

ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO: RETROSPECTIVAS PARA EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA

Leonor Irarrázaval

Doctora (c) en Psicoterapia. Universidad de Chile. Becaria CONICYT.

leonor.fidelio@gmail.com

Three main questions would be considered in this paper: 1) the diagnosis of schizophrenia, 2) the methodologies to the study of schizophrenia, and 3) the psychotherapy of schizophrenia. First of all, with respect to the future systems of diagnoses, the inclusion of subjectivity and intersubjectivity are certainly indispensable for the enrichment of psychopathology. Diagnostic classifications require review in light of approaches aiming for a greater understanding of the illness and that make it possible to explain aspects that remain unclear with regard to the trustworthiness of the diagnosis of schizophrenia. Secondly, the use qualitative methodologies for the study of schizophrenia and psychosis seem highly appropriate. These are just the clinical pictures that have not been sufficiently tackled from non-objectivising approaches, and there is thus a significant lack of understanding of these phenomena beyond their apparent symptomatology. For this reason, it seems appropriate to use methods that attempt to characterise patients' own worlds, such as the phenomenological method and the autobiographical method. Thirdly, it should be placed special consideration towards psychotherapeutic approaches to schizophrenia that focus on furthering the patients' self-understanding and on establishing a common communicative basis of patient and therapist.

Keywords: *Diagnosis. Psychopathology. Schizophrenia. Psychotherapy.*

Existe una urgencia general y compartida por la comunidad psiquiátrica internacional de revisar críticamente los manuales DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) y CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud). Estos manuales corresponden a sistemas explicatorios basados en categorías diagnósticas según una descripción de la sintomatología aparente, conformando lo que se ha llamado una “nosología en la superficie” (“*nosology on surface*”) (Kendler, 2008).

El establecimiento de sistemas diagnósticos criteriológicos y manualizados

(perspectiva positivista o en 3ª - persona) ha aumentado la precisión y confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. No obstante, paralelamente ha aumentado también la claridad respecto a los límites que tiene esta aproximación para los clínicos e investigadores. En particular, la experiencia subjetiva está excluida casi por completo a nivel teórico y subvalorada a nivel pragmático, con serias consecuencias para la validez del diagnóstico psiquiátrico, la investigación empírica y los propósitos psicoterapéuticos (Fuchs, 2010a).

La parcelación didáctica de las configuraciones complejas de lo humano crea una ilusión de alternativas aparentemente incompatibles entre sí. Si bien esta parcelación es necesaria para profundizar en distintos aspectos de lo complejo, se puede caer en el reduccionismo totalizador, como de hecho en muchos casos ha ocurrido en el origen y devenir de las distintas escuelas psicológicas. Al considerar las disciplinas que surgen de esta necesaria división, es importante no perder de vista el todo, al ser humano en su complejidad global (Gissi, 1992).

En palabras simples, el sujeto de estudio ha de ser la persona en su totalidad. Esto implica no sólo una revisión profunda de las metodologías subyacentes a las conceptualizaciones diagnósticas objetivantes de los trastornos mentales, sino además, la exigencia de desarrollar metodologías coherentes y sofisticadas para el estudio holístico de los pacientes, sin perder de vista su complejidad (Guidano, 1994; Kendler, 2008; Nagel, 1974; Pelegrina, 2006).

Se requiere la emergencia de un “diálogo” multidisciplinario e intercultural, multinivel, dirigido a la comprensión de la subjetividad, de la totalidad del mundo individual, social y cultural del paciente, dentro del amplio espectro de la complejidad del ser humano. No obstante, enfatiza Fuchs (2004), “las principales ciencias fundacionales de la psicoterapia continuarán siendo la psicología, la hermenéutica y las humanidades en general” (p. 484).

DIAGNÓSTICO INTEGRATIVO CENTRADO EN LA PERSONA

El diagnóstico integrativo conlleva una noción más amplia de la salud, que incluye no sólo el aspecto sintomático o patológico, sino también el potencial sano (como el funcionamiento adaptativo, los factores protectores y la calidad de vida), además de la noción de la persona en su contexto de vida. Esta aproximación refleja aspiraciones que apuntan hacia el encuentro científico, humanista y ético de nuestras responsabilidades como profesionales de la salud, junto a la importancia de promover el desarrollo de una “psiquiatría para la persona” (Mezzich, 2004, 2006, 2007).

Concebido de este modo, el diagnóstico se plantea desde el inicio del encuentro con el paciente como un proceso de comprensión del funcionamiento total, tanto mental como corporal. Por cuanto, más que una simple formulación, el diagnóstico es un proceso interactivo, donde los conceptos de equidad, valores y ética son importantes, así como el respeto hacia la diversidad cultural. En otras

palabras, más que “aparear etiquetas”, el esfuerzo se ha de dirigir hacia la comprensión de la persona en su globalidad.

