

Reconstrucció de la persona després del brot psicòtic: el risc de la identitat simptomàtica

Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXII/1

Susana Marcos Serralta¹
Marina Forcén Soler²
Barcelona

L'objectiu d'aquest article és el de reflexionar sobre els efectes que produeix en la identitat de l'individu la irrupció del brot psicòtic. Es planteja la influència que els factors socials, institucionals i personals - tant dels professionals com dels propis pacients - exerceixen en la construcció de la identitat del pacient, podent ajudar a construir una identitat suficientment saludable i integrada o bé una identitat simptomàtica, de malalt mental greu o psicòtic.

Paraules clau: psicosi, identitat simptomàtica, estigma, cronificació, tractament psicosocial

En principi, la modernització i la tecnològització porten a avenços i progressos, entesos com a beneficiosos per a la societat. Cada cop acumulem un coneixement més específic i atomitzat en les disciplines científiques, cosa que s'hauria de traduir en una millor atenció i recursos per a les persones.

1. Psicòloga Clínica, CSMA II, Institut Municipal de Serveis Personals, Badalona. E-mail: susana.serralta@gmail.com

2. Psicòloga Clínica, CSMIJ Garraf, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. E-Mail: s.marina.forcen@gmail.com

Però aquesta manera de procedir pot ser més útil en unes disciplines que en unes altres. Així, hi ha suposats avenços que poden comportar notables retrocessos. La tecnològització i maquinització allunyen els clínics del tracte humà amb els seus malalts, com la medicalització pot allunyar els psiquiatres dels seus pacients, si només s'ocupen de baixar o pujar les dosis del fàrmac i deixen d'acompanyar els seus pacients i les famílies. Quelcom ha d'estar passant quan en els darrers anys hi ha hagut un augment de la taxa de suïcidi de les persones que han patit episodis psicòtics respecte a l'inici del segle passat (Lewis, 2004, in Valencia Agudo, 2014); paradoxalment, ara comptem amb més recursos i coneixements per ajudar-los tot i que, com apunta Lewis, la pujada d'aquesta taxa s'associa amb l'increment del tractament psicofarmacològic en detriment de la relació terapèutica. Sabem que la psicosi deixa devastada la identitat de la persona, com també que l'ajuda que ofereix la societat i els professionals pot ser de caire molt divers. I les diverses maneres de treballar impliquen resultats diferents. Sembla que no tots els camins porten a Roma. Mitjançant el cas de la Vanessa, veurem un dels camins que es pot agafar.

La Vanessa és una dona de 26 anys que realitza tractament en hospital de dia, després d'un primer episodi psicòtic que va requerir hospitalització a la unitat d'aguts amb diagnòstic a l'alta de trastorn esquizofreniforme.

La jove descriu sensació d'estranyesa respecte a si mateixa; es pregunta sovint, després del brot: "Ara qui sóc jo?". I a si mateixa es respon que ha passat de "voler ser perfecta a ser una boja". Al principi va quedar tan impactada per l'experiència psicòtica, que tan sols es reconeixia en la bogeria, en les al·lucinacions auditives i deliris de perjuri, com si les altres parts d'ella haguessin desaparegut. Després del tsunami del brot psicòtic i mitjançant el treball psicoterapèutic, va poder iniciar l'elaboració de la seva pròpia narrativa en relació al que havia ocorregut i començar a reconstruir el seu propi jo, recomponent els trossos de la seva identitat, que havia quedat molt fragmentada. Inicialment l'aterria la convicció que la gent la mirava pel carrer amb la intenció de ferir-la; creia que l'apunyalarien per l'esquena, de tal manera que caminava mirant contínuament a la rereguarda. Per a ella, sols existien les pors, que no entenia d'on havien sortit, ja que ella abans es desplaçava sola a qualsevol lloc. Tot i això, amb l'esdevenir de les sessions psicoterapèutiques i del treball en hospital de dia, va poder començar la introjecció de les pors com a elements de la seva pròpia ment -"estan dintre del meu cap"-, fins al punt d'entendre que "quan em senti millor amb mi mateixa, més forta, tindrè menys pors".

