

FRIEDA FROMM-REICHMANN Y LA PSICOTERAPIA INTENSIVA EN LA ESQUIZOFRENIA¹.



Dr. en Psic. Guillermo Delahanty²

RESUMEN

Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957) se formó en medicina, neurología, psiquiatría y psicoanálisis. Sus maestros fueron Kraepelin, Goldstein, Groddeck y Sullivan. Su vida laboral la practicó especialmente en sanatorios neurológicos y psiquiátricos. Incluso fundó uno propio con orientación psicoanalítica y religiosa. Cuando emigró a EUA vivió y trabajó el resto de su vida en el sanatorio Chesnut Lodge. Realizó investigaciones sobre esquizofrenia comenzando por su tesis doctoral. Describió la conducta catastrófica en los esquizofrénicos como la había observado Goldstein con los pacientes con daño cerebral. Elaboró una técnica con fundamentos psicoanalíticos para el tratamiento de los enfermos mentales que denominó psicoterapia intensiva, incluyendo necesariamente el uso de psicofármacos. Su propósito era ofrecer un marco de seguridad y no prometer un jardín de rosas, es decir, no ofrecer vanas esperanzas. Su capacidad para escuchar era sorprendente. Fue una mujer solitaria y creativa que gozaba de la música tocando su piano.

Palabras clave: Psicoterapia, esquizofrenia, reacción catastrófica, psicohistoria, instituciones psiquiátricas, psicoanálisis.

ABSTRACT

In the history of psychoanalysis it was necessary to introduce modifications in the psychoanalytical technique Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957) formed in medicine, neurology, psychiatry and psychoanalysis. Their teachers were Kraepelin, Goldstein, Groddeck and Sullivan. Its labor life specially practiced in neurological and psychiatric sanatoriums. It even founded one own with psychoanalytic and religious orientation. When she emigrated to the U.S. she lived and worked the rest of his life at the Chesnut Lodge sanatorium, were she made research on schizophrenia and began her by doctoral thesis. She described catastrophic conduct in schizophrenics since as Goldstein had observed in patients with cerebral damage. She developed a technique with psychoanalytic foundations for treatment of mental patients named intensive psychotherapy, including necessarily use of psychopharmacology. Her intention was offer a security frame and not to promise a garden of roses, that is, not to offer vain hopes. Her capacity to listen was surprising. She was a solitary and creative woman who used to enjoy music playing her piano.

Key words: Psychotherapy, schizophrenia, catastrophic reaction, psychohistory, psychiatric institutions, psychoanalysis.

1.- Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(1): Ene.-Mar: 12-23.

2.- Doctor en Psicología por la Universidad Iberoamericana. Psicoanalista por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica. Profesor Investigador en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Miembro del Cuerpo Académico Cognición y Afectos. Unidad de Investigaciones y Servicios Psicológicos (UNISEP) Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(1): Ene.-Mar: 12-23.

“La soledad no es la vida solitaria. La vida solitaria requiere estar solo, mientras que la soledad se revela más agudamente en compañía de los demás”

Hannah Arendt

1. INTRODUCCIÓN

Frieda Fromm-Reichmann fue una mujer entregada al trabajo clínico. La misión de su vida fue la asistencia a los enfermos de esquizofrenia con el método psicoanalítico. Su existencia estuvo bajo el cobijo de instituciones psiquiátricas. La dedicatoria a Freud, Goldstein, Groddeck y Sullivan en su libro de psicoterapia intensiva expresa su marco de orientación teórica y clínica. Por lo tanto, en el texto se entrelazan los aportes de cada uno de ellos para configurar su modelo de psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia intensiva.

BIOGRAFÍA CLÍNICA

Frieda Reichmann Simon nació en Karlsruhe, Alemania, el 29 de octubre de 1889 y murió el 28 de abril de 1957, en Maryland, EUA. Su estatura era de 1.47 m. (4'10"). Adolph Reichmann, su padre, era comerciante y su madre, Klara Simon, ama de casa. Frieda era la mayor de tres hermanas: Grete y Anna. Formaban una familia judía con práctica religiosa muy estricta. Se mudaron a Königsberg, en 1895. En casa aprendió a cocinar, tejer y coser. Además, tocaba el piano. Entre sus lazos de parentesco se encuentran el novelista Lion Feuchtwanger y el escritor Shmuel Yosef Agnon, quien se casó con su prima Esther Marx.

Como en el año 1908 fue admitido en el imperio prusiano que las mujeres podían estudiar una carrera, ella cursó medicina en la Universidad de Königsberg, de 1909 a 1914.³ Dentro de la carrera, en el séptimo semestre, asistió a las conferencias de psiquiatría de Emil Kraepelin, en Munich. Realizó su internado en el Hospital de Psiquiatría de Königsberg, de mayo a diciembre de 1913, y de enero a junio de 1914 en el Hospital Municipal del Distrito de Moabit, en Berlín. La tesis de medicina de Frieda fue sobre los cambios en la pupila en esquizofrénicos, dirigida por Kurt Goldstein.⁴ Ulteriormente fue su asistente en el hospital universitario de Königsberg, de 1914 a 1918. Como coautores, ambos escribieron varios artículos sobre neurología. Ella siguió a su maestro para trabajar en su Instituto Neurológico en Frankfurt, de 1918 a 1920.

El método de Goldstein, que Frieda asimiló, consiste en:

1. Considerar inicialmente todo el fenómeno presentado por el organismo.
2. Describir correctamente el fenómeno observado.
3. Describir cuidadosamente la condición del organismo cuando surgen las respuestas (afasia, agnosia, apraxia).

Goldstein describió la conducta catastrófica que Frieda observó en pacientes esquizofrénicos; tal

3.- Es curioso que el padre de Hannah Arendt estuvo en tratamiento neurológico con ella; un hombre que padecía sífilis con los síntomas de ataxia y paresia. Murió en marzo de 1913. Cf. Kristeva J. El genio femenino: 1. Hannah Arendt, Buenos Aires, Paidós, 1999.

4.- † Kurt Goldstein (1878-1965), nació en Kattowitz, en Alta Silesia, Alemania (hoy Polonia). Estudió medicina en la universidad de Breslau y se especializó en neurología para rehabilitar a pacientes con daño cerebral. Fue profesor de neurología en la Universidad de Frankfurt en 1919. Fundó un instituto de neurología. Los pacientes recibían un examen psicológico y tratamiento sobre la afasia. Miles de pacientes fueron atendidos en el hospital. Después dirigió el departamento de neurología del hospital Moabit de Berlín, en 1927. Fue arrestado por los nazis y afortunadamente liberado. Se trasladó a Amsterdam en 1933 y de allí viajó a Nueva York en 1935. De 1940 a 1945 fue profesor de la Escuela Médica de Boston y visitante en el Colegio de Nueva York. Finalmente se estableció como docente en la Universidad de Brandeis.

conducta consiste en la reacción de fracaso del paciente con una lesión cerebral ante una tarea aritmética simple, que antes podía resolver. El paciente, ante la frustración por alcanzar su meta, “parece confundido, muda de color, se muestra agitado y ansioso, se vuelve torpe... presenta el cuadro de una persona asustada, muy angustiado” (Goldstein, 1940:77). Frieda observó esta conducta en los pacientes esquizofrénicos.⁵ “Se presenta la hipótesis de que las personas mentalmente perturbadas adquieren frecuentemente una reacción catastrófica de ansiedad en respuesta a su incapacidad, compulsivamente determinada, de cambiar sus pautas deformadas e inmaduras de las relaciones interpersonales” (Fromm- Reichmann, 1955:200).

Frieda trabajó en el sanatorio de Johannes H. Schultz (1884-1970), en Dresden, de 1920 a 1923. Él era un amigo de Karl Jaspers. Aquí aprendió psicoterapia. Escribió un artículo en colaboración con Schultz sobre la psicoterapia de sugestión e imaginación hipnagógica. Usa técnicas autogénicas que consisten en alcanzar la relajación muscular por medio de ejercicios de autohipnosis. El adiestramiento autógeno se alcanza con un descenso de conciencia por medio de los siguientes ejercicios: pesantez, es decir, actitud de cochero con ejercicio del relajamiento de los músculos de los brazos, vivencia de calor con el relajamiento de los vasos sanguíneos de los brazos, regulación del corazón, control de la respiración, la regulación de los órganos digestivos y el control de la zona cefálica (Stokvis, 1958).