Parece notable la conceptualización de Gadamer (2001), quien entiende la enfermedad mental como una pérdida de equilibrio del funcionamiento natural de la persona, que no sólo constituye un hecho médico-biológico, sino también un proceso vinculado con la historia del individuo y de la sociedad. Este autor señala: “si la recuperación del equilibrio natural se cumple exitosamente, el maravilloso proceso de restablecimiento le devuelve también al convaleciente el equilibrio vital dentro del cual previamente se sentía él mismo” (p. 56).

De acuerdo con estos planteamientos, los “tipos ideales” ofrecen una forma efectiva de unificar diversas formas de clasificación diagnóstica, y pueden resultar útiles tanto para aproximaciones de tratamiento clínico como de investigación empírica. Son conceptos muy generales y comprensivos, que conforman un sistema unificado de conceptos interrelacionados, y permiten relacionar con cierta flexibilidad los diferentes atributos de un desórden, otorgando una visión global de cada caso particular (Schwartz, Wiggins & Norko, 1995).

NOSOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Los manuales diagnósticos requieren revisión a la luz de aproximaciones que apunten a una mayor comprensión de la esquizofrenia (desde el punto de vista de quienes la padecen), y hagan posible dilucidar aspectos que permanecen poco claros respecto al diagnóstico. Se destaca la dificultad de establecer una categorización nosológica unitaria y fiable para la esquizofrenia, ya que es una configuración psicopatológica que tiene un curso heterogéneo. Incluso su papel como categoría nosológica en sí ha sido cuestionado, planteándose como más adecuado el uso de una categoría más amplia para el llamado “espectro esquizofrénico” (Parnas & Sass, 2003, 2008).

Desde la época de Bleuler, los síntomas llamados “negativos” se han distinguido como características clínicas esenciales de la esquizofrenia. Sin embargo, solamente en los últimos años, su importancia se ha reconocido notoriamente, especialmente en lo referente al diagnóstico del espectro esquizofrénico, probablemente debido a la atención cada vez mayor que se ha puesto en la detección temprana y en la prevención de las psicosis (Parnas & Handest, 2003).

Tampoco se ha mostrado un especial interés por explicar ni comprender, desde una dimensión psicológica, cómo y bajo qué circunstancias, se manifiestan los trastornos psicóticos; sólo recientemente las alucinaciones han comenzado a ser consideradas como elementos de investigación. Desde aproximaciones fenomenológicas, se advierten importantes implicaciones clínicas, teóricas y metodológicas: por ejemplo, el acercamiento empírico-racionalista adoptado por las ciencias cognitivas concibe las alucinaciones auditivas como un problema de la percepción, mientras que una postura fenomenológica enfatiza la transformación

primordial de la autoconciencia y experiencia, señalando que representan un proceso intersubjetivo (Larøi, de Haan, Jones & Raballo, 2010).

DESÓRDENES DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO

IPSEIDAD

Los conceptos relacionados con los desórdenes del *self* prerreflexivo se fundamentan en la variante de la fenomenología llamada “continental”. Esta perspectiva se desarrolla principalmente a partir de los trabajos de Husserl y Heidegger, y pretende descubrir la esencia estructural de la experiencia y existencia humanas. En esta línea teórica también destacan autores como Merleau-Ponty, Sartre, Scheler y Henri Bergson (Parnas & Sass, 2008).

La fenomenología psicopatológica actual ha ganado terreno al enfatizar que las raíces de la enfermedad mental están en la experiencia prerreflexiva o pretemática del paciente. Se considera que las estructuras constitutivas básicas de la conciencia (como la autoconciencia, la corporalidad, la espacialidad, la temporalidad, la intencionalidad y la intersubjetividad), si bien no son inconscientes, no son dadas temáticamente como objetos de experiencia (Fuchs, 2008; Fuchs, 2010b).

Se sostiene que la esquizofrenia involucra un particular disturbio del acto de conciencia, más específicamente un desorden del *self* o “ipseidad”, normalmente dado de manera implícita o prerreflexiva. Ipseidad (*ipse* en latín significa *self* o *its self*) se refiere a la configuración fundamental de la autoconciencia (*self-awareness*): un modo de articulación de la conciencia automático, pasivo e inmediato (o directo), correspondiente a la perspectiva en 1ª - persona de la experiencia (Parnas & Handest, 2003; Parnas & Sass, 2003, 2008).

Recientemente se ha demostrado que los desórdenes del *self* prerreflexivo son, desde el punto de vista etiológico, e informativos como marcadores tempranos de la vulnerabilidad para los cuadros del espectro esquizofrénico, y han sido postulados como un modelo de fenotipo básico, primario de la esquizofrenia (Raballo, Sæbye & Parnas, 2009).

