

re otro fenómeno. El paciente hace un esfuerzo consciente por "ser diferente esta vez", por intentar dar una respuesta o por poner en duda un sentimiento en una situación en la cual sus defensas se agudizaron antes de manera automática. Menos confundido por las defensas, toma una decisión consciente acerca de lo deseable de la nueva conducta; algunas semanas después se sorprende al descubrir que se trata ahora de su respuesta, que ya no requiere una elección consciente. De esta manera ha contribuido a formar su sentido de identidad.

Aun así, la confianza en que esta nueva identidad tenga continuidad en el futuro sigue siendo relativamente tenue durante algún tiempo. El paciente está esperando continuamente "caer de bruces", como dijo una persona. Pero gradualmente, conforme el equilibrio se desplaza en la terapia, del comportamiento primariamente de autonconservación al comportamiento primariamente de realización propia, aun esta ansiedad disminuye en gran parte, y el sentido de la identidad del paciente va haciéndose con mayor firmeza una parte de él. En este punto, se puede decir que la terapia ha llegado al fin. Aunque es probable que aun el paciente "bien analizado continúe siendo víctima, de tiempo en tiempo, de la clase de duda que es un eco de las antiguas amenazas a su supervivencia, su nuevo sentido de la identidad lo capacitará para evaluar esto de manera más realista y para escoger la realización propia por encima de la seguridad.

RESUMEN

Se ha hecho una diferencia entre la organización de la experiencia mediante la realización propia, en contraste con los principios de autoconservación. En psicoterapia, como en el desarrollo natural, la identificación puede servir a cualquiera de los dos propósitos. La identificación defensiva obstruirá el desarrollo de un sentido de identidad, mientras que la identificación no defensiva es necesaria para crear un sentido de identidad. Como se consideraba que toda la psicopatología comprendía una insuficiencia en el desarrollo de la identidad, la psicoterapia debe aportar una nueva oportunidad para su desenvolvimiento que incluya nuevas y positivas experiencias de identificación. Se han analizado las consecuencias de esto para la técnica psicoterapéutica.

TRATAMIENTO DE ENFERMOS PSICÓTICOS POR PSICOTERAPEUTAS EXTERNOS EN INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS *

H. Bach

ESTE artículo trata de la psicoterapia analítica de psicosis. En él me propongo exponer variaciones y aplicaciones del psicoanálisis y mostrar cuán íntimamente se relaciona la cuestión del método de tratamiento con la cuestión fundamental de una teoría adecuada de la psicosis y con los conocimientos actuales acerca de la importancia de las condiciones psicológicas individuales en el origen de la psicosis y, en particular, de la esquizofrenia. Tal es mi propósito, pese a que M. Bleuler dijera en 1953: "Yo personalmente no acabo de convencerme de que los detalles de la técnica y la teoría psicoterapéuticas tengan importancia en el tratamiento psicoterapéutico de esquizofrénicos; lo que sí me parece importante y notable, en los nuevos experimentos, es la gran dedicación de tiempo y la abnegación personal del psicoterapeuta —que apenas tiene precedente en medicina— en favor del paciente individual" (16). Herbert Binswanger (12) citó esta frase de Bleuler en 1955 y objetó, aludiendo a la obra de Schultz-Hencke, que las relaciones psicoterapéuticas con el paciente dependían decididamente de la idea adecuada de las condiciones de la enfermedad. En efecto, para todos los psicoterapeutas analíticos que se ocupan de la psicosis, la dedicación a la persona del paciente, la "simpatía humana", la "*participant observation*", juega un papel decisivo; pero subsiste la gran pregunta que Benedetti formuló en 1954 como sigue: "¿Cómo podemos acercarnos al esquizofrénico autista y retraído en su mundo —así lo formula la reflexión psicoterapéutica actual—, de tal modo que nos entienda?" (7) Esta cuestión acerca del "cómo" acentúa menos las simples indicaciones técnicas, que los detalles teóricos esenciales y las importantes especializaciones del método de tratamiento, que son indispensables a fin de que la abnegación personal del psicoterapeuta resulte eficaz para el paciente individual. Las condiciones previas más importantes para ello son un conocimiento psicoanalítico exacto de los conflictos humanos y la noción de los efectos protectores de la psicosis. De entre las demás premisas indispensables, a una concederemos aquí especial atención: al procedimiento para llevar a cabo la psicoterapia de las psicosis o, concretamente, al tratamiento analítico de psicosis en la clínica y fuera de ella, por el mismo psicoterapeuta con consultorio propio, o sea, pues, una terapia de la que una sola persona se hace responsable. Esta medida, cual consecuencia del pensamiento psicoanalítico, se ha revelado como eficaz desde hace aproximadamente dos decenios. Pero antes de abordar el tema, se impone recordar los inicios de la psicoterapia.

* Este artículo está dedicado a la señora A. Fuchs-Kamp, Dra. en filosofía, con el más sincero agradecimiento. Fue leído en la Decimonona Semana de Enseñanza Complementaria de Gütersloh, en octubre de 1966.



La psicoterapia de las psicosis en la clínica

E. Bleuler fue director, de 1886 a 1908, de la Clínica estatal de Rheinau. M. Bleuler describe en 1955, en el prólogo a la 9ª edición del *Manual de Psiquiatría*, que en dichos años “E. Bleuler se había entregado por completo a la convivencia con sus pacientes. Le habían llamado padre.” Después de 1898 fue, en calidad de director de la Clínica Neurológica de la Universidad de Zurich, el primer catedrático titular de psiquiatría que “introdujo la doctrina de Freud, como progreso importante en el pensamiento clínico”. Sin duda, desde 1898, Freud había insistido siempre de nuevo en que el psicoanálisis “sólo era posible si el paciente se encontraba en estado psíquico normal” (21); en efecto, en 1904 dijo: “Si se quiere andar seguro, se debe limitar la selección a personas en estado normal”, y prosigue luego: “No considero imposible que con una modificación apropiada del procedimiento, podamos sobreponernos a esta contraindicación y emprender así una psicoterapia de las psicosis” (22). En 1917, Freud comenta discusiones con Abraham, del año 1908, en las que se observó por vez primera que, en la psicosis, la libido “se vuelve hacia el yo” con lo que se hace inaccesible al tratamiento psicoanalítico (25). Freud escribe: “De modo que nuestros métodos técnicos han de sustituirse por otros; ignoramos todavía si semejante sustitución será posible o no”, y “las afecciones narcisistas y las psicosis que los acompañan sólo pueden ser descifrados por observadores que se hayan formado en el estudio analítico de las neurosis de transferencia. Pero es el caso que nuestros psiquiatras no estudian psicoanálisis y nosotros, los psicoanalistas, vemos demasiados pocos casos psiquiátricos”. Todavía en 1933 (28) y 1934 menciona la “inaccesibilidad general de las psicosis a la terapia analítica”, y aun en el *Esquema del psicoanálisis*, que no había de terminar, dice que el yo del psicótico no puede cumplir un “contrato” basado en la regla básica y ni siquiera concertarlo (29). Así, pues, Freud se mantuvo escéptico toda su vida, aunque varias de sus manifestaciones dejan entrever claramente que quería proteger a su ciencia, joven todavía, contra todo riesgo prematuro y no recomendar su procedimiento más que allí donde el pronóstico era favorable, esto es en la neurosis (22). Pese al escepticismo terapéutico de Freud su psicología del inconsciente ha producido un efecto fecundante sobre la clínica psiquiátrica y ha ejercido una influencia que cambió la atmósfera de muchos establecimientos. El primero fue la Clínica de la Universidad de Zurich. La monografía de Eugen Bleuler, *Dementia praecox*, del año 1911, muestra ya claramente la influencia de Freud. En 1907, C. G. Jung tuvo su primer encuentro con Freud y describió la intensa influencia de las enseñanzas de Freud sobre su actividad como médico-Jefe en la clínica de Bleuler (37).

Diversas clases de psicoterapia de las psicosis fueron luego experimentando paulatinamente su diferenciación en la clínica. El tiempo prolongado que se requería, el gran riesgo personal y otros factores más han contribuido a que, en conjunto, solamente un pequeño porcentaje de los casos clínicos se sometieran a una psicoterapia individual, y no digamos ya a un tratamiento psicoanalítico individual. Pese a lo cual, cabe decir que en algunos lugares la

psicoterapia general de las psicosis pasó lentamente, del carácter de mero incidente al lado del internamiento y del tratamiento corporal, a un papel equivalente al de éstos, hasta los años cincuenta, en los que la psicoterapia de las psicosis experimentó una difusión creciente, también en la literatura (10, 11). De vez en cuando se ha practicado también, sobre la base del pensamiento psicoanalítico, la psicoterapia de grupo. Son cuantitativamente menos numerosos, pero importantes en su contenido, los trabajos provenientes de escuelas que patrocinan una psicoterapia individual exclusiva o casi exclusiva de las psicosis; ellos son, desde 1939 y bajo la influencia, de H. S. Sullivan, los trabajos de Fromm-Reichmann, en el Hospital Chestnut Lodge, junto a Washington; desde 1946, la escuela de Rosen, en Nueva York; y los trabajos de Beneditti (7-11) y de Ch. Müller (43, 44), de la escuela de M. Bleuler, en Zurich. Aquí y en algunos otros lugares vemos representada una psicoterapia de las psicosis que es llevada a cabo por médicos que ejercen en clínicas y a la que los clínicos han concedido una diferenciación propia. Así se han obtenido importantes conocimientos parciales no sólo sobre la naturaleza de la psicosis, especialmente de la esquizofrenia, sino también acerca de la ejecución o de las dificultades que encierran las medidas de tratamiento. Algunas de estas experiencias me permitiré esbozarlas aquí brevemente a causa de la importancia que revisten en relación con mi tema. Ch. Müller declaró en 1959 (43), en su estudio “La clínica psiquiátrica y la psicoterapia de los esquizofrénicos”, como particularmente importantes, cuatro planteamientos generales, a saber:

- 1) El problema de los resultados estadísticamente significativos.
- 2) La coincidencia de medidas psicoterapéuticas individuales con medidas clínicas.
- 3) El problema de la clínica cual guardadora del orden público.
- 4) La dificultad de entendimiento entre el punto de vista de los intereses científicos y terapéuticos de la clínica y el del psicoterapeuta individual.