En este sanatorio conoció la importancia de la psicoterapia de danza para pacientes psicóticos a través de su colega Hans Prinzhorn (1886-1933), inspirado por su amante, la bailarina Mary Wigman, de 1922 a 1924. Él analizó algunos pacientes junto con Jung. Alrededor de 1920-1921, en Dresden, conoció a Erich Fromm (1900-1980) a quien acompañaba su novia Golde Ginsburg (amiga de la infancia de Frieda y futura esposa de Leo Löwenthal, éste en análisis con la doctora Reichmann). Erich también fue paciente de Frieda, se enamoraron y luego se casaron el 14 de mayo de 1926. Se separaron en 1931. Cuando él padeció tuberculosis ya no regresó a ella después de estar recuperándose en Davos, Suiza. Se divorciaron el 14 de mayo de 1942. Ella jamás volvió a casarse. Mantuvieron una relación de amistad e incluso él estuvo en sus exequias y lloró la pérdida.⁶

Sobre su encuentro con el psicoanálisis, había escuchado que Karl Abraham dictó la conferencia sobre el significado del trauma sexual del joven para la sintomatología de la demencia precoz, el 27 de abril de 1907, en Prusia del Este. La doctora Reichmann se formó como psicoanalista en Berlín, de 1923 a 1926. Sus analistas fueron Wilhelm Wittenberg (1874-1928), en Munich, y Hanns Sachs (1881-1947), en Berlín. Ella fue miembro de la Sociedad Psicoanalítica Alemana.

Frieda se instaló en Heidelberg, en enero de 1924, y formó un sanatorio para enfermos con un sentido religioso de orientación psicoanalítica: “Torahpeutikum”, nominado así por Scholem, con 15 plazas para judíos ortodoxos. Era una especie de internado y hotel judío-psicoanalítico cerca de Dresden. Era una atmósfera judía, psicoanalítica, sionista-socialista y filosófica. Cocinaban comida kosher, asistían a la sinagoga y a las ceremonias religiosas porque se practicaban las festividades. Confiesa Frieda que “la relación con el judaísmo y con lo judío siguió siendo un elemento muy central en mi vida” (p.14). Con los rituales y la psicoterapia psicoanalítica convivían neuróticos, psicóticos y enfermos psicósomáticos. El sentido de identidad y comunidad del sanatorio era equivalente a la visión del mundo de la Escuela Libre de Estudios Judíos para adultos de Frankfurt, de Franz Rosenzweig, donde enseñaban Martin Buber, Gershom

5.- † Maria Rickers-Ovsiankina demostró en un experimento con 125 esquizofrénicos frente a la tarea frustrada: no se concentran y se distraen hacia actividades periféricas. Una actividad superficial libre previene de otra que supone una mayor implicación. La conclusión es que hay un retiro emocional con los objetos. Cf. Rickers-Ovsiankina M. Studies on the Personality Structure of Schizophrenic Individuals: Reaction to Interrupted Tasks, Journal of General Psychology, 1935: 179-196.

6.- En términos académicos ella reconoció el trabajo de su ex marido citándolo con profusión; en cambio, Fromm citó el trabajo de su ex mujer puntualmente referido a la esquizofrenia en *El miedo a la libertad* (1941) y en *Anatomía de la destructividad* (1968), y en el artículo “Sexo y carácter” (1943) publicado en *La condición humana actual* (1964); la referencia es sobre la madre. Es evidente la desproporción por los intereses tan diversos de ambos autores. Frieda fundamentalmente clínica y Erich un psicoanalista con un enfoque social y humanista.

Scholem, Agnon, Löwenthal y Fromm.

En su casa de Heidelberg se reunía con ella Groddeck.⁷ Éste había establecido su sanatorio Marienhöhe en Baden-Baden de 1900 a 1934. El tratamiento era con hidroterapia, dietas, masajes y ejercicio; como terapeuta centró su atención en síntomas orgánicos y su significado simbólico. Fue pionero en enfermedades psicosomáticas. Después incorporó el psicoanálisis. Un visitante asiduo para el tratamiento de su enfermedad de anemia perniciosa era Ferenczi;⁸ la doctora Reichmann supervisó con él cada semana en 1927. A ella le atrajo la técnica del análisis activo propuesto por su supervisor.

El método de la técnica activa de Ferenczi (1920), que no se emplea al inicio del tratamiento, consiste en utilizar artificios para que el paciente cumpla con más rendimiento la regla básica de la asociación libre. Cuando hay un *impasse* se le ponen ciertas tareas específicas. Órdenes y prohibiciones es un suplemento, un expediente, un asunto educativo, breve. Actúa contra el principio de placer. Establece un término para finalizar, ceñirse a una decisión tomada, aplazada por la resistencia; con esto se distribuye la energía psíquica del paciente, estimula la sensibilidad del yo, se opone a las tendencias de repetición. El analista debe soportar la transferencia. En el tratamiento se observan movimientos corporales, posiciones, gesticulaciones, modulaciones de voz. Brosin (1952) considera que Ferenczi y Groddeck abrieron nuevas sendas para la comprensión de los mecanismos psicóticos. En este sentido Frieda bebió de este manantial para su trabajo clínico.

También era frecuente la visita de Simmel a Groddeck y tal vez fue influenciado por él para instalar su propio sanatorio. Simmel⁹ abrió, de 1927 a 1931, su sanatorio en Berlín-Tegel, con 25 a 30 camas para pacientes con neurosis, trastornos de carácter y toxicómanos. “Mi meta fue aislar al paciente de su medio” (Simmel, 1937:137). La atmósfera del sanatorio restringe el campo de la transferencia. La base es que en la vida cotidiana del futuro paciente, previamente a su ingreso, está dominado por una trascendente red irracional de transferencias. También se observa el fenómeno de la interacción entre lo psíquico inconsciente y los procesos somáticos.

7.- † Georg Groddeck (1866-1934). Estudió medicina en la universidad de Berlín. En 1917 escribió su primera carta a Freud. Le interesó la transferencia materna en el tratamiento: todo paciente es un niño. Freud le dijo a Groddeck en navidad de 1922 que lamentaba su deseo de separarse de la carrera analítica, y simultáneamente le reprocha para qué hace énfasis en la transferencia materna y soslaya a la paterna. El concepto del Ello procede de Groddeck (el origen se encuentra en Nietzsche). Cf. Grotjahn M. Georg Groddeck (1866-1934). El analista indómito. En: Alexander F, Eisenstein ES, Grotjahn M (comps.). Historia del psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1966. Groddeck escribió novelas: El escrutador de almas. Novela psicoanalítica (1921), México, Editorial Era, y El libro del ello. Cartas psicoanalíticas a una amiga (1923). Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

8.- ‡ Sándor Ferenczi (1873-1933). Nació en Miskolc, cerca de Budapest, y estudió medicina en Viena. Hizo hipnosis. Fue jefe de neurología en el hospicio Elizabeth. Conoció a Freud en 1908. Se analizó con él. En el tratamiento observaba los movimientos corporales, las posiciones, gesticulaciones y registraba las modulaciones de voz. Propuso la organización del psicoanálisis internacional. En 1913 fundó la Sociedad Psicoanalítica Húngara. En 1926 asistió a la New School for Social Research en Nueva York, donde permaneció ocho meses. Inventó la Técnica activa del psicoanálisis. Cf. Thompson CM. Sándor Ferenczi, 1873-1933. Contemporary Psychoanalysis, 1988(24): 182-195.

9.- Ernst Simmel (1882-1947). Nació en Breslau, Alemania. Médico y psicoanalista. Simmel fue Presidente de la Sociedad de Médicos Socialistas. Durante la primera guerra utilizaba hipnosis, conversaciones psicoanalíticas e interpretaciones de sueños, y un muñeco para que el paciente le pegase y así poder soltar la agresión reprimida. Fundó con otros la Sociedad Psicoanalítica de Berlín. La policlínica psicoanalítica de Berlín se inauguró en 1920 financiada por Eitingon. Colaboraron Simmel y Anna Smeliansky. Recibieron asistencia docente de Abraham, Karen Horney y Liebermann. Freud le regaló uno de los anillos del comité secreto. Por un breve periodo de cárcel se escapó a Suiza. Emigró a EUA y se instaló en San Francisco, donde fundó la sociedad psicoanalítica. Allí colaboraron Erikson, Fenichel y en los años cuarenta difundieron unas conferencias sobre antisemitismo en que participaron Adorno y Horkheimer. Cf. Peck JS. “Ernst Simmel (1882-1947). Introducción al psicoanálisis en California”. En: Alexander F, Eisenstein ES, Grotjahn M (comps.), Historia del psicoanálisis, Vol. 6, Buenos Aires, Paidós, 1966.