INTERSUBJETIVIDAD

Existe absoluto acuerdo en que uno de los ramos centrales de la esquizofrenia es la alteración que ocurre a nivel de los procesos de la intersubjetividad. Dörr (2005b) plantea que los pacientes esquizofrénicos estarían afectados por un debilitamiento de la intencionalidad, que provoca una alteración del “dirigirse hacia”, dejando al paciente incapacitado para mirar la realidad desde la perspectiva de los otros, alejándolo del mundo común y compartido.

Dörr (2005a) señala que la particular dificultad del esquizofrénico en la constitución del espacio común con los otros se manifiesta especialmente en las situaciones típicas desencadenantes de las psicosis esquizofrénicas agudas, tales

como: declaración de amor, noviazgo, matrimonio, seducción homosexual, viaje al extranjero en grupo, ingreso a organizaciones de grupo de cualquier índole, etc. Ésto se podría entender como una extrema dificultad en la capacidad de regular el espacio de proximidad con los otros: “el otro es mantenido en la distancia a través del delirio, de las conductas inadecuadas, de los proyectos excéntricos o, ya avanzada la enfermedad, del autismo” (p. 5).

Por su parte, Fuchs (2005a) sostiene que la fragmentación del arco intencional deja elementos particulares de percepción, emoción, acción y pensamiento, como procesos no relacionados, que pierden su significado contextual a raíz de un divorcio del *self* con su propio cuerpo, y que aparecen en la conciencia explícita como fenómenos alienados u opacos. En lugar de un significado común e intersubjetivo de situaciones y cosas, durante los episodios psicóticos surgen fragmentos de significado ideosincrático, que se vuelven autorreferentes, y se manifiestan con una “intencionalidad invertida”. Como consecuencia, la constitución automática de la realidad se desmonta, y tiene que ser substituida por una reconstrucción activa o racional (Fuchs, 2005a, 2005b, 2007, 2008).

La des-automatización de la acción puede culminar en una pérdida del carácter de agente del ser humano (*agency*), volviendo a los pacientes incapaces de cualquier acción voluntaria que se propongan realizar. La pérdida de autoconciencia básica y de agencia genera un sentido de control externo, característico de la esquizofrenia, que Fuchs (2005b) describe como un “disturbio de la intersubjetividad encarnada” (“*disturbance of embodied intersubjectivity*”).

El cuerpo es el “punto cero” (*Nullpunkt*) desde donde se produce la apertura a la intersubjetividad, es el punto de referencia para la percepción, a partir del cual el sujeto “construye” el mundo que lo rodea y a través del cual se espacializan los demás cuerpos (Dörr, 2002a). De modo particular los pacientes esquizofrénicos atribuyen estados mentales e intencionalidad al mundo de los objetos inanimados y del ambiente no-humano. Éstos cobran vida en el mundo del psicótico, animados con una intencionalidad que se experimenta como extraña, misteriosa y ajena. En otras palabras, el *self* se experimenta como “deshabitado” (o desalojado) del propio cuerpo, configurando lo que se ha llamado “mente desencarnada” (“*disembodied mind*”) (Fuchs, 2005a, 2005b).

Los límites que permiten distinguir normalmente entre los propios estados mentales y los estados mentales de los otros, así como la capacidad de discriminar entre mensajes auto-generados y los generados por un otro significativo, son cruciales para la comunicación humana. Precisamente, Dörr (2009, 2010) sostiene que la esquizofrenia aparece como una perturbación de uno de los modos fundamentales de estar en el mundo, cuyo síntoma fundamental es la perturbación de la comprensibilidad y de la apropiación de lo comprendido, y por tanto, del lenguaje como la articulación de ambas, razón por la cual concibe a las esquizofrenias como “logopatías”.

Cabe recordar que al referirse a la esquizofrenia, Blankenburg (2001, 2010) señala que entramos en el dominio propio de la psicopatología del “sentido común”. Lo que se presenta subjetivamente como “pérdida de la evidencia natural” (de lo cotidiano), tiene su correlato en una falla de la comprensión, que provoca el sentimiento de extrañeza del psiquiatra correspondiente al extrañamiento o a la alienación del paciente.

Actualmente se investigan los mecanismos neurobiológicos que podrían estar a la base de estas consideraciones fenomenológicas, y también se ha comenzado a implementar intervenciones terapéuticas que apuntan a una rehabilitación de los pacientes en esta dimensión de experiencia. Desde el “paradigma espejo”, por ejemplo, la existencia de neuronas con funciones espejo sugiere que desde el comienzo de las interacciones sociales se encuentra “*in-primis*” la capacidad de experimentar un espacio intersubjetivo. El déficit en el funcionamiento de estas redes neuronales, que correspondería a una imparidad en la conectividad o en el funcionamiento del sistema de neuronas espejo, abre nuevas perspectivas para la comprensión de trastornos como el autismo y la esquizofrenia (Gallese, 2006, 2007).