En 1957, Meerwein estudió con cierto detalle el primer problema de los resultados estadísticamente significativos (41) y señaló que, mediante la adhesión del terapeuta al concepto clínico de la curación, el paciente puede verse acaso impelido a una disimulación de la psicosis (“se elude la psicosis”), la que se opone al empleo eficaz de la dinámica psicótica en la psicoterapéutica. Meerwein considera como cuestionable y peligrosa toda ambición conducente a una “competencia” de la psicoterapia con otros medios de tratamiento, porque resulta perjudicada con ello la actitud imparcial frente al paciente. En concordancia con muchas descripciones psicoanalíticas de casos, he vuelto a describir recientemente (3) la diferencia entre los fines terapéuticos de la psiquiatría clínica y los de la terapia psicoanalítica de la esquizofrenia.

K. Ernst estudió en 1956, desde el punto de vista de la terapia clínica de las psicosis, algunas dificultades nacidas de las influencias psicológicas del grupo sobre el paciente, sobre todo por parte del personal de enfermería. Se pronuncia contra el curso paralelo inconexo de la psicoterapia aplicada por el médico, de un lado, y el cuidado rutinario del personal del establecimiento, de otra parte, porque ni práctica ni teóricamente —sostiene— puede negligirse en el proceso psicoterapéutico la acción concomitante de este ambiente humano.



Ernst expone que el clínico puede comportarse también como huésped en su propia institución y recomienda que se informe y se ponga al corriente al personal de enfermería de la problemática psicoterapéutica de cada caso. También Stierin apuntó en este sentido (en 1959) a los factores perturbadores en la dinámica de grupo entre el paciente psicótico y el personal de enfermería. Su informe se refiere especialmente a la situación particularmente favorable de la Clínica Chestnut Lodge (49), de orientación psicoterapéutica. Otra dificultad de la terapia clínica de las psicosis se desprende en forma particularmente clara de un trabajo de Ch. Müller del año 1961 (44). Los casos ahí mencionados de tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia muestran, en detalle, que algunos asistentes médicos muy jóvenes y poco expertos en psicología de profundidad habían aplicado la psicoterapia, aunque no habían finalizado aún en parte, sus estudios psiquiátricos. Semejante carencia de experiencias psicoterapéuticas en los colaboradores de la clínica psiquiátrica se desprende asimismo de otras publicaciones. En algunos lugares, como en Basilea, Berlín, Chestnut Lodge y Zurich, se hizo frente a este problema mediante conversaciones de grupo con médicos psicoterapeutas activos o mediante el control psicoanalítico a cargo de analistas teóricos con una experiencia de muchos años en neurosis y psicosis. Por regla general, faltan en las exposiciones de los psiquiatras clínicos datos concretos sobre la cuestión acerca de si el clínico ha de proseguir o no, y en qué medida, una psicoterapia individual exclusiva o casi exclusiva de los psicóticos después de darlos de alta de la clínica. Apenas en últimos tiempos Beese (6), Bodenheimer (18), Bräutigam (19), Häfner y von Zerßen (36) publicaron detalles al respecto pero, por regla general, no encontramos una prosecución de la psicoterapia clínica; en los más de los casos se habla de la llamada "atención prolongada posterior" del paciente. Benedetti (9) y Winkler (1966 en Gütersloh) han señalado hace poco la situación de Escandinavia, en donde se utilizan en grande, para el tratamiento ulterior, ambulancias propias de la clínica. Benedetti dice a propósito de los pacientes pospsicóticos: "La posibilidad de una atención psicoterapéutica posterior de los pacientes sólo se da si el mismo médico activo en el hospital psiquiátrico, que ha atendido al paciente durante la psicosis, puede verlo también policlínicamente." Benedetti habla además de un vínculo delicado de confianza que liga al paciente pospsicótico con su terapeuta, si éste es el que le asistió también durante la psicosis misma.

La falta de experiencias psicoterapéuticas en los colaboradores de la clínica psiquiátrica, por una parte, y los problemas de la prosecución de la terapia después de la salida de la clínica, por otra parte, representan argumentos importantes en favor de la elección de mi contribución.

La psicoterapia de las psicosis fuera de la clínica

La psicoterapia de las psicosis fuera de la clínica como en los casos de Mme. Sechehaye o Arieti (1) y el círculo de Mattussek, se limita ciertamente a casos particulares y representa la excepción. Fue, por ejemplo, una excepción de esta clase la psicoterapia analítica de un joven esquizofrénico judío llevada a cabo

por A. Fuchs-Kamp, en 1937. Por razones políticas, la internación del paciente estuporoso de 16 años no era posible, y el tratamiento se practicó, en parte en el domicilio de aquél (20 horas) y, más adelante, en el consultorio de la psicoterapeuta, conduciendo a una mejoría que más adelante permitió la emigración (31). Muchos autores desaconsejan semejante riesgo.

La psicoterapia de las psicosis por psicoterapeutas establecidos en consultorios propios

El tratamiento psicoanalítico individual en la clínica y también fuera de ella por el mismo psicoterapeuta es un procedimiento que en Berlín se ha revelado a menudo como viable y se ha visto en muchos casos coronado por el éxito. Este método se relaciona especialmente con los nombres de Schultz-Hencke, A. Fuchs-Kamp y von Staabs. Resulta difícil juzgar en cuáles otros lugares se hayan reunido en estos últimos años experiencias particulares a este respecto, porque las exposiciones analíticas de casos a menudo dejan este aspecto de lado. Por mi parte sólo conozco una observación particular de Schwöbel (52), quien aplicó la terapia en calidad de "huésped" en la Clínica Universitaria de Zurich. En todo caso, que yo sepa, esta senda no se ha seguido en ningún otro lugar de modo tan continuo como en Berlín.

Históricamente, el comienzo se sitúa en el tratamiento psicoanalítico de un caso de esquizofrenia en 1934, por Schultz-Hencke. Una muchacha catatónica de 17 años fue a quien Schultz-Hencke internó y trató —al principio de la enfermedad— como "externo" en una clínica y luego en forma ambulante. Se daban en este caso los siguientes supuestos: al iniciar el tratamiento, Schultz-Hencke contaba 42 años de edad y disponía, desde 1913, de experiencias psiquiátricas adquiridas en Friburgo y Würzburgo. Había tenido una formación psicoanalítica completa y había reunido experiencias por espacio de varios años en el tratamiento psicoanalítico de neurosis. En su primer libro, de 1927 (50), había dedicado un capítulo a la comprensibilidad de las psicosis. Otros supuestos del caso terapéutico eran los siguientes: mediante una encuesta extensa, Schultz-Hencke se había formado ya, antes de visitar a la paciente, una idea lo más exacta posible de su probable problemática. El tratamiento tenía lugar en sesiones casi diarias. Schultz-Hencke aisló a su paciente con una enfermera permanente, para eliminar influencias extrañas de otras pacientes. En el momento de la publicación, en 1952 (51), existía una catamnesis positiva de 17 años. Según pude enterarme por fuentes auténticas, la paciente, Olga D., se ha mantenido sana hasta el presente. En el centro de la explicación teórica de Schultz-Hencke se encuentra la experiencia de muchos años con la neurosis, en unión de una teoría consecuente de ésta, que parte de la enseñanza freudiana, pero presenta algunas modificaciones. Se atribuye importancia particular al cambio premórbido de personalidad por un trastorno intencional, de adquisición genética temprana, y a su consecuencia caracterológica. Se tienen además en cuenta factores favorables de disposición, de valencia variable. Un enunciado clínico particularmente importante dice que la psicosis no se presenta de repente en relación con un quebranto en la vida, sino que, en la consideración analítica, suele tener su prehistoria con peculiaridades premórbidas. A la situa-



ción vital en el momento de presentarse la psicosis, Schultz-Hencke atribuye el significado de motivo y no el de causa. En forma completamente análoga había dicho ya F. Bleuler en 1911: "En buenas anamnesis encontramos con tanta regularidad síntomas de la enfermedad antes del trauma psíquico, que resulta difícil atribuir a éste un significado causal." Entre terapeutas atentos, el hecho del trastorno preesquizofrénico anterior es ya casi algo universalmente aceptado. Sin embargo, hay que distinguir aquí entre dos fenómenos, a saber:

1) Síntomas preesquizofrénicos a los que, por precaución, habría que llamar síntomas de carácter neurótico, como por ejemplo, rarezas de comportamiento en la escuela, trastornos en la comida, síntomas digestivos, desazón depresiva, compulsiones, disociabilidad y otros por el estilo de carácter sintomático.