Aquesta seria l'evolució desitjable amb els pacients, però per desgràcia en molts casos no és així; sembla que agafem altres camins i ens entestem a educar els pacients allionant-los en relació als seus símptomes, perquè

desenvolupin una gran consciència de malaltia i compleixin amb el tractament. El resultat final és que se'ls allunya de la seva vivència subjectiva, provocant moltes vegades l'efecte contrari al desitjat, cosa que es tradueix en una nul·la consciència de malaltia i baixa adherència al tractament. Tot això ens porta a preguntar-nos si la psicosi impedeix per si mateixa prendre consciència del trastorn o és la nostra manera - tant dels professionals com de la societat - d'aproximar-nos als nostres pacients i estar amb ells el que bloqueja la presa de consciència i el dol per l'episodi psicòtic. Potser es podria pensar que poden ser tots aquests ingredients al mateix temps, cosa que ens dóna peu a revisar què fem els professionals i la societat amb els pacients.

Cal recordar que, des de temps immemorials, la bogeria ha despertat en els grups socials potents ansietats que amenacen la seva estructura interna. Per la seva part, els psicòtics s'han ofert i han estat escollits sempre com a bocs expiatoris per a la projecció evacuatòria de les ansietats individuals i socials; d'aquesta manera, els grups socials converteixen en amenaça externa el que era en principi una amenaça interna. Així doncs, la bogeria aïllada en els manicomis esdevé un objecte aliè, del qual és més fàcil protegir-se (Hernández i Herrera, 1992). Aquesta interpretació encaixaria en una societat occidental, si bé en els països en vies de desenvolupament (PVD) sembla ser que això no es compleix. Resulta veritablement cridaner i fins i tot xocant descobrir a través dels estudis transculturals de l'OMS (World Health Organization, 1973; Jablensky *et al.*, 1992) que en els PVD les persones que han patit episodis psicòtics tenen una millor evolució i menor interferència del trastorn en el seu funcionament. González i Pérez (2007) associen el distint pronòstic al possible efecte de les practiques clíniques. A priori, caldria pensar que a major PIB, major dotació de recursos i, per tant, millor evolució dels pacients psiquiàtrics. Però sembla ser que no és així. Segons els estudis esmentats, en els països com l'Índia, Nigèria o Colòmbia (PVD) es produeix una major normalització de l'episodi i es manté el rol social de la persona; el 62.7% dels pacients d'aquests països experimentaren un curs més benigne que conduí a la remissió completa, mentre que en països com Dinamarca, Regne Unit o EUA ho feren un 36.9%. Pel que fa al deteriorament en el funcionament social, es va produir en el 15.7% dels pacients dels PVD, enfront del 41.6% dels pacients dels països desenvolupats (PD). En aquest sentit, González i Pérez (2007) subratllen que el deteriorament progressiu descrit per Kraepelin com a element axial de l'esquizofrènia constitueix un esdeveniment estrany en les societats no industrialitzades, a excepció potser de l'asil tradicional, sota restriccions deshumanitzades. Les troballes resulten paradoxals si partim de la idea que en els PD posseeixen millors condicions de tractament, incloent-hi la medicació antipsicòtica. De fet, en tals països el 61% dels casos estaven prenent medicació, mentre que sols el 15.9% dels pacients dels PVD ho feien (Jablensky *et al.*, 1992). Per tant, es podria inferir que, a millor tractament, pitjor pronòstic; malgrat que potser seria més ajustat pensar que a menor medicalització, millor evolució. Recentment s'ha portat a terme un estudi semblant, amb resultats afins als estudis de l'OMS (Haro, Novick, Bertsch, Karagianis, Dossenbach i Jones, 2011). Els autors apunten

que les diferències entre països poden estar associades a factors econòmics, ambientals i culturals, més que a característiques del trastorn en si mateix.

A banda de la menor medicalització del brot, existeixen altres factors que afavoreixen el bon pronòstic en els PVD? Culturalment, en aquests països la psicosi s'interpreta com un desvari transitori, del qual la persona no trigarà a recuperar-se, cosa que ofereix una explicació de causalitat externa, alliberant el pacient i la família d'un possible estigma. Aquesta interpretació dista molt de la concepció occidental entorn del determinisme genètic i la seva suposada base biològica amb tendència a la cronificació. A més a més, els pacients no se separen dels seus "papers socials", sinó que es manté una integració en el grup de pertinença, per la qual cosa no entraria en joc la pròpia identitat personal ni l'estatus social de la persona. Per tant, una major normalització de l'episodi comporta una major recuperació (González i Pérez, 2007).

