

EL TRATAMIENTO INTEGRADO DE LA PSICOSIS: COMBINACION DE PSICOFARMACOS Y PSICOTERAPIA

Por

J. L. González de Rivera y Revuelta

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de la Laguna

INTRODUCCION

La combinación coherente de distintas modalidades terapéuticas es un fenómeno relativamente reciente en psiquiatría. Cada una de las sucesivas revoluciones terapéuticas de este siglo (el psicoanálisis, la terapia de la conducta y la psicofarmacología específica) ha intentado conservar sus pretensiones a la verdad absoluta el mayor tiempo posible, en ocasiones con claro desprecio a la evidencia de la realidad. En consecuencia, la oposición entre las tres corrientes, y entre grupos disidentes dentro de cada una de ellas, ha sido un elemento importante en la configuración de nuestra disciplina, por lo menos hasta finales de los años setenta. Durante mucho tiempo, la definición personal que cada psiquiatra hacía de sí mismo, su identidad profesional y la seguridad en su propia competencia, estaban condicionadas por su aceptación y compromiso con una (sólo una) de las escuelas vigentes, hasta el punto de dar pie a que un influyente trabajo de la época se afirmase: "La formación en... y la aceptación de... las diversas escuelas psiquiátricas está influida por factores emocionales provocados por el propio programa de formación... (Estos factores) deben recibir mayor atención, si queremos asegurar el desarrollo de la Psiquiatría como disciplina científica unitaria, y no como una mera constelación de creencias" (1).

El panorama empieza a cambiar drásticamente en los años ochenta, con la aparición de diversos movimientos eclécticos, que culminan en las actuales tendencias hacia tratamientos integrados o multidimensionales (2). En el caso concreto de la combinación de tratamientos farmacológicos con psicoterapias de orientación más o menos psicoanalítica, el interés ha ido claramente en aumento, y algunas excelentes revisiones han sido publicadas en fecha reciente (3, 4, 5, 6). Incluso los tratados específicos de Psiquiatría Biológica incluyen hoy en día guías orientativas sobre la importancia de la psicoterapia en el trata-

miento de los trastornos psiquiátricos severos (7). Desde mi punto de vista, ha sido precisamente el progreso de la psicofarmacología lo que ha determinado, paradójicamente, la reactivación del interés por la psicoterapia, y ello por la afortunada coincidencia de una serie de consecuencias de dicho progreso, entre las que podemos contar las siguientes:

- 1.- Mejor accesibilidad de los pacientes adecuadamente medicados a la exploración emocional y a las intervenciones congénita.
- 2.-El reconocimiento de la insuficiencia de los tratamientos farmacológicos exclusivos tanto para la resolución de problemas sutiles de naturaleza psicodinámica como para la planificación del comportamiento apropiado.
- 3.-La introducción y adaptación de métodos científicos objetivantes al campo de las investigaciones psicoterapéuticas.

La convicción creciente de que psicoterapia y tratamiento biológico no sólo no se oponen, sino que se potencian cuando son correctamente aplicados, ha sido particularmente fecunda para el tratamiento de la esquizofrenia, permitiendo el desarrollo actual de medidas de desinstitucionalización y rehabilitación que serían imposibles o estarían avocadas al fracaso con enfoques más parciales. Sin embargo, otras psicosis potencialmente beneficiarias de esta combinación terapéutica siguen siendo tributarias de tratamientos exclusivos, como por ejemplo las psicosis orgánicas y las maniaco-depresivas, para las que la mayoría de los psiquiatras parecen favorecer tratamientos biológicos puros, o, en el otro extremo del espectro, los trastornos narcisistas y la organización borderline de la personalidad, para las que aún sigue recomendándose con frecuencia estricto tratamiento psicoterapéutico. Bien es verdad que los trabajos sobre combinacio-

