con psicoterapia psicodinámica de exploración. Un grupo no recibió medicación y el otro sí recibió, pero sólo en pequeñas dosis las cuales se terminaron en las primeras fases del tratamiento. Estos dos grupos de tratamiento fueron comparados con un tercer grupo de pacientes los cuales recibieron atención hospitalaria estándar, con la medicación antipsicótica como tratamiento de primera línea. Los resultados indicaron que un grupo de pacientes en el que fueron tratados con psicoterapia individual mejoró en comparación con los pacientes que recibieron solamente medicación (Gottdiener, 2006).

En un estudio comparativo, realizado por Hauff, Varvin, Laake, Melle, Vaglum & Friis (2002), se comparó un grupo de pacientes el cual era intervenido psicoterapéuticamente y otro grupo el cual recibió el tratamiento estándar del hospital, es decir, no tenían ningún tipo de terapia psicológica. Los resultados indicaron una fuerte relación e interacción entre el tipo de tratamiento y el estado de salud mental al momento de la admisión. Otro hallazgo significativo fue que se encontró que un programa psicoterapéutico intensivo puede ser beneficioso para pacientes con esquizofrenia que tienen un buen funcionamiento al momento del ingreso, es decir no se encuentran en crisis psicótica, y puede tener el efecto contrario para los pacientes que inician la psicoterapia en crisis (Hauff, et al. 2002).

The Danish National Schizophrenia Project, (Proyecto Nacional Danés de Esquizofrenia), investiga los efectos de la intervención temprana y la que se mantiene por un año después de los primeros signos de psicosis. Este proyecto diseñó un estudio con el fin de probar si la psicoterapia psicodinámica de apoyo, además de los tratamientos convencionales, psicosociales y educativos, podría mejorar el curso de la enfermedad en comparación con el tratamiento habitual (Rosenbaum, Valbak, Harder, Knudsen, Koster, Lajer, Lindhardt, Winther, Petersen, Jorgensen, Nordentoft, & Andreasen, 2005). Los resultados encontrados fueron que en los primeros episodios de psicosis la alianza terapéutica es fundamental para cualquier tratamiento psicológico y en este estudio no se pudo lograr ya que el tiempo con el que se contaba fue corto y no se alcanzó a establecer dicha alianza. Por otra parte, respecto a la terapia psicodinámica individual, se encontró que hay pocos estudios que comparan este tipo de psicoterapia, con el tratamiento estándar, y se indica que en los pocos que hay, los resultados son muy diversos ya que algunos están a favor del tratamiento psicodinámico. Los resultados positivos se han asociado con el tratamiento por parte de terapeutas con experiencia (Karon y VandenBos, 1981, citado por Rosenbaum et al. 2005) y / o con la formación de una alianza terapéutica (Frank y Gunderson, 1990, citado por Rosenbaum et al. 2005).

Otro estudio realizado por Smith et al. (1980) (citado por Gottdiener, 2006), contiene información importante y relevante para esclarecer la controversia existente en torno a la efectividad de la psicoterapia psicodinámica individual. Smith et al. (1980) descubrieron que la psicoterapia psicodinámica junto con la medicación, produce una mejoría mayor en comparación de los otros tratamientos, los cuales en su mayoría eran mezclados con medicación (citado por Gottdiener, 2006).

Esta información es importante ya que contribuye a justificar el uso de este tipo de psicoterapia y para establecer la efectividad de esta terapia en pacientes esquizofrénicos. Se debe tener en cuenta sobre esta terapia que en primer lugar es una terapia con una duración bastante larga y en segundo lugar su aplicación es compleja, por lo que no cualquier terapeuta puede llevarla a cabo (Gottdiener, 2006).

Aspectos puntuales de la psicoterapia de orientación psicodinámica

No hay ningún modelo psicoterapéutico de intervención que pueda suplir todas las posibles facetas de abordaje en el tratamiento de un paciente con esquizofrenia. Tampoco hay un solo tipo de intervención al que se acoplen todos los sujetos esquizofrénicos. Hauff, Varvin, Laake, Melle, Vaglum & Friis (2002), plantean que la efectividad de las psicoterapias de cualquier enfoque terapéutico se relacionan directamente con el tipo de paciente, ya que las características individuales de cada uno son las que van a influir en la eficacia de una intervención. Así mismo, la enfermedad que se esté tratando también será un factor determinante para el tipo de tratamiento. Esto es posible afirmarlo también para pacientes neuróticos, para cuyo tratamiento todos los modelos cuentan con un respaldo significativo de estudios que dan cuenta de su eficacia.