En el otoño de 1925 Kurt Goldstein y un colega, iniciaron una ronda académica de psicoanálisis en el Hospital Universitario de Frankfurt, en una serie de seminarios donde Landauer, Fromm-Reichmann y Clara Happel presentaron pacientes. En octubre de 1926 se abrió el grupo psicoanalítico de Frankfurt renombrado Grupo de Estudios Psicoanalíticos del Sudoeste Alemán, con Karl Landauer, Heinrich Meng, Clara Happel, Franz Stein, Erich Fromm y Frieda Fromm-Reichmann. Más adelante ingresa S. H. Foulkes (quien también había sido discípulo de Goldstein). Frecuentemente era invitado Groddeck. El grupo decidió fundar un instituto. Por su conexión con Horkheimer, Landauer logra situar las oficinas del Instituto de Psicoanálisis en el mismo local del Instituto de Investigación Social de la Universidad de Goethe, de Frankfurt. El director del Instituto de Psicoanálisis fue Karl Landauer.¹⁰ Había disertado en la sesión de los miércoles en Viena con una conferencia sobre la psicología de la esquizofrenia el 10 de diciembre de 1913. Apuesta a que el esquizofrénico podría beneficiarse con el tratamiento psicoanalítico, presentando algunos casos, pero advierte que puede recibir una nueva herida y entonces no hay esperanza. Por supuesto, Freud responde, en el mismo encuentro, que este tipo de pacientes, al retirar su libido de la realidad, no pueden establecer transferencia y, por lo tanto, no son susceptibles de psicoanálisis. Sin embargo, el mismo Freud modifica tangencialmente su punto de vista. En la teoría topológica escribe que “las psicosis, los estados de confusión y de depresión profunda (diría tóxica) son, pues, inapropiados para el psicoanálisis al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis” (Freud, 1904:253). Con el avance teórico hacia la teoría estructural formula la siguiente tesis, a saber, “... las esquizofrenias se saben que tienden a desembocar en la apatía afectiva, vale decir, la pérdida de toda participación en el mundo exterior. En relación con la génesis de las formaciones delirantes, algunos análisis nos han enseñado que el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (Freud, 1924:157).

Por su parte, Landauer, en el mismo año, reflexionó que utilizando técnicas pasivas va esparciendo los beneficios relativos para la esquizofrenia. Recomendó una educación gradual considerando el uso de mecanismos proyectivos e interpretación activa de las reacciones de transferencia hostiles. En cambio, las transferencias positivas son eludidas (Landauer, 1924). Es evidente, como veremos más adelante, que es un antecedente importante para Frieda en su interés por la esquizofrenia. Landauer supervisó a Erich Fromm. Por su parte, Fromm perteneció a ambos institutos y Frieda colaboró en la revista del Instituto de Investigación Social, con una reseña sobre el libro *Carácter, vida y matrimonio* de Fritz Kunkel (Fromm-Reichmann, 1932). Ambos institutos fueron clausurados en 1933.

Por la persecución a los judíos, Frieda se exilió en Estrasburgo, Alsacia-Lorena, el 1 de julio de 1933. Por un desencuentro con la Sociedad Francesa de Psicoanálisis, abandonó la ciudad para viajar hacia Palestina en junio de 1934, donde se encontró con sus hermanas.

Frieda emigró hacia EUA, llegó a Nueva York en abril de 1935. Se estableció entonces en Rockville, Maryland, en el sanatorio Chesnut Lodge en junio de 1935, un puesto conseguido por Fromm para ella a través de una llamada telefónica a Ernest Hadley, analista del sanatorio de Dexter Bullard. Iba a ocupar una vacante durante el verano, pero se instaló y trabajó allí toda su vida. Integraron el staff Bullard, director, los psiquiatras Edith Weigert (trabajó en el sanatorio Tegel), Marjorie Jarvis, Ben Weininger, Mabel Blake Cohen, Robert Morse (procedente de la clínica Menninger), Alfred Stanton, Otto Will, Robert Cohen y

10.- Karl Landauer (1887-1945). Sobrino nieto de Ludwig Binswanger. Se especializó en psiquiatría con Kraepelin, en 1910, y con Freud en 1912. En las reuniones de los miércoles discutía sobre narcisismo y psicosis. Continuó su entrenamiento en el hospital psiquiátrico de Frankfurt en 1918 y su práctica analítica en 1923. Cuando fue clausurado el Instituto de Investigación Social de Frankfurt y el Instituto de Psicoanálisis, en 1933 viajó a Suecia y en el mismo año se trasladó a Holanda. Menninger le ofreció una plaza en su sanatorio, pero prefirió permanecer en Amsterdam. Fue apresado por los nazis en 1943 y falleció de hambre en Bergen Belsen. Anne Frank también murió en el mismo campo de concentración, Cf. Delahanty G. “Anne Frank. Días de tumba o viaje hacia la muerte”. Revista de Estudios sobre la juventud. Nueva Época, 1985 (6): 127-138.

Helm Stierlin, entre otros. También David Rioch, neurólogo, y Margaret Rioch, la primera y única psicóloga por años¹¹.

Frieda vivió en una casa, dentro del sanatorio, llamada Cottage, en la cual escuchaba su música, recibía visitas de amistades y allí instaló su consultorio para tratar a los pacientes de la clínica. Sus ratos de ocio los ocupaba en leer, contestar su correspondencia, escuchar música, tocar piano y asistir a conciertos en Washington. Viajaba a Europa algunos veranos para visitar a sus amistades. En 1939 compró una casa en Santa Fe, Nuevo México, para ir los veranos allá. Le fascinaba el silencio del desierto y también le recordaba Palestina. Observaba con devoción las danzas y ceremonias tribales de los zuñi.¹² Estableció amistad con Edith Weigert, Marjorie Jarvis y de manera más estrecha con Gertrud Jacob (1893-1940), psicoanalista y pintora sobre temas de esquizofrenia. En Alemania la conoció como colega y paciente. Después viajaron juntas a Alsacia, Palestina y América. La doctora Jacob, con sólo un lapso de seis meses de trabajo en la clínica Menninger, retornó a Chesnut Lodge. Compartieron la residencia del sanatorio y la casa de verano.

Se instituyeron las conferencias clínicas de Sullivan¹³ en el sanatorio, dos veces por semana, de octubre de 1942 a abril de 1946. Los temas tratados son que no hay distinción entre tú y yo, “el resultado de las operaciones verbales realizadas en beneficio del yo, la frontera entre el paciente y el universo personal sufre el mismo proceso de difusión”. La comunicación desde su punto de vista referencial, “cuando el esquizofrénico trata de comunicarse de ese modo, parece como si su persona estuviese implicada en la marcha de todo el universo, o como si estuviese implicada con vastas entidades cuyo desempeño es, por así decirlo, un drama cósmico que pugna por hallar la solución de un problema vital con arreglo a los mismos métodos que caracterizan a una pesadilla” (Sullivan, 1942-1946:331). Más adelante añade: “Por la inseguridad y angustia en sus relaciones interpersonales el esquizofrénico se ha metido prácticamente en todos los callejones sin salida que el mundo conoce” (p. 379). Gran parte de las operaciones terapéuticas concebidas con el propósito de acentuar el sentimiento de seguridad del esquizofrénico deben ser ejecutadas indirectamente. La relación interpersonal y la angustia son elementos que tomó Fromm-Reichmann: “El propósito de la situación interpersonal es lo que distingue la relación transferencial psicoanalítica de otras relaciones de intimidad personal” (Sullivan, 1931- 1932:294).

El enfoque interpersonal de Sullivan considera a la influencia de una madre “mala” en el niño, la parte constructiva y destructiva del esquizofrénico. El fenómeno que describió Fromm-Reichmann fue el de

11.- Realizó una investigación sobre los cambios en los esquizofrénicos antes y después de la psicoterapia psicoanalítica intensiva, con protocolos de 36 sujetos registrados por el test de Rorschach. Sus conclusiones en 22, son que los 19 pacientes externos muestran un marcado cambio en el balance de FC: (CF+C) hacia F, un incremento en F% de 56 a 63 y una disminución de W%. En los internos, en general, hay una distorsión de la percepción, y de éstos, en 5 casos se incrementa el CF con un descenso de F%. Cf. Rioch MJ. “The Use of the Rorschach Test in the Assessment of Change in Patients under Psychotherapy”. *Psychiatry*, 1949 (12): 427-434. Por su parte, Schafer considera que las investigaciones del antes y después medidas con el test de Rorschach apuntan a la esfera del contenido, y no a los aspectos estructurales del yo. Cf. Schafer R. “Psychological Test Evaluation of Personality Change during Intensive Psychotherapy (1955)”. En: *Projective Testing and Psychoanalysis*. New York, International Universities Press.