nes terapéuticas en estos trastornos son menos abundantes, sus conclusiones menos convincentes, y su metodología más cuestionable que los que se refieren a la esquizofrenia. De hecho, hay evidencia de que las combinaciones terapéuticas pueden en ocasiones no aportar ventajas evidentes, o ser incluso contraproducentes (8). Algunas consideraciones precautorias son importantes en este punto, antes de proseguir: Aún admitiendo absoluta seriedad y rigor en los diversos estudios e impresiones clínicas que cuestionan los tratamientos combinados, los resultados han de ser re-interpretados a la luz de al menos tres parámetros: La actitud general de la terapeuta, su competencia clínica en cada uno de los métodos que utiliza, y el estado de perfeccionamiento y desarrollo de los procedimientos en cuestión. Dicho de otra manera, si un terapeuta desprecia o no confía en determinada técnica, que además está aún poco elaborada técnicamente, y encima la utiliza con insuficiente destreza clínica, los resultados obtenidos pueden ser peores que si no hubiera hecho absolutamente nada. Un terapeuta que sólo sabe hacer bien una cosa, obtendrá seguramente mejores resultados con su método estricto que si intentara asociarlo con otras técnicas que no conoce. De ahí, que sea frecuente recomendarla asistencia adicional de otro especialista cuando se decide medicar a un paciente en tratamiento psicoterapéutico, y viceversa (9). A pesar de las ocasionales indicaciones de esta dicotomía, con frecuencia aparecen complicaciones en el curso de la psicoterapia, generalmente relacionadas con la habilidad de algunos pacientes en detectar y amplificar aparentes contradicciones entre los terapeutas. Aunque el razonamiento expreso para aconsejar la duplicidad de terapeutas suele ser la creencia de que el uso de medicación por el psicoterapeuta interfiere gravemente con la alianza terapéutica (10), raramente llegan estas interferencias a ser insalvables, siempre que sean tenidas en cuenta y tratadas adecuadamente. Por otra parte, la formación de psiquiatras en más de un enfoque clínico, y su conocimiento amplio de la metodología terapéutica actual, hace cada vez más posible la aplicación de combinaciones dentro del curso de una relación psicoterapéutica única.

PSICODINAMICA DE LAS PSICOSIS

En su magistral consideración de los diversos enfoques en el tratamiento de las psicosis, Sarwer-Foner (11) diferencia lo que él denomina "La farmacoterapia antipsicótica" de "La acción psicodinámica de los psicofármacos", definiendo y contraponiendo así dos marcos conceptuales que determinan distintas actitudes psicoterapéuticas generales. El primer enfoque es la conocida neuroleptización del psicótico, como consecuencia prácticamente automática del diagnóstico, que sigue el esquema médico clásico que comienza con la identificación de signos y síntomas más o menos patognomónicos y termina con la prescripción de tratamientos más o menos etiológicos. La relación médico-enfermo juega un papel relativamente menor en este enfoque, en todo caso no más que en cualquier enfermedad orgánica, y la psicoterapia, si se intenta raramente pasa de directivas y consejos bienintencionados.

El otro enfoque, que obviamente Sarwer-Foner y su escuela recomiendan, considera la acción de los psicofármacos como un elemento más a tener en cuenta en una constelación psicodinámica global, que el terapeuta ha de utilizar en función de la estrategia general de tratamiento.

Aplicando estos conceptos al tratamiento de la esquizofrenia, Kalina (12, 13) concurre en que los neurolepticos constituyen un tratamiento fundamentalmente sintomático, cuya mayor ventaja es la de facilitar la relación psicoterapéutica y permitir intervenciones de reestructuración psicodinámica imposibles sin apoyo farmacológico. Esta línea de pensamiento incluye cuidadosa consideración de los factores contratransferenciales porque, claramente, la motivación del psiquiatra para aplicar determinados psicofármacos en determinado momento juega un papel importante en el contexto general. El terapeuta debe de estar siempre seguro de que sus decisiones de prescripción están justificadas por el beneficio potencial para el paciente, y no responder a propios sentimientos de miedo, hostilidad, o impotencia.