En los años 1980 y 1990, hubo un gran progreso en el uso de intervenciones de orden psicológico como tratamientos complementarios a los medicamentos antipsicóticos. Con el fin de establecer con claridad dicho progreso, se han realizado investigaciones en las que se ha logrado evidenciar que la psicoterapia ha demostrado ser un tratamiento eficaz coadyuvante para trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar tipo I, enfermedades en las que como primera línea de tratamientos se prescriben medicamentos psiquiátricos efectivos (Edward & Wilcoxon, 2001).

Harris (2011) habla acerca de la efectividad de la psicoterapia y compara entre la psicoterapia realizada por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. La psicoterapia realizada por los psiquiatras tiene un costo mayor porque afirman que ellos al haber estudiado medicina tienen el derecho de hacerlo, contrario a lo que ocurre con los psicólogos y los trabajadores sociales, por esta razón el costo de las psicoterapias es menor, aun cuando no hay evidencia empírica que demuestre que la psicoterapia realizada por los psiquiatras tenga mayor éxito terapéutico que las realizadas por los psicólogos o trabajadores sociales.

En la tradición psicoanalítica, en particular a partir de la segunda generación de psicoanalistas, sobretodo en aquellos pertenecientes a la escuela inglesa, es posible encontrar un puñado importante de casos documentados de éxito terapéutico de pacientes esquizofrénicos utilizando solamente el dispositivo psicoanalítico. Sin embargo, al realizar una revisión de la literatura al respecto y analizar los resultados encontrados de los diversos estudios en los que se busca establecer la efectividad de la terapia psicoanalíticamente orientada, se encuentra que hay una gran controversia al respecto ya que aun no se establece con claridad si es funcional para los pacientes o por el contrario no contribuye a su bienestar, puesto que para unos puede ser benéfica, mientras que para otros puede ser contraproducente; esto depende de la condición con la que inician el proceso terapéutico (Hauff, Varvin, Laake, Melle, Vaglum & Friis, 2002). Por su parte Edward & Wilcoxon, (2001) mencionan que no se han obtenido suficientes datos acerca de la eficacia y la efectividad de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada ya que no se han establecido necesariamente distinciones en su modo de aplicación a partir de las diferencias diagnósticas de los sujetos. Sin embargo, estos mismos autores argumentan que lo descrito anteriormente no quiere decir que el tratamiento no tiene ninguna importancia, sino que se argumenta que no ha demostrado

ser eficaz para aliviar determinadas alteraciones psiquiátricas (Edward & Wilcoxon, 2001). En cuanto a la psicoterapia de orientación psicodinámica, nuevamente los autores se encontraron con la limitante de la falta de evidencias de este modelo terapéutico (Mojtabai et al, 1998, citado por Gottdiener, 2006), Sin embargo, a pesar de la controversia que existe, hay una gran cantidad de literatura clínica al respecto. “En la mayoría de esta literatura se describen las intervenciones creativas que los psicoterapeutas han desarrollado para lograr resultados positivos” (Gottdiener, 2006, pp 584).

Esquizofrenia y familia

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta de diversas formas tanto al paciente como a sus propias familias. Las familias son a menudo estigmatizadas por la enfermedad y las recaídas de los pacientes conllevan a fuertes impactos tanto emocionales, como sociales y físicos (TARRIER et al., 1988, citado por Gruber, Kajevic, Agius, & Martic-Bioc, 2006). Esta estigmatización incluye argumentos tales como el planteado por Tienari et Al. (citado por Brent, 2009) quien plantea que “la disfunción temprana en el entorno familiar y traumas de la infancia constituyen una clase de factores de riesgo importantes para la aparición de psicosis entre un subconjunto significativo de pacientes genéticamente vulnerables” (pp. 806). Con frecuencia los familiares de los pacientes con esquizofrenia tienden a sentirse impotentes y de cierta forma culpables por dicha enfermedad y las reacciones violentas y agresivas tanto verbales como físicas, conllevan a altos niveles de estrés y ansiedad en los familiares (Tellen, et al., 1989, citado por Gruber, Kajevic, Agius, Martic-Bioc (2006). Por estas razones expuestas anteriormente, entre otras, es importante llevar a cabo intervenciones con la familia, especialmente con las familias que demuestran tener una alta

expresividad emocional (Parker y Hadzi Pavlovic, 1990, Kuipers et al, 1992; Gruber et al, 2005, citado por Gruber, et al. 2006).