12.- En la descripción etnográfica de los zuñi, Benedict R. *El hombre y la cultura*. Buenos Aires, Centro editor de América Latina, 1934, relata la ceremonia de la danza. Es un ritual para atraer la lluvia a la meseta desértica y se pueda cosechar lo sembrado.

13.- Harry Stack Sullivan (1892-1949). Nació en Norwich, Nueva York. Descendiente de emigrantes irlandeses. Estudió medicina en Chicago y psiquiatría en el hospital Sheppard y Enoch Pratt, en Maryland. Después en el hospital Saint Elizabeth, de Nueva York. Fundó la Sociedad Psicoanalítica de Washington-Baltimore. Sullivan indujo a su amiga Clara Thompson, de origen húngaro, a que cada verano se analizara con Ferenczi y le contara su experiencia. La base filosófica de Sullivan se remonta a William James con el pragmatismo, vía George Mead, con la noción del sí mismo (self), categoría diferente a la procedente del psicoanálisis. Toma en cuenta la cultura de los antropólogos y el lenguaje de Sapir. Sullivan también estuvo en contacto con el politólogo Lasswell. Junto con Sapir y con el padrinazgo de William Alanson White (maestro de Sullivan), los tres crearon la fundación para estudiar los aspectos psiquiátricos y de las ciencias sociales en la dinámica del individuo. Murió en un hotel de París en el transcurso de una serie de conferencias.

madre esquizofrenógena, que consiste en que “el esquizofrénico es dolorosamente desconfiado y resentido frente a otras personas, debido a la severa deformación y al rechazo que ha padecido tempranamente de manos de personas importantes, en su infancia y niñez, por lo común principalmente de una madre esquizofrenogénica” (Fromm-Reichmann, 1948:70). Este concepto es criticado por Hill (1955) considerando que a los psicoanalistas no les gusta o no sienten simpatía o no comprenden a la madre del esquizofrénico; además considera que no es un término científico y que, sin embargo, ha ganado popularidad.

SANATORIO CHESNUT LODGE

Fromm-Reichmann trató el problema del funcionamiento de un hospital psicoanalítico como una comunidad terapéutica. El ambiente terapéutico cuenta: primero, con supervisión individual; segundo, a través de un grupo de trabajo compuesto por cinco médicos que se reúnen dos veces por semana, y tercero, todo terapeuta ha de recibir un tratamiento psicoanalítico. Hay dos conferencias semanales para exposición clínica, discusión de los mecanismos psicológicos del progreso o fracaso y un debate del estado actual del paciente. El personal es entrenado no para adaptar socialmente al paciente a la comunidad, sino para habitar el recinto con un sentido responsable y comprometido. El rol del paciente asignado y comprometido se refiere a las características peculiares de su personalidad con una función social en la comunidad terapéutica. Las actitudes, opiniones, ideología y tendencias de la personalidad como el autoritarismo, juegan un papel determinado en la institución. Cuando el esquizofrénico entra al sanatorio, trae consigo expectativas, temores, etc., relacionados con el comportamiento cognoscitivo-social, independiente a su padecimiento. Ingresa definido su género, identidad, etnia, status, clase social, ideología y religión (Levinson y Gallaher, 1964).

En Chesnut Lodge se estableció una reunión semanal del personal para debatir nuevas admisiones y problemas administrativos corrientes. Al paciente se le propone recorrer la sala, hacer visitas y participar en algunas de las actividades sociales del hospital. En la sala debe de haber un terapeuta administrativo y uno psicoanalítico asignados a cada paciente. Cada psicoanalista trata hasta seis pacientes con cuatro sesiones por semana de aproximadamente una hora (Stierlin, 1977). Se supervisa el tratamiento psicoanalítico. Se formaron grupos de cuatro a seis psicoterapeutas para tratar los problemas de contratransferencia, dos veces por semana.

El administrativo se encarga de las visitas, privilegios, participación en la terapia recreativa y ocupacional, dieta, atención médica y medicación. Se hace imperativa la interferencia administrativa en los intentos de suicidio, homicidio, las fugas y las relaciones sexuales entre pacientes. Según Stanton y Schwartz (1954) la desfragmentación del esquizofrénico aumenta por o con el personal hospitalario. Fromm-Reichmann realizó terapia de grupo con esquizofrénicas con la cooperación de la enfermera Margaret Ursell y del sociólogo Morris S. Schwartz. En la clínica una discípula de Fromm-Reichmann, Marian Chace, aplicó la psicodanza. Se utiliza en el sanatorio desde 1942. La psicodanza es el empleo de movimientos de baile como medio de comunicación no verbal, liberación emocional, relajación física e incremento de la conciencia de sí. Es un medio, según ella, para establecer contactos iniciales con los pacientes.

LA DANZA MODERNA CREATIVA

Se reúne un grupo en el que se permite la libre expresión y espontaneidad; los pacientes pueden ocupar eventualmente el papel de líder. En el hospital se ponía como una clase. La flexibilidad de la terapeuta es importante. El contacto físico es permisible solamente como expresión de la dinámica de la danza (Chace, 1953). También se realizaba psicodrama.

Fromm-Reichmann, reconocida como psicoanalista, se convirtió en didáctica, supervisora y docente de la Sociedad Psicoanalítica de Washington-Baltimore de 1939 a 1941. Fue presidente de la institución. Supervisaba en Washington y en Baltimore. En su consultorio también realizaba práctica privada; por ejemplo, fueron analizados por ella Otto Will y Robert Cohen. Sullivan y ella fundaron la Escuela de Psiquiatría de Washington. Ésta se basa en la premisa de Sullivan de apuntar más a las relaciones interpersonales y menos a la estructura intrapsíquica (Ruesch, 1951).

INVESTIGACIÓN

Searles (1966) cuenta que participó en un proyecto de investigación de Fromm-Reichmann en el sanatorio sobre las comunicaciones verbales. El problema estaba relacionado con tratar de distinguir si era una manera de hablar o como representaciones subjetivas distorsionadas de los esquizofrénicos. Searles descubrió que la experiencia subjetiva de los esquizofrénicos es genuina, terriblemente distorsionada, caóticamente fragmentada o rudimentariamente diferenciada o helada, como sugieren sus palabras. La investigación versa sobre procesos intuitivos del psicoanalista que trabaja con esquizofrénicos (Fromm-Reichmann, et al., 1955).¹⁴

Fromm-Reichmann fue invitada en 1954 como miembro de un grupo de comunicación organizado por la Fundación Mac; de los 13 miembros sólo Margaret Mead y ella eran mujeres. Las sesiones de grupo se realizaban cada pocos meses y eran oportunidades para intercambiar ideas. Allí conoció a Lorenz y Tinbergen. En enero del mismo año invitó a Jackson¹⁵ a las conferencias organizadas por ella en el Hospital Administración de Veteranos de Palo Alto, California. Su disertación fue sobre el trastorno que sufre una familia ante el esquizofrénico. La homeostasis se modifica cuando la psicoterapia intensiva con un paciente se frustra por el comportamiento de otros integrantes de la familia, o cómo sufre trastornos otro miembro cuando mejora el paciente a través de la psicoterapia (Jackson, 1959).¹⁶

En la primavera de 1955 es invitada al Centro de Estudios Avanzados de Ciencias de la Conducta de Palo Alto para un año sabático (también su amigo Löwenthal fue *fellow* durante ese año.) Ella organiza un grupo interdisciplinario de investigación: antropólogos, lingüistas, a su amigo el psiquiatra Henry Brosin. Reclutaron a Gregory Bateson, biólogo y etnólogo, y a Ray Birdwhistell, kinesiólogo. El grupo realizó un microanálisis de una entrevista entre una madre y su hijo psicótico. Trabajaron con filmaciones realizadas por Bateson sobre familias de esquizofrénicos, estableciendo la base del doble vínculo. “El doble vínculo consiste en que la madre, padre o hermanos, dan un mensaje con una instrucción negativa primaria y simultáneamente una instrucción secundaria que contradice a la primaria, en un nivel más abstracto, comunicada por medios no verbales como la postura, el gesto, el tono de voz, y una instrucción terciaria que prohíbe a la víctima escapar del campo. Se crea un patrón de instrucciones conflictuales” (Bateson et al., 1956:206-207). Por otra parte, señalaron que Fromm-Reichmann utilizó un doble vínculo con una esquizofrénica para aceptar el tratamiento. Es un vínculo benévolo en el cual no participa como lo hicieron entonces las figuras parentales. En el obituario, Bateson (1958) opinó que Frieda estaba interesada en incorporar a su marco de referencia psicoanalítico las diversas ramas de la lingüística, semántica y teoría de la comunicación para comprender el lenguaje no verbal de los pacientes.

