



LAS SEMILLAS DE HARRY STACK SULLIVAN EN LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOTERAPIA CONTEMPORÁNEAS

Ignacio Vidal Navarro¹

*Primer Accesit de la II Edición del Certamen de trabajos sobre el devenir
psicoterapeuta (IPR, 2013)*

En el presente trabajo expongo una experiencia temprana en mi formación como psiquiatra hace ya unos años atrás. En aquel momento no recordaba haber oído hablar de Harry Stack Sullivan durante los años de estudiante universitario. En el momento presente, tras iniciarme en las lecturas de y sobre el pensamiento de Sullivan, me gustaría agradecerle (a modo de un pequeño homenaje) con este trabajo su ayuda para “integrar” ésta experiencia con el caso presentado. Probablemente las notas al pie hechas en el texto desarrollado no hagan justicia a la enorme profundidad y calado del pensamiento de éste genial autor, aunque sí han sido mis peculiares asociaciones respecto a conocimientos que me resonaban cuando lo iba redactando.

Palabras clave: Harry Stack Sullivan, modelo interpersonal, esquizofrenia, distorsión paratáxica

In this paper I present an experience early in my training as a psychiatrist back a few years ago. At that time he did not remember having heard of Harry Stack Sullivan during the undergraduate years. At present, after introducing me readings and Sullivan's thought, I would like to thank (by way of a small tribute) with this work your help to "integrate" this experience with the case presented. Probably made footnotes in the text developed not do justice to the enormous depth and depth of thought of this brilliant author, although associations have been my peculiar knowledge regarding rang me when I was drafted.

Key Words: Harry Stack Sullivan, interpersonal model, schizophrenia, parataxic distorsion.
English Title: The seeds of Harry Stack Sullivan in contemporary psychiatry and psychotherapy.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Vidal Navarro, I. (2013). Las semillas de Harry Stack Sullivan en la psiquiatría y la psicoterapia contemporáneas. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2): 407-423. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

INTRODUCCION

En palabras de Mitchell (Mitchell 2004), la obra de Sullivan ha sido **clarividente** con respecto a otras tendencias recientes en el pensamiento psicoanalítico y en la cultura intelectual contemporánea. Como uno de los pioneros del psicoanálisis interpersonal y culturalista, me ha impresionado la profundidad de su pensamiento respecto a múltiples desarrollos posteriores en el campo del psicoanálisis, la psicoterapia, el constructivismo y construccionismo social y la filosofía (Sullivan parecería como un Julio Verne que se anticipa décadas a descubrimientos revolucionarios que llevarán un nombre de autor distinto, aunque si se revisara la denominación de origen de los “productos”, la materia prima de las teorías del pensamiento sistémico, de Lacan sobre el lenguaje e inconsciente, de Kohut sobre el objeto del self y la empatía, la teoría del apego y las actuales investigaciones sobre el desarrollo, la interacción madre-bebé, y otras muchas teorías psicoanalíticas y filosóficas actuales...etc, probablemente deba mucho al pensamiento de Sullivan). En el campo de la psicoterapia las aportaciones de la teoría interpersonal de este genial autor a la psicoterapia hunden sus raíces en la terapia ambiental, la terapia de grupo, la terapia familiar y la psicoterapia breve.

Clara Thomson, una estrecha colaboradora y amiga de Sullivan, nos señala algunas de las figuras que influyeron en su pensamiento: Sigmund Freud, Adolf Meyer y William A. White. De cada uno, con espíritu ecléctico e integrador², adquirió ciertos aspectos de su manera de acercarse a los problemas de enfermedad mental.

Desde Freud, obtuvo muchas orientaciones fundamentales, parece innegable la influencia del inconsciente freudiano en los referentes de Sullivan respecto el funcionamiento de la mente humana (actividad consciente, desatención selectiva y conducta disociada me recuerdan a la primera tópica freudiana: consciente, preconsciente, subconsciente) Aunque Freud y Sullivan difieren sensiblemente respecto a los planteamientos de formación de la personalidad: en la teoría de Sullivan se describe un proceso de construcción de la personalidad con énfasis en la interacción interpersonal, siendo la aprobación-reprobación del progenitor portador de la cultura el mecanismo principal (una concepción “de fuera a dentro” y recuerda, en ocasiones, al behaviorismo pavloviano); Freud, a diferencia de éste, centrará el mecanismo principal en lo intrapsíquico, lo pulsional-innato y desatenderá “selectivamente” en su pensamiento lo interaccional/contextual (una concepción “de dentro a fuera”)³

A través de Meyer, fue influenciado en el pensamiento de la enfermedad mental como un **funcionamiento dinámico**, como una forma de reaccionar a la vida, y desde White, adquirió algunos de los aspectos prácticos de su enfoque terapéutico (una actitud respetuosa y sensible con los pacientes). White, junto con Freud, probablemente influyeron en su teoría del continuum psicología normal-anormal y la teoría de la enfermedad única. Meyer y White, han influido directamente en su vida a través del contacto personal y la enseñanza. Sullivan nunca conoció personalmente a Freud, pero era un riguroso y entusiasta estudiante de sus

escritos.