Lograr incluir a las familias sin duda facilita la recuperación de los pacientes y evita la intensidad y número de las recaídas. Por esta razón la familia debe ser involucrada en el proceso terapéutico del paciente, así como intervenir en los procesos de toma de decisiones junto con el familiar que padece la enfermedad (Chambers-Evans, 2002. Citado por Gruber, et al. 2006). Los talleres de psicoeducación, al igual que la terapia familiar en algunos casos, son especialmente importantes. La función de la psicoeducación es permitir a la familia entender más sobre la enfermedad psicótica y proporcionar herramientas acerca de cómo se pueden tratar y reducir las recaídas (Tarrrier et al., 1988, citado por Gruber, et al. 2006).

Gruber, Kajevic, Agius, & Martic-Bioc (2006), realizaron un estudio con un grupo de padres de hijos diagnosticados con esquizofrenia, orientados psicoterapéuticamente desde el enfoque psicodinámico y psicoeducativo, cuyo objetivo fue “investigar si este enfoque permitiría a los padres de los pacientes con esquizofrenia restablecer su equilibrio psíquico y el equilibrio de todo el sistema familiar al reducir la alta expresividad emocional” (pp. 487). Los resultados arrojaron que la psicoeducación proporciona a las familias, además de lo que ha sido descrito anteriormente, un “foro donde pueden hacer preguntas, expresar sus preocupaciones y encontrar apoyo emocional, lo que permite a las familias expresar sus sentimientos. Esto a su vez permite que se sientan competentes en la comprensión de la enfermedad y la psicosis, y con esto tener la percepción de tomar el control de la situación” (Jubb y Shanley, 2002, citado por Gruber, et al. 2006). De igual manera contribuye para mejorar la autoestima y ayudar a las familias a reparar los sentimientos de culpa, la hostilidad y la desesperanza. Esto se logra al proporcionar información real sobre la enfermedad (Agius, 2004, citado

por Gruber, et al.2006). Por otra parte, se encontró con este estudio que la función de la psicoterapia de orientación psicodinámica en psicoterapia de grupo no era explorar los conflictos inconscientes, sino para fortalecer las funciones del yo y mejorar la adaptación de los padres, así como mejorar su capacidad para hacer frente a sus problemas. Fue también muy importante el establecimiento y fortalecimiento de la alianza terapéutica, aprender a establecer límites y prohibiciones, entre otros, con el fin de disminuir las defensas desadaptativas, al mismo tiempo que se van fortaleciendo las defensas adaptativas, y se hacía énfasis en las fortalezas (Holmes, 1988; Rockland, 1993; Misch, 2000, citado por Gruber, et al. 2006).

Es importante retomar el aspecto positivo que tiene la psicoeducación puesto que se ha demostrado que una descripción clara del problema clínico y una explicación igualmente clara y concisa de la enfermedad, tienen un buen pronóstico en cuanto a los resultados de las intervenciones para los trastornos psiquiátricos (Edward & Wilcoxon, 2001). Así mismo Edward y Wilcoxon (2001) plantean que proporcionar una explicación adecuada del trastorno y presentar una justificación precisa para el proceso de intervención, así como la viabilidad de dicho proceso, tiene un efecto positivo en la persona ya que de alguna manera genera esperanza en la persona y esto a su vez tiene un impacto positivo sobre los resultados clínicos.

Otros aspectos de la sicoterapia de orientación psicodinámica

La terapia psicoanalítica cobra importancia en el momento en el que se observaron por primera vez aspectos tales como el desarrollo, las defensas y el ego, el desarrollo del lenguaje, la formación de símbolos, las capacidades de las relaciones afectivas y objetales y la regulación del afecto. Por esta razón, Gibbs (2007) propone varios

factores que han contribuido a la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia .

Gibbs (2007) plantea que las terapias psicoanalíticas, la terapia familiar de apoyo, entre otras, están mostrando mayores tasas de recuperación para las esquizofrenias que otro tipo de tratamientos, incluso que la terapia farmacológica. (Alanen, 1997; Apollon, Bergeron y Cantin, 2002; Berke, Fagan, Mak Pearce-, y Pieridoes-Müller, 2002; Davidson, 2003; Gottidiener y Haslam, 2002; Pimienta, 2005; Ver Eecke, 2003, citado por Gibbs, 2007). Así mismo, Gibbs plantea que las opciones de tratamiento que se centran en la terapia psicológica como tratamiento principal han dado mejores resultados a largo plazo, incluso que el tratamiento farmacológico. “Sobre todo en los jóvenes que tienen por primera vez un brote psicótico, el medicamento se considera cada vez más como una medida temporal y opcional, y no se requiere de éste para toda la vida” (Alanen, Lehtinen, Lehtinen, Aaltonen, y Rökköläinen, 2000; Mosher, 2004, citado por Gibbs, 2007. Pp 288). Teniendo en cuenta lo anterior, Gibbs (2007) menciona que va a justificar que “las psicosis y esquizofrenias ya no son universalmente consideradas como el deterioro de las condiciones crónicas y que su recuperación se observa en muchos pacientes que reciben tratamientos que se centran en la primacía de la intervención psicoterapéutica” (pp 288).