2) Un proceso mucho más sutil en el preesquizofrénico lo ha descrito Schultz-Hencke como sigue: "Por una parte la persona en cuestión percibe el mundo circundante, esto es, el mundo de los objetos, de los acontecimientos y de las personas, con una claridad perfecta. Percibe todo aquello que normalmente puede percibirse; en esto no se da, pues, de momento diferencia alguna con los demás. Por consiguiente aquél no está afectado de modo decisivo ni en su orientación ni en su concepción de la realidad. Sin embargo mediante interrogación resulta posible observar que el futuro psicótico posee la facultad —si se nos pasa la expresión— de 'producir' en el dominio de su pensar imaginativo, al mismo tiempo que percibe el mundo tal como de hecho es, un acontecer representativo que entra en competencia con su experiencia real. Este 'producto' tiene un relieve tal, que rebasa considerablemente el de la vivencia ordinaria. Cabe averiguar, en tales casos, que la persona considerada tiene 'en verdad' una vivencia doble paralela. Una de ellas está orientada hacia la realidad, en tanto que la otra se aparta de ella."

A propósito de esta tesis cabe decir:

1) No disponemos de pruebas clínicas suficientes para saber a cuántos esquizofrénicos se aplica: es probable que a muchos.

2) Por "interrogación" entiende Schultz-Hencke indudablemente la aclaración progresiva en el proceso analítico. Este esclarecimiento constituye, con todo, algo extraordinariamente difícil, que presupone mucha experiencia y requiere, en mi opinión, en el caso de la esquizofrenia crónica una indagación intensa prolongada por muchos años hasta que puedan llegar a ser objeto de conversación "la doble vivencia paralela" o los contrastes polares incompatibles en el juicio que de sí mismo tiene el paciente.

Una consecuencia de esta tesis inicial es que el paciente rechaza de la manera más enérgica la recuperación de una apreciación objetiva de sí mismo y de un juicio tanto racional como emocional del mundo, de las personas, de los objetos y de los acontecimientos, conforme a la realidad, porque el origen del trastorno está ligado indestructiblemente, "a muerte", a su relación con las figuras tempranas de su mundo circundante. Y la recuperación de una relación sana real tanto con el mundo exterior como con el mundo interior propio está ligada del mismo modo indestructible, a la relación personal con el terapeuta. Y en ese momento, una "técnica", una medida práctica, se convierte en medida auxiliar capital: la aplicación de la psicoterapia tanto estacionaria como ambu-

lante por la misma persona que permite al paciente aquella constancia en la nueva relación con el ambiente que desde el punto de partida teórico hemos de reclamar siguiendo este planteamiento teórico. Fuchs-Kamp y von Staabs han llevado a cabo y publicado, de 1937 a 1960, el primero, siete tratamientos, de psicosis, y el segundo, dos.

1) En 1937, A. Fuchs-Kamp trató un estado de excitación maniaca en forma clínica durante la manía, y de modo ambulante antes y después de ella. Acerca del resultado dice la autora: "Después del abatimiento del estado maniaco, continué tratando a la paciente analíticamente y pude seguir de cerca su evolución posterior por espacio de 5 años. Permaneció libre tanto de depresiones como de experiencias maniacas. Su evolución externa ha transcurrido de tal modo que abandonó su propensión anterior a cambios bruscos de actividad y se enraizó en su labor social-pedagógica, que amplió y profundizó por iniciativa propia. Había encontrado también una relación personal definitiva, aparentemente muy acertada, con un joven de su edad y, cuando la vi por última vez, estaba a punto de casarse." (Lectura en el Congreso Internacional de Psicoterapia, Barcelona 1958; publicación en 1960 (30).)

2) En 1938, por las razones anteriormente indicadas, Fuchs-Kamp trató sólo de modo ambulante, en su domicilio y después en el consultorio, a un joven catatónico, logrando una mejoría clínica tal, que la emigración se hizo posible. (Lectura en un pequeño círculo de colegas ya que la publicación no era posible en las condiciones de la época en Alemania. Publicación en 1955 (31).)

3) En 1951/52, Fuchs-Kamp trató en forma ambulante un temor de envenenamiento (fobia de envenenamiento) en una muchacha de 17 años. Concluye así: "La paciente, quien entretanto terminó la escuela secundaria, frecuenta actualmente un centro de enseñanza profesional y psíquicamente parece normal." (Lectura en el Congreso Internacional de Psicoterapia de 1954 en Zurich, publicada en 1955 (32).)

4) A partir de 1953, Fuchs-Kamp ha tratado con éxito, mediante análisis ambulante de varios años, una psicosis de "despersonalización". La catamnesis positiva abarca 10 años. (Informe en un círculo psiquiátrico de colegas en Zurich, en 1956.)

5) De 1954 a 1955, Fuchs-Kamp internó primero a una esquizofrénica paranoide y la trató luego como huésped en una clínica y a continuación en forma ambulante, con un éxito que aseguraba la catamnesis. La autora dice: "La impresión de que la psicosis gracias a la terapia psicológica profunda no sólo no había conducido a una limitación mental de la paciente sino, por el contrario, a la expansión y ampliación de su personalidad, se ha confirmado entretanto plenamente. Desde entonces, la paciente ha reanudado sus estudios de modo sistemático, por primera vez, y los está terminando con éxito precisamente en estos días." "Eva dijo más tarde que había tenido suerte con su enfermedad, porque, si no, ¿cómo habría llegado nunca a semejante confrontación consigo misma? porque 'la historia previa era toda mi vida.'" La catamnesis se ha extendido entretanto a 12 años. (Lectura en el Simposio Inter-

nacional sobre la Psicoterapia de la Esquizofrenia en Lausanne, en 1956, publicada en 1957 (33).)

6) Entre 1957 y 1958 Fuchs-Kamp trató un “estado esquizofrénico de deficiencia” en forma ambulante y clínica. Se hizo cargo de la paciente después de una terapia clínico-psiquiátrica de varios años. Mediante la psicoterapia analítica recomendada por un psiquiatra suizo, que anteriormente había visto a la paciente clínicamente, se logró obtener una relajación de la rigidez psicótica y una activación de la propia dinámica interna. La paciente fue dada de alta, libre de psicosis. Sin embargo, no quiso decidirse a un tratamiento analítico ambulante ulterior, evidentemente por miedo a una profundización en su problemática matrimonial y familiar. Quedó libre de psicosis, pero separada de su familia. Su vida individual se había ampliado en Berlín, en un ambiente particularmente favorable, a una actividad doméstica y artística. Sin embargo, visitas a miembros de la familia que vivían lejos condujeron a oscilaciones y dos breves permanencias en la clínica, de cuatro semanas en cada caso, en 1960 y 1961. El tratamiento se prosiguió después de terminada la psicoterapia por vía medicamentosa.* (Informe en un círculo psiquiátrico de colegas, en Basilea, en 1958.)

7) A partir de 1958, Fuchs-Kamp ha tratado en forma ambulante y clínica por muchos años una hebefrenia. La autora dice acerca de la paciente quien, al empezar la enfermedad, contaba 19 años: “La vivencia hebefrénica, sin embargo, se distingue en determinados rasgos de otras formas esquizofrénicas por el hecho de que la excitación interior permanece profundamente oculta y, por otra parte, el hebefrénico opone a los esfuerzos psicoterapéuticos y al esclarecimiento de sí mismo una resistencia difícil de apreciar. Se comprende así que, en determinadas circunstancias, se fije la impresión de que la hebefrenia no se deja tratar terapéuticamente.” Se consiguió un éxito parcial: “En la primera fase del tratamiento, se abrió el fondo, oculto debajo de la superficie hebefrénica”; el comportamiento crónico hebefrénico-pueril se convirtió en un cuadro catatónico. En el curso ulterior se encuentran recidivas, aunque no en el sentido de un estancamiento hebefrénico, sino en forma de excitación catatónica en conexión con tareas futuras inminentes, “amenazadoras”, en lo que, según comunicación oral de la autora, entraron en conflicto tendencias expansivas y regresivas. Este tratamiento no está terminado.* (Lectura en el II Simposio Internacional sobre la Psicoterapia de la Esquizofrenia, Zurich, en 1959, publicación en 1960 (34).)

8) En 1950, G. von Staabs trató clínicamente a título de médico externo, y a continuación con carácter ambulante, a un esquizofrénico catatónico de 19 años de edad. La publicación termina con el siguiente comentario: “Catamnesis a los 3 años: el paciente planea y organiza su vida conforme a su edad.” Entretanto, la catamnesis positiva, con un buen desarrollo profesional ulterior, se ha extendido a 15 años.* (Lectura en el I Simposio Internacional sobre

* Complemento oral de los autores.

* Complemento oral de los autores.

* Complemento oral de los autores.

la Psicoterapia de la Esquizofrenia, de Lausanne, en 1956, y en el II Simposio de 1959, publicaciones en 1956 (46) y 1959 (47).)

9) En 1959, G. von Staabs trató analíticamente a una esquizofrénica de 15 años en forma clínica y ambulante, asimismo con catamnesis positiva. (Publicado en 1960 (48).)