También, dentro del campo del psicoanálisis debemos mencionar la influencia de Ferenczi. Cuando Ferenczi estaba en los Estados Unidos en 1926, Sullivan se reunió con él y encontró que su manera de pensar era muy afín a la suya propia (en especial, le interesó en trabajo de Ferenczi con los socialmente desfavorecidos). También, indirectamente, recibió influencia del pensamiento de Ferenczi, a través de Clara Thomson, que se había analizado y supervisado con éste, y fue mediante esta colega y amiga que Sullivan logró acceder como miembro a la Asociación Psicoanalítica Americana. No debemos olvidarnos de las influencias que recibió del pensamiento antropológico y culturalista de la época: Edward Sapir, Ruth Benedict y otros, formaban parte de su círculo habitual. En la Escuela de Chicago en la que fue protagonista, uno de sus más perseguidos proyectos fue filiar la Psiquiatría como **ciencia social**, una iniciativa que fracasó por la oposición del colectivo médico.

El modelo **interpersonal** de Sullivan sobre el desarrollo humano, es similar al de los teóricos británicos de las relaciones objetales, en el que el infante se considera como motivado primariamente por la necesidad de relación con el objeto más que por la satisfacción pulsional⁴. Como Winnicott, Sullivan creía que no existe una psicología del infante que sea independiente de la psicología de la díada madre-hijo.

Según la teoría de Sullivan, las dos principales motivaciones del ser humano son el **afán de satisfacción** (de las necesidades pulsionales) y el **afán de seguridad** (construcción de un sistema del self con la base de los sentimientos de pertenencia y aceptación). Estas dos motivaciones están inter-determinadas y así como las necesidades pulsionales puján por la satisfacción de instintos básicos de supervivencia individual y de la especie, el anhelo de seguridad, que es el núcleo de la identidad personal del individuo, se construye desde las interacciones tempranas en la infancia y mediante la progresiva introducción de los procesos culturales a lo largo de la vida.

SULLIVAN Y LA ESQUIZOFRENIA

Sullivan centró su estudio, desde el comienzo de su actividad clínica, con pacientes seriamente perturbados, los psicóticos. Las teorías prevalentes en aquella época respecto a la etiología y pronóstico de la esquizofrenia eran las de Krapelin y Freud, que se focalizaban en el defecto biológico innato, el deterioro progresivo de la personalidad y la incapacidad de los esquizofrénicos para establecer transferencia y beneficiarse del psicoanálisis, respectivamente. Sin embargo Sullivan se interesó especialmente en este tipo de pacientes e intentó establecer contacto interpersonal con ellos en cualquier situación en la que era posible. Por ejemplo, con un catatónico mudo, se colocaba a la cabecera de su cama y le hablaba de los tipos de problemas que estorban habitualmente a las personas, observando de cerca para detectar cualquier signo de respuesta⁵.

También descubrió que algunos pacientes que tenían mucho miedo de su propia hostilidad estaban más tranquilos si una tercera persona estaba en la misma habitación o

cerca, y así sucesivamente. Así, con datos extraídos de la práctica clínica, Sullivan se convenció de que el psicótico es capaz de transferencia (es decir, en términos de Freud, de la compulsión a la repetición en su relación con el analista, repitiendo patrones de comportamiento anteriores). La diferencia, como puntualizó Sullivan, entre una transferencia psicótica y neurótica, era que en el psicótico casi todo el comportamiento era transferencial, y había muy poco sentido de realidad. Así, el analista o el profesional sanitario es, en una manera de hablar, literalmente, el padre/madre⁶

Entonces el problema será encontrar algún medio de hacer que el paciente se de cuenta de que la persona real del terapeuta está presente (es decir, focalizar la terapia sobre la **distorsión paratáxica**, en sus propios términos). Así que, casi al mismo tiempo que Ferenczi y Rank estaban discutiendo la importancia de considerar la verdadera personalidad del médico como factor de curación, Sullivan había llegado a una conclusión similar por una ruta diferente.

“Trastorno mental como término se refiere a los procesos interpersonales, ya sean inadecuados para la situación en la que sus personalidades están integrados, o excesivamente complejos debido a una ilusión... personas del pasado también se integran en las situaciones actuales. Implica una mayor ineficacia de la conducta por el cual la persona está persiguiendo obtener las satisfacciones que necesita.” (Sullivan 1956).

Así vemos cómo él mismo redefinió el concepto de trastorno mental en términos de relaciones interpersonales. Además de describir fenomenológicamente los signos/síntomas, es necesario, asimismo, describir los dinamismos de las dificultades o patrones insuficientes/inadecuados de las relaciones interpersonales donde se presentan dichos síntomas.

CASO ANTONIO. UNA EXPERIENCIA PERSONAL

Sullivan me ha ayudado mucho a comprender el caso que presentaré a continuación. Yo no recordaba haber oído hablar de Sullivan cuando tuve la experiencia de conocer a este hombre, al que llamaré Antonio, pero sí me ha ayudado a posteriori a reintegrar y comprender esta experiencia acaecida en mis comienzos de formación como psiquiatra.

Antonio tiene 29 años, es alto y corpulento, e ingresó la Unidad de Hospitalización Breve donde yo trabajaba como residente de psiquiatría MIR. Desde el primer momento, el contacto interpersonal con Antonio me producía una intensa ansiedad, y en ocasiones intentaba minimizar o evitar los encuentros con él, pero entonces acaba con una desagradable sensación de culpa y de vergüenza. Como médico⁷ estaba obligado a atenderle y a ayudarle en lo que pudiera.