Así como la terapéutica científica con psicofármacos requiere cierto conocimiento de sus mecanismos de acción neurofisiológica, la psicoterapia racional necesita de una hipótesis sobre el funcionamiento mental y los posibles efectos de los diversos procedimientos de intervención. La formulación psicodinámica de un trastorno representa una inferencia sobre los procesos mentales conscientes o inconscientes no directamente observables, que determinan y condicionan las manifestaciones clínicas. El estudio de las psicosis revela cinco alteraciones psicodinámicas fundamentalmente (ver tabla I), que se combinan con distintos grados de rigidez e intensidad relativa, dando lugar a las distintas posibilidades de expresión semiológica (14). Los trabajos de Sarwer-Foner (11, 15) sobre la manera en que la acción farmacológica influye en que cada una de estas variables permite establecer necesarias modificaciones y adaptaciones de la conducta psicoterapéutica general, elaborando así criterios para el tratamiento combinado de algunas psicosis específicas.

PSICOSIS ORGANICAS

El Delirium, síndrome de reacción exógena o psicosis orgánica aguda, a pesar de ser uno de los cuadros psiquiátricos más dramáticos, constituye en primer lugar una urgencia médica. El diagnóstico y tratamiento de las alteraciones somáticas subyacentes es la intervención clínica fundamental, desempeñando la medicación neuroleptica y las medidas psicoterapéuticas una mera función de apoyo y alivio sintomático.

Las alteraciones psicodinámicas más importantes de las psicosis orgánicas agudas suelen estar circunscritas a la alteración fluctuante del contacto con la realidad, con una menor participación de las demás dinámicas, en todo caso grandemente subsidiarias del estado premórbido del paciente. Las intervenciones intramórbidas principales son simples medidas psicoterapéuticas de índole directiva, encaminadas a contrarrestar la tendencia al funcionamiento

TABLA I
PSICODINAMICA DE LAS PSICOSIS

Deficitario Contacto con la realidad
Predominio de Procesos Primarios
Difusión de la Identidad
Mecanismos de defensa primitivos
Sentimientospreobjetales

autónomo de procesos mentales internos. Tales son, por ejemplo, el mantenimiento de estimulación suave y concreta -no ruidos y barullo, sino lenguaje claro y reposado- facilitando continuamente al paciente información elemental sobre su realidad inmediata y manteniendo un contacto humano permanente pero no intrusivo.

En cuanto a intervenciones premórbidas, repetidos estudios en poblaciones de alto riesgo, como paciente de cirugía cardiaca, por ejemplo, han confirmado las pioneras observaciones de Kornfeld (16) sobre la eficacia preventiva de breves entrevistas psicoterapéuticas. Menos conocidas son las secuelas a largo plazo, que presentan sintomatología compatible con un síndrome postraumático de estrés (17), y que hemos relacionado con la profunda desestructuración de las vivencias que la experiencia psicótica representa (18). Aunque no hay estudios prospectivos al respecto, las características de estos cuadros permiten inferir de manera retrospectiva el valor preventivo que sobre las secuelas a largo plazo pueden tener intervenciones psicoterapéuticas breves inmediatamente después de la recuperación de un episodio de delirium. La pérdida de autoestima por "haber estado loco" y el temor a que la experiencia pueda volver a repetirse, constituyen dos rasgos frecuentes en estos pacientes, como se revela en el siguiente caso clínico:

Una mujer de 38 años consulta por un estado ansioso-depresivo de más de un año de duración. La anamnesis revela corrección quirúrgica de una insuficiencia aórtica a los 29 años, con complicaciones postoperatorias entre las que se incluye un cuadro de delirium durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. El episodio psicótico fue breve y respondió eficazmente a bajas dosis de butirofenona, el resto de la evolución quirúrgica fue favorable y la recuperación funcional cardiovascular notable. Sin embargo, la enferma, que no tenía historia psiquiátrica previa y cuya adaptación psicosocial previa había sido normal, desarrolló tras la operación un considerable grado de incapacidad psicológica, con retraimiento social, múltiples fobias, insomnio y tendencia al abuso de tranquilizantes. La entrevista reveló una mujer ansiosa, dependiente, con múltiples quejas somáticas y leve afecto depresivo, sin ninguna otra alteración psicopatológica relevante. Al insistir sobre su experiencia quirúrgica, el grado de ansiedad aumentó considerablemente, mostrando inquietud psicomotriz y llanto al recordar sus vivencias delirantes. Aparentemente, nadie le había explicado la naturaleza del trastorno, y jamás había tenido la oportunidad de desahogar sus temores al respecto. El trata-

miento consistió en una breve serie de entrevistas enfocadas a favorecer la abreacción, ofrecer una racionalización biológica satisfactoria sobre el episodio de delirium, permitir la reestructuración de su autoconcepto, y desarrollar planes realistas para la recuperación de su funcionalidad social. La adecuada combinación de antidepresivos con la psicoterapia de apoyo fue necesaria al principio, descontinuándose pronto los ansiolíticos y recuperando la paciente su estado premórbido a los pocos meses de tratamiento.