Si nos planteamos la cuestión acerca de cuáles características presentan en común estos tratamientos aplicados bajo el mismo concepto psicoanalítico, es importante en primer lugar para nuestro tema el que siempre volvamos a encontrar la ejecución del tratamiento dentro y fuera de la clínica, por el mismo psicoterapeuta establecido; con la anuencia de los directores de las clínicas relacionadas con el caso, el médico externo visita casi diariamente al paciente internado en la clínica, al dársele de alta, el mismo médico continúa el tratamiento en su propio consultorio. El tratamiento analítico se prolongó hasta el momento en que se hizo posible la emancipación interior y exterior del enfermo, también frente al terapeuta. Con excepción de los casos 2, 6 y 7, en los que se daban condiciones especiales, encontramos catamnesis positivas y en la observación ulterior no se registraron recaídas en un periodo de 2 hasta 17 años y sí, en cambio, un retorno a la autonomía de una vida ordenada. En parte conozco a los pacientes personalmente, y la encuesta entre los autores dio, en los casos publicados, catamnesis considerablemente mayores. La de la paciente de Schultz-Hencke se ha extendido entretanto a 31 años, sin recaída. Si se consideran los resultados del tratamiento, las exposiciones mencionadas tienen en común una mejoría inequívoca del estado premórbido o prepsicótico, excepto en el caso 2, del que no se tienen más informes, y de los casos 6 y 7.

Los procedimientos terapéuticos mismos siguen, en los casos aducidos, la concepción psicoanalítica de las psicosis de Schultz-Hencke. Los procedimientos persiguen la comprensión del paciente y de sus manifestaciones psicóticas. Fuchs-Kamp dice (34): “Sin embargo esto sólo puede lograrse en el supuesto de que el paciente, sacado de su aislamiento y su desconfianza, de sus temores y de su alejamiento de la realidad, amplíe su vida encogida y evolucione hacia una personalidad madura, más próxima a su ‘idea’ y capaz de crearse medios reales de existencia en el mundo y entre la gente.” En el sentido de este objetivo terapéutico encontramos representada en las exposiciones de los casos mencionados una tendencia enderezada a evitar en lo posible, o si el paciente lo “quiere”, una remisión. En diversos casos se adoptan soluciones como por ejemplo, la de Fuchs-Kamp (34): “De acuerdo con las instancias médicas de la clínica, se había decidido renunciar a medidas psiquiátricas oscurecedoras y entregar a la paciente a la psicoterapia.” Solamente en 2 de los casos citados se trató concomitantemente con terapéutica medicamentosa. En lugar de una remisión, se produjo en la mayoría de los casos citados una lucha interna, laboriosa y abundante en crisis, de la paciente con su verdadero mundo interior y una toma de conciencia —por vía psicoanalítica— de los catastróficos errores preesquizofrénicos acerca de la propia persona y del mundo exterior. Fuchs-Kamp ha dicho cosas fundamentales, en relación con esta cuestión, en 1966, en su trabajo: “La angustia en pacientes psicóticos en testimonios propios” (35): “Cuando en un mundo inquietante extraño la soli-

daridad con el terapeuta crea finalmente una primera isla de confianza y va madurando paulatinamente, en terreno firme, una seguridad del yo, el paciente puede atreverse a nombrar sus infundados temores, por tanto tiempo innominados, y a mirar cara a cara lo objetivo. Porque, del mismo modo que el polo de un imán no existe por sí solo, así necesita también el sujeto objetos que lo mantengan en el equilibrio de una tensión vital en movimiento. En la experiencia de un yoísmo estructurado en un mundo ordenado, referido a una realidad, que brinda seguridad, se desvanace la angustiosa excitación indefinida. Una paciente en vías de curación era capaz de decir lo que había causado su enfermedad"; es decir que los informes importantes acerca de la existencia prepsicótica sólo puede darlos el paciente en vías de curación. Fuchs-Kamp habla de ídolos del yo en el mundo de las experiencias preesquizofrénicas.

De acuerdo con lo que acabamos de decir, la comparación con el psicoanálisis de las neurosis sólo es posible de modo muy limitado. El "mundo inquietante" que el psicópata experimenta en sí y a su alrededor requiere con mucha mayor urgencia "pruebas tangibles del interés que siente por él el terapeuta", según lo formuló Benedetti en una ocasión. Así, pues, la terapéutica fundada en el pensamiento psicoanalítico se convierte a menudo en un llamado altamente dramático al fondo sano de la personalidad. Schultz-Hencke dijo, por ejemplo, a su paciente (51): "Sabes que te he preguntado lo que vas a hacer al salir de aquí. Y tú no te has dado por enterada. A lo que ella respondió: 'Pues voy a ir a casa de mi hermano, el menor.' Yo: Pero esto no puede ser el lleno de tu vida."

Una llamada urgente semejante, una seducción hacia la vida, constituye una actuación intensa entre dos, con procesos emotivos también del analista. Así, los trabajos sobre las psicosis de la Escuela de Berlín muestran año con año una transformación de la relación médico-paciente, como la de la psicoterapia analítica en el mundo entero. Benedetti describió en 1956 esta evolución histórica como sigue (7): "La psiquiatría anterior se basaba en una visión exclusivamente científica, naturalista, del hombre. Se inspiraba en el propósito de interpretar el comercio interhumano del paciente entre personas como producto de las funciones de conciencia, de los procesos de voluntad, los actos de empatía, etc.; de ahí que tratara de derivar la relación esquizofrénica entre personas, a la manera causal-genética, de un trastorno primario de tales funciones elementales. Y el psicoanálisis anterior veía también como su objeto a un sujeto individual primariamente dado, que luego, mediante la puesta en acción de sus funciones, por medio de objetos, y mediante una experiencia correspondiente, se abriría secundariamente a un mundo exterior; a este sujeto individual debía uno enfrentarse interpretando, haciendo las veces de mediador entre la *imago* y la realidad. En cambio, la antropología médica moderna se basa en el reconocimiento de que semejante sujeto individual primariamente dado no es más que una mera abstracción; que desde su primer acto en la vida, el individuo se encuentra en relación con otro; que comprende, quiere y aprende, y que la persona como tal sólo existe en relación con un mundo humano, presente desde el principio mismo.

Volvamos ahora al marco externo de la psicoterapia de las psicosis, al pro-

cedimiento clínico y su conexión con el tratamiento psicoanalítico. Beese publicó en 1964 un "Informe de experiencias en la psicoterapia de psicosis en un periodo situado entre 1952 y 1964, en una clínica psiquiátrica menor" (6). Aquí examina, en calidad de clínico participante, una parte de los mencionados tratamientos efectuados por psicoterapeutas establecidos. Entra, de paso, en las dificultades del tratamiento en la clínica. Menciona la reserva consciente o inconsciente del jefe de la clínica o de sus asistentes frente al tratamiento psicoanalítico de las psicosis; la actitud de las enfermeras y demás personal de enfermería frente al procedimiento terapéutico, así como las relaciones entre pacientes. Se ocupa además de las dificultades especiales del tratamiento a título particular por el psicoterapeuta externo. El informe de Beese se refiere en conjunto a 22 psicosis, de las que aproximadamente un tercio fueron tratadas por psicoterapeutas externos. Pone de relieve, como problema especial, el carácter "ajeno" del psicoterapeuta externo y dice: "Precisamente en la fase psicótica aguda es cuando el paciente necesita la posibilidad permanente de asistencia del terapeuta. Ha de tener el sentimiento de que la clínica es una especie de familia en donde la madre (el terapeuta) debe estar siempre presente. En esta etapa de regresión, el psicótico no puede comprender el alejamiento o la ausencia del terapeuta externo. De ahí que sea conveniente que el terapeuta tenga en la clínica cuando menos una persona que lo auxilie, con la que mantenga un contacto estrecho y que actúe sobre el paciente de acuerdo con su sentir." En forma análoga se refiere a la sustitución del terapeuta, durante sus vacaciones, por colegas enterados y pertenecientes a un equipo de psicoterapeutas de psicosis.

También von Zerssen y Häfner (36, 56) (en Heidelberg) llegaron en 1964 a conclusiones semejantes. Es particularmente importante, en relación con nuestro tema, el que los autores señalen las dificultades del tratamiento ulterior por parte de médicos policlínicos o de práctica libre, con los que no existe una relación de confianza tan íntima como con el clínico. Von Zerssen y Häfner postulan la cooperación entre el psicoanalista y el psiquiatra, pero sin ilustrar el problema en detalle.

Experiencias propias

Mediante el tratamiento de psicosis en establecimientos psiquiátricos, el análisis se extiende a dos vastos grupos de personas y, a propósito de los problemas que con esto se plantean, quisiera yo exponer aquí algunos ejemplos de casos.

Problemas relativos a los servicios médicos de la clínica

Ejemplo 1: Hace años se preguntó a la señora Fuchs-Kamp si podía hacerse cargo del tratamiento de una mujer de 40 años con esquizofrenia crónica. Por razón de tiempo había declinado y había mencionado mi nombre. Preparado gracias a una experiencia de varios años con análisis de neurosis y con algunas experiencias propias con esquizofrénicos, me hice cargo del tratamiento de la



paciente que fue llevada a mi consultorio psicoterapéutico inmediatamente después de iniciarse un tercer acceso de esquizofrenia, al que había precedido un trastorno inicial del sueño con disposición anímica delirante, pensamientos angustiosos, percepciones de influencias y vivas alucinaciones. La hice internar inmediatamente en una clínica. Tanto la paciente como su esposo deseaban un tratamiento psicoanalítico. Aquella, sin haberme visto, estaba poseída de una especie de manía de transferencia. Creía que su esposo la llevaba a mí para que huyera yo con ella de los peligros de la situación política. Se mantenía reservada, mostraba cierto desvarío autista y creía que era yo quien movía un pez en el acuario de mi consultorio. Bajo la protección de la clínica dejó traslucir mucha más agitación y me rogó aquí, suplicante, que le hablara lo más razonablemente posible. Cuando le propuse que conmigo podía hablar "irrazonablemente" sin reparo, incurrió en confusión, incoherencia e improprios. Cuando pronunció la palabra "porquería", ya sabía yo lo que era aquello que se proponía eludir de modo tan "razonable".