Antonio acude con su madre al Servicio de Urgencias del Hospital de Madrid, solicitando valoración por Psiquiatría por “miedo al descontrol impulsivo”. “Tengo miedo de matar a mis padres y luego suicidarme, no me puedo controlar...” se muestra muy inquieto durante la entrevista psiquiátrica, en varias ocasiones se levanta de su silla y coloca sus manos alrededor

del cuello del psiquiatra de guardia, aunque no utiliza su fuerza, el psiquiatra puede retirárselas sin dificultad. Dado el agudo estado de ansiedad, se decide que pase la noche en observación para una valoración a la mañana siguiente. En la observación se pone a gritar cuando el psiquiatra se aleja. Finamente, resulta preciso colocarle la contención mecánica, Antonio lo pide él mismo por no poder controlar sus pensamientos y teme no poder controlar su conducta “tengo miedo de suicidarme...tengo miedo de matar a alguien” A la mañana siguiente se decide ingreso en la unidad, dado que continúa el estado de aguda ansiedad y desorganización mental y conductual.

Una de las cosas que me produce más admiración de Sullivan es que todavía no había formulado su teoría interpersonal cuando en empezó a trabajar en el Hospital Sheppard-Pratt (Baltimore, en el año 1922) y nunca había utilizado el término interpersonal antes de 1927, en sus escritos, publicados y no publicados. En lugar de aplicar la teoría interpersonal para el trabajo clínico, lo fue creando creado a partir de sus interacciones con los pacientes. Por eso Thomson lo considera como **el más empírico** de todos los teóricos del psicoanálisis⁸

SULLIVAN Y LOS PACIENTES DEL SHEPARD PRATT

Wake (Wake 2006) estudió recientemente las filmaciones y grabaciones magnetofónicas de Sullivan en el Sheppard Pratt. Uno de los ejemplos que menciona en su artículo es que se creía que un número considerable de pacientes se había derrumbado en la confusión psicótica tras haberse masturbado. Las teorías biológicas sobre la enfermedad mental influyentes durante la década de 1920, sostenían que la masturbación era perjudicial en sí misma. Por el contrario, Sullivan atribuyó la enfermedad a la creencia común de que la masturbación es anormal. Como resultado de ello, los que se habían masturbado habían rechazado esa parte de su "yo", lo que produjo la disociación de su personalidad y les llevó a la confusión perceptual.

El propio Sullivan aporta un ejemplo de “un soldado que recién regresado de combatir en la segunda guerra mundial, deambula por las calles de Washington y es acaparado por un simpático dentista que le realiza una felación en su consultorio. Al día siguiente, el soldado, completamente distraído, se dirigió caminando hasta las proximidades del consultorio del dentista, y al verse tan cercano a lo que había ocurrido el día anterior, el soldado no pudo excluir de su conciencia el hecho de que le agradaría repetir aquella experiencia, pero se acompañaba de toda clase de revulsiones y repugnancias, así como de la sensación de que sería infrahumano proseguir con tales intereses. Poco después, llegó al hospital, víctima de lo que se denomina perturbación esquizofrénica.” (Sullivan 1953)

Al redefinir las enfermedades mentales en términos sociales y culturales, se considera que Sullivan ha contribuido a **quitar el estigma** de los enfermos mentales, especialmente los esquizofrénicos. En su opinión, los episodios esquizofrénicos no eran tan ajenos a un proceso mental normal, sino que, en distintos grados de intensidad, eran comunes entre los adolescentes. Si los médicos consideran a los esquizofrénicos como personas normales intentado descubrir sus problemas en la adaptación socio-familiar, muestran interés en ellos,

y se esfuerzan en ajustarse al medio ambiente que precisan, la tasa de recuperación aumentaría. El problema no estaba en la parte de los pacientes, sino más bien en una sociedad que no ofrece un ambiente terapéutico. Lo que los médicos deberían hacer es responder a las necesidades de los pacientes. Sullivan trató de crear una especie de "entorno ideal" (desarrolla la *milieu Therapy*, Terapia Ambiental, que veremos más adelante) en el que pacientes varones jóvenes experimentan su primer colapso esquizofrénico, para que pudieran tener una experiencia de "intimidad benevolente" y así conseguir un refuerzo del sentido de humanidad compartida por todos los implicados en su proceso terapéutico.

Para Sullivan, que el paciente evitara explorar sus experiencias, porque tenía miedo de perder su autoestima mediante la revelación de su "fracaso", era una suposición razonable: muchos pacientes estaban preocupados por la **pérdida de la autoestima**, al admitir el hecho de que estaban enfermos. Wake cuenta que uno de los pacientes contemporáneos del Sheppard-Pratt, después de un diagnóstico de la esquizofrenia catatónica, afirmó que no era psicótico nada en su comportamiento, y por lo tanto, no veía motivo de su estancia en el hospital. Más tarde, confesó que él se sentía extremadamente avergonzado de tener un colapso mental. Sullivan creía que tener un colapso mental duele de muchas maneras y que era crucial para recuperación de los pacientes a superar el miedo de admitir sus problemas. Para remediar los trastornos mentales, por lo tanto, los psiquiatras necesitan explorar la vida e historiales de los pacientes y animarlos a aceptar incluso las experiencias más desagradables como parte de sí mismos.

LA CONDUCTA ESQUIZOFRÉNICA

Yo llevaba tan sólo dos meses trabajando como médico residente en dicha unidad de hospitalización psiquiátrica y es entonces cuando, junto con el psiquiatra responsable del caso, nos hacemos cargo de la atención de Antonio como nuevo ingreso. A pesar de que Antonio colabora durante el proceso de ingreso y él mismo lo solicita como una contención externa, su conducta desorganizada, la inquietud psico-motriz constante hacen necesario el uso de la contención mecánica de forma casi constante durante los primeros días.