Desde una perspectiva clínica, las psicosis pueden ser entendidas como una alienación temporal de prácticas compartidas de comunicación, donde hay dificultad para expresar comprensiblemente experiencias emocionales que causan sufrimiento. Entonces, cuando el paciente tiene problemas en crear significado consensual por la acción narrativa, como es posible observar en los estados psicóticos, el objetivo de la terapia y del tratamiento es abrir un canal por el que la cualidad de la experiencia pre-narrativa pueda llegar a ser narrada de manera inteligible (Holma & Aaltonten, 2004b).

Evidentemente, las alucinaciones y delirios no son fenómenos ajenos, sino manifestaciones simbólicas del mundo interno, que aparecen directamente en la esfera mental de la persona, en sus formas discursivas. Desde este punto de vista, la articulación temática de las formas clínicas de la psicosis, expresadas como creaciones narrativas de la propia subjetividad, posibilita su reapropiación, así como la comprensión de la función simbólica del lenguaje “psicótico” (Guidano, 1995; Irrarázaval, 2003). Pelegrina (2006) sostiene que la apropiación es el proceso por el cual devenimos realmente humanos y llegamos a ser personas, y considera que éste es un proceso fundamental para entender la “alienación”.

Vale destacar el proceso creativo del episodio psicótico. La imaginación, como recurso creativo, posibilita la construcción de un mundo fantástico, valiéndose de una serie de recursos simbólicos, que son coherentes con los procesos de significado del mundo interior; no obstante, ellos aparecen como extraños e incomprensibles ante los observadores externos y, por ende, ante la propia persona como observadora de sí misma (Irrarázaval, 2003).

Resultan interesantes los aportes de Sass (2000-2001) que realzan el potencial

creativo de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, y son una alternativa al énfasis habitual que considera los síntomas de este diagnóstico solamente como aspectos “negativos” o “déficits”.

HISTORIA DE VIDA

El diagnóstico, en la manera tradicional de concebirlo, parece ser menos esencial en el proceso de tratamiento que el acto de comprender la situación del paciente tomando en cuenta la historia que relata de sí mismo. Desde un punto de vista narrativo, se enfatiza la importancia de que el paciente sea traído a un diálogo donde el sentido de la experiencia personal sea compartido y puesto en un horizonte de significado común. Cuando el paciente es traído a un diálogo compartido, su sentido de identidad personal y de ser agente resultan fortalecidos (Holma & Aaltonen, 1997, 2004a).

France & Uhlin (2006) hacen notar que la narrativa cultural dominante de la esquizofrenia la considera como una enfermedad biomédica crónica, y quienes la padecen habitualmente son vistos como personas que requieren medicina permanente, no aptas para una psicoterapia, y por ende, no capaces de comprender su condición, ni de hacer elecciones útiles de vida. Estos autores advierten que esta narrativa cultural de la esquizofrenia podría servir de nexo para considerar la influencia del poder, de la política, y del contexto social, y evaluar cómo estos aspectos se relacionan con el diagnóstico y la recuperación de la enfermedad mental severa.

Dörr (1997) señala que mientras los postulados teóricos tradicionales tuvieron vigencia, no hubo interés por estudiar las relaciones de la esquizofrenia con el estilo de vida y las situaciones críticas, ni la estructura de la familias de estos enfermos, y que los intentos de aproximaciones psicoterapéuticas eran considerados simplemente fuera de lugar. Además, cita a Binswanger (1961 citado en Dörr, 1997), para argumentar que los conceptos de la psiquiatría tradicional, “si bien permiten el conocimiento y manejo científico-natural, son insuficientes para aprehender los fenómenos si éstos, como en el caso de las psicosis esquizofrénicas, son expresión de modificaciones de la misma “hombredad” del hombre, esto es, de su esencia como persona e historia” (p. 49).

La historicidad, es decir, la conciencia que tiene el ser humano de su condición temporal e histórica, es ciertamente uno de los rasgos constitutivos de lo propiamente humano. No obstante, esta dimensión fundamental se encuentra particularmente alterada en el esquizofrénico. El rasgo más característico del tiempo esquizofrénico, como lo describe Dörr (2005a), es un cierto grado de “atemporalidad”: estos pacientes se encuentran fuera de la articulación del pasado, presente y futuro.

Las formas agudas de la esquizofrenia se manifiestan como un colapso de la dimensión temporal de la trama narrativa, que lleva a una descontextualización de la experiencia emocional del paciente. De este modo, la narración del sí mismo

pierde la coherencia semántica que otorgan los principios consensuales de ordenamiento temporal cronológico, causal y temático (Guidano, 1995; Holma & Aaltonen, 2004b). Al estar fuera de la dimensión temporal, se desdibujan los proyectos de futuro, y se dificulta también el acceso a la sensación de “tiempo de eternidad” que es posible establecer en las relaciones de amor (Dörr, 2005a).