Por su parte, Leichsenring, Hiller, Weissberg, & Leibing (2006) mencionan que, teniendo en cuenta la revisión que ellos realizaron sobre la efectividad de la terapia de orientación psicodinámica, se puede afirmar que “un amplio espectro de problemas psiquiátricos y trastornos, que van desde leves trastornos de adaptación o reacciones de estrés hasta trastornos severos de la personalidad tales como trastorno límite de la personalidad o condiciones psicóticas, pueden ser tratados con psicoterapia psicodinámica” (Bateman & Fonagy, 1999, 2001; Blanck & Blanck, 1974; Clarkin,

Levy, Lezenweger & Kernberg, 2004; Gabbard, 2000; Gill, 1951; Luborsky, 1984; Schlesinger, 1969, citado por Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006, pp 240). Este argumento lo respaldan Bradshaw, Roseborough, Pahwa & Jordan (2009) quienes mencionan que la psicoterapia de orientación psicodinámica ha demostrado su efectividad en tratamientos para distintas patologías mentales, incluso cuando esta modalidad terapéutica ha sido comparada con la terapia cognitivo conductual.

“Las terapias psicoanalíticas, a pesar de la evidencia de que una vulnerabilidad genética en algunos casos de las esquizofrenias, han descubierto que las técnicas basadas en el desarrollo del lenguaje tienen éxito en deshacer la desorganización cognitiva y el proceso de lenguaje, a veces hasta el punto de la recuperación completa. Técnicas tales como evitar el uso de los pronombres personales, no hacer preguntas, especialmente las intervenciones de redacción para ayudar al paciente a desarrollar la capacidad de ser auto-reflexivos y usar la identificación simbólica, una comprensión modificada y la interpretación de la transferencia, se ha encontrado por los analistas procedentes de diferentes entornos como uno de los tratamientos más eficaces en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos” (Karon y Van den Blos, 1996; Renee, 1994; Segel, 1950; Ver Eecke, 2001; Villemoes, 2002, citado por Gibbs, 2007, pp. 296).

En la mayoría de las terapias de orientación psicodinámica se procura evitar los medicamentos psiquiátricos, ya que este modelo plantea que los efectos de los medicamentos enmascaran los actuales conflictos intrapsíquicos, los cuales deben ser entendidos a través de la terapia psicoanalítica (Edward & Wilcoxon, 2001). Desde este modelo, la prescripción de medicamentos no se encuentra dentro del proceso psicológico ya que el prescribir medicamentos es visto “como si en la experiencia racional pasada se reiterara y se actuara, en vez de poner la experiencia en palabras” (Wing Li, 2010, pp. 661). El objetivo principal de esta terapia es la comprensión del

sujeto mismo y su mundo interno, así como la presentación de los procesos inconscientes en la conciencia (Edward & Wilcoxon, 2001). Según Guseva, Iovlev & Shchelkova, (2002) la psicoterapia psicodinámicamente orientada se centra principalmente en el esclarecimiento y la eliminación de conflictos psicodinámicos que dan como resultado actitudes y comportamientos determinados. De esta manera, desde el punto de vista de este enfoque, un conflicto se resuelve cuando se identifica el origen de dicho conflicto y las manifestaciones principales; posteriormente se realiza un análisis de dicha fuente y por último se realiza la corrección de los mecanismos de defensa desadaptativos (Guseva, Iovlev & Shchelkova, 2002). Así mismo Strachey (1934/1969) menciona que las personas reprimen ciertos contenidos porque tenerlos en su conciencia los pone ante una situación de ansiedad constante, por esta razón la función de los analistas es ayudar a las personas a tomar conciencia de este mecanismo y se trabaja en eliminar ese mecanismo de defensa. (citado por Silver, 2010).

Álvarez (2007), por su parte, plantea que “la psicoterapia psicodinámica es una modalidad terapéutica de gran utilidad para que los pacientes aprendan a conocerse a sí mismos como personas, a reconocer sus fortalezas y así poder colaborar en su tratamiento. Este tipo de terapia se complementa muy bien con las terapias farmacológicas, con las terapias cognitivo conductuales, así como con otros enfoques terapéuticos psicológicos” (pp. 12) .