Sembla ser que en els països desenvolupats no normalitzem tant l'episodi, sinó més aviat som proclius a l'estigmatització, i a més es produeix una major pèrdua del rol social, cosa que influeix negativament en l'evolució i recuperació, com apuntaven les dades. Arribats en aquest punt, ens plantejem reflexionar al voltant dels factors que incrementen el risc de desenvolupar una identitat simptomàtica, això és, una identitat l'eix de la qual gira al voltant de la malaltia mental i de la qual és molt difícil desprendre's. Partim de la premissa que en el nostre medi es conjuguen factors d'índole social, institucional i personal, que afavoreixen el procés de cronificació d'una persona que ha patit un o diversos episodis psicòtics. Entrar en l'espiral de la cronicitat implica un elevat risc de desenvolupar una identitat simptomàtica. I d'aquesta espiral sol ser difícil escapar-se'n perquè la identitat simptomàtica retroalimenta la pròpia cronificació.

D'entrada, hem de situar-nos en el context social en el qual vivim immersos: som víctimes i depredadors del mercat. El capitalisme ens obliga a ser subjectes productius i autònoms; la dependència i vulnerabilitat no hi tenen cabuda (Del Olmo, 2013). Potser les nostres decisions clíniques es regeixen per aquest imperatiu que ens porta a actuar d'una manera dicotòmica: al que no serveix per treballar, se li ha de buscar un lloc on arraconar-lo. En lloc de subjectivitzar el subjecte, se l'acaba cosificant, tractant-lo com un objecte de poca utilitat i sense servei per a la societat, produint-se la profecia de l'autocompliment. A més a més, com assenyalen Hernández i Herrera (1992), "una societat dominada per criteris econòmics està sempre exposada a redescobrir que és molt més rendible emmagatzemar psicòtics en una institució tancada, amb funcions de custòdia, alimentació i supervivència, que entossudir-se a mantenir un progrés continu en els nivells d'investigació i assistència" (p. 50). Així mateix, el procés de cronificació del psicòtic encaixa a la perfecció en el context social de *la cultura de la teràpia*, la qual estableix el llenguatge adequat per a la medicalització i psicologització dels problemes de la vida. La cultura de la teràpia vindria a funcionar com una mena de psiquiatria popular, proporcionant els noms i modelant l'experiència

de la malaltia (González i Pérez, 2007). En aquest procés de cronificació, els factors socials i institucionals entren en sinèrgia ja que, com recullen diversos autors (Fredenrich-Mühlebach, Zinetti, Ehrensperger i Merlo, 2002; Ferrari *et al.*, 2015), tant la societat com els clínics tendeixen a veure els pacients amb psicosi, i especialment les persones diagnosticades d'esquizofrènia, com impossibilitades de tot canvi i evolució; sobretot entre aquells professionals que no han tingut l'ocasió de compartir processos d'evolució amb aquest perfil de pacients. És el cas d'alguns dels que es troben amb el pacient en moment aguts, en hospitalització total, quan la simptomatologia eclipsa tots els recursos del pacient. No obstant això, cal reconèixer que la medicina, en el seu moment, va humanitzar l'assistència del pacient psicòtic, que va deixar de ser endimoniat o delinqüent, però a costa de continuar deshumanitzant la bogeria (Hernández i Herrera, 1992).

En relació als factors institucionals, en el procés de construcció del malalt psicòtic crònic cobra especial rellevància la relació professional-pacient, molt condicionada per la concepció que aquell té sobre el trastorn i la seva evolució, que determina el vincle que s'estableix entre ambdós. En aquest context de cultura clínica i biomèdica, un primer episodi psicòtic molt probablement és vist com a símptoma d'una malaltia mental que requereix medicació antipsicòtica immediatament, malgrat l'emergència de literatura que qüestiona aquesta coneguda premissa (Cullberg, Levander, Holmqvist, Mattsson i Wieselgren, 2002).