Los aspectos temporales que otorgan un sentido de permanencia a la “identidad narrativa” se pierden en el episodio agudo, y la pregunta respecto al ¿quién?, como plantea Ricoeur (1996), que lleva a la puesta en escena del personaje, queda sin responder (Holma & Aaltonen, 1995). La capacidad narrativa disminuye, y sin una historia narrada, el presente, y especialmente el futuro, no logran estructurarse. Cuando la persona recupera la condición de narrador activo (agente), abandona el lugar de víctima pasiva del pasado (paciente), y logra visualizar un futuro (Holma & Aaltonen, 2004b).

MÉTODOS CUALITATIVOS PARA EL ESTUDIO DE LA ESQUIZOFRENIA

La metodología cualitativa es esencialmente exploratoria, se orienta a describir, comprender y explicar un fenómeno particular. En lugar de establecer hipótesis *a priori* o categorías predeterminadas, se utilizan métodos menos estructurados que permiten la emergencia de temas y descripciones ideográficas. Por tanto, este tipo de metodología se orienta al descubrimiento, a conocer “cómo” ocurren los procesos, lo cual requiere una actitud de apertura hacia el fenómeno. Los métodos cualitativos surgen generalmente de paradigmas fenomenológicos o interpretativos, y se usan también en aproximaciones constructivistas (Barbour, 2000; Barbour & Barbour, 2003; Kohlbacher, 2006; Patton, 1990; Schwarts & Jacobs, 1996; Strauss & Corbin, 1998).

La utilización de métodos cualitativos para el estudio de la esquizofrenia y de las psicosis en general resulta muy adecuado, pues se trata de cuadros clínicos que no han sido abordados suficientemente desde aproximaciones no-objetivantes, y por lo mismo, existe una importante falta de comprensión respecto a estos fenómenos, más allá de la aparente sintomatología. Por esta razón, parece pertinente el uso de métodos que intenten caracterizar el mundo propio de los pacientes, como el método fenomenológico y el método autobiográfico.

FENOMENOLOGÍA

La fenomenología ha estado históricamente entrelazada con el esfuerzo de la psiquiatría para el desarrollo de una comprensión detallada de las experiencias psicopatológicas, y se compromete con la búsqueda de un análisis profundo de los aspectos sintomáticos (Creswell, 1998; Pelegrina, 2006). La esquizofrenia no sólo es un tópico central de la fenomenología psiquiátrica; sino ella considera además que las distorsiones fundamentales de esta enfermedad pueden iluminar aspectos

clave de la normalidad de la subjetividad humana (Sass, 2001).

Como proyecto sistemático de investigar las estructuras de la experiencia subjetiva, la fenomenología puede ser considerada también la ciencia fundacional para la psicopatología. Proporciona un amplio marco para el análisis de la subjetividad y de sus disturbios en los trastornos mentales, planteando así hipótesis comprobables sobre los mecanismos neurobiológicos subyacentes (Fuchs, 2010b).

El enfoque fenomenológico propone renunciar a toda teoría o preconcepto previos, para luego ir desprendiendo lo observado en el paciente de todos los elementos contingentes, anecdóticos, individuales, hasta quedarse con aquello siempre presente, lo permanente, la esencia. Este procedimiento lo ha llamado Husserl, el creador de la fenomenología, reducción o *epoché*, y es un presupuesto del método para llegar a la “reducción fenomenológica” (Dörr, 2000).

Es decir, durante el procedimiento de análisis se cuida de poner “entre paréntesis” el propio marco teórico (“*bracketing*”), para lo cual Fisher (2009) recomienda: “debemos estar conscientes, plenamente atentos, de los presupuestos que pueden alojarse en nuestras descripciones” (p. 586).

ENFOQUE AUTOBIOGRÁFICO

La relevancia del enfoque autobiográfico para el estudio de la esquizofrenia surge del interés por recuperar a la figura de la “persona”. Este enfoque privilegia el método del relato de vida y considera la opción de trabajar primordialmente sobre la singularidad, el caso a caso, relato por relato, historia por historia. Si existe acuerdo en considerar que el objeto central de la psicología clínica es el ser humano en su globalidad, y que éste es portador de una historia y creador de la trama de una existencia particular, entonces la emergencia del relato de vida como método para aproximarse a los fenómenos psicológicos parece quedar suficientemente fundada (Cornejo, Mendoza & Rojas, 2008).