Es interesante anotar el vínculo con Moreno. Éste dicta una serie de conferencias por Europa en 1954 y se las envió a diversos autores para su comentario, entre ellos a Fromm-Reichmann. Moreno (1954) recibió un comentario de Frieda en el que ella resalta la importancia que para él ofrecen los elementos realistas de la relación médico-paciente, pero critica su falacia sobre la transferencia y contratransferencia cuando habla de Freud. Además, en el Centro de Estudios de la Conducta en Palo Alto, escribió una introducción al libro que Jacob Levy Moreno edita con ella (Fromm-Reichmann y Moreno, 1956). En el texto hace una revisión histórica y transitan autores desde Freud, Sullivan, Goldstein, Fromm, Kubie, Erikson, Spitz, Hartmann,

14.- Meza realizó en el sanatorio una investigación sobre el borderline, cuyo rasgo característico es la manifestación de la cólera como respuesta emocional ante la intolerancia a la frustración. Cf. Meza, C. El colérico, México, Joaquín Mortiz, 1970.

15.- Donald DeAvila Jackson (1920-1968). Nació en Oakland, California. Estudió medicina en la Universidad de Stanford. Se especializó en psiquiatría, y se formó en el sanatorio Chesnut Lodge en 1947, supervisado por Sullivan y Fromm-Reichmann. En el Instituto de San Francisco terminó su formación psicoanalítica. Más adelante incursionó en la psicoterapia familiar, y dejó el psicoanálisis. Fundó el Mental Research Institute (MRI). Cf. Wittezae J-J, García T. La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona, Herder, 1992.

16.- Jackson participó con Carl Whitaker, Thomas Malone, John Warkentin, John N. Rosen, Malcolm L. Hayward, J. Edward Taylor y Gregory Bateson, del 15 al 27 de octubre de 1955 en un intercambio de ideas acerca de la psicoterapia para la esquizofrenia. Cf. Whitaker C (comp.). Psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos crónicos. Buenos Aires, Editorial Escuela, 1958.

Kris y Loewenstein, Moreno, Rogers, Wheelwright,¹⁷ etc.

TÉCNICA PSICOANALÍTICA PARA LA ESQUIZOFRENIA

Una de las aportaciones básicas de Fromm-Reichmann es la posibilidad de aplicar las técnicas psicoanalíticas al tratamiento de la esquizofrenia. La psicoterapia es un proceso interpersonal. Intervienen el psicoterapeuta y el paciente, cada uno en función de su rol. El psicoterapeuta es un observador participante en la relación interpersonal, debe saber escuchar, obtener datos para la comprensión y toma de conciencia genética y dinámica de la enfermedad mental. Mi propósito es exponer de manera sucinta sus recomendaciones de la psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia intensiva para la esquizofrenia. El modelo de exposición sigue el método de un proceso de psicoterapia, a saber, primera entrevista, contrato, interpretación, proceso de transferencia y resistencia, y terminación. En el texto se parafrasean los conceptos de nuestra autora para evitar abundantes llamadas de referencias (Fromm-Reichmann, 1939; 1948; 1950; 1952; 1954; 1957).

PRIMERA ENTREVISTA

En la primera entrevista se propone reunir datos sobre la vida y las condiciones vitales presentes y se obtiene información acerca de las dolencias del paciente. Se busca el conocimiento y la comprensión del trauma inicial. Se inicia con preguntas sobre sus quejas y la naturaleza de sus problemas y sufrimientos, el motivo de la consulta, lo que impulsan a él o a ella, sus familiares o amigos, para decidir la visita al psicoanalista. Se recomienda contar con bastante tiempo para la entrevista inicial.

En las primeras sesiones conviene investigar las circunstancias actuales, el ambiente original, los factores precipitantes, síntomas corporales y afectivos que precedieron o acompañaron a la manifestación psicótica. Según Sullivan, se deben observar y evaluar todas las palabras, los gestos, los cambios de actitudes y del semblante del paciente. Cada producción tiene sentido para el paciente. “La reunión de los datos conocidos y de los recuerdos perdidos de la historia del paciente forma parte del procedimiento terapéutico” (Fromm-Reichmann, 1952:103).

Más adelante, con la aprobación previa del paciente, se sugiere entrevistar a una persona significativa de su entorno. En algunas ocasiones es recomendable y de gran provecho establecer una reunión conjunta del paciente, la familia y el psicoanalista. Para Alberta Szalita (1968) la constelación familiar ofrece datos adicionales muy importantes para la comprensión de las interacciones del paciente y de cómo se refleja en el espejo de sus parientes.

Finalmente, el paciente ha de acudir al Departamento Psicológico para realizar una evaluación de su personalidad a través de un test. Desde esta óptica Rapaport (1950) expresa que los instrumentos del psicodiagnóstico (Rorschach, WAIS, etc.) son un complemento de la historia clínica y del examen mental psiquiátrico en que se obtiene una objetiva selección de segmentos del comportamiento revelando la personalidad del sujeto.

CONTRATO

El contacto con el esquizofrénico debe comenzar con un largo periodo preparatorio de entrevistas diarias (como en el psicoanálisis de niños), durante el cual se da al paciente la oportunidad de familiarizarse con el analista, de descubrir si éste puede resultarle útil, y de superar su suspicacia y su ansiedad respecto a la gentileza y la consideración que le ofrece el analista. Por supuesto no se debe ofrecer amistad, debido a que es una relación estrictamente profesional. Eliminar los contactos no profesionales no implica impedir “crear una atmósfera de aceptación, comodidad y comprensión, o de eliminar los factores productores de ansiedad

17.- Wheelwright considera que el trabajo analítico temprano de Jung es semejante al de Frieda Fromm-Reichman y al de Erikson. Cf. Wheelwright JB. “Cómo analizo” (1982). En: Spiegelman JM (comp.). Analistas junguianos. Barcelona, Ediciones Índigo. A su vez, Erikson escribió un prólogo para su libro: “A Joseph Wheelwright, mi amigo junguiano”. En: Schlein S (comp.). Un modo de ver las cosas. México. Fondo de Cultura Económica.

del contorno” (Fromm-Reichmann, 1952:102).

Después de esto el paciente puede cobrar confianza en la psicoterapia. Cuando es aceptado, su dependencia se incrementa. En este sentido se torna mucho más sensible a cualquier signo de rechazo por su honda inseguridad.

Se propone un acuerdo con el paciente acerca de la naturaleza del tratamiento. En éste no se pide al paciente que se recueste ni que produzca asociaciones libres; estos requerimientos no tienen sentido para él. Es mejor estar cara a cara, sin el uso del diván. Debe sentirse libre para sentarse, tenderse en el suelo, caminar, usar cualquier silla disponible, reposar o sentarse en el diván. Nada importa excepto que el analista haga sentir al paciente lo suficientemente cómodo y seguro para abandonar su aislamiento narcisista defensivo y usar al médico para restablecer contacto con el mundo.

Es contraindicada la entrevista de una hora programada rígidamente; lo mejor es hacer planes flexibles que cancelen la sesión, sesiones de varias horas o entrevistas fuera de programa. Se recomiendan de cuatro a seis entrevistas por semana, de una hora o más de duración. En algunas clínicas se propone una sesión de una hora y media por semana para cada paciente. Si el paciente se encuentra demasiado angustiado al final de la sesión, conviene esperar unos minutos más para que se tranquilice y enseguida cerrar la consulta. Por mi parte, de acuerdo con mi propia experiencia en una sala de neuropsiquiatría con orientación psicoanalítica, sugiero 20 minutos por sesión como promedio. Tal vez ella hizo su propuesta porque habitaba en el mismo sanatorio que sus pacientes.

El paciente puede estar una hora en silencio. Artísticamente el analista ha de interrumpir el silencio cuando éste se vuelve una fuente de angustia para el paciente. Debe escuchar como instrumento de psicoterapia y ser capaz de tolerar el silencio. Conocer que el silencio en ocasiones es hostil y a menudo un signo de resistencia; sin embargo, comprender que el paciente no supo comunicarse porque los diálogos fueron distorsionantes durante su infancia. Es una forma de comunicación empática. No es posible una comprensión intelectual del paciente sin la comprensión empática y el manejo hábil entre psicoanalista y paciente. Cuando está perturbada la comunicación por escasas verbalizaciones conviene realizar técnicas de juego.¹⁸

Mientras Sullivan usa la técnica de asociación libre para llenar las fallas de la memoria, ella no emplea la técnica de asociación libre, pero sí analiza los sueños. Sueños y producciones psicóticas son análogos (Fromm-Reichmann, 1950). Cuando un psicoanalista no confía en su memoria debe tomar notas, pero no durante la sesión, sino después.