Desde el punto de vista de la psicoterapia psicodinámicamente, orientada el papel de la transferencia es fundamental, la cual se define como “la repetición de experiencias pasadas en las actuales relaciones interpersonales; consiste en los patrones de comportamiento y sentimientos que surgen de las experiencias tempranas ontogénicas y chocan con la realidad cotidiana y las relaciones .En la terapia psicodinámica la transferencia es considerada como la principal fuente para entender el cambio

terapéutico” (Gabbard, 2000; Gabbard, 2003; Luborsky, 1984, citado por Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006. Pp 240).

En la psicoterapia de orientación psicodinámica. la relación terapéutica es de gran importancia, así como el habla por parte del paciente, por esta razón es denominada como una terapia para hablar. En el tratamiento de la esquizofrenia este es uno de los retos más grandes a abordar (Malmberg, Fenton & Rathbone, 2012)

El concepto de psicodinamia implica una serie de cosas que tal como se ha mencionado anteriormente, no sugieren una tarea fácil. Para Rosenbaum (2009) “este término implica necesariamente una alianza terapéutica de trabajo que es tan estable que continúa con su función, incluso en presencia de transferencia negativa o psicótica” (pp. 132). Así mismo, este término implica la utilización de las interacciones con el fin de comprender los diferentes procesos de comunicación que se den tanto dentro de la terapia, como fuera de la misma. A su vez, implica también el trabajo con los procesos inconscientes y resalta la importancia que tiene el relacionar estos procesos con las condiciones subjetivas de cada individuo. De esta forma el modelo psicodinámico en psicoterapia acepta y reconoce el papel de la contratransferencia. Por eso, en este orden de ideas, también se reconoce y acepta la coexistencia de aspectos subjetivos y personales de los individuos, en el caso de la esquizofrenia aspectos tanto psicóticos como no psicóticos del sujeto (Rosenbaum, 2009).

Rosenbaum (2009) propone como objetivo general de esta terapia el no sólo centrarse en el desarrollo mismo de la enfermedad, sino también propone reorientar en relación con la pérdida que ha traído la enfermedad, los cambios en la vida personal, familiar y social del individuo y en el desarrollo del yo.

Gottdiener & Haslam (2002) Realizaron un meta-análisis de investigación donde se encontró que la psicoterapia psicodinámica individual era asociada a una mejoría

significativa en personas con esquizofrenia (Gottdiener y Haslam, 2002, citado por Gottdiener, 2006). Así mismo, en ciertas investigaciones recientes se encontró que las psicoterapias de orientación psicodinámica han demostrado eficacia tanto en la práctica privada como en los ambientes clínicos (Fine y Fine, 2011). Otros estudios han demostrado que el tamaño del efecto, específicamente el que tiene que ver con la adquisición y el mantenimiento de los beneficios terapéuticos, el cual ha sido observado en las terapias psicodinámicas, es comparable al observado en otro tipo de terapias, las cuales siempre han sido fundamentadas en la evidencia empírica (Leichsenring & Rabung, 2008; Shedler, 2010, citado por Fine y Fine, 2011)

Quartesan (2003), por su parte, concluye en un reporte de un caso clínico sobre el tratamiento de la esquizofrenia, que la psicoterapia de orientación psicodinámica es útil en conjunto con tratamientos como la medicación, los programas de rehabilitación y terapias de apoyo.

El papel de la psiquiatría

Un aspecto importante a abordar, es el papel de la psiquiatría como disciplina que interviene en gran medida en el tratamiento de la esquizofrenia como enfermedad mental crónica. Harris (2011) menciona que “anteriormente el propósito de la psiquiatría era ayudar a la gente a ser feliz, ahora es simplemente mantenerlos funcionales” (sin página). Lo anterior, ha llevado a que se pierda la relación terapéutica y por tanto a que el tratamiento farmacológico sea el tratamiento de primera línea para enfermedades tales como la esquizofrenia. Al respecto, Szasz (2007) ha expuesto su punto de vista en el que menciona como psiquiatras, neurocientíficas e investigadoras tales como Nancy Andreasen, que de alguna manera defienden la práctica actual de la psiquiatría argumentando que “durante el siglo 19 y siglo 20, la psiquiatría americana