Antonio se muestra constantemente invasivo con el personal sanitario y otros pacientes, y con riesgo de autoagredirse o agredir a alguien, por lo que es preciso poner la contención mecánica prácticamente todo el día. Esta situación se mantiene así durante semanas, pudiéndole retirar la contención tan solo unas horas al día para asearse. La actitud del paciente es cada vez más regresiva, y a los dos días de ingreso, el paciente se muestra totalmente regresado negándose a caminar, muestra incontinencia urinaria y fecal voluntaria, se niega a colaborar en su aseo, a comer y a la toma de medicación. Insulta y escupe al personal, dificultando los cuidados que se le han de realizar. Aparece el riesgo vital, el paciente se opone a la retirada de la contención mecánica, bracea para agredir o autoagredirse con golpes o mediante rascado compulsivo. La situación de encamamiento se complica con celulitis, neumonía, hematomas, alimentación parenteral...

Debo confesar la estupefacción que sentía al estar observando toda esa conducta de

Antonio. Yo era un médico residente en su primer año de formación psiquiátrica, y a pesar de que no tenía la responsabilidad de decidir el tratamiento farmacológico, ni los cuidados psicosociales, ni de ser el profesional que informara al personal sanitario y familiares y lidiara con ellos por las conductas desorganizadas y el angustia generada en el entorno (en fin, quien diseñara la intervención específica del caso, como haría Sullivan), allí estaba yo, “empapándome” de todo lo que estaba ocurriendo.

Era muy difícil entrar en contacto con Antonio, pues con sólo acercarte a él te increpaba, mostraba coprolalia, un lenguaje procaz, incoherente por momentos, y escatológico (“sois unos cabrones” “putas” “échame un polvo” “tú no eres mi madre zorra” “me vais a matar” “me voy a suicidar porque si no voy a matar a mis padres...” y exclamaciones repetitivas como “viva el rey!” y “Hi Hitler!”). Además te escupía y eso creaba un tremendo rechazo a la hora de establecer contacto interpersonal por los médicos y el resto de staff del hospital. Impresionaba de tener constantemente conducta alucinatoria, probablemente en forma de pseudoalucinaciones auditivas. Sorprendía sobre todo el tono en que Antonio realizaba estas conductas, lánguido, desvitalizado, casi automático, era como una especie de automatismo mental como los describía Clerembault.

Mackinnon⁹, en su libro sobre entrevista psiquiátrica, señala que el peligro inmediato de contratransferencia para el entrevistador que trata con pacientes con psicosis aguda o crónica es objetivarlos como “loco” y como “no yo”. Se trata de una respuesta defensiva en el entrevistador originada por el temor inconsciente de que “también yo podría convertirme en esto”. Como señaló apropiadamente Sullivan, el paciente psicótico “es más humano que lo contrario”. Para establecer una relación de comunicación con el paciente psicótico y asegurar que la entrevista es terapéutica, se debe tener siempre presente la validez de la observación de Sullivan.

Podemos retraernos en una “actitud científica”¹⁰, en palabras de Sullivan, varias décadas atrás, podría identificar como “no-yo” todas esas emociones y pensar que Antonio es un psicótico, está gravemente enfermo y no se parece nada a mí “no soy yo”. Podemos disociar toda esa ansiedad e intentar desembarazarnos de ella, rompiendo el **vínculo empático** que nos une a las personas intensamente angustiadas. Pero Antonio no puede obtener seguridad, la disociación masiva es ineficaz y la angustia vuelve de forma prototáctica¹¹, y se experimente de forma “pavorosa”. “El psiquiatra no puede apartarse a un lado y aplicar sus órganos de los sentidos, sin llegar a estar personalmente implicado en el proceso. Su principal instrumento de observación es su self, su personalidad, su persona”. (Sullivan 1953)

SULLIVAN Y LA CLINICA PSICOPATOLOGICA

La **disociación** se trata de la inhibición completa de la motivación hacia la satisfacción de ciertas necesidades de seguridad con la total exclusión de cualquier reconocimiento de su existencia, para evitar la experiencia de la emoción pavorosa, una ansiedad/angustia extrema. La persona es inconsciente de su comportamiento disociado y de su impacto en los otros. Sullivan vio la disociación como un proceso que es sobreexplotado en los trastornos mentales

graves. El fracaso de la disociación cuenta con la presencia de ansiedad abrumadora, insoportable, y se encuentra principalmente en las descompensaciones psicóticas. Sullivan conceptualizó la **conducta disociada** como la parte del sistema del yo, que es fruto de la disociación en la temprana infancia (la operación primaria de la personificación “no-yo”), debido a que las experiencias y motivaciones (cargadas del anhelo de seguridad) eran tan angustiantes que tenían que ser excluidos de la totalidad de la conciencia el yo¹².

Debido al papel de la **ansiedad** en la formación de representaciones del self y de los otros, Sullivan creía que la experiencia excesiva de ansiedad había dañado la capacidad de la persona para desarrollar un autoconcepto positivo y la posibilidad de una cooperación positiva con los demás. Como resultado, para minimizar la ansiedad, las personificaciones del yo aparecían como autoestima baja (yo-malo), ocultación y aislamiento social, las actitudes explotadoras y procesos sustitutivos, o disociación de las motivaciones importantes (que en el origen del psiquismo formó el no-yo, cuando el mecanismo de disociación es tan intenso que debe excluirse totalmente del funcionamiento del yo).