Los síntomas de las ideas delirantes, las alucinaciones, el estupor, la excitación catatónica, las ideas persecutorias, los impulsos hostiles suicidas y homicidas y de automutilación, la negativa a comer y eliminar los excrementos, etc., se tratan con el marco de referencia sobre el reaseguramiento para de esta manera evitar la ansiedad. Con todo, la actitud narcisista de aparente vanagloria no es más que una defensa. Su retraimiento narcisista posee una noción de irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo; anhela un contacto y una comprensión humanos, pero teme admitirlo por miedo a una nueva frustración. “Temor inmortal del esquizofrénico, históricamente determinado, de ser olvidados, rechazados o abandonados, y su incapacidad de solicitar la aceptación y la atención que quieren” (Fromm-Reichmann, 1954:116). Dependencia-hostilidad, incapaz de dar y recibir amor por la carencia temprana. Con todo, “el esquizofrénico teme a toda oferta de intimidad” (Fromm-Reichmann, 1952:102). El esquizofrénico “es suspicaz y desconfiado ante todo el mundo. Y especialmente al psicoanalista que se acerca con la intención de entrometerse en su vida privada y en su mundo aislado” (Fromm-Reichmann, 1939:9). Por su parte, el terapeuta debe tolerar su soledad y su temor al rechazo por la separación del paciente. “Damos a nuestros pacientes esquizofrénicos todos los signos de consideración empática que necesitan a raíz de su sufrimiento. Si es posible, preferimos

18.- Saúl Rosenzweig y David Shakow mostraron experimentalmente que el uso de la técnica de juego en los pacientes esquizofrénicos es un instrumento que puede revelar la estructura y las tendencias de la personalidad y también como una base para que el paciente adquiera *insight*. Cf. Rosenzweig S, Shakow D. “Play technique in schizophrenia and other psychoses”, American Journal of Orthopsychiatric Association, 1939(12): 32-47.-

hacerlo por implicación o en insinuaciones no verbales” (Fromm-Reichmann, 1954:124).

INTERPRETACIÓN

Ofrecer sugerencias terapéuticas en forma de afirmaciones y preguntas concisas, concretas, significativas y unívocas. Franqueza. El paciente recibe sugerencias cuando está preparado a recibir las y no antes de tiempo. Cautela en las medidas activas. De acuerdo con el pensamiento concreto del esquizofrénico se ofrece la sugestión una a la vez y también porque es plausible que la angustia se convierta en pánico. En consecuencia, en la labor interpretativa con esquizofrénicos, se debe tener en cuenta la lentitud, limitación y concretismo de los procesos del pensamiento.¹⁹

Detectar el grado de ansiedad que despierta una interpretación en el paciente. Reconocer la irracionalidad de sus ansiedades y dirigirse a la parte adulta del paciente. La exploración de las raíces dinámicas de la ansiedad es la meta potencial de todas las fases de ansiedad. Investigar las causas dinámicas y genéticas conocidas y desconocidas de las ansiedades del paciente, conocer sus operaciones de seguridad y sus defensas en relación con el psicoanalista.

Con el esquizofrénico el abordaje indicado es la interpretación de la dinámica y genética. Se debe investigar e interpretar las experiencias genéticas y los procesos dinámicos que causan las manifestaciones de los pacientes. “Es difícil decidir cuándo hacer una interpretación, es deseable dar al paciente la oportunidad de hallar sus propias respuestas, esta demora es importante en el tratamiento” (Fromm-Reichmann, 1957:135). Cuando el psicoanalista da interpretaciones el paciente entiende mejor el significado de su inconsciente.

El esquizofrénico ha de adquirir insight de la historia y las causas dinámicas desconocidas responsables de su trastorno. Se procura parquedad en la interpretación de contenido de sus producciones. A veces conviene no prestar atención a los delirios y alucinaciones si éstas no perturban demasiado al paciente. La interpretación es “necesaria cuando favorece la comprensión y la toma de conciencia de la genética y la dinámica de su perturbación. Cuando actúa el síntoma se le dice que no es comprensible, que es mejor decirlo con palabras. Es aconsejable enfocar terapéuticamente la irracionalidad de sus actos.

“La selección por el paciente del material de represión y disociación, según lo concibo, está condicionada por las normas culturales existentes que rigen su vida. Su medio de adhesión a estas normas es la aceptación de éstas por las personas de importancia en su contorno inmediato y dentro de su grupo” (Fromm-Reichmann, 1952:104).

La reelaboración de las experiencias hasta su comprensión se convierte en una toma de conciencia y esto es fundamental en la psicoterapia intensiva con los esquizofrénicos.

TRANSFERENCIA Y RESISTENCIA

“Exploración y esclarecimiento de la ansiedad y la sintomatología esquizofrénicas, nuestra atención terapéutica se centra en la investigación y aclaración dinámicas de los aspectos conscientes e inconscientes de la relación entre médico y paciente en sí misma y en sus aspectos transferenciales” (Fromm-Reichmann, 1954:127). Conocer la transferencia positiva, negativa y las distorsiones paratáxicas. Aquí es evidente la influencia de Sullivan. Las experiencias interpersonales paratáxicas son distorsiones en las relaciones interpersonales presentes de la gente, son condicionadas y provienen de las experiencias interpersonales previas de un sujeto, de la infancia y niñez, pero no necesariamente debido a complicaciones con sus padres (Fromm-Reichmann, 1959).

19.- Bluma Wolfonna Zeigarnik investigó el pensamiento en esquizofrénicos y empleó unas láminas con la siguiente lista de objetos: animales domésticos y salvajes, instrumentos, personas de diversas profesiones, muebles de distintos tipos, frutas, viandas, árboles, etc. Ella encontró que en algunos esquizofrénicos se presenta el pensamiento concreto. Cf. Zeigarnik BW. Introducción a la patopsicología. La Habana, Editorial Científico Técnica, 1969.

“Los esquizofrénicos son capaces de establecer relaciones de transferencia adecuadas, pero la psicoterapia exitosa con ellos depende de que el psicoanalista comprenda la significación de estos fenómenos de transferencia, y los trate apropiadamente” (Fromm-Reichmann, 1939:19). Sus reacciones de transferencia son extremadamente intensas y sensibles. Comprender la transferencia y contratransferencia, atender a las maniobras conscientes de defensa y a las manifestaciones inconscientes de resistencia.

El terapeuta es un puente fidedigno entre la retirada del mundo y el contacto con la realidad. Aunque hay largos trechos en que el psicoanalista no puede acompañarlo, y por este motivo tiende a perturbarse, lo recomendable entonces es confiar en el proceso. “Ser un observador participante, un agente terapéutico y un representante de una mejor realidad, cuya experiencia le ha sido negada al paciente” (Fromm-Reichmann, 1957:138). Permitir repetir y resolver viejas pautas interpersonales patogénicas. No se deben recomendar expresiones hostiles, ni exponerse a la violencia del paciente; se evita para protección del psicoanalista y de la autoestima del paciente. No es aconsejable la aceptación silenciosa de la violencia, ni en palabras ni en acción. No dar amor, sino comprensión; el afecto no suple la carencia temprana del abandono. El aislamiento del paciente, la extrema dependencia y, sobre todo, el odio y la violencia, suscitan ansiedad en el psicoanalista. Hay deseo y rechazo de la dependencia, hostilidad y violencia contra sí mismos y contra los demás, y la ansiedad es abrumadora. La contratransferencia del analista se expresa de modo abrumador con miedo y angustia cuando se siente amenazado de recibir una herida física ante las reacciones violentas del paciente (Blake Cohen, 1952).

“Las dificultades de la psicoterapia intensiva con el esquizofrénico contienen dos fuentes principales, derivan de la dinámica de los pacientes y de la contratransferencia que provocan en el psicoanálisis” (Fromm-Reichmann, 1957:131).

El terapeuta debe superar y controlar sus propios sentimientos y motivaciones disociados y superar su propia inseguridad. Desde luego el paciente percibe la inseguridad del psicoanalista. La ansiedad del terapeuta perturba la inseguridad del paciente. “Una tranquilización constructiva consiste en alentar al paciente a expresar y afrontar grados adecuados de hostilidad y ansiedad y sus causas” (Fromm-Reichmann, 1948:84). Conocer que hay desconfianza del paciente a las comunicaciones del psicoanalista. El paciente es un fisgón que conoce los lados endebles del psicoanalista que lo hieren narcisistamente, sobre todo a los carentes de sentido del humor. Según L. Bryce Boyer (1967), Frieda Fromm-Reichmann dio importancia a la contratransferencia y a la seguridad y personalidad del psicoterapeuta.