A propósito de la situación clínica, he aquí unos breves detalles: Desde hacía ya algún tiempo trataba yo en la clínica a una esquizofrénica crónica asilada. Hablaré de esta paciente en mi segundo ejemplo, pero sólo la menciono aquí para describir un poco la situación de la clínica. Yo era ya un huésped regular en ésta, había informado reiteradamente sobre la asilada al equipo médico, y había sido llamado a consulta en diversos casos límite o en tratamientos ulteriores de pacientes de la clínica y, entre otros, se me habían encargado, con carácter de huésped, conferencias sobre psicoanálisis en el programa de la formación complementaria del personal de enfermería. Las discusiones con este personal se centraban en problemas de neurosis y se extendían ocasionalmente a problemas personales de los participantes. De modo, pues, que bajo este aspecto, en la clínica se me conocía bien. Sin embargo, en el tratamiento de mi paciente surgieron las siguientes dificultades. Se trataba de una señora cultivada e inteligente, con respecto a la cual la doctora del departamento, en especial, consideraba mejor una farmacoterapia exclusiva o no quería, cuando menos, renunciar a ella. Por mi parte, sobre todo debido a que dos accesos psicóticos habían terminado en remisión, tenía el mayor interés en dejar que los contenidos psíquicos se expresaran de la manera más clara posible y sin efecto sedante alguno. Añadíase a esto el hecho de que habían precedido inmediatamente dos acontecimientos muy dramáticos en relación con inminencia de suicidio en dos pacientes que habían provocado en la prensa diaria una agitación considerable. Por estas razones se requirieron muchos pacientes esfuerzos por parte de la dirección de la clínica para conseguir que la doctora del departamento accediera a la aplicación de un tratamiento exclusivamente psicoanalítico. La paciente no se enteró inicialmente de estas dificultades, pero percibió, con todo, la controversia y adoptó francamente partido contra el punto de vista somático, introduciendo en el análisis una crítica violenta de las fallas personales de la doctora y de sus maniobras. Cabe plantearse la pregunta: ¿Cómo tratar esta clase de sentimientos? Sería erróneo utilizarlos para la psicoterapia porque esto equivaldría a desatender el ambiente actual, esto es, la clínica. Sería igualmente equivocado, en mi modo de ver,

el que la clínica se sirviera de un sentimiento de la paciente contra el psicoanálisis y, a la manera de la falsa madre en el juicio de Salomón, pretendiera obtener la mitad de la criatura. Para evitar que se despidiera a la doctora, hube de conformarme provisionalmente con una combinación de mi tratamiento psicoterapéutico y un tratamiento farmacológico. Más adelante, la paciente rechazó el segundo tratamiento y tuvo con los directores de la clínica una discusión muy fuerte que acabó en una demanda judicial, pero condujo, con todo, a una reducción y, finalmente, a una suspensión total del tratamiento farmacológico. Sin duda las controversias no lograron impedir en los primeros momentos la constitución gradual de una relación viable con el terapeuta, pero condujeron a que en la clínica no pudieran tratarse los temas inquietantes con la paciencia que se requería para que el resultado de la psicoterapia profunda fuera satisfactorio. El tercer acceso se terminó con cierta vinculación personal con el terapeuta, pero con una remisión parcial. Sólo después de cuatro internaciones, cada vez más breves, en la clínica (de la cuarta a la séptima), el resultado fue satisfactorio y cedió la solución precaria de un *statu quo ante* a una evolución ulterior productiva, en la que la paciente planeaba con mayor energía de lo que jamás hiciera anteriormente. El tratamiento pudo terminarse con 665 sesiones. La catamnesis fue de tres años a contar del último acceso. La evolución ulterior sin trastornos hacia una disposición social, profesional y también psíquica mucho mejor resultó inmediatamente después del esclarecimiento altamente dramático del mundo de vivencias interior prepsicótico.

El ejemplo muestra una dificultad típica del tratamiento en la clínica como médico externo. La paciente optó por la vía terapéutica en oposición agresiva obstinada contra la clínica —representada aquí por la decisión médica personal de una doctora del departamento— y provocó con ello el sentimiento de responsabilidad de la doctora a tal punto, que fueron necesarios un juicio y una sentencia judicial. Con esto, la clínica fue de momento guardiana del orden público. El deseo personal de tratamiento de la paciente sólo pudo realizarse en parte, después de superadas las dificultades, pues no fue del todo posible aquella dedicación imperturbada al conflicto interno que hubiera tal vez conseguido una modificación positiva más profunda de la personalidad. Por lo demás, he tenido en cuenta estas dificultades disponiendo las internaciones voluntarias ulteriores en otra clínica. Quería evitar, en esta forma, volver a llevar a la paciente al recuerdo de la solución parcial y, con ello, al recuerdo de su propia tendencia a la remisión.

Problemas con el personal de enfermería

A título de ejemplo de las dificultades con el personal de enfermería de la clínica quisiera hablar aquí de una paciente esquizofrénica crónica de cuarenta y tantos años, aislada y hospitalizada desde mucho tiempo, a la que sigo tratando. Al empezar mi tratamiento a título de médico particular, la paciente había sufrido ya cinco accesos psicóticos, en el curso de 8 años, y se encontraba en el hospital desde hacía un año. Todas las medidas clínicas, como por ejemplo, 60 shocks eléctricos, dos grande curas con insulina, un tratamiento de shocks por



cardiazol y una farmacoterapia intensa, no habían procurado influencia positiva alguna. Antes al contrario, cuando los allegados me rogaron que me hiciera cargo de la paciente, ésta se hallaba encamada en el cuarto de aislamiento y, aprovechando un permiso, se había lesionado la arteria. Durante el primer año y medio de mi tratamiento, y sin interrupción alguna digna de mención, hubo que mantenerla atada de pies y manos, a causa de la considerable tendencia a la autolesión; además hubo que acolchonar la cabecera de su cama y, pasajeramente, se le ataron las manos a unas tablillas, para evitar que se lastimara con las uñas. Otros síntomas temporalmente pronunciados eran: rechazo de alimentos, enuresis y bloqueo de micción. Y la situación se tornó más dramática todavía; cuando en la etapa inicial y en ocasión de una agudización, el tratamiento se complementó con un tratamiento farmacológico de altas dosis, se produjo, disimulada primero por el efecto del medicamento, una peligrosa neumonía que acabó llevando a la paciente al borde de la muerte. Y todavía en el cuarto de aislamiento, con una gran llaga por decúbito, físicamente débil y con una temperatura muy alta, trató de vaciarse un ojo con astillas de porcelana y otras cosas por el estilo.

Para anticipar el resultado, diré que actualmente la psicoterapia tiene lugar en mi consultorio, adonde la paciente acude acompañada por vía de precaución. La mayor parte del tiempo está ocupada en el hospital, en la atención de las demás pacientes: distribuye la comida, lava por la mañana a las pensionistas de más edad del hospital, ayuda en los baños y está en correspondencia con su familia. No han ocurrido autolesiones desde hace ya años. Al lado de este éxito social parcial, es notable el que, pese a una psicosis inveterada recidiva, cada vez se hagan accesibles a la comprensión analítica nuevos elementos del sistema de demencia esquizofrénica-paranoide.

El problema decisivo, o sea, el trastorno prepsicótico, se deja ya reconocer en sus líneas generales, pero hasta aquí no se le ha hecho consciente a la paciente. Constituye un detalle importante el hecho de que, de niña con una madre de la que soñaba que no tenía cara, la paciente se había retraído en un vasto juego de fantasía con una corte de príncipes, princesas y damas nobles, en el que vivía una vida ficticia alejada de la realidad. Al propio tiempo, después del nacimiento de una hermana de cuatro años y medio más joven que ella, rehusó toda alimentación de origen animal. Más adelante fracasó en la escuela secundaria, se hizo —con una actitud de sacrificio— maestra de gimnasia para enfermas, con el fin de ayudar a la hermana que había enfermado de poliomielitis, y decía, a propósito de su experiencia: “Yo en mi magnificencia” o “yo, en mi espiritualidad” y sin embargo sólo tardíamente se atrevió a dejar la casa paterna, por que no se consideraba capaz de hacer frente al mundo que ella experimentaba como excesivamente peligroso. Voy a esbozar brevemente el primer complejo demencial. La paciente revestía sus conflictos interiores de la génesis y de la fase prepsicótica con las imágenes de una identificación con la Otilia de las *Afinidades electivas*, de Goethe, la cual, como es sabido, se deja llevar de una prehistoria neurótica a un conflicto amoroso con un hombre casado, Eduardo. A causa de una acción equivocada, se hace culpable de la muerte del hijo de éste. Finalmente, se deja morir de hambre

a título de expiación y sacrificio. La paciente quería regresar, como Otilia, al seno de la muerte. El análisis de esta conexión, y especialmente el de la identificación con Otilia, tuvo sobre el proceso patológico un efecto positivo. Desde el punto de vista psicopatológico, la identificación se manifestaba en la tendencia a la autolesión. Transitoriamente se produjo identificación de la Carlota de la novela con la madre de la paciente, identidad del niño muerto con la hermana de la paciente, 4 años más joven que ella, e identidad del personaje Eduardo de la novela, con el padre y con el analista. Involucradas en el sistema de esta enajenación mental se desarrollaron más adelante tendencias al sacrificio inspiradas en las novelas de Kleist, en cuyo curso la paciente quería suicidarse conmigo, y otras cosas por el estilo. El éxito conseguido hasta la fecha se debe en parte esencial a las medidas terapéuticas y a la colaboración íntima entre el médico privado, la dirección de la clínica y el personal de enfermería, a cuyo respecto quisiera explicarme ahora algo más detalladamente.