Además, los otros son personificaciones que disminuyen las expectativas para la cooperación interpersonal positiva (son experiencias madre-mala) o por el miedo o el terror de los demás (primitivas e intensas experiencias madre-mala). El desarrollo cognitivo de la previsión, la capacidad necesaria para la resolución de problemas, se ve afectada por la ansiedad. Sullivan ha declarado en repetidas ocasiones que la ansiedad opera en oposición a satisfacer tanto las necesidades zonales/pulsionales (por ejemplo, necesidades alimentarias, los procesos eliminadores, y la sexualidad genital) y generales (como las necesidades de la ternura, la empatía y la intimidad). Establece así la doble vertiente de la ansiedad, como motor de la motivación y estructura del psiquismo (organizador de la experiencia), pero también como desorganizador de la experiencia y la personalidad: “cuando existe angustia ésta tiende a impedir la comprensión de la situación en la que fue provocada”

La **distracción selectiva** (y las operaciones de seguridad en general) funcionan cuando las situaciones interpersonales en la situación actual disparan la experiencia de una situación angustiante del pasado. Como Sullivan declara: “Lo que determina si esto se hace bien o para mal, desde el punto de vista de los resultados a largo plazo para la persona, es la suavidad con el control de la conciencia excluye la irrelevante e incluye la relevante”¹³(Sullivan 1956). Un ejemplo común de falta de atención selectiva en la práctica clínica es el paciente, que, habiendo experimentado la crianza especialmente agresiva u hostil durante la infancia, en repetidas ocasiones no ve este comportamiento en sus relaciones íntimas actuales con adultos.

Si bien la falta de atención selectiva de la matriz de comportamiento era necesaria en la infancia para controlar la ansiedad, el paciente, cuando es adulto, es incapaz de comunicarse o de establecer un comportamiento apropiado, debido a sus expectativas en la relación con otros adultos, porque para ello sería sumamente importante tener en cuenta la circunstancia presente. El paciente puede experimentar graves dificultades por involucrarse en episodios graves de comportamiento hostil en las relaciones actuales, pero rápidamente “desatiende” la experiencia como si nunca hubiera ocurrido. La experiencia intermitente de peligro no se

encuentra disponible para la parte activa y consciente de la personalidad para evaluar el valor global de la relación. En lugar de describir la situación en términos diagnósticos, como una “personalidad autodestructiva o masoquista”, Sullivan se centraría en cómo y en qué circunstancias, el proceso de inatención selectiva ha operado.

Al igual que su concepto de la **ansiedad**, el pensamiento de Sullivan sobre el proceso de disociación, aunque no de forma muy clara, se anticipa a los avances fundamentales en el estudio de trauma y disociación que han confirmado las nociones de Sullivan de la causalidad traumática de la disociación y su función de contener ansiedad masiva y prevenir la descompensación¹⁴. Aunque no suele ser reconocido por su contribución, Sullivan elaboró elocuentemente una serie de ideas teóricas sobre los efectos de las experiencias abrumadoras de la vida que se pueden encontrar a lo largo de conceptualizaciones modernas de la respuesta humana a un trauma¹⁵

Según Sullivan, las **alucinaciones** venían de partes muy disociadas de la personalidad, ideas de auto-reprobación que fueron expresadas generalmente como percepciones alucinadas, o de “voces” acusatorias de los demás ilusorios o en ocasiones como visualizaciones del impulso inaceptable. En el esquizofrénico, las representaciones de la primitiva personificación “madre-mala” fueron repudiadas, y acaban por materializarse en creencias autistas de que las personas son peligrosas o tienen una intención maliciosa. Sullivan vio que estos pensamientos autóctonos podían representar los contenidos de la mente que aparentemente procedían de fuera de uno mismo, y podían experimentarse sin ningún sentimiento de propiedad, como resultado de un motivo que ha sufrido un intenso proceso de disociación.

Los **automatismos** parecerían como intentos activos de comportamiento por parte del individuo para satisfacer las necesidades disociadas, y fueron fracasos más graves de disociación. Como partes disociadas del self entran en la conciencia (es decir, como personificaciones no-yo, se convierten en inevitables y graves personificaciones yo-malo), y el fracaso de la disociación es acompañado por una ansiedad abrumadora, insoportable y resulta un desastre para la autoestima. Antonio fracasa en el intento de controlar sus pensamientos y conductas, y probablemente siente una vergüenza insoportable.

Un estado que Sullivan llama **pánico** o “pavor”, supone que la experiencia de la desorganización de la personalidad fue terrible. Todos los aspectos de la conciencia fueron interrumpidos por abrumadoras experiencias de emoción pavorosa, y la necesidad de la persona para escapar de esta experiencia (a menudo llamada descompensación psicótica) se convierte en inexorable, y conduce a la segunda etapa del dinamismo de la esquizofrenia.

La segunda etapa del dinamismo de la esquizofrenia se distingue por los procesos de escape de la insoportable ansiedad¹⁶, con un comportamiento casi en su totalidad dirigido a evitar la ansiedad en lugar de participar en la interacción social. Debido al fracaso de los el sistema del self y especialmente la falla de la disociación, Sullivan cree que las operaciones más primitivas de regresión suponen una inundación en los modos paratáxicos y prototáxicos de experiencia. La **regresión** en la segunda fase del dinamismo esquizofrénico se caracteriza

por el retiro significativo de la persona del funcionamiento interpersonal, lo que supone un nivel de socialización por debajo de lo normal y por la aparición de procesos referenciales primitivos (**autorrefencialidad**).

SULLIVAN Y LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO MENTAL

Gabbard¹⁷, en su libro sobre psiquiatría dinámica, menciona que Sullivan creía que la etiología del trastorno era el resultado de dificultades interpersonales tempranas (particularmente en la relación niño-progenitor), y conceptualizó el tratamiento como un proceso interpersonal a largo plazo que intentaba llegar a aquellos problemas tempranos.