Para el análisis de los relatos de la historia de vida se destaca el enfoque biográfico denominado “ciencias humanas clínicas” (Legrand, 1993 citado en Sharim, 2005), el cual visualiza, a partir de la profundización y conocimiento de los casos individuales, la posibilidad de acceso a una dimensión más universal. Se trata de un método cualitativo que considera que la singularidad y la heterogeneidad de las situaciones individuales, permiten la aparición progresiva de los procesos comunes que estructuran las conductas y organizan estas situaciones. Desde este enfoque se considera que los relatos autobiográficos son enormemente fecundos para explorar la construcción identitaria, y entregan la posibilidad de mirar la doble relación de un individuo con su historia, en tanto determinado por ésta, pero también en cuanto a su capacidad de actuar sobre ella (Sharim, 2005).

PROPUESTAS PARA LA PSICOTERAPIA

En general, el estado actual de la investigación proporciona evidencia para la eficacia de la terapia psicológica en el tratamiento de la esquizofrenia, básicamente respecto a las siguientes aproximaciones: 1) la terapia de familia, 2) el entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas, 3) la rehabilitación neurocognitiva, y 4) la terapia cognitivo-conductual para reducir los síntomas positivos. Sin embargo, muchas preguntas permanecen sin responder. Éstas se relacionan con el *setting* del tratamiento más eficiente y con la indicación diferenciada de las varias intervenciones psicológicas (Pfammatter, Junghan & Brenner, 2006; Roder, Mueller, Mueser & Brenner, 2006).

Desde hace algunos años se ha comenzado a promover propuestas de intervención para las psicosis y la esquizofrenia (en los países de Europa del Norte, en Finlandia y Noruega principalmente), sosteniendo que el ingrediente terapéutico proviene del efecto del diálogo sobre la red social inmediata en que se encuentra el paciente. Este procedimiento enfatiza la atención inmediata de los casos agudos de psicosis (antes de su cronificación) y se orienta a la co-construcción de un lenguaje compartido, posibilitando que los significados privados del paciente lleguen a ser comprensibles para las personas de su ambiente cercano. Los estudios de eficacia que se han realizado en el tratamiento de esquizofrénicos evidencian una disminución de los requerimientos de hospitalización y de medicación, además de mayor alivio sintomático (Seikkula & Olson, 2005; Seikkula et. al, 2006).

CONSIDERACIONES

Las posturas parciales pero sobretodo rígidas han llevado a la psicología a disputas innecesarias. Reconocer e incluir la diversidad de enfoques y metodologías para el estudio de las personas enriquecerá a la psicología, a la psiquiatría y a la psicoterapia. La trascendencia requiere una integración interdisciplinaria e intercultural que posibilite la emergencia de nuevos “diálogos”.

La exploración fenomenológica de los desórdenes de la experiencia del *self* puede proveer un marco de referencia a la neuropsicología para comprender el rol de los déficits cognitivos que aparecen como característicos de la esquizofrenia. De hecho, durante las dos últimas décadas se ha visto un renacimiento internacional de la psicopatología fenomenológica, que ciertamente ha entablado un diálogo constructivo con neurología cognoscitiva (Fuchs, 2010b; Kaiser & Weisbrod, 2010).

Respecto a los futuros sistemas diagnósticos, la inclusión de la subjetividad e intersubjetividad resulta ciertamente indispensable. Las perspectivas fenomenológica y hermenéutica están volviendo a ser consideradas con especial relevancia en este contexto. Ambas perspectivas, en 1ª y en 2ª - persona, son necesarias para el enriquecimiento de la psicopatología imperante.

Por último, se ha de tener especial consideración hacia las aproximaciones

psicoterapéuticas que se centran en fomentar la autocomprensión de los pacientes y el establecimiento de una base comunicativa común del paciente y del terapeuta. Si la pérdida del “*common sense*” se plantea como la característica ontológica central de la esquizofrenia, entonces parece sensato afirmar que el proceso de apropiación de la comprensibilidad sería justamente en estos casos un aspecto esencial para superar la alienación.

Tres temas principales serán considerados en este artículo: 1) el diagnóstico de la esquizofrenia, 2) las metodologías para el estudio de la esquizofrenia, y 3) la psicoterapia de la esquizofrenia. En primer lugar, con respecto a los futuros sistemas de diagnóstico, la inclusión de la subjetividad y la intersubjetividad son ciertamente imprescindibles para el enriquecimiento de la psicopatología. Las clasificaciones diagnósticas requieren revisión a la luz de aproximaciones que apunten a una mayor comprensión de la enfermedad y permitan explicar aspectos que permanecen confusos con respecto a la fiabilidad del diagnóstico de la esquizofrenia. En segundo lugar, las metodologías cualitativas para el estudio de la esquizofrenia y las psicosis parecen altamente adecuadas. Se trata de cuadros clínicos que no se han abordado suficientemente desde aproximaciones no-objetivantes, y por lo mismo existe una carencia significativa en la comprensión de estos fenómenos, más allá de su sintomatología aparente. Por esta razón, parece apropiado utilizar métodos que intentan caracterizar el propio mundo de los pacientes, tales como el método fenomenológico y el método autobiográfico. En tercer lugar, se ha de tener una consideración especial hacia los enfoques psicoterapéuticos de la esquizofrenia que se centran en fomentar en los pacientes la comprensión y el conocimiento de sí mismos, así como el establecimiento de una base comunicativa común entre el paciente y el terapeuta.