La irrupció del símptoma, especialment les al·lucinacions o deliris, alarma tant la família com el clínic, mentre que l'atenuació per la medicació els tranquil·litza i els confirma en la seva actuació. Els passos següents serien l'observació i el repòs, incloent-hi probablement l'hospitalització (González i Pérez, 2007). Com assenyalen aquests autors, “escollir la medicació serà la major tasca del clínic. Mentrestant, l'hospitalització i la medicació, pròpies d'estar malalt - en aquest cas de tenir una malaltia mental - separen els pacients dels papers socials en curs o esperats, desenrolant-los de la cursa de la vida i, al mateix temps, enrolant-los en la de l'esquizofrènia” (p. 78). La qüestió estaria aquí a reparar en la possibilitat que el remei sigui pitjor que la malaltia; és a dir, que la medicalització d'un episodi psicòtic i el tracte que se li doni acabi per convertir en una malaltia mental el que podria quedar en un episodi de la vida. Aquesta tendència cobra sobretot importància en relació als tractaments preventius o primerencs (Estat Mental d'Alt Risc, EMAR), ja que, “etiquetar i tractar una persona amb un inici psicòtic com si tingués un trastorn de llarga durada pot inscriure-la innecessàriament en una cursa com a pacient psiquiàtric” (González i Pérez, 2007, p. 78). I sembla que la tendència actual va en la línia de medicalitzar el primer episodi, quan existeixen dades a favor d'un altre tipus d'intervencions que emfasitzen el tractament psicosocial en detriment del farmacològic (Lehtinen *et al.*, 2000).

Desenvolupar la identitat del psicòtic és un procés que, seguint González i Pérez (2007), implicaria tres etapes. La primera etapa es caracteritzaria per

l'esforç del pacient per minimitzar la crisi i els símptomes. Els ingressos hospitalaris i el diagnòstic conduïrien l'individu a l'etapa intermèdia, on ja reconeixeria tenir problemes psiquiàtrics i es donaria la separació entre nosaltres (pacients) i ells (societat). L'etapa final seria ja l'autoconcepció com a malalt mental, produint-se una espècie de dol pel jo perdut. En aquests moments, la persona pot no reconèixer-se en la seva identitat anterior, sentint estranyesa pel que fa als seus elements previs identitaris, al mateix temps que contempla amb temor el present i el futur: Qui sóc jo ara? Per què m'ha succeït això a mi? Per què el meu cap perd el control i embogeix? Serà així a partir d'ara? La persona s'enfronta llavors a l'àrdua tasca de construir una nova identitat que inclogui l'episodi viscut i les experiències prèvies, intentant generar certa continuïtat personal. Depenent del professional que probablement l'atzar disposi davant el pacient, aquell concentrarà les seves energies i esforços a acompanyar-lo i intentar afavorir un procés de reconstrucció d'un jo suficientment sa. O en canvi, el professional - encegat per l'afany de crear "consciència de malaltia" mitjançant tallers psicoeducatius o altres tipus de pràctiques destinades a adoctrinar els pacients en els seus símptomes i en la detecció d'aquests - acaba creant un "malalt a consciència", estimulando el desenvolupament d'una identitat simptomàtica sobre les ruïnes de la seva identitat devastada prèvia. Cert és que també els factors personals del propi pacient ajudaran en el desenvolupament d'una o altra identitat. Nakata, un dels protagonistes de la novel·la *Kafka en la orilla*, de Murakami (2002), ho exemplifica molt bé:

"- Doncs, tal i com jo ho veig, tu no ets idiota.

- Vostè creu?, va dir Nakata decantant el cap. Miri vostè senyor Otsuja. Ja fa temps que he passat dels seixanta. (...) O sigui que si a Nakata ara li diuen que no és idiota, el ficaran més aviat en un compromís. Si deixés de ser idiota, el governador probablement deixaria de donar-me el subsidi i probablement deixaria de poder agafar l'autobús urbà amb la tarja especial. Si el governador em renyés dient: "Vaja! Així que resulta que no ets idiota", Nakata no sabia què respondre-li. O sigui, que a Nakata li sembla que és millor continuar sent idiota" (p. 83).