De acuerdo con Sullivan (Sullivan 1962), la maternidad defectuosa produce un self cargado de ansiedad en el infante y le impide a éste tener sus necesidades satisfechas. Este aspecto de la experiencia del self era entonces disociado, pero el daño a la autoestima era muy profundo. El inicio de la enfermedad esquizofrénica, en la perspectiva de Sullivan, era un resurgimiento del self disociado que conducía a un estado de pánico y, entonces, a la desorganización psicótica. Sullivan siempre consideró que la capacidad para las relaciones interpersonales estaba presente incluso en el esquizofrénico más retraído.

Willik¹⁸, en su artículo donde critica las formulaciones psicoanalíticas sobre la etiología de la esquizofrenia, refiere que Sullivan quedó tan impresionado por el grado de ansiedad y terror con frecuencia presentes en los episodios esquizofrénicos agudos, que colocó la génesis de la ansiedad en la infancia, considerándola el paradigma de sus concepciones etiológicas. Entonces él obtuvo la conclusión que la ansiedad es transmitida inicialmente al niño por un progenitor “ansioso” en la situación interpersonal. Esto llevaría a un estado propio de ansiedad intolerable o, en palabras de Sullivan, a una ansiedad “no mía” que precisa del mecanismo de disociación para mantener la seguridad.

Sullivan conceptualizó el dinamismo de la esquizofrenia como una deformación extrema en la personalidad que se traduce de socialización muy insuficiente (desde la crianza muy temprana). Debido a expectativas familiares idiosincrásicas, la persona fue efectivamente separada de sus propias necesidades interpersonales y nunca aprendió a integrar estas necesidades importantes con otras personas fuera de la familia.

Debido a la existencia de que estas necesidades no se ajustaban al sistema de creencias familiar, los individuos, así como los otros significativos son percibidos como aspectos fundamentalmente no empáticos, y el sistema del yo como degradado y falto de valor. Terrible en su enfoque a los demás y lamentablemente “hiposocializado”, el individuo experimenta una extraordinaria dificultad interactuando con adultos y pares externos a la familia. Esta incompetencia interpersonal refuerza la baja autoestima adquirida de las interacciones familiares y lleva a un profundo aislamiento.

“El individuo, con grave menoscabo de la fiabilidad de sí mismo y del universo, avanza hacia una situación en la que las partes disociadas de la personalidad son las agencias integradoras efectivas... El resultado es una condición en la que el yo no puede distinguir

entre cualquier característica importante o irrelevante¹⁹... trata de orientarse, de despertar en medio de una pesadilla vívida” (Sullivan 1962)

En algunos momentos, sus afirmaciones sobre el papel destructivo de los cuidadores son extremas: “Hablamos acerca de la extrema escasez de oportunidades favorables que ha tenido el esquizofrénico para construir una autoestima exitosa debido a que, tempranamente en su vida, se le transmitió la idea inevitable de que era casi infrahumano...”(Sullivan 1956).

Cuando el comportamiento parental punitivo fue especialmente intenso y cruel, Sullivan planteó otro dinamismo, la **transformación malevolente**, en que el niño aprendió que “la necesidad de ternura es como un signo de debilidad para ser manipulado”. La Transformación Malevolente es una de las posibles consecuencias de la crianza inadecuada. La previsión de que la necesidad de ternura traerá ansiedad, dolor y vergüenza es lo que conduce a la transformación de la necesidad frustrada de ternura en una actitud de la explotación de los demás. Sullivan señalaba directamente a los efectos patógenos de la crueldad parental. Llegó a la conclusión de que, cuando el niño de padres crueles experimenta y expresa su necesidad de la ternura, recibió la ansiedad, el dolor o la vergüenza extrema. Cuando los padres se aprovecharon de su posición de autoridad para poner en ridículo, ignorar, mentir y lastimar al niño, el niño pronto convertirá la transformación malevolente en una dinámica que utiliza operaciones de seguridad para reducir este peligro extremo, y así transforma su experiencia de la debilidad y la impotencia en una actitud de la explotación de las necesidades y vulnerabilidades de otros²⁰.

De sus escritos se desprende que Sullivan no sólo era un astuto clínico que no aceptaba formulaciones fáciles con respecto a la etiología del trastorno, sino que también era un terapeuta empático que trataba a sus pacientes con gran respeto. De hecho, ya tan tempranamente como en la mitad de los años 20 estableció una sala para tratar esquizofrénicos varones jóvenes en el Hospital Shepard Pratt. El principio que guiaba el tratamiento era considerar a éstos como seres humanos capaces de relacionarse con los demás sin importar sus graves deterioros. Sin embargo, también creía que en algunos casos de esquizofrenia existía un proceso orgánico hereditariamente determinado como responsable del trastorno.

SULLIVAN Y LA TERAPIA AMBIENTAL

Antonio estuvo ingresado casi tres meses en una unidad donde la media de días de ingreso son 15. Fue un ingreso complicado, se movilizó a toda la unidad, todos los turnos, todos los profesionales se implicaron en una ardua tarea de contener y sostener a Antonio a modo de yo-auxiliar, y a ir favoreciendo progresivamente la autonomía y reforzar los pequeños avances de un día para otro. Se le aseaba, alimentaba, y se invitaba a que empezara él mismo a hacerlo, se le levantaba (ayudaban varios celadores a levantar los más de 90 kg de peso) para que caminara “sujetado” literalmente por el personal sanitario (Antonio mantenía una creencia delirante de que no podía andar) y se animaba a que poco a poco, él lo empezara a hacer sólo, a que fuera al baño cada 2 horas y volviera a controlar

esfínteres... Era una tarea en ocasiones muy desagradable, sobre todo cuando Antonio escupía e insultaba, pero era necesario el reconocimiento de sus pequeños avances y en la creencia en el potencial humano innato para salud mental²¹