comparte muchas tradiciones y valores intelectuales, con Gran Bretaña y Europa. Estos incluyen los principios derivados de la Ilustración sobre la dignidad de la persona y el valor de la observación cuidadosa” (Szasz, 2007 pp 1). Posteriormente, Andreasen menciona como la psiquiatría empezó a crecer como disciplina y fue despertando interés en Europa y Estados Unidos. Sin embargo, Szasz (2007) menciona que si bien Andreasen realiza un recorrido histórico por la psiquiatría, no menciona nada acerca de las prácticas de la psiquiatría, las cuales él mismo considera éticamente embarazosas, ya que señala que consistían en “encarcelar a los inocentes (compromiso civil), y excusar a los culpables (la defensa por demencia)” (Szasz, 2007, pp. 2). Szasz (2007) continúa mencionando los argumentos de Andreasen, quien dice que el “DSM desalienta a los clínicos a conocer al paciente como un individuo debido a su acercamiento con sequedad-empírica”. (pp. 2). Szasz (2007), en crítica a lo que se planteo anteriormente, menciona que “la última cosa que los psiquiatras quieren saber es a sus pacientes como personas, a diferencia de los psicoanalistas” y, posteriormente argumenta que los psiquiatras tienen y ejercen el poder de “privar a "enfermos mentales" de la libertad, mientras ellos se privan de la posibilidad de la comprensión de los pacientes como personas” (pp. 2).

Continuando con lo planteado por Szasz, Harris (2011) describe cómo la práctica psiquiátrica para el tratamiento de las enfermedades mentales se ha ido transformando hasta tal punto de ignorar los conflictos personales de los pacientes y limitarse simplemente a la prescripción o ajuste de los medicamentos. Ante esto Harris (2011) menciona que los psiquiatras han abandonado la terapia que popularizó Freud y durante décadas fue preponderante en la práctica de la psiquiatría. Ahora, dados los cambios en las políticas de gobierno, la consulta psiquiátrica ha consistido en una breve entrevista con el único fin de formular medicamentos. De esta forma constantemente las personas

van en busca de soluciones a sus crisis personales y regresan a casa sin soluciones y con el mismo problema sin haber sido intervenidos. Esta pérdida de la intimidad entre paciente y médico psiquiatra está influenciada fuertemente por los cambios que ha venido sufriendo la práctica de la medicina en sí misma en los Estados Unidos (Harris, 2011). Además, Harris agrega que “los hospitales psiquiátricos que, anteriormente ofrecían a los pacientes meses de terapia de conversación ahora les dan el alta a los pocos días con tratamiento farmacológico solamente” (sin página).

Szasz (2007) hace otra crítica a la psiquiatría y ésta tiene que ver con la práctica de dicha disciplina relacionado con la enfermedad mental, especialmente con la esquizofrenia ya que el presente autor considera que desde la práctica de la psiquiatría no se puede determinar quién tiene o no esta enfermedad puesto que, como se había mencionado anteriormente, el diagnóstico de la esquizofrenia es usado para privar a las personas inocentes de su libertad y a las culpables excusarlas de sus crímenes. Otra de las limitaciones que Szasz menciona respecto al tratamiento de la esquizofrenia desde la psiquiatría es que esta especialidad de la medicina pretende resolver un problema definido en términos esencialistas, de acuerdo con Bleuler, con metodologías empíricas. El cambio que ha sido descrito anteriormente, ha hecho que la práctica y la concepción en sí misma de la psiquiatría cambien, pues ahora deben trabajar en dar diagnósticos a priori con el fin de encontrar la medicación adecuada y aliviar los síntomas. A su vez, estos cambios en la psiquiatría han tenido repercusión en las necesidades de los pacientes y esto a su vez tiene incidencia en lo que esperan de un tratamiento para sus crisis personales, alteraciones funcionales o trastornos emocionales (Harris, 2011). Respaldo lo anterior, Fine & Fine (2011) mencionan que actualmente la psiquiatría se centra en la economía, haciendo énfasis en el uso de técnicas como la farmacología y remitiendo los pacientes a profesionales afines. Angell (2011) agrega que en la

actualidad los psiquiatras utilizan en mayor medida el método farmacológico, el cual sustituyó el uso de las “terapias habladas” y esto coincide con el surgimiento de la teoría que considera que las “enfermedades mentales son originadas por desbalances químicos en el cerebro y que pueden corregirse con fármacos específicos” (Angell, 2011). Ante esto Silver (2003) menciona que en la actualidad los psiquiatras jóvenes opinan que no hay que perder el tiempo hablando o haciéndole terapia a un cerebro que funciona mal puesto que hay medicamentos que pueden contribuir a la mejoría de dicho cerebro sin necesidad de ayudar a la mejora de sus relaciones sociales o simplemente escuchando lo que le paciente tiene por decir. De acuerdo con la farmacología para el tratamiento de las enfermedades mentales, Wing Li (2010) menciona que “el tratamiento farmacológico es ahora la principal vía de tratamiento para una amplia gama de trastornos psiquiátricos aprobados por las principales instituciones psiquiátricas. La investigación reciente en la clínica de la práctica psiquiátrica en los Estados Unidos, reveló una tendencia de disminución de la provisión de la psicoterapia y la ampliación de la prestación de la farmacoterapia desde 1996 hasta 2005” (Mojtabai y Olfson, 2008, citado por Wing Li, 2010, pp. 655).