Planteábase para mí la cuestión de saber, en este tratamiento, hasta qué punto se habían producido ya consecuencias corporales secundarias. En todo caso, se habían presentado ya en el curso de la enfermedad ciertas alteraciones ligeras del tipo piloso. Quedaba por averiguar, además, si la hipótesis de trabajo psicoanalítica sobre la conexión entre la sintomatología psicótica y una afectación de la capacidad de experiencias reales era aquí acertada o no, o si seguía siéndolo; así como, finalmente, si los factores psíquicos buscados se podrían aún descubrir. Por otra parte se presentaba este problema: si yo insistía en el aislamiento de la paciente, para protegerla de las influencias de las demás pacientes, el tratamiento no podía siquiera llegar a efectuarse. La colaboración con los servicios médicos de la clínica no presentó, en este caso, aparte de ciertas dificultades iniciales de comprensión, problema importante alguno. Ya había dicho yo que me parecía aquí indicado informar regularmente a la dirección de la clínica y a todos los asistentes acerca del curso detallado del tratamiento. Al principio lo hice de cinco a seis veces por semana, y más adelante solamente dos veces, y establecí una intensa relación regular con la enfermera de turno y el demás personal de enfermería, que cambiaba con mucha frecuencia. En esta relación me encontré con todos los matices de comportamiento, desde la actitud respetuosa y aun sumisa, pasando por la indiferencia, hasta la oposición al médico privado, con los efectos diversos consiguientes sobre las relaciones entre la paciente y el personal de enfermería.

K. Ernst se había expresado ya con detalle en 1956, acerca del “entretendido” de las relaciones entre el médico, el paciente y el personal de la clínica. Se encontró en ocasiones con que las enfermeras no le decían la verdad, porque eran del parecer que no estaba bien quejarse de los pacientes psicóticos. Dice: “Inclusive a una enfermera escrupulosa y justa no siempre le resulta fácil captar la diferencia entre psicoterapia y mimo.”

En este caso dependía yo de los informes regulares y exactos de las enfermeras y, a tal objeto, antes de empezar la sesión con la paciente, elucidaba con ella detalladamente el curso del día transcurrido. Por otra parte, traté también de informar objetivamente al personal de enfermería: necesitaba con-



quitarlo para un procedimiento especial. Esto resultaba aquí particularmente difícil, porque es obvio que el adelanto de la demente, desde la manía de suicidio y actos de autolesión, hasta el cuadro actual, había de ocurrir en forma necesariamente dramática. Uno de los puntos más bajos de la curva lo he caracterizado ya. La paciente se empeñaba con todas las fuerzas de su cuerpo, en estar muerta. No quería vivir más. Aproximadamente durante un año y medio permaneció atada, y sólo se la liberaba durante mis visitas diarias, en un principio de una hora más o menos, y yo había de sujetarla temporalmente para que, durante la conversación, no se vaciara un ojo con mi lápiz o pegara el cráneo contra la pared. Benedetti había dicho en conexión con una situación análoga (8): "En lo posible han de sujetar al delirante brazos humanos, y no el cinturón, el narcótico o la celda de aislamiento." Por supuesto, no resultaba difícil detectar una tendencia interior opuesta, o sea la actitud infantil que le hacía desear las ataduras y sentirse vigilada. En esta primera fase del tratamiento, la dirección de la clínica y el personal de enfermería lucharon conmigo simplemente para preservar la vida de la paciente. La liberación del peligro atravesó muchas fases complicadas. Las autolesiones fueron adoptando cada vez más el carácter de un daño a extraños, inicialmente de objetos. La paciente trató al principio de dañarse directamente con objetos. Luego se presentaron actuaciones en las que había de romper objetos, para destruirse con esto a sí misma (platos de porcelana, luna de espejo, etc.). Más adelante rompió un termómetro con los dientes, con el propósito al parecer, de envenenarse con el mercurio. Sabía lo bastante de medicina para no ignorar que las cantidades mínimas de mercurio que trataba de recoger del piso no bastaban para producir la muerte. Lo importante era, desde el punto de vista de la conversación analítica, que ella, trastornada en lo referente a la toma de alimentos, rompiera con sus dientes un objeto. Contemporáneamente ocurrió que, en la hora de mi tratamiento, haciendo mucho ruido rompió con los dientes, en mi presencia, un gran bombón muy duro que mi hija menor me había dado para entregárselo a la paciente, lo que constituye nuevamente un acto en el límite entre la autolesión de la propia dentadura y la destrucción devoradora de un objeto. La serie de los acontecimientos terminó, finalmente, con otra "destrucción"; en efecto, la paciente, ya en condiciones de ayudar en el departamento, estaba ocupada en limpiar la manija de la puerta con un limpiador de metal. En conexión con una determinada experiencia de negación bebió de repente el limpiador de la botella, sabiendo perfectamente que tampoco esto le produciría la muerte. Se trataba, por lo demás, de un líquido blanquinoso, en relación con el cual se le ocurrió en el análisis la palabra "leche".

En el caso de esta paciente, había que volver a conquistar siempre de nuevo a las enfermeras para que, por una parte, vigilaran con la debida atención los peligros, por ejemplo, tendencias ocasionales de fuga, y no trataran por otra parte, con medidas nuevas burdamente coactivas, las diversas maniobras de la paciente, fáciles de adivinar, como la acción ostensible con el limpiador de metales, o un repentino ensuciamiento de la ropa. Desde este punto de vista se reveló en el presente caso como muy útil practicar la averiguación

permanente de los verdaderos deseos de la paciente. Rememoremos la dificultad particular: nos encontrábamos aquí en presencia de una paciente cuya vida había sido salvada, entre otras cosas, gracias a la atención intensa de las enfermeras. Este éxito nadie quería arriesgarlo, y se propendía, en consecuencia, a volver a atar a la paciente al menor síntoma alarmante de una actitud algo cambiada, por ejemplo, de una mímica amenazadora, o de una manifestación demencial llamativa. Al principio, estas intervenciones de seguridad eran indicadas e imprescindibles, pero luego estorbaban mucho, hasta que finalmente, en una determinada fase del tratamiento, la propia paciente deseaba que la ataran, para eludir las discusiones psicoanalíticas de las tentaciones en el curso del día. Aquí se hacía necesario instar a la paciente, mediante una presión amistosa, a levantarse, lo que también fue posible. Resultó luego particularmente difícil un momento del tratamiento en que la paciente, bajo un efecto de enajenación, mostró tendencias aparentemente "lesbianas" y hubo de ser obligada reiteradamente por las enfermeras a acostarse para atarla a su cama, porque quería meterse en la cama de otras mujeres.

Así, mediante conversaciones, diarias a veces, entre el psicoterapeuta y el personal de enfermería, se fue elaborando en el marco de la hospitalización, paso a paso, el proceso de resocialización. Por supuesto, en esta forma fui conociendo también a las enfermeras y, con ellas, el ambiente actual de la paciente, y estaba en condiciones de comprender mejor los juicios erróneos de ésta acerca de aquéllas.

Fue muy importante el que las enfermeras permitieran en la clínica las relaciones de mi enferma con otra paciente crónicamente demente, en la medida en que parecía indicado a sus necesidades de comunicación. También desde este punto de vista era indispensable ir iniciando a las enfermeras, de caso en caso, en la temática actual. Se incurre en este lugar en conflicto con el problema de la discreción, pero me pareció aquí más esencial otorgar también confianza al personal de enfermería y comunicar, cuando menos, los problemas actuales del tratamiento.

Las relaciones del personal de enfermería con los problemas de esta paciente operaban también en otra forma. En efecto, los modos de comportamiento harto raro de los padres provocaron un partidismo en ocasiones útil pero en otras peligroso por parte de las enfermeras. En particular, los mezquinos regalos de Navidad o de aniversario que los padres acomodados hacían a la paciente suscitaban la protesta e inclusive la oposición declarada de las enfermeras contra éstos. La ventaja de ello consistía en que las enfermeras comprendieran espontáneamente que la paciente echara los regalos al cubo de la basura; y el inconveniente, en cambio, estaba en que los padres se sintieran temporalmente aislados por completo de la paciente y rechazados por la clínica. Aquí se hacía necesario explicar a la paciente y también al personal de enfermería la rareza de los padres. Creaba ya aquí una base para la colaboración íntima, la instrucción complementaria ya mencionada de las enfermeras de la clínica que, con el título de Psicoanálisis, iba hasta discusiones terapéuticas de grupo de las participantes, pero más todavía contribuía el contacto regular, durante cierta época diario, con las preocupaciones profesionales y personales de las enfer-

meras. Esta colaboración se fundaba menos en las instrucciones del médico que en la comprensión mutua entre éste y aquéllas. Así, pues, tampoco tenía yo reparo en salirme ocasionalmente de mi papel de médico externo; en ocasión de Navidad al llevar un regalo a mi paciente, presentar a mis dos hijitas a las enfermeras, y otros ejemplos más.