PSICOSIS MANIACAS

Los mecanismos de defensa primitivos y la irrupción de sentimientos pre-objetales parecen ser las dos dinámicas preponderantes en estos pacientes, aunque, como en todas las psicosis, también está afectado en cierto grado el contacto con la realidad, siendo menores las dificultades en mantener procesos secundarios y mínimas las alteraciones de la identidad. El efecto psicodinámico de los neurolepticos en la fase aguda es esencial para iniciar el tratamiento prácticamente imposible sin reducción de la hiperactividad impulsividad y descontrol propios de la defensa maniaca. Sin embargo, tan pronto como un relativo alivio sintomático ha sido obtenido, la indicación principal es mantener la estabilización del afecto, no sólo con un criterio terapéutico para la fase actual, sino sobre todo, preventivo de las posibles recurrencias. Varios fármacos han demostrado su eficacia en este tratamiento de mantenimiento, especialmente el carbonato de Litio, seguido en casos especiales por la carbamazepina y los valproatos. Dado el uso crónico de la enfermedad y el riesgo de repetición de crisis maníacas, el tratamiento farmacológico continuado con "estabilizadores del afecto" está justificado en la mayoría de los pacientes, exceptuando solamente los que desarrollan efectos secundarios adversos y aquellos que son totalmente incapaces de colaborar en un tratamiento de larga duración.

La combinación del tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico está indicada tanto para asegurar la cooperación del paciente con el régimen medicamentoso como para tratar de manera apropiada algunos aspectos de la enfermedad no accesibles por métodos biológicos. Entre ellos se cuentan los siguientes:

- 1.- Elaboración de la experiencia psicótica. De manera análoga a lo que ocurre en el caso de las psicosis orgánicas agudas, la crisis psicótica maniaca impone una discontinuidad en la historia personal de paciente, cuyo sentido de identidad y autoconcepto pueden verse severamente afectados. El necesario proceso de elaboración postpsicótica no es fácil sin la clarificación, el apoyo y la educación psicológica que la psicoterapia puede ofrecer, lo cual es tanto más importante cuanto más joven es el paciente. Sabiamente manejada, la racionalización biológica puede ser tan útil en estos casos como en los de delirium, proporcionando al paciente un marco de referencia no culpabilizante ni degradante en el que entender su enfermedad.
- 2.-Aceptación de la cronicidad de la enfermedad. El equi-

librio entre la sensación de autonomía y autoestima del paciente y la necesidad de adoptar medidas terapéuticas de por es siempre delicado, y mucho más en pacientes como los maníacos, en cuya estructura de personalidad juegan un papel importante los mecanismos de negación (19). Adicionalmente, y a diferencia de otras alteraciones psiquiátricas, el recuerdo de la experiencia maniaca no siempre es desagradable, por lo que el paciente puede llegar a añorar ese estado. El terapeuta ha de manejar su influencia directiva con considerable habilidad, permitiendo en ocasiones transgresiones menores en aras al mantenimiento de una relación psicoterapéutica global. La consistencia en su trato con el paciente es fundamental, manteniendo siempre una posición relativamente neutra de evaluador y consejero, evitando situaciones de confrontación cerrada, y vigilando sus tendencias contratransferenciales. El desarrollo de una verdadera cooperación requiere que el psiquiatra enseñe progresivamente al paciente a valorar las manifestaciones de su enfermedad, a detectar signos de posible agudización y a discernir los efectos e indicaciones de los psicofármacos que utiliza. En algunos casos puede ser apropiado confiarle incluso un cierto control sobre las pautas farmacológicas. Particularmente importante en este sentido es instruir al paciente sobre las indicaciones y precauciones del uso ocasional de neurolepticos sedantes (nunca benzodiazepinas) para alteraciones del sueño y de antipsicóticos incisivos ante signos de posible descompensación, lo cual aumenta la sensación de autonomía, minimiza las emergencias y reduce el temor a las recaídas.