Nakata està tan absolutament identificat amb la identitat i els rols associats de discapacitat psíquic, que no pot deixar de ser-ho, perquè sentiria que ho perdria tot, ja que tota la seva vida gira al voltant d'aquesta identitat: viu amb això i d'això. Veiem doncs que les persones necessitem aferrar-nos a alguna identitat, ja que és el que ens organitza i dóna sentit a la nostra existència, encara que sigui a un alt preu, tot i assumint una identitat postissa, un *com si*, que ve facilitada des del que la societat i la xarxa de salut mental ofereixen. Observem que el brot psicòtic pot ser viscut com una hecatombe identitària, davant la qual l'individu necessita aferrar-se a elements interns i/o externs que li retornin la sensació d'organització i cohesió, per tal de reconstruir-se després del caos i la fragmentació. En aquest sentit, Hernández i Herrera (1992) expliquen que hi ha pacients que acudeixen a urgències de Psiquiatria com sol·licitant que se'ls reconegui una identitat de psicòtics i, en

conseqüència, que se'ls interní, com exigint una “doble reclusió: reclusió entre les parets d’una institució i reclusió dintre de la seva identitat de psicòtics” (p. 52), ja que la pròpia experiència de psicosi comporta la vivència d’ensorrament intern i de caos, que pot quedar recollida entre les quatre parets del psiquiàtric. A més a més d’aquesta vivència d’ensorrament, s’hi han d’afegir els gens menyspreables i coneguts efectes de la medicació antipsicòtica; entre d’altres, l’efecte psíquic³ d’indiferència general que els antipsicòtics acaben produint, que podria ser considerat beneficiós respecte dels símptomes positius de l’esquizofrènia, encara que possiblement també acabi afectant la malmesa identitat de l’individu, ja que cada vegada se sent amb menys energia, capacitat i desig de fer front a res.

El cas d’Alfons exemplifica el que hem anat exposant fins ara. L’Alfons és un noi de 30 anys diagnosticat de TOC de llarga evolució, que en els últims anys comença a presentar veus que reproveu la seva conducta i la desqualifiquen. Aquest pacient, després d’un llarg període per diferents serveis psiquiàtrics, acaba construint una identitat simptomàtica. Quan els seus desitjos apareixien en forma de pensament sonoritzat, ell sols podia interpretar-ho com a veus, essent incapaç de plantejar-se que potser el que deien les veus estava relacionat amb els seus propis anhels. Estava tan identificat amb el rol de malalt psicòtic, que quedava passivament sotmès a tot allò que li deien les veus - el que el descarregava de tota responsabilitat sobre els seus actes, al mateix temps que el mantenia en un estat d’estancament i no creixement, com si visqués en la terra del Mai Més. Ell mateix verbalitzava que el seu món eren les veus, com si visqués en una bombolla amb elles, i tota la resta en quedava fora. Sembla que les veus són l’oasi a què ell s’ha d’agafar perquè si no cauria en el buit identitari més absolut: sense veus, no són ningú ni res. Les capacitats que podia presentar en un temps s’anaren dissipant i ell va acabar creient que ja no les tenia. Va deixar de sortir sol al carrer i la seva vida era un compendi de rituals, que el convertien en una persona absolutament incapaç i dependent; tot el que li passava estava associat amb la malaltia, de manera que tot li havien de resoldre els professionals, la qual cosa ja li venia bé perquè presentava forta angoixa de separació. A més a més, el sistema havia fet perfectament la seva part: era un pacient incapacitat, polimedicat i amb una pensió contributiva de més de mil euros; ell mateix verbalitzava que guanyava més diners amb la pensió que si hagués d’enfrontar-se al món laboral actual i acceptar els salaris precaris que acostumen a anar associats a persones sense estudis. L’Alfons es va convertir en el “malalt de manual” o en una “psicosi de llibre”, com diuen alguns professionals: complia amb escriure tots els criteris del DSM per ser diagnosticat de diversos trastorns, i el més trist és que des d’allí, era algú.

3. Probablement, aquest efecte és degut al paper que la dopamina té en els circuits cerebrals que regulen la motivació, les emocions i l’interès general en les activitats quotidianes.

Davant la manca d'identitat amb què s'havia quedat després d'anys de sofriment mental, va adoptar la identitat que des dels serveis psiquiàtrics se li oferia.