Ejemplo 3: En otra clínica de Berlín, las condiciones eran incomparablemente mejores, ya que la atmósfera estaba allí influida por la prolongada actividad de médicos con formación psicoanalítica o de candidatas a una instrucción psicoanalítica lo que derivaba en una actitud fundamental más o menos comprensiva frente al paciente psicótico. Pero también aquí, recuerdo, se oponían dificultades al tratamiento por médicos externos. Resultaba difícil, por ejemplo, lograr que no se sobrestimara al psicoanálisis como procedimiento y que reveses en sentido clínico se entendieran como expresión de la dinámica. Acerca de este aspecto quisiera exponer otro caso: He informado en otro lugar a propósito de un proceso en el que se requería un gran número de permanencias en la clínica, pero de tal modo que estas permanencias se fueran haciendo cada vez más cortas, hasta que, finalmente, bastaran internaciones de 10 a 20 días en la sección separada para analizar en un tratamiento exclusivamente psicoanalítico otros tabúes, aun cuando no se observaran ya manifestaciones psicóticas (3).

En una de estas internaciones, debo a la tranquilidad de ánimo de una enfermera de sección y a su experiencia prolongada, el que se lograra el éxito analítico sin que interfirieran medidas clínicas disciplinarias. Había visitado yo a la paciente, de 43 años de edad, el día del ingreso en la clínica y efectué la sesión analítica en un pequeño cuarto de tratamiento. Era un día muy caluroso de verano y, a causa del calor, las ventanas superiores del cuarto en cuestión estaban completamente abiertas, y así también las de la caja de la escalera de la sección, enfrente, y las de toda esa sección de la clínica. La paciente provenía de un medio humilde y, durante el tratamiento prolongado por muchos años, había tenido que luchar siempre con los problemas de la gran distancia social entre ella y el terapeuta, sin lograr tener conciencia completa de la envidia, sino que insistía, antes bien, en una forma algo rebelde y mordaz, en manifestaciones como las de: "Soy hija de obreros y me siento orgullosa de serlo", y otras por el estilo. Desde hacía tiempo me había llamado la atención el que tales manifestaciones fueran hechas en un alemán más o menos correcto y sin emplear el dialecto. Pero ahora ocurrió lo siguiente: Apenas habíamos penetrado en el cuarto de tratamiento, empezó la paciente con voz estentórea, llena de indignación y en forma categórica, y además en el más puro dialecto berlinés, a descargar durante más de dos horas todo el resentimiento que había acumulado contra mí; se negó indignada a tenderse sobre el sofá de análisis, echó pestes y confesó a gritos su miseria social. Con toda su fuerza pegó encolerizada con el puño sobre la cubierta del escritorio que nos separaba. Me enteré más adelante por la enfermera de la sección que, alarmados, los enfermeros, en parte inexpertos, habían estado a punto de intervenir. Ella, con toda calma, los había disuadido de su propósito diciéndoles que yo sabría cómo arreglármelas y que, de necesitar ayuda, ya la pediría. Fue esta actitud, muy im-

portante en mi situación, la que permitió el curso ulterior del diálogo hasta la verbalización completa de la ira. Ya el día siguiente, en que la paciente estaba liberada y mucho más calmada, adoptó una actitud más realista, disculpándose a causa de su violencia, pero subrayando que todo aquello había sido verdad. Después de muchos años estaba ahora en condiciones y en forma más profunda que anteriormente, de experimentar y expresar conscientemente la plena intensidad de su transferencia positiva.

Problemas del terapeuta

El número de pacientes con psicosis tratados hasta el presente psicoanalíticamente es muy reducido. El que se aventure en semejante tratamiento ha de poder contar con reveses y fracasos. Sobre todo en el caso de procesos crónicos de esquizofrenia, la psicoterapia fracasa con mayor frecuencia que en las neurosis, inclusive si se tienen en cuenta los problemas comentados en este trabajo y se dan las premisas mencionadas de una gran dedicación prolongada. Dos de mis tratamientos de esquizofrénicos crónicos no han dado resultados satisfactorios desde el punto de vista psicoterapéutico. Una comunicación casuística al respecto se encuentra en prensa, en un trabajo sobre "La maduración de la agresividad humana" (*Fortschritt der Psychoanalyse*, vol. III). Sólo de vez en cuando resulta eficaz la psicoterapia en la esquizofrenia crónica; pero aun allí donde conduce a un éxito duradero, no le resulta fácil al terapeuta darse cuenta de que el beneficio para el paciente autista aislado sólo más adelante puede hacerse eficaz.

A propósito de los detalles del enlace del tratamiento de la esquizofrenia con el de las neurosis he escrito recientemente en otro lugar (3).

Muchos autores recomiendan el intercambio profesional regular entre colegas durante la psicoterapia psicoanalítica. También he recurrido a esta posibilidad, obteniendo consejo por parte de los más experimentados, así como crítica por parte del círculo de colegas, sobre todo en relación con problemas de contratransferencia. Además, la revisión a fondo de mis propias notas de casos de psicosis me proporcionó ya en la preparación de informe ante el grupo psiquiátrico tantas conexiones de detalles dispersos, que quisiera extraer de ello la recomendación de intentar hacer cada 2 meses un resumen del material y de lo ocurrido en los últimos tiempos. Además, la discusión con los colegas, y en particular el intercambio entre los analistas activos en clínicas y los analistas con consultorio propio, sobre todo en el caso de procesos crónicos, ha sido fecunda gracias, por una parte, al estímulo colegial, y a la corrección, por la otra, de los juicios erróneos acerca de los pacientes. En Berlín discute un círculo de colegas —A. Fuchs-Kamp, H. Bach, F. Beese, H. Dieckmann, G. Krichhauff—, en intervalos regulares de dos semanas y en sesiones nocturnas de 3 horas cada una, casos de psicosis corrientes y problemas conexos. A. Fuchs-Kamp, H. Bach, F. Beese, G., Krichhauff y A. Kuhr fundaron este círculo en 1954. Sus miembros sustentan desde 1960 conferencias y organizan seminarios sobre la problemática de las psicosis en el Instituto para Psicoterapia de Berlín.

Con una combinación de psicoterapia analítica en esquizofrénicos y una farmacoterapia "antipsicótica", que en mis experiencias personales fue en ocasiones ineludible, sólo he observado una influencia atenuante. Sin pretender generalizar mi punto de vista personal, todos los medicamentos parecen actuar, con excepción de la provocación medicamentosa del sueño nocturno, como estimulantes de la remisión. He subrayado este aspecto especialmente en mi primer ejemplo, pero he hecho también otras experiencias análogas. Bister (13) ha estudiado esta cuestión y ha señalado especialmente un aspecto que Benedetti describió, a saber: "La atenuación farmacodinámica constituye un aislamiento adicional del paciente y dificulta su acceso. Desde el punto de vista psicodinámico podrá acaso significar para él que pierde o deja de lado a su compañero humano, con lo que aumentan en él el miedo y los sentimientos de culpabilidad." A esto se opone, según Bister, la protección frente a las propias fuerzas destructivas del paciente. Bister dice: "No cabe reconocer o suponer detrás de todas las manifestaciones patológicas un sentido positivo para el progreso de la psicoterapia. Es inherente especialmente a los estados duraderos de tensión y agitación psíquicas, la propensión a independizarse afeñándose a motivos exteriormente insignificantes, de modo que la intervención somatoterapéutica no se puede eludir." Este punto de vista se refiere a cuadros de estados graves en la clínica y no queremos negarle una justificación posible; sin embargo, el curso de muchos procesos esquizofrénicos de tratamiento analítico prolongado más bien habla en contra.

En todo caso, para el psicoterapeuta establecido se requiere con urgencia el acuerdo profundo con el clínico a propósito de la situación terapéutica en cada caso. Si este acuerdo no es posible, entonces la clínica no es adecuada para el método equi expuesto.

RESUMEN

Partiendo primero de la psicodinámica he expuesto mis razones sobre las ventajas de las psicoterapias estacionaria y ambulante aplicadas por una misma persona, y he expuesto dónde y desde cuándo ocurre. Luego he tratado de aplicar a nuestro tema especial algunos hallazgos de la psicoterapia clínica y, finalmente, he descrito, con fundamento en ejemplos, los problemas derivados de los servicios médicos y el personal de enfermería. Para terminar, he comentado algunos problemas del psicoterapeuta de las psicosis. Eran premisas tácitas:

1) La formación psicoanalítica acabada del psicoterapeuta con análisis dialéctico terminado.

2) En lo posible, una experiencia de varios años en el tratamiento psicoanalítico individual de neurosis.

3) Se requiere que estén establecidos cerca del establecimiento psiquiátrico un número suficiente de psicoanalistas interesados. Va de sí que esto ocurre con mayor frecuencia en las clínicas y en las ciudades importantes que en establecimientos públicos. Tal vez pudiera organizarse aprovechando el modelo expuesto, un tratamiento psicoanalítico de grupo, de pacientes con psicosis, por parte de médicos en clínicas o inclusive en establecimientos públicos.

4) Se requieren medidas especiales de rehabilitación, sobre todo en el caso de esquizofrenia crónica; no sólo estructuración activa del porvenir del paciente, sino todo un conjunto de regulaciones sociales y sociopedagógicas. Aquí es indispensable la colaboración íntima con la clínica o con la institución psiquiátrica.