- 3.-Distinción entre las variaciones afectivas normales y las patológicas. Aún en los pacientes más cooperadores y mejor estabilizados, se presentan con frecuencia estados disfóricos depresivos o hipomaniacos, en ocasiones difíciles de distinguir de reacciones vivenciales más o menos adecuadas. En el extremo opuesto, muchos pacientes llegan a desarrollar temor e inhibición de sus respuestas emocionales, con la consiguiente construcción de su vida afectiva. En estos casos, el terapeuta puede desarrollar una auténtica función psicoeducativa comunicando su evaluación de la calidad e intensidad de los afectos del paciente durante las sesiones. Resulta útil señalar la conexión entre el flujo del pensamiento y el afecto, puesto que suele ser más fácil para la mayoría de los pacientes darse cuenta de que están "acelerados" de que su entusiasmo es patológico. Otros correlatos hipomaniacos cuya identificación resulta relativamente fácil después de cierto entrenamiento son la tendencia a interrumpir, la familiaridad excesiva en el trato y la incapacidad general para retener los impulsos.

ESTRUCTURAS PSICOTICAS DE PERSONALIDAD

La noción de que es posible un funcionamiento psicótico sin manifestaciones psicopatológicas descaradas es una aportación importante del conocimiento psicodinámico.

El trastorno narcisista y la organización borderline de la personalidad constituyen buenos ejemplos, ampliamente estudiados por Kernberg (20) y Kohut (21,22). La difusión de la identidad y los mecanismos de defensa primitivos juegan el mayor papel en estos trastornos, aunque todas las demás dinámicas psicóticas están presentes en fluctuantes niveles de importancia. Métodos especializados de psicoterapia han sido elaborados por Masterson (23) y por los otros dos autores citados, y no es este lugar para elaborar sobre el tema. Si es importante, en cambio, señalar que, aunque la psicoterapia sigue constituyendo la indicación principal, una adecuada combinación farmacológica facilita el inicio del tratamiento y potencia los efectos terapéuticos a largo plazo (24, 25).

ESQUIZOFRENIA

La psicosis esquizofrénica es uno de los trastornos psiquiátricos más estudiados, tanto desde el punto de vista psicopatológico como psicodinámico. Como en el caso de la psicosis maniaco-depresiva, los avances farmacológicos han supuesto cambios revolucionarios en el pronóstico y tratamiento de esta enfermedad, cuya prevalencia en la población general se aproxima al uno por ciento. Precisamente a causa del enorme número de pacientes, el énfasis en el tratamiento individual ha sido sustituido por lo que Sarwer-Foner denomina "the mass approach", o búsqueda de tratamientos estandarizados aplicables a gran número de enfermos con relativamente poca inversión en personal y medios (11). Tal vez por ello, el tratamiento neuroleptico exclusivo se ha convertido en la medida más frecuente, combinando como mucho con breves intervenciones de apoyo o, en el mejor de los casos, con medidas psicosociales no específicas (26). En los últimos años, sin embargo, importantes avances han tenido lugar en el "enfoque masivo", término que, por la intención peyorativa con que Sarwer-Foner lo utiliza, prefiero en adelante sustituir por el de "tratamiento psicosocial". Revisaremos brevemente las dos posibilidades a continuación.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La psicoterapia individual del esquizofrénico, tal como fue desarrollada por pioneros como Rosen (27) o Secheyne (28,29) exige considerable habilidad y tiempo, instrumentos no muy abundantes en la organización actual de la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, cuando concurren circunstancias favorables, la combinación de este enfoque con el tratamiento neuroleptico puede ofrecer considerables ventajas para algunos pacientes, sobretudo para aquellos con mejor integración psicosocial y conductas menos desorganizadas. Más allá del interés por el alivio sintomático y la adaptación psicosocial a que se limitan otros métodos, la psicoterapia individual intensiva pretende la corrección de las dinámicas patológicas y la reestructuración profunda de la personalidad, metas mucho más ambiciosas y cuya obtención es más difícil de valorar.