Davant de casos com el descrit, podem justificar i convèncer-nos que som víctimes del sistema o podem plantejar-nos per què ens casem amb el sistema i el perpetuem. Quins factors personals nostres entren en col·lusió amb ell? López Atienza (1997) apunta que enfrontar-nos a un altre ésser humà malalt ens genera indefensió, solitud, impotència; en definitiva, por. Potser per això els professionals necessitem acollir-nos i defensar-nos amb l'escut dels símptomes i les píndoles, per evitar connectar amb el sofriment humà i la bogeria. Connectar amb la bogeria del pacient desperta en el professional la por a la seva pròpia bogeria. Quedem llavors atrinxerats en els símptomes, descurant altres aspectes rellevants com l'experiència subjectiva del pacient. La comprensió empàtica del patiment psicòtic és tan amenaçadora per al nostre equilibri mental que la neguem, la dissociem i tan sols la tolerem convertida en comprensió teòrico-científica, en alguna cosa objectivitzada, com si fos aliena a nosaltres (Hernández i Herrera, 1992). O fins i tot necessitem restringir la psicosi a una malaltia d'origen genètic, amb un marcat replegament i grans dificultats per entrar en contacte i participar emocionalment amb algú, poc accessible als "tractaments relacionals" (Fredenrich-Mühlebach *et al.*, 2002), malgrat que existeix evidència a favor de l'eficàcia dels tractaments psicosocials intensius - com el projecte Soteria (Bola i Mosher, 2003), el projecte Parachute (Cullberg *et al.*, 2002) o l'estudi de Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen i Syvälahti, (2000). Com també existeix evidència respecte a la poca eficàcia dels antipsicòtics en la disminució de símptomes en seguiments a vint anys (Harrow, Jobe i Faull, 2014)⁴ i, paradoxalment, la pràctica clínica habitual continua pivotant sobre la medicació com a eix central del tractament. Potser reflexionar en relació als contrasentits en què estem immersos a la nostra pràctica clínica quotidiana ens permeti adonar-nos del pes que li donem al què i al perquè, i què és el que en realitat aquests pacients necessiten de nosaltres per superar o suportar la seva situació. No està de més fer esment a la força del *lobby* de les farmacèutiques i l'ombra de la seva corruptela.

En aquest sentit, sembla ser que els professionals i la societat creem les condicions idònies per a què l'episodi psicòtic es cronifiqui: tractament

4. En el seguiment a 20 anys de Harrow, Jobe i Faull (2014), van descobrir que un alt percentatge de pacients diagnosticats d'esquizofrènia i medicats amb antipsicòtics continuaven presentant simptomatologia psicòtica (més del 70% de la mostra). Longitudinalment, els pacients que no tenien medicació antipsicòtica prescrita van mostrar significativament menys activitat psicòtica que els que tenien fàrmacs prescrits ($p < 0.05$).

farmacològic, en molts casos *ad eternum* i plantejat com a única sortida; hospitalització amb recurrents portes giratòries; rebuig o sobreprotecció per part de l'entorn; incapacitació parcial o total i pensions que els desmotiven per lluitar en el món laboral, etc. Segur que més d'un lector haurà escoltat la sentència condemnatòria: "és un psicòtic, què hi farem...". En definitiva, no els oferim elements de salut i creatius sobre els quals identificar-se i créixer; més aviat sembla que els condemnem a un diagnòstic, deixant-los sols amb els seus fantasmes i patiments. Davant d'aquest panorama, els professionals podem sentir-nos en una cruïlla: ens sotmetem al sistema actual o decidim optar per altres opcions alternatives i minoritàries, el que comporta sovint assumir un percentatge de solitud inexorable. Malgrat tot, qui opta per aquests rumbos no es llança al buit del desconeixement i la ingenuïtat; existeixen dades avalades per experiències com la del projecte Soteria o el Parachute, citats precedentment. No es tracta de confondre esperança amb candidesa, com tampoc es tracta de negar els moments penosos ni els sentiments d'impotència; de fet, cal ser energètic per suportar la gravetat. Tot i que caldria assenyalar la part de gratificació que acompanya la feina amb aquests pacients, gratificació lligada a la participació en experiències humanes amb les seves satisfaccions i turbulències (Fredenrich-Mühlebach *et al.*, 2002).