Espero haber proporcionado, con las consideraciones que preceden, un estímulo capaz de beneficiar sobre todo la ejecución práctica de la psicoterapia analítica de psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Arieti, S., "The Schizophrenic Patient in Office Treatment". *Tercer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1964, Karger, Basilea-Nueva York, 1965, p. 7.
- (2) Bach, H., "Analytische Behandlung einer Schizophrenie und einer schizoiden Psychopathie". *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1956, Karger, Basilea-Nueva York, 1957, p. 254.
- (3) ———, "Bemerkungen über die Indikation zur Unterbringung in der Klinik bei ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Schizophrenen", *Ztschr. f. Psth.*, 16, 3 (1966), p. 94.
- (4) Beese, F., "Der psychotische Objektverlust im Verlauf der analytischen Psychotherapie". *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1954, Karger, Basilea-Nueva York, 1955, p. 231.
- (5) ———, "Zur Frage der Umweltschäden oder Konstitutionsfaktoren bei der Schizophrenie". *Ztschr. Psycho-som. Med.* 1, 4 (1955), p. 260.
- (6) "Erfahrungsbericht über Psychotherapie von Psychosen im Zeitraum von 1952 bis 1964 in einer kleineren psychiatrischen Klinik", *Tercer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1964, Karger, Basilea-Nueva York, 1965, p. 143.
- (7) Benedetti, G., "Die Welt des Schizophrenen und deren psychotherapeutische Zugänglichkeit". *Schw. Med. Wschr.* 84, 36 (1954), p. 1029.
- (8) ———, "Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie Schizophrener". *Bulletin d. Schw. Akad. d. Mod. Wissensch.*, vol. 11 (1955), Fsc. 1-2, p. 142.
- (9) ———, "Prognostische Gesichtspunkte zur Psychotherapie schizophrener Psychosen". *Ztschr. f. Psth.* 16, 2 (1966), p. 61.
- (10) Benedetti, G., H. Kind y F. Mielke, "Forschungen zur Schizophrenielehre 1951 bis 1955 (1957)", *Fortschr. Neurol. und Psychiatr.* 25, pp. 101-179.
- (11) Benedetti, G., H. Kind y A. S. Johansson, "Forschungen zur Schizophrenielehre 1956 bis 1961 (1962)". *Fortschr. Neurol. und Psychiatr.* 30, pp. 341-505.
- (12) Binswanger, H., "Zur Theorie und Praxis der Psychotherapie Schizophrener". *Ztsch. f. Psycho-som. Med.* 1, 4 (1955), pp. 253-260.
- (13) Bister, W., "Pharmakotherapeutische Möglichkeiten bei der Psychotherapie von Psychosen". *Ztschr. f. Psth.*, 16, 3 (1966), p. 81.
- (14) Bleuler, E., *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Deuticke Leipzig-Viena (1911), p. 281.
- (15) ———, *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer, Berlin-Gotinga-Heidelberg, 1955.
- (16) Bleuler, M., *Wiener Ztschr. f. Nervenheilkunde und Grenzgebiete*, VII, 3-4, 1953.
- (17) ———, "Ursache und Wesen der schizophrenen Geistesstörung". *DMW* 89, núm. 40 y 41, pp. 1865-1870 y 1947-1952.
- (18) Bodenheimer, A. R., "Die psychotherapeutische Stellung des psychotischen Zwischenstadiums", *Biol. psychiatr. neurol.*, Karger, Basilea, 1963.
- (19) Bräutigam, W., "Zur Erkrankungssituation und psychotherapeutischen Indikation bei Schizophrenen". *Tercer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1964, Karger, Basilea, 1965.

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.
 Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke.
 Veröffentlichungen - auch von Teilen - bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



(20) Ersnt, K., "Praktische Probleme der individuellen Psychotherapie in der Anstalt am Beispiel einer Schizophreniebehandlung". *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1956, Karger, Basilea-Nueva York, 1957, p. 297.

- (21) Freud, S., *Gesammelte Werke*, vol. 1, p. 513, 1898, Imago, Londres.
- (22) ———, vol. V, p. 21, 1904.
- (23) ———, vol. VII, p. 31, 1909.
- (24) ———, vol. X, p. 139, 1915.
- (25) ———, vol. XI, pp. 430, 437, 439, 1917.
- (26) ———, vol. VIII, pp. 145, 363, 387, 1924.
- (27) ———, vol. XIV, pp. 68, 301, 316.
- (28) ———, vol. XV, pp. 166, 1933.
- (29) ———, vol. XVII, pp. 98, 132, 1939 (obras póstumas).
- (30) Fuchs-Kamp, A. "Wandlung des Welt- und Selbsterlebens in der Therapie eines maniformen Erregungszustandes". *Akt. Fragen d. Psth.* vol. 3, Karger, Basilea-Nueva York, 1960, p. 18.
- (31) ———, "Ein katatoner Erregungszustand und sein Erlebnishintergrund". *Ztsch. f. Psycho-som. Med.* 1, cuad. 4 (1955), p. 269.
- (32) ———, "Analyse der Vergiftungsangst eines pubertierenden Mädchens in Verbindung mit Übertragungsproblemen". *Act. Psth.* vol. 3 (1955), p. 387.
- (33) ———, Zur Innenwelt einer paranoiden Psychose. *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, vol. V, Lausana, 1956, Karger, Basilea-Nueva York, 1957, p. 206.
- (34) ———, "Hebephrenie, Grundsätzliches zur Struktur und Therapie". *Segundo simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*. Zurich, 1959, Karger, Basilea-Nueva York, 1960, p. 156.
- (35) ———, "Angst bei psychotischen Patienten in Selbstzeugnissen". *Fortschr. der Psychoanalyse, Int. Jahrbuch*, vol. II (1966), Hogrefe, Gotinga, p. 211.
- (36) Häfner, H. y D. V. Zerssen, "Soziale Rehabilitation, ein integrierender Bestandteil psychiatrischer Therapie". *Nervenarzt* 35 (1964), p. 242.
- (37) Jung, C. G., *Erinnerungen, Träume, Gedanken*, ed. A. Jaffé, Rascher, Zurich-Stuttgart, 1962, pp. 123-151.
- (38) Kind, H., "Welche Fakten stützen heute eine psychogenetische Theorie der Schizophrenie? *Psyche* XIX, cuad. 3 (1965-66), pp. 188-218.
- (39) Langen D., "Psychiatrische Rehabilitationsprobleme". *Ztschr. Die Rehabilitation, Stuttgart* 4, cuad. 2 (1965), p. 57.
- (40) Mauz, F., "Psychotherapeutische Möglichkeiten bei endogenen Psychosen". *Archiv f. Psychiatr. und Ztschr. f. d. gesamte Neurologie*, p. 206 (1965), p. 584.
- (41) Meerwein, F., "Die Bedeutung der Anstalt für die Gegenübertragung des Therapeuten). *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1956, Karger, Basilea-Nueva York, 1957, p. 248.
- (42) ———, Die Indikation zur Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik. *Schw. Med. Wschr.* 93, núm. 2 (1963), p. 56.
- (43) Müller, Ch., "Die psychiatrische Klinik und die Psychotherapie der Schizophrenen". *Segundo simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Zurich, 1959, Karger, Basilea-Nueva York, 1960, pp. 291-296.
- (44) ———, "Die Psychotherapie Schizophrener in der Zürcher Klinik", *Nervenarzt* 32 (1961), pp. 354, 358.
- (45) Rosen, J. N., *Psychotherapie der Psychosen*, Hippokrates, Stuttgart, 1964.
- (46) Von Staabs, G., "Der Scenotest als Mittel in der Behandlung einer Schizophrenie". *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1956, Karger, Basilea-Nueva York, 1957, p. 314.
- (47) ———, Ex "Die Behandlung einer Schizophrenie unter besonderer Berücksichtigung der Handhabung der Übertragung". *Act. Psychoth.*, vol. II, Fasc. 3/4, Karger, Basilea-Nueva York, 1954.
- (48) ———, "Einblicke in die psychotische Erlebnisweise einer 15 jährigen Patientin anhand des Scenotests". *Segundo simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Zurich, 1959, Karger, Basilea-Nueva York, 1960, p. 114.

(49) Stierlin, H., "Therapie der Schizophrenie in einem psychotherapeutisch orientierten Spital". *Segundo simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Zurich, 1959, Karger, Basilea-Nueva York, 1960, p. 90.

- (50) Schultz-Hencke, H., *Einführung in die Psychoanalyse*. Fischer, Jena, 1927.
- (51) ———, *Das Problem der Schizophrenie*. Thieme Verlag, Stuttgart, 1952.
- (52) Schwöbel, G., "Zum Liebeswahn", *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1956, Karger, Basilea-Nueva York, 1957, p. 338.
- (53) Winkler, W. Th., "Indikation und Prognose zur Psychotherapie der Psychosen". *Ztschr. f. Psychother.* 16, 2 (1966), p. 41.
- (54) ———, "Bericht über den Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung bei einer an Katatonie leidenden Patientin". *Primer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1956, Karger, Basilea-Nueva York, 1957, p. 162.
- (55) ———, "Erfolgreiche analytische Kurztherapie bei einem Schizophrenen". *Segundo simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*. Zurich, 1959, Karger, Basilea-Nueva York, 1960, p. 30.
- (56) Von Zerssen, D. y H. Häfner, "Das Zusammenwirken von Soziotherapie auf einer psychiatrischen Rehabilitationstation". *Tercer simposio internacional sobre la psicoterapia de la esquizofrenia*, Lausana, 1964, Karger, Basilea-Nueva York, 1965, p. 61.