Palabras Clave: *Diagnóstico. Psicopatología. Esquizofrenia. Psicoterapia.*

Referencias bibliográficas

- BARBOUR, R. (2000). The role of qualitative research in broadening the “evidence base” for clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6, 2, 155-163.
- BARBOUR, R. & BARBOUR, M. (2003). Evaluating and synthesizing qualitative research: the need to develop a distinctive approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, 2, 179-186.
- BLANKENBURG, W. (2001). *First steps towards a psychopathology of “common sense”*. *Philosophy, Psychiatry and Psychology: PPP*, 8, 4, 303-315.
- BLANKENBURG, W. (2010). *La Pérdida de la Evidencia Natural. Una Contribución a la Psicopatología de las Esquizofrenias Oligo-Sintomáticas*. Traducción de Otto Dörr y Elvira Edwards. Santiago: Editorial de la Universidad Diego Portales (en prensa).
- CORNEJO, M., MENDOZA, F. & ROJAS, R., (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psykhé*, 17, 1, 29-39.
- CRESWELL, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions*. London: *SAGE publications*.
- DÖRR, O. (1997). *Psiquiatría Antropológica: Contribuciones a una Psiquiatría de Orientación Fenomenológico Antropológica* (2ª ed.). Santiago: Editorial Universitaria.

- DÖRR, O. (2000). *Existential and phenomenological approach to psychiatry*. In M.G. Gelder, J.J. López-Ibor Jr. and N.C. Andreasen (Ed.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 357-362). Oxford: Oxford University Press.
- DÖRR, O. (2002a). *Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante*. *Salud Mental*, 25, 4, 1-9.
- DÖRR, O. (2002b). *El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría [on line]*, 40, 4, 297-306.
- DÖRR, O. (2005a). *Fenomenología del amor y psicopatología*. *Salud Mental*, 28, 1, 1-9.
- DÖRR, O. (2005b, noviembre). *Fenomenología de la intersubjetividad y su aplicación a la comprensión de las psicosis endógenas*. Ponencia presentada en 60 Congreso de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Pucón, Chile.
- DÖRR, O. (2009). *Logopatías y timopatías: hacia una nueva conceptualización de las enfermedades endógenas en psiquiatría*. *Rev GPU*, 5, 1: 71-79.
- DÖRR, O. (2010). *Schizophrenia, language and evolution (or the schizophrenias as logopathies)*. *Actas Esp Psiquiatr*, 38, 1-7.
- FISHER, C. (2009). Bracketing in qualitative research: Conceptual and practical matters. *Psychotherapy Research*, 19, 4-5, 583-590.
- FRANCE, C.M. & UHLIN, B.D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 53-67.
- FUCHS, T. (2004). Neurobiology and Psychotherapy: An Emerging Dialogue. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 6, 479-485.
- FUCHS, T. (2005a). Delusional Mood and Delusional Perception. A Phenomenological Analysis. *Psychopathology*, 38, 133-139.
- FUCHS, T. (2005b). Corporealized and Disembodied Minds A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry and Psychology: PPP*, 12, 2, 96-107.
- FUCHS, T. (2007). The Temporal Structure of Intentionality and Its Disturbance in Schizophrenia. *Psychopathology*, 40, 229-235.
- FUCHS, T. (2008). Comment: Beyond Descriptive Phenomenology. En Kendler, K. & Parnas, J. (Ed.), *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (pp. 278-285). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- FUCHS, T. (2010a). Subjectivity and Intersubjectivity in Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology*, 43, 268-274.
- FUCHS, T. (2010b). Phenomenology and Psychopathology. En S. Gallagher, D. Schmicking (Ed.), *Handbook of phenomenology and the cognitive sciences* (pp. 547-573). Dordrecht: Springer
- GADAMER, H. G. (2001): *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- GALLESE, V. (2006). Mirror neurons and intentional attunement: A commentary on David Olds. *Journal American Psychoanalytic Association*, 54, 46-57.
- GALLESE, V. (2007). Commentary on "Toward a Neuroscience of Empathy: Integrating Affective and Cognitive Perspectives". *Neuro-Psychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, 9, 2, 146-151.
- GISSI J. (1992). Psicoterapia y contexto cultural. En R. Opazo (Ed.), *Integración en Psicoterapia* (pp. 357-365). Santiago: CECIDEP.
- GUIDANO, V.F. (1994). *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- GUIDANO, V. F. (1995, agosto). *Terapia Post-Racionalista de los Trastornos Psicóticos*. Ponencia presentada en la Casa Central de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- HOLMA, J. & AALTONEN, J. (1997). The sense of agency and the search for narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19, 463-477.
- HOLMA, J. & AALTONEN, J. (2004a). Narrative Understanding in Acute Psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 20, 3, 253-263.
- HOLMA, J. & AALTONEN, J. (2004b). The Experience of Time in Acute Psychosis and Schizophrenia. *Contemporary Family Therapy*, 20, 3, 265-276.
- HOLMA, J., & AALTONEN, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17, 307-316.
- IRARRÁZAVAL, L. (2003). Estado Psicótico Maniacal. Una Aproximación Post-racionalista. Tratamiento y Análisis de un Caso. *Revista de Psicoterapia*, 14, 56, 63-82.
- KAISER, S. & WEISBROD, M. (2010). Intentionality as a Link between the Neuropsychology and the Symptoms of Schizophrenia. *Psychopathology*, 40:221-228.