Podem llavors, malgrat els estudis, esdevenir còmplices i perpetuar el sistema, o apostar per una altra manera de fer en la salut mental. *Una altra manera sí que és possible. És possible crear i implementar un sistema a gran escala de cures que valoren l'alt grau de recolzament psicosocial, dosis el més baixes possible i òptimes de medicació, la participació de les famílies, i un tractament en un enquadrament normalitzat, humà i integrador (Cullberg *et al.*, 2002). Més concretament, és possible un tractament institucional en el qual els professionals confiïn en la recuperació de la psicosi, i en el fet que s'estableixin relacions amb els pacients fonamentades en la promoció de la comprensió i el descobriment del significat de l'experiència subjectiva de la psicosi. I és possible fer-ho des del tracte igualitari en les relacions, creant una atmosfera familiar en la institució terapèutica, dintre d'un ambient que toleri i respecti les diferències individuals i l'autonomia. És possible crear una xarxa social de suport, que estimuli l'emergència d'interaccions socials, tan danyades en aquestes persones. En conseqüència, és possible restar protagonisme i responsabilitat a la medicació en l'evolució dels pacients, encara que sense excloure-la (Bola i Mosher, 2003). Ens recorda això la manera que tenien en els països en vies de desenvolupament de tractar als seus pacients amb psicosi?*

RESUMEN

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre los efectos que produce en la identidad la irrupción del brote psicótico. Se plantea la influencia que los factores sociales, institucionales y personales - tanto de los profesionales como de los propios pacientes - ejercen en la construcción de la identidad del paciente, pudiendo ayudar a construir una identidad suficientemente

saludable e integrada o bien una identidad sintomática, de enfermo mental grave o psicótico.

SUMMARY

The aim of this article falls to the need for reflecting upon the effects that a psychotic episode has on the individual's identity. The issue is raised of the influence that social, institutional and personal factors - both from professionals as well as from the very same patients - may exert on the rebuilding of the patient's identity. These influences may aid in building a sufficiently healthy and integrated identity or, conversely the symptomatic identity of the severely ill or psychotic.

BIBLIOGRAFIA

- BOLA, J.R. & MOSHER, L.R. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two years outcomes from the Soteria Project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (4), pp. 219-229
- CULLBERG, J., LEVANDER, S., HOLMQVIST, R., MATTSSON, M. & WIESELGREN, I.M. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, pp. 276-285
- DEL OLMO, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid, Clave intelectual
- FERRARI, M., FLORA, N., ANDERSON, K.K., TUCK, A., ARCHIE, S., KIDD, S., & MCKENZIE, K. (2015). The African, Caribbean and European (ACE) Pathways to Care study: a qualitative exploration of similarities and differences between African-origin, Caribbean-origin and European-origin groups in pathways to care for psychosis. *BMJ Open*, 5, pp. 1-12
- FREDENRICH-MÜHLEBACH, A.L., ZINETTI, A, EHRENSPERGER, S. & MERLO, M.C.G. (2002). Reflexiones en torno a algunos prejuicios que afectan al tratamiento de los pacientes psicóticos. La experiencia de un centro de día. *Boletín*, 26, pp. 35-44
- GONZALEZ PARDO, H. i PEREZ ALVAREZ, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid, Alianza Editorial
- HARO, J.M., NOVICK, D., BERTSCH, J., KARAGIANIS, J., DOSSENBACH, M. & JONES, P.B. (2011). Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. *The British Journal of Psychiatry*, 199, pp. 194-201
- HARROW, M., JOBE, T.H. & FAULL, R.N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*, 44 (14), pp. 3007-3016
- HERNÁNDEZ, V. i HERRERA, R. (1992). El itinerario del psicótico en el circuito asistencial. *Revista Maristán*, 1 (3), pp. 50-58

- JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., ERNBERG, G., ANKER, M., KORTEN, A., COOPER, J.E., DAY, R. & BERTELSEN, A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine*, 20, pp. 1-97
- LEHTINEN, V., AALTONEN, J., KOFFERT, T., RÄKKÖLÄINEN, V. & SYVÄLAHTI, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, pp. 312-320
- LÓPEZ ATIENZA, J.L. (1997). Reflexiones sobre el equipo y el trabajo en equipo. *Boletín*, 6, pp. 21-27
- MURAKAMI, H. (2002). *Kafka en la orilla*. Barcelona, Tusquets editores. Versió cat., *Kafka a la platja*. Barcelona, Edicions 62, 2009
- VALENCIA AGUDO, F. (2014). Duelo y recuperación tras el inicio de la psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (121), pp. 9-20
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [OMS] (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, Vol. I. Genève, World Health Organization