Todas las alteraciones psicodinámicas de las psicosis

están presentes en la esquizofrenia con mayor rigidez e intensidad que en cualquier otro trastorno. La exploración detallada de la experiencia interna requerida por las técnicas psicoanalíticas clásicas es en consecuencia particularmente difícil, y las interpretaciones de las defensas y los contenidos inconscientes raramente sirven la función estructurante que ejercen en las neurosis. El precario contacto con la realidad sólo puede mejorarse a través del uso simbiótico del psicoterapeuta, que debe entender y manejar adecuadamente los mecanismos de identificación proyectiva de los que es objeto desde el primer contacto (30). El establecimiento de una relación positiva, en la que el paciente tiene la impresión de que recibe más de lo que da, es el primer paso en el tratamiento, antes de que sea intentada ninguna otra estrategia. Arieti (31) recomienda, por lo tanto, evitar interrogatorios exhaustivos, incluso los que parecen pertinentes para la exploración psicopatológica del estado mental, permitiendo al paciente amplio tiempo para revelar sus preocupaciones y experiencias anormales. La atención empática facilita que la medicación, cuya acción farmacológica siempre se acompaña de un significado simbólico, sea aceptada como un don, en lugar de ser rechazada como una intrusión. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que la tendencia del esquizofrénico a perder el control de los límites de su propia identidad le obliga a rechazar la comunicación cuando la relación se hace demasiado íntima, y a veces también la medicación. Para que esto no ocurra, el terapeuta debe mantener el equilibrio entre la proximidad y distancia, ajustando su participación a las necesidades del paciente, y no a las suyas propias. La impresión de comprender o de sentir algo que no puede comunicarse, que Arieti denomina la aprehensión del significado inefable (31) puede presentarse en el terapeuta precisamente cuando la alianza terapéutica es más intensa. Cuando esto ocurre, es el propio psiquiatra el que experimenta ansiedad en la relación o incluso, como han indicado otros autores (30, 32) temor a ser él mismo el que enloquezca. El acceso continuado a sentimientos preobjetales y procesos primarios es inusual para los no psicóticos, y el psiquiatra debe resolver en sí mismo la respuesta a esta experiencia, antes de pretender que el paciente pueda lograrlo. En estos casos, resulta útil recordar que la sensación de entender ya tiene valor terapéutico, aunque no este claro que es lo que se entiende.

Arieti señala otras dos consideraciones importantes en la psicoterapia del esquizofrénico, que son evitar la transformación malevolente y mantener los límites de la relación (31). A ellos yo añadiría otros dos, que son el uso terapéutico de la racionalización y la superación de la necesidad de omnipotencia. La racionalización con esperanza ofrece una explicación de síntomas y dificultades basada en tres niveles de organización de la psicopatología (2, 33), y permite simultáneamente desculpabilizar y responsabilizar al paciente de sus experiencias y actuaciones. En el curso de un tratamiento combinado, facilita la aceptación tanto el uso de los psicofármacos -necesarios para corregir disfunciones neurofuncionales- como de la psicoterapia, necesaria para corregir errores en la estructuración de la información.

La superación de la necesidad de omnipotencia empieza en el propio psiquiatra, que ocasionalmente experimenta en el tratamiento de los esquizofrénicos una fluctuación única entre la omnipotencia más total y la omnipotencia más absoluta, igual que de manera permanente le ocurre a su paciente. En realidad, el dilema omnipotencia-impotencia, que tanto preocupa al esquizofrénico, es totalmente absurdo, y solo puede resolverse con el descubrimiento de que la búsqueda de la perfección es un error, y que lo único realmente importante es funcionar, aunque se esté mal.

TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

En la actualidad se engloban en este término técnicas precisas y bien descritas, cuya combinación con tratamientos farmacológicos en la esquizofrenia ha sido excepcionalmente bien revisada por Schooler y Hogarty (34). Los principales datos hacen referencia a las cifras de recaída que en los estudios pioneros de Hogarty (1975) se sitúan en el 48% a los dos años para los pacientes solo en psicofármacos, el 80% para los que solo tienen intervenciones psicosociales y el 38% para los que siguen tratamiento combinado, además de alcanzar los de este último grupo mejores niveles de adaptación social. Con objeto de controlar la posibilidad de que estos efectos sean explicables simplemente por la mejor cooperación de los pacientes con tratamiento psicosocial en el régimen farmacológico, Hogarty repitió el estudio utilizando neurolépticos inyectables de acción prolongada, con resultados aún mejores para el tratamiento combinado.

De entre los tratamientos psicosociales, los dos que parecen ser más eficaces son el entrenamiento en habilidades sociales (Wallace, 1985) y la terapia familiar de Vaughn (1976). Esta última intervención se basa en el descubrimiento de la influencia que la "expresividad emocional" de los familiares del paciente ejerce sobre el curso de la enfermedad, y la terapia va específicamente encaminada a detectar y corregir este factor. Los resultados del propio Vaughn como los de su colaborador Leff (1982) son excepcionalmente buenos, con una frecuencia de recaídas mucho menor en pacientes en cuyas familias consigue reducirse la expresividad emocional. El propio Hogarty (1986) condujo un estudio comparativo entre neurolépticos depot, entrenamiento en habilidades sociales y terapia familiar para expresividad emocional, obteniendo en el primer año un 40% de recaídas para los pacientes solamente en medicación, un 20% para aquellos que, además de la medicación, habían recibido uno de los dos tratamientos psicosociales y ninguna recaída para el grupo de pacientes en los que se habían combinado las tres modalidades terapéuticas.

RESUMEN

La eficacia de los neurolépticos determinó, en las etapas iniciales de su utilización, un abandono progresivo de los enfoques psicoterapéuticos en el tratamiento de las psicosis. Sin embargo, la evidencia clínica acumulada en los últimos años

demuestra que la combinación de ambas formas de terapia posee un mayor potencial terapéutico que cada una de ellas aplicadas de forma aislada. Las intervenciones específicas indicadas para el manejo clínico y tratamiento psicoterapéutico combinado de los diferentes síndromes psicóticos se discuten en relación con las peculiaridades psicodinámicas de cada uno de ellos.

SUMMARY

Over the initial period of its clinical use, the effectiveness of neuroleptics determined a relative decline of the psychotherapeutic approaches to the psychoses. However, recent evidence shows that combined pharmacological-psychotherapeutic treatment may increase therapeutic potency. The specific psychodynamics of psychotic syndromes requires the association of different psychotherapeutic techniques and patient management approaches to pharmacological treatment.