“Recientemente, el historiador Eric J. Engstrom, escribió: “Wernicke tomó nota de que el tratamiento médico de los pacientes con trastornos mentales se inició con la violación de su libertad personal. Teniendo en cuenta lo planteado por Wernicke respecto a la libertad personal, este mismo autor razonó que la responsabilidad de los psiquiatras era enorme” (Szasz, 2007, pp. 4).

Szasz (2007) menciona que la psiquiatría comenzó como la práctica de recluir a las personas estigmatizadas como locas en manicomios. Las personas llamadas "locas" fueron privadas de la libertad no porque fueran malas, sino porque su conducta molestaba o amenazaba. Este es todavía el panorama de esta población (Szasz, 2007).

Conclusión

Se llevó a cabo una revisión de la literatura acerca del papel de la psicoterapia de orientación psicodinámica en el abordaje de la esquizofrenia, sus alcances y limitaciones, haciendo énfasis en su efectividad tanto para el paciente como para su familia. Se encontró que para las familias de las personas con esquizofrenia es fundamental saber y conocer acerca de la enfermedad y sobre todo entender que en ellos no radica la responsabilidad de la aparición de la enfermedad en su familiar; para la persona con esquizofrenia es fundamental sentir el acompañamiento y apoyo de su familia, especialmente darse cuenta que para ellos no es “extraño” como para el resto del mundo. En este aspecto la psicoterapia de orientación psicodinámica ha mostrado contribuciones importantes. Las investigaciones revisadas muestran que esta terapia ha demostrado ser eficaz en el abordaje y manejo de la esquizofrenia, incluso se ha demostrado que con esta modalidad terapéutica se pueden alcanzar mayores tasas de recuperación que lo que se logra con el tratamiento farmacológico solamente. Igualmente, los estudios revisados han mostrado que aun cuando como primera línea de tratamiento se prescribe medicación, al complementar este tipo de tratamiento con la psicoterapia, en este caso de orientación psicodinámica, el paciente ha logrado una mejoría significativa. Sin embargo, aun hay una tendencia a abordar la esquizofrenia solamente con tratamientos farmacológicos, y en cuanto a la psicoterapia hay mayor evidencia empírica sobre la efectividad de tratamientos cognitivo-conductuales, lo cual hace que sean utilizados en mayor medida para manejar patologías mentales, razón por la cual la efectividad de la psicoterapia de orientación psicodinámica no es ampliamente reconocida y aun hay muchas resistencias hacia este modelo terapéutico. Esto ha llevado a que se diga que por sus características no es aconsejable para el tratamiento de

la esquizofrenia. La realidad es otra y, tal como fue expuesto anteriormente, la psicoterapia psicodinámicamente orientada ha demostrado ser efectiva.

La investigación debe continuar. Hay evidencias que corroboran la efectividad de la psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de la esquizofrenia, dejando entrever que el tratamiento farmacológico solamente es una modalidad de abordaje de esta enfermedad. Por esta razón es importante seguir en el recorrido y dejar mayor documentación de los hallazgos al respecto, todo ello con el fin de seguir aportando al abordaje terapéutico de las personas con esquizofrenia y contribuir en su beneficio personal.