Frente a la frustración y las defecciones del psicoanalista hay cambios repentinos, dramáticos y tormentosos, del amor al odio, de la disposición de abandonar su mundo delirante a la resistencia y a un renovado retiro de la realidad. La resistencia contra la frustración se agota fácilmente.

“Si las reacciones del esquizofrénico son más turbulentas, y aparentemente más impredecibles que las del psiconeurótico, creo que ello se debe a los inevitables errores del modo como el psicoanalista trata al esquizofrénico, errores de los que puede no darse cuenta, y no a la incertidumbre de las respuestas emotivas del paciente” (Fromm-Reichmann, 1939:11). En otras palabras, “los contactos terapéuticos no son en sí mismos divertidos o dramáticos; son un duro trabajo destinado a liberar a la persona de su pesadilla pasada y llevar a la futura separación de los participantes” (Will, 1971:51).²⁰

En consecuencia, para llevar a cabo la psicoterapia intensiva se recomienda un análisis personal, bastante preparación y experiencia. Asimismo, asistir a 200 horas de supervisión y participar en la presentación de casos clínicos tres veces por semana.

20.- La prueba de Zeigarnik es un derivado del test de clasificación de Goldstein para la descripción del pensamiento abstracto o concreto que fue aplicado a pacientes con lesiones neurológicas. Cf. Goldstein K, Scheerer M. “Abstract and concrete behavior an experimental study with special tests”, *Psychological Monographs*, 1941(33) (2): 232. American Psychological Association. David Rapaport describe el test para administrarse en un estudio de psicodiagnóstico a neuróticos esquizofrénicos, con el objetivo de examinar la formación de conceptos de manera activa (clasificación) y pasiva (comprensión). Cf. Rapaport D, Schafer R, Gill MM. *Tests de diagnóstico psicológico*, Buenos Aires, Paidós, 1944-1946.

TERMINACIÓN

Cuando Fromm-Reichmann finaliza el tratamiento, habitualmente revisa con el paciente la historia de su padecimiento y discute los descubrimientos del psicoanálisis para establecer una continuidad entre los procesos mórbidos y los saludables (Weigert, 1958). En el postulado final de la psicoterapia intensiva, “se espera que el paciente se libere de los síntomas mentales, especialmente de la ansiedad excesiva, y pueda utilizar sus tendencias innatas hacia el desarrollo y la maduración personal, no estorbadas por la codicia, la envidia y los celos. Debería estar libre también para una gran expansión creadora de su personalidad y para esforzarse por la autorrealización. Debería poder dar y aceptar amor y cariño, y establecer relaciones durables de intimidad afectiva y física” (Fromm-Reichmann, 1956:65). La meta para ella es alcanzar la actualización del self de Goldstein y el carácter productivo de Fromm. Lo primero es que una persona realice sus metas con su talento, sus instrumentos, y así poder establecer su potencial. Lo segundo, la afirmación de la propia vida, el cuidado, el respeto, la responsabilidad y el conocimiento de sí mismo (Fromm, 1939).

PROMESA

“En el momento en que las promesas pierden su carácter de aisladas islas de seguridad, es decir, cuando esta facultad se usa mal para cubrir todo el terreno del futuro y formar una senda segura en todas direcciones, pierde su poder vinculante y toda la empresa resulta contraproducente” (Arendt, 1958: 321). ¿Y qué promete Frieda? Frieda Fromm-Reichmann trató a Hannah Green, la novelista de *Nunca te prometí un jardín de rosas* que la hizo famosa en el mundo e incluso se filmó una película en la que actuó la actriz sueca Bibi Andersson en el papel de la Dra. Fried (personaje que representa a Frieda).

En la novela *Débora* dice:

– De qué sirve su realidad cuando la justicia falla, la deshonestidad es pasada por alto y los que mantienen su fe sufren.

La Dra. Fried responde:

– Escucha... Nunca te prometí un jardín de rosas. Nunca te prometí una justicia perfecta... y nunca te prometí paz o felicidad.

Frieda misma menciona sobre el caso: “Fue prevenida en el sentido de que no debía esperar que luego de su recuperación la vida se convirtiera en un jardín de rosas” (Fromm-Reichmann, 1954:125).²¹ Por su parte, Rollo May (1973) cita el caso sobre los mitos de la paciente, síntomas que la psicoanalista interpretaba a los personajes creados por el delirio, considerándose una integrante más en el mundo interior de la paciente. Con todo, el neurólogo y psicoanalista Kubie, quien había relatado un informe de tratamiento psicoanalítico de una reacción de esquizofrenia, opina sobre el caso *Débora* que al analizar el mundo de Yr como delirio psicótico, en realidad la paciente podría no padecer esquizofrenia, sino que es factible un daño cerebral inespecífico, o un delirio tóxico; sin embargo, su fuente clínica no es el material del sanatorio sino la novela (sic).

Fromm-Reichmann no está de acuerdo con el carácter universal del complejo de Edipo. Es ubicuo el apego positivo sexual al progenitor del otro sexo y su odio al progenitor del mismo sexo. En este sentido sigue la línea de Erich Fromm (Mullahy, 1948). Tampoco acepta la pulsión de muerte.

21.- Lea Goldberg, de la clínica Chestnut Lodge, previene a los psicoanalistas de sus posibles reacciones cuando describe las sensaciones corporales sufridas por ella misma como terapeuta, provocadas por los pacientes durante alguna sesión álgida con el paciente esquizofrénico. “La transferencia en el paciente psicótico está dirigida hacia el interior del cuerpo del terapeuta y no a la superficie” (p. 350). Esto es causado por la relación primaria que experimentó el paciente dirigido transferencialmente al terapeuta y la reacción contratransferencial del terapeuta que se expresa con una sensación corporal, de tipo visceral, motivada por su propio mundo interno y sus relaciones objetales primarias. El tipo de comunicación afectiva del paciente fundamentalmente es en el terreno no verbal. Y, el terapeuta debe de tolerar la intensidad de esta experiencia emocional y apoyarse en las funciones del yo: perceptivo, cognoscitivo para manejar el proceso. Por lo general, la interpretación es producto de la contratransferencia. Cf. Lea Goldberg (1979). “Remarks on Transference-Countertransference in psychotic states”. *International Journal of Psychoanalysis*, 60:347-356. *

Para una mujer que escucha, lo paradójico fue que comienza a padecer sordera gradualmente y ya en la primavera de 1956 necesitaba leer las supervisiones y evitaba las fiestas. Sufría porque no le era posible escuchar a las personas y a la música.

Al final de su vida Frieda deja un manuscrito sobre la soledad, de la necesidad de intimidad que necesitan las personas y del terror a la soledad real; las personas con tolerancia a la soledad la buscan, para ella la soledad y la angustia son las dos caras de una moneda. Una mujer solitaria, envuelta de relaciones cálidas, pero distantes. Ella fue capaz de vivir su propia soledad con creatividad. Ulteriormente se instala el premio Frieda Fromm-Reichmann por la Academia Americana de Psicoanálisis como reconocimiento sobre los trabajos sobre la esquizofrenia.²²