BIBLIOGRAFIA

- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: Identify and Psychiatric Training. *Psychiatr. J. U. Ottawa*, 5: 24-27, 1980.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: El tratamiento multidimensional en Psiquiatría. En: A. Vela (Ed). *Trastornos Psiquiátricos resistentes al tratamiento*. Organon, Barcelona, págs 13-32, 1990.
- ELKIN, I., PILKONIS, PA., DOCHERTY, J.P. Y SOTSKY, S.M.: Conceptual and methodological issues in comparative studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy, I: Active ingredients and Mechanisms of Change, *Am. J. Psychiatr.*, 145: 909-917, 1988.
- ELKIN, I., PILKONIS, PA., DOCHERTY, J.P. Y SOTSKY, S.M.: Conceptual and methodological issues in comparative studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy, II: Nature and timing of treatment effects. *Am. J. Psychiatr.*, 145: 1070-1076, 1988.
- GREENHILL, M.H. Y GRALNICK, A.: *Psychopharmacology and psychotherapy*. The Free Press, New York, 1983.
- KARASU, T.B.: Psychotherapy and Pharmacotherapy: toward and integrative model. *Am. J. Psychiatr.*, 139: 1102-1113, 1982.
- WIDLOCHER, D.: Psicoterapia y psicofarmacología. En: J. Mendelewicz (Ed.) *Psiquiatría Biológica*. Masson, Barcelona, págs 241-250, 1990.
- ROUSANVILLE, B. J., KLERMAN, G.L. Y WEISSMAN, M.M.: Di psychotherapy and pharmacotherapy for depression conflict?, *Arch. Gen. Psychiatr.*, 38:24-29, 1981.
- ROOSE, S.: The use of medication in Combination with psychoanalytic psychotherapy or psychoanalysis. En: *Psychiatry*.
- OSTOW, M.: *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Basic Books, New York, 1962.
- SARWER-FONER, G.J.: Psychodynamic action of pharmacologic drugs and the Target Symptom versus the Anti-Psychotic Approach to Psychopharmacologic Therapy; Thirty year later. *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*, 14: 268-278, 1989.
- KALINA, K.: Psychotherapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Schizophrenia (I) *Eur. Psychiatr.*, 2:133-139, 1988.
- KALINA, K.: Psychotherapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Schizophrenia (2) *Eur. J. Psychiatr.*, 2:140-146, 1988.
- GONZALEZ DE LA RIVERA, J.L.: Psicodinámica de las Psicosis. *Symposium sobre Psicopatología y Psicodinámica de las Psicosis*, Universidad de la Laguna, Marzo, 1991.
- SARWER-FONER, G.J.: *The dynamics of psychiatric drug Therapy*. Charles C. Thomas, Springfield, 1960.
- KORNFELD, D.S., HELLER, S.S., FRANK, K.A.: Personality and Psychological factors in Postcardiotomy Delirium. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 31:249-253, 1974.
- GONZALEZ DE LA RIVERA, J. L.: El síndrome post-traumático de estrés (SEPT). *Psiquis.* 1 I: 290-298, 1990.
- GONZALEZ DE LA RIVERA, J.L., MONTERREY, A.L., RODRÍGUEZ PULIDO, F.: *Secuelas psiquiátricas del delirium postquirúrgico*. En: J.L.G. de Rivera y F. Rodríguez-Pulido (Eds) *Psicopatología y Psicodinamia de las psicosis*. En prensa. Alpe, Madrid.
- JAMISON, K.R. Y GOODWIN, F.K.: Psychotherapeutic treatment of manic depressive patients on lithium. En: Greenhill, M.H. y Gralnick, A. (Eds): *Psychopharmacology and Psychotherapy*. The Free Press, New York, págs 53-78, 1983.
- KERNBERG, O.: *Borderline conditions and pathological narcissism*. Aronson, New York, 1975.
- KOHUT, H.: *The analysis of the self*. International Universities Press, New York, 1971.
- KOHUT, H.: *The restoration of the Self*. International Universities Press, New York, 1977.
- MATERSON, J.F. v KLEIN, R.: *Psychotherapy of the disorders of the self*. Brunner/Mazel, New York, 1989.
- GOLDBERG, S.C., SCHULZ, S.C., SCHULZ, P.M.: Borderline and Schizotypal disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch. Gen. Psychiatr.* 43: 680-686, 1986.
- SOLOFF, P.H., GEORGE, A., NATHAN, R.S.: Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. *Arch. Gen. psychiatr.*, 43:691-697, 1986.
- PAUL, G.L. Y LENTZ, R.J.: *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients*. Harvard University Press, Cambridge, 1977.
- ROSEN, J.N.: *Direct Psychoanalytic Psychiatry*. Grune and Stratton, New York, 1962.
- SECHEHAYE, M.A.: *Symbolic Realization*. International Universities Press, New York, 1951.
- SECHEHAYE, M.A.: *A new psychotherapy in Schizophrenia*. Grune and Stratton, New York, 1956.
- CRESPO, L. F.: *Paradojas y metamorfosis de la esquizofrenia*. Tecnipublicaciones. Madrid, 1988.
- ARIETY, S.: *Interpretation of Schizophrenia*. Basic Books, New York, 1974.
- SEARLES, H.: The effort to drive the other person crazy. An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *Brit.J. Med. Psychol.*, 32: 1-18, 1959.
- G. DE RIVERA, J.L.: La psicoterapia multidimensional. *Psiquis*, 11:246-254, 1990.
- SCOLLER, N.R. Y HOGARTY, G.E.: Medicación y estrategias psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. En: Y. Meltzer (Ed.) *Psychopharmacology. The Third Generation of Progress*. Raven Press, Págs 1111-1119, New York, 1997.