Referencias

- Álvarez, A. (2007) La psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia. *Revista Psimonart Instituto Colombiano del Sistema Nervioso*. Trabajo presentado en las Jornadas Académicas de la Clínica Monserrat
- Angell, M. (2011) Una epidemia de insania recorre Estados Unidos. *The New York Review of Books*
- Bhar. S., Thombs, B., Pignotti, M., Bassel, M., Jewett, L., Coyne, J., & Beck, A. (2010) Is Longer-Term Psychodynamic Psychotherapy More Effective than Shorter-Term Therapies? Review and Critique of the Evidence. *Psychother psychosom* (79) 208–216.
- Brent, B. (2009) Mentalization-Based Psychodynamic Psychotherapy for Psychosis. *Journal Of Clinical Psychology: In Session Massachusetts Mental Health Center*. 65(8), 803—814.
- Bradshaw, W., Roseborough, D., Pahwa, R., & Jordan, J. (2009) Evaluation of Psychodynamic Psychotherapy in a Community Mental Health Center. *Psychodynamic Psychiatry*. 37, 4; ProQuest pg. 665.
- Dickerson and Lehman, (2006), Evidence-Based psychotherapy for Schizophrenia, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194: 3-9.
- Edward, W., & Wilcoxon, L., (2001) The Role Of Psychotherapy In Treating Psychiatric Disorders. Department of Psychology, University of Colorado, Boulder, Colorado.
- Eisold, K. (2005) Psychoanalysis and psychotherapy: A long and troubled relationship. *Int J Psychoanal*; (86) 1175–95
- Fine, P. & Fine, S. (2011) Psychodynamic Psychiatry, Psychotherapy, and Community Psychiatry. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39 (1) 93–110
- Gruber, E., Kajevic, M., Agius, M., & Martic-Bioc, S. (2006). Group Psychotherapy for Parents of Patients with Schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. (52) 487

- Gibbs, P. (2007) The Primacy of Psychoanalytic Intervention in Recovery from the Psychoses and Schizophrenias. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(2) 287-312
- Gottdiener, W. (2006), Individual Psychodynamic Psychotherapy of Schizophrenia. Empirical Evidence for the Practicing Clinician, *Psychoanalytic Psychology*, 23: 583-589.
- Guseva, O., Iovlev, B., & Shchelkova, O. (2002) Combined (Individual and Group) Psychodynamic Psychotherapy in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients. *International Journal of Mental Health*, 31 (2): 61–67.
- Harris, G. (2011), Talk Doesn't Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy, *The New York Times*, 5 de marzo, Recuperado de <http://www.nytimes.com/2011/03/06/health/policy/06doctors.html?pagewanted=all>.
- Haugsgjerd, S. (1998). ¿La teoría psicoanalítica puede contribuir al entendimiento y tratamiento de la esquizofrenia? *Salud Mental*, 21(2), 54.
- Hauff, E., Varvin, S., Laake, P., Melle, I., Vaglum, P., Friis, S., (2002) Inpatient Psychotherapy Compared With Usual Care for Patients Who Have Schizophrenic Psychoses. *Psychiatric Services* (53). 4
- Huey, L., Lefley, H., Shern, D., & Wainscott, C. (2007) Familias y esquizofrenia: la visión desde el apoyo. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica* (30) 549-566
- Karon, (1992), The Fear of Understanding Schizophrenia, *Psychoanal. Psychol.*, 9:191-211.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. & Leibing, E. (2006) *Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Psychotherapy: Techniques, Efficacy, and Indications*. *American Journal of Psychotherapy*; (60) 3; ProQuest pg. 233

- Malmberg L., Fenton M., & Rathbone, J. (2012) Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Review). The Cochrane Library: UK
- Niemeyer, H., Musch, J. & Pietrowsky, R. (2012) Publication bias in meta-analyses of the efficacy of psychotherapeutic interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Research* :10.1016/j.03.023
- Picchioni, M. & Murray, M. (2007), Schizophrenia, *BMJ*, 335: 91-5.
- Quartesan, R. (2003) The Role of Psychodynamic Understanding in the Treatment of the Medication-Refusing Schizophrenic Patient: A Clinical Report. *Psychodynamic Psychiatry*; 31, 4; ProQuest pg. 675
- Rosenbaum, B., (2009) Early And Sustained Dynamic Intervention In Schizophrenia. *Psychiatria Danubina* (21)1. 132–134.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., Winther, G., Petersen, L., Jorgensen, P., Nordentoft, M., & Andreasen, A. H. (2005) The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* (186) 394 -399.
- Silver, A. (2010) Dialogues with schizophrenia: The art of psychotherapy: The three level approaches to psychodynamics and some reflections on countertransference and supervision. Auto publicación.
- Silver, A. (2003) The Psychotherapy of Schizophrenia: Its Place in the Modern World. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 31(2), 325–341
- Szasz, T. (2007) Essence or existence: The problem of psychiatry-schizophrenia. www.szasz.com/schizophrenia1.pdf, May 17.

Ver Eecke, W. (2002) A Lacanian Explanation of Karon's and Villemoes's Successful Psychodynamic Approaches to Schizophrenia. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*, 30(4), 633–643.

Wing Li, T. (2010) Psychodynamic Aspects of Psychopharmacology. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(4) 655–674