- KENDLER, K. (2008). Why Does Psychiatry Needs Philosophy? En Kendler, K. & Parnas, J. (Ed.), *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (pp. 312-324). Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- KOHLBACHER, F. (2006). *The Use of Qualitative Content Analysis in Case Study Research*. FQS Forum: Qualitative Social Research, 7, 1, Art. 21. Extraído el 15 de Marzo de 2009 del sitio Web <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/75/154>
- LARØI, F., DE HAAN, S., JONES, S., RABALLO, A. (2010). Auditory verbal hallucinations: Dialoguing between the cognitive sciences and phenomenology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 9, 2, 225-240.
- MEZZIC, J. (2004, septiembre). *The Complexity of Health and the Validity of Diagnosis*. Ponencia presentada en 7th International Conference on Philosophy, Psychiatry and Psychology: Time, Memory and History. Heidelberg University, Alemania.
- MEZZICH, J.E. (2006). Institutional consolidation and global impact: towards a psychiatry of the person. *World Psychiatry*, 5:65–66.
- MEZZICH, J.E. (2007). Psychiatry for the person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry*, 6:1–3.
- NAGEL, T. (1974). What is Like to Be a Bat?. *The Philosophical Review*, 83, 4, 435-450.
- PARNAS, J. & HANDEST, P. (2003). Phenomenology of Anomalous Self-Experience in Early Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 2, 121-134.
- PARNAS, J. & SASS, L. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin* 29, 3, 427-444.
- PARNAS, J. & SASS, L. (2008). Varieties of “Phenomenology”: On Description, Understanding and Explanation in Psychiatry. En Kendler, K. & Parnas, J. (Ed.), *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology* (pp. 239-278). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- PATTON, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2ª ed.). California: Sage publications.
- PELEGRINA, H. (2006). *Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología*. Madrid: Ediciones Polifemo.
- PFAMMATTER, M., JUNGHAN, U.M. & BRENNER, H.D. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbl030.
- RABALLO, A., SÆBYE, D. & PARNAS, J. (2009). Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbp056.
- RICOEUR, P. (1996). *El sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.
- RODER, V., MUELLER, D., MUESER, K.M. & BRENNER, H.D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbl021.
- SASS, L. (2001). Self and world in schizophrenia: three classic approaches. *Philosophy, Psychiatry and Psychology: PPP*, 8, 4, 251-358.
- SASS, L. (2000-2001). Creativity and the Schizophrenia Spectrum. *Creativity Research Journal*, 13, 1, 1-16.
- SEIKKULA, J. & OLSON, M. (2005). El Diálogo Abierto como Procedimiento de Trabajo en la Psicosis Aguda: Su “poética” y “micropolítica”. *Revista de Psicoterapia*, 16, 63/64, 135-154.
- SEIKKULA1, J., AALTONEN J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERÄNENM, J. & LEHTINEN, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case Studies. *Psychotherapy Research*, 16, 2, 214-228.
- SHARIM, D. (2005). La identidad de género en tiempos de cambio: Una aproximación desde los relatos de vida. *Psykhē*, 14, 19-32.
- SCHWARTS, H. & JACOBS, J. (1996). *Sociología Cualitativa*. México: Editorial Trillas.
- SCHWARTZ, M., WIGGINS, O. & NORKO, M. (1995). Prototypes, Ideal Types, and Personality Disorders: The Return to Classical Phenomenology. Basis Issues and Alternative Perspectives. En Livesley, W. J. (Ed.), *The DSM-IV Personality Disorders* (417-431). New York: The Guilford Press.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2ª ed.). London: Sage Publications.