REFERENCIAS

- Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Seix Barral; 1958.
- Bateson G. *Language and Psychotherapy – Frieda Fromm-Reichmann’s last project*. *Psychiatry* 1958; 21: 96-100.
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH. (1956). “Toward a theory of schizophrenia”. In: *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books; 1972.
- Blake CM. “Countertransference and Anxiety”. *Psychiatry* 1952; 15: 231-43.
- Boyer LB. (1967). “Historical development of psychoanalytic psychotherapy of the schizophrenias: the followers of Freud”. In: Boyer LB, Giovacchini PL (eds.). *Psychoanalytic treatment of schizophrenic, borderline and characterological disorders*. New York: Aronson; 1980.
- Brosin HW. “Contribuciones del psicoanálisis al estudio de las psicosis”. En: Alexander F, Ross H (eds.). *Psiquiatría dinámica*. Buenos Aires: Paidós; 1952.
- Bruch H. “Fromm-Reichmann, Frieda (1889-1957)”. In: Wolman BB (ed.). *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis & Neurology*. Vol. 5. New York: Aronson; 1977.
- Chace M. “Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients”. *Bull. Menninger Clinic* 1953; 17: 219-25.
- Delahanty G. “Geopolítica de la psicología del yo. Contribuciones de Rapaport al Psicoanálisis”. *Imagen Psicoanalítica*, 1992; 1: 17-32.
- Delahanty G. “El marxismo-humanista en la técnica psicoanalítica de Fromm”. *Imagen Psicoanalítica* 1995; 6: 97-109.
- Ferenczi S. “Los nuevos adelantos de la terapéutica activa en el psicoanálisis”. En: *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 1920.
- Fine R. *Historia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
- Freud S. “Sobre Psicoterapia”. *Obras Completas*, 7. Buenos Aires: Amorrortu; 1904.
- Freud S. “Neurosis y psicosis”. *Obras Completas*, 19. Buenos Aires Amorrortu; 1924.
- Fromm E. “Selfishness and Self-Love”. *Psychiatry* 1953; II: 507- 23.
- Fromm-Reichmann F. “Kunkel, Fritz, Character, Liebe und Ehe. S. Hirzel. Leipzig, 1932”, *Zeitschrift für Sozialforschung* 1932; 1, (3): 426.
- Fromm-Reichmann F. “Problemas de la transferencia en los esquizofrénicos”. En: *Psicoterapia en las psicosis*. Buenos Aires: Hormé; 1939.
- Fromm-Reichmann F. “Notas sobre el desarrollo del tratamiento de los esquizofrénicos mediante la psicoterapia psicoanalítica”. En: *Psicoterapia en las psicosis*. Buenos Aires: Hormé; 1948.

22.- La evaluación del estudio psicológico la realizó Margaret Rioch, sin publicarse en ninguna revista. Sin embargo, con otro caso, un equipo de investigadores registró los protocolos de las sesiones de un caso de psicoterapia intensiva, administrando una batería de pruebas psicológicas. Cf. Baughman EE, Harley CS, Hawikins DR. *Intensive Psychotherapy and Personality Change Psychological Test Evaluation of a Single Case*, *Psychiatry*, 1959(22): 296-301.

- Fromm-Reichmann F. Principios de psicoterapia intensiva. Buenos Aires: Hormé; 1950.
- Fromm-Reichmann F. "Algunos aspectos de la psicoterapia psicoanalítica con esquizofrénicos". En: Psicoterapia en las psicosis. Buenos Aires: Hormé; 1952.
- Fromm-Reichmann F. "Psicoterapia de la esquizofrenia". En: Psicoterapia en las psicosis. Buenos Aires: Hormé; 1954.
- Fromm-Reichmann F. "Aspectos psiquiátricos de la ansiedad". En: La psicoterapia y el psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé; 1955.
- Fromm-Reichmann F. "Notas sobre la historia y la filosofía de la psicoterapia". En: La psicoterapia y el psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé; 1956.
- Fromm-Reichmann F. "Problemas básicos de la psicoterapia de la esquizofrenia". En: Psicoterapia en las psicosis. Buenos Aires: Hormé; 1957.
- Fromm-Reichmann F, Moreno JL. (eds.) Progress in psychotherapy. New York: Grune & Stratton; 1956.
- Fromm-Reichmann F, Burnham Marvin AD, Searles H, Szalita A. "Clinical Significance of Intuitive Processes of the Psychoanalyst". J Am Psychoanal A 1955; 1: 5-88.
- Funk R. Erich Fromm: el amor a la vida. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós; 1999.
- Goldstein K. La naturaleza humana a la luz de la psicopatología. Buenos Aires: Paidós; 1940.
- Green H. Nunca te prometí un jardín de rosas. Barcelona: Barral; 1954.
- Grossman CM, Grossman S. El psicoanalista profano. Vida y obra de Georg Groddeck. México, Fondo de Cultura Económica, 1965.
- Hill LB. Psicoterapia en la esquizofrenia. Buenos Aires: Paidós; 1955.
- Hoffman K. "Frieda Fromm-Reichmann – Her Years in Germany 1889-1933". International Forum Psychoanalytical 1998; 7: 85-96.
- Hoffman K, Elrod N. "Frieda Fromm-Reichmann. On Her Contribution to Psychoanalytic Psychiatric Theory, With a Note on Erich Fromm's Estimate Her Work in the USA". International Forum Psychoanalytical 1998; 8: 13-18.
- Hornstein GA. To Redeem One Person Is to Redeem the World. The Life of Frieda Fromm-Reichmann. New York: The Free Press; 2000.
- Jackson DD. "Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta". En: Sluski CE (ed.) Interacción familiar. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo; 1959.
- Kubie LS. "Modification in a schizophrenic reaction with psychoanalytic treatment". Archives of Neurology and Psychiatry 1937; 37: 874-80.
- Landauer K. "On the Psychology of Schizophrenia". En: Nunberg H, Federn E (1975) (eds.). Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society. Vol. IV: 1912-1918. New York: International Universities Press 1913; p. 218.
- Landauer K. " 'Passive' technik. Zur analyse narzissistischer. Erkrankungen". Internationale Zeitschrift fur Arztliche Psychoanalyse 1913; 10: 415-22.
- Levinson DJ, Gallaher EB. Sociología del enfermo mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1964.
- May R. "La función del mito en la salud y en la enfermedad". En: Wittenberg E (ed.). Exploraciones interpersonales en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.
- Moreno JL. Las bases de la psicoterapia. Buenos Aires: Hormé; 1969 [1954].
- Mullahy P. Edipo. Mito y complejo. Buenos Aires: El Ateneo; 1948.
- Plankers Th, Rothe H-J. "You know that our old institute was entirely destroyed...? On the history of the Frankfurt psychoanalytical institute (fpi), 1929-1933". Psychoanalysis and History 1998; I: 103-14.
- Rapaport D. "Diagnostic testing in psychiatric practice". Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1950; (26)2: 115-25.
- Roazen P. Freud y sus discípulos. Madrid: Alianza Universidad; 1971.
- Rothe H-J. "Karl Landauer and the South West German Psychoanalytic Study Group". International Forum

of Psychoanalysis, 1996; 5: 277-88.

- Ruesch J. "Comunicación y salud mental: un enfoque psiquiátrico". En: Bateson G, Ruesch J. Comunicación. La matriz social de la psiquiatría. Buenos Aires: Paidós; 1951.
- Searles H. Escritos sobre esquizofrenia. Barcelona: Gedisa; 1966.
- Silver A-LS. "Frieda Fromm-Reichmann and Erich Fromm". International Forum Psychoanalytical, 1999; 8: 19-23.
- Simmel E. "The Psychoanalytic Sanitarium and the Psychoanalytic Movement". Bulletin of the Menninger Clinic. 1937; 1: 133-43.
- Stanton AH, Schwartz MS. The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness Treatment. New York: Basic Books; 1954.
- Stierlin H. Psicoanálisis y terapia de familia. Barcelona: Icaria; 1977.
- Stokvis B. "Hipnosis, sugestión y terapéutica de relajación". En: Stern E (ed.). La psicoterapia en la actualidad. Buenos Aires: EUDEBA; 1958.
- Sullivan HS. "El tratamiento psicoanalítico modificado de la esquizofrenia". En: Perry HS (ed.). La esquizofrenia como un proceso humano. México: Herrero Hermanos; 1931-2.
- Sullivan HS. Estudios clínicos de psiquiatría, Perry HS, Gawel ML, Gibbon M (eds.). Buenos Aires: Psique; 1942-1946.
- Szalita AB. "Empleo combinado de las entrevistas familiares y la terapia individual en la esquizofrenia". En: Grinberg L (ed.). Prácticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis. Buenos Aires: Paidós; 1968.
- Weigert EV. "In memoriam: Frieda Fromm-Reichmann (1889- 1957)". Psychiatry 1958; 21: 91-5.
- Will OA. "El paciente y el psicoterapeuta: comentarios sobre la 'unicidad' de su relación". En: Landis B, Tauber ES (eds.). Erich Fromm. Psicoanálisis y sociedad. Buenos Aires: Paidós; 1971.
- Will OA. "El encuentro psicoterapéutico: la capacidad de relación y la esquizofrenia". En: Witenberg E (ed.). Exploraciones interpersonales en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.

Referencias en la RED:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061c.pdf>

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37005&id_seccion=78&id_ejemplar=3825&id_revista=15

Referencia Original: Neurol Neurocir Psiquiat. 2006; 39(1): p. 12-23

Guillermo Delahanty

Correspondencia: Dr. Guillermo Delahanty Pico de Orizaba # 1. Col. Volcanes, Cuernavaca, Morelos. C.P. 62350

Tel.: (777) 322-4590. Fax: (777) 316-7720

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.