La creencia de Sullivan en el aprendizaje social y la imitación se puede ver mejor en su trabajo con pacientes esquizofrénicos en Sheppard Pratt. Sullivan seleccionada cuidadosamente al personal sanitario de la sala de pacientes esquizofrénicos varones, para que estuviera capacitado para trabajar con individuos esquizofrénicos sobre cómo mantener relaciones de cierta intimidad. Los miembros del personal modelaban el comportamiento interpersonal con una actitud adecuada de calidez y de apoyo, que servía como una especie de “experiencia emocional correctiva” (tomado de Alexander²²) a los pacientes que portaban un aprendizaje interpersonal desafortunado en su pasado. Más adelante, Kernberg²³ insistirá en que tal “abordaje de tratamientos integrados requiere un ambiente hospitalario neutral, esto es, una actitud del equipo básicamente equidistante de las diferentes instancia intrapsíquicas y externas implicadas en los conflictos del paciente, y reflejada en una atmósfera global amistosa, generalmente tolerante, interesada e intelectualmente alerta”

Evans describe la intervención principal de Sullivan en el Sheppard, el tratamiento dirigido por él estaba basado en la modificación del entorno/ambiente para facilitar patrones interpersonales más satisfactorias y disminuir la necesidad de la persona esquizofrénica de utilizar dinamismos esquizofrénicos. Para lograr este fin, Sullivan estableció una pequeña sala para primeros brotes esquizofrénicos en varones, utilizando profesionales cuidadosamente seleccionados y especialmente entrenados. Mientras que la psicoterapia estaba pensada como parte del entorno terapéutico, Sullivan, el único psiquiatra en la sala, pasó un tiempo relativamente pequeño realizando psicoterapia individual con los esquizofrénicos. En su lugar, centró sus energías en la formación y la supervisión continua de sus seleccionados profesionales sanitarios, a los que les enseñó a comprender y respetar las inquietudes de los pacientes y crear un ambiente de una organización privada, entorno cálido y de aceptación, sugiriendo que el paciente podría formar parte de ese ambiente. El hecho de que Sullivan escogiera profesionales masculinos, y que su enfoque fuera tan novedoso y en contra de las normas hospitalarias existentes, hizo que la dirección de enfermería se molestara bastante, y en el breve tiempo que corría ésta sala especial se generaron rumores sobre actividad homosexual dirigidas por él²⁴.

Sullivan estaba desafiando directamente la sabiduría psiquiátrica prevalente de Kraepelin y Freud, que la esquizofrenia/demencia precoz era un trastorno mental intratable. La sala de Sullivan tenía una tasa de recuperación del 85 por ciento (inaudita por ser muy eficaz), medido por el regreso al trabajo o al hogar, una tasa de recuperación que continuó después de varios años de que Sullivan abandonara el Sheppard, bajo la dirección de su sucesor de Sullivan, el Dr. William Silverberg (que mantuvo la terapia ambiental diseñada por Sullivan).

La demostración de los efectos deletéreos de la hospitalización mental, han llevado a un énfasis moderno sobre el tratamiento basado en la comunidad y la desinstitucionalización de las enfermedades mentales graves (las bases de la **Psiquiatría Comunitaria** de la que se debe reconocer a Sullivan como un precursor directo). Mientras que el intervención rápida e

intensiva de la primera ruptura esquizofrenia se ha convertido en una práctica estándar (no lo era antes de Sullivan) en el campo del tratamiento psiquiátrico hospitalario, se debe reconocer a Sullivan la labor de los efectos positivos de la internación con un diseño ambiental cuidadoso como uno de los pilares principales.

LO OBSESIVO Y LO ESQUIZOFRÉNICO

Desde el primer “brote psicótico”, a la edad de 20 años, Antonio no ha podido hacer una vida normal, mantiene un seguimiento irregular en el Centro de Salud Mental pero su vida está impregnada de aislamiento psicosocial e intensa pasividad. Mantiene ideas delirantes de influencia y de control del pensamiento, cree que le implantaron chip en su cabeza en el momento de las operaciones. Las conductas evitativas y fobias de impulsión de Antonio convierten su vida en una pesadilla. Tiene miedo a tragar y ahogarse que resuelve teniendo que comer todo en papilla, lácteos y derivados a temporadas. Tiene miedo a la propia autorreferencialidad (“no veo la TV porque antes asociaba cosas...”. Tiene miedo a suicidarse y autolesionarse (“no escribo porque tengo miedo de clavarme el bolígrafo” “me ato a la cama con una cadena, cuando vuelvo de pasear con mis padres porque tengo miedo de beberme los productos de limpieza” “no leo nada porque tengo miedo al papel porque creo que me lo puedo tragar y ahogarme” “me ato a la cama y le doy la llave a mi madre” “la cadena siempre esta puesta en la cama por si la necesito algún día...”

Sullivan observó en su experiencia con los pacientes que eran muy obsesivos, que, sorprendentemente, a menudo eran propensos a las operaciones esquizofrénicas bajo ciertas circunstancias. También relata un ejemplo respecto a la dinámica del paciente con preocupaciones hipocondríacas, el ejemplo de un paciente que “cuando empezó realmente a aclararse su cerebro, después de una muy extensa enfermedad paranoide esquizofrénica, se seguía quejando de su garganta... le molestaba terriblemente...le envié a un laringólogo diestro y que miraba con simpatía los problemas de la psiquiatría...la última vez que el paciente entró en mi consultorio me dijo: vea, doctor, no me importa nada sobre lo que pueda afectar a mi garganta: quiero que me extirpe algo...” (Sullivan 1956). Es sorprendente el paralelismo con Antonio, y sus quejas hipocondríacas en el ojo y la nuca, y podemos pensarlo en términos de Sullivan respecto al concepto del (no-yo), como veremos a continuación.

HISTORIA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ANTONIO

Antonio es hijo unico, soltero. Convive con padres y abuela materna. Siempre tuvo buen rendimiento en los estudios, llegando a iniciar estudios universitarios a los 20 años (económicas y derecho). Según sus familiares es perfeccionista, disciplinado, tiene nula tolerancia a la injusticia y escasas relaciones interpersonales.

Antonio fue un niño solitario en la escuela. “Yo era muy sensible y se reían de mí. Me llamaban Antonieta Escarlata por ser tan exquisito. No mantenía relaciones con mis

compañeros, a veces hablaba con alguno, pero no tenía amigos. Yo no sufría, pensaba que ellos me maltrataban pero como yo saco buenas notas, al que aprecian los profesores es a mí...” A la edad de 12 años recibió, al parecer de forma fortuita, un balonazo en un ojo y desde entonces se quejaba constantemente de que “veía una telaraña...”. Consultó varios oftalmólogos que minimizaron el problema y se negaron a operarle, aunque Antonio, a instancias de su madre, escribe una carta al Rey, contándole el problema del ojo y recibe una contestación de que tienen en cuenta su reclamación, y que harán lo posible para que se haga justicia.

Finalmente, a la edad de 18 años consigue que le operen en una clínica privada por desprendimiento de vítreo. Las quejas constantes sobre el malestar, “telaraña”, que veía Antonio un día llegaron a exasperar a su padre, que no pudo resistirse a darle una soberana colleja. Las quejas de dolor de Antonio en la nuca desde entonces, hacen que sea intervenido por neuralgia del nervio de Arnold (occipital) a la edad de 20 años. A esa misma edad sufre el primer colapso mental que requiere hospitalización, él mismo lo cuenta en una de sus consultas, algunos años después. El psiquiatra, en esa consulta, le pide a Antonio que dibuje a una persona, mientras él se ausenta de la habitación durante unos minutos. Cuando el psiquiatra vuelve se encuentra que Antonio ha dibujado a Mortadelo, el personaje de cómic. El psiquiatra le indica que ha dibujado a un personaje y le pregunta por la diferencia entre una persona y un personaje, a lo que Antonio contesta “una persona es de carne y hueso, un personaje es como una marioneta, manejado” ¿Quién te maneja a ti Antonio?” y tras unos segundos pensativo contesta “una vez le di un puñetazo a mi madre...acabé ingresado en un psiquiátrico 15 días...”.

Sullivan propone que cada momento del desarrollo trae una nueva necesidad de formas de contacto interpersonal y de relación con los otros: 1) la infancia, que comprende desde el nacimiento hasta el momento en que llega a su madurez la facultad del lenguaje, la influencia más importante es la **relación empática** con la madre, en su transcurso empieza a considerarse como una entidad distinta en el universo; 2) la niñez, que comprende desde el fin de la infancia hasta que se desarrolla la cooperación con los compañeros, y se efectúa un adoctrinamiento intenso acerca de las exigencias de la cultura; 3) la edad juvenil comprende desde la primitiva cooperación hasta que se aprende a renunciar a algunos intereses propios a favor de la solidaridad del grupo, se empieza a descubrir que la colectividad es más extensa que el hogar familiar, el temor a la separación y el deseo de pertenencia; 4) el período de preadolescencia de los 9-12 años, según Sullivan, el período más importante, porque “en ella se efectúa el tránsito desde lo que podemos llamar egocentrismo hasta el pleno estado social” (Sullivan 1956), aparece la capacidad de intimidad y se encuentra un camarada del mismo sexo (y así el bienestar y la felicidad del camarada se hacen tan importantes como los propios) y 5) la adolescencia, donde cobran importancia los problemas sexuales y las relaciones afectivas y de intimidad con el sexo opuesto.

En una de las consultas ambulatorias de seguimiento, tras meses del comienzo de la enfermedad y previo al ingreso relatado, se vislumbra algo de la dinámica familiar:

Madre: “la culpa la tiene mi marido, sino tuviera ese carácter y esos genes, y si no le

hubiera dado ese golpe en la cabeza a Antonio...”

Padre: “yo soy un cero a la izquierda, mi mujer y mi suegra me marginan totalmente...Antonio está durmiendo en la habitación de su madre desde que tenía 3 años, porque dice que tiene miedo...”

Madre: “si mi hijo tiene miedo ¿qué puedo hacer yo?...si yo tengo la culpa me marché de casa...”

SULLIVAN Y LA TERAPIA FAMILIAR

En las últimas 3 semanas de ingreso la situación de Antonio empieza a mejorar progresivamente. Se levanta por iniciativa propia (antes los celadores hacían de “sostén”), busca el contacto interpersonal con los profesionales y el resto de los pacientes de forma adecuada, come solo en el comedor con el resto de los pacientes, está tranquilo la mayor parte del día, no verbaliza ideas auto/heteroagresivas. Sin embargo, los padres de Antonio muestran una reacción muy sorprendente, no reconocen los avances de Antonio y manifiestan una gran desconfianza. Descalifican de forma muy enconada nuestra labor terapéutica e incluso llegan a sugerir que piensan que Antonio está siendo maltratado en nuestra unidad, y que algún profesional ha podido abusar sexualmente de él. Una interacción familiar observada durante las visitas es a Antonio (que ya no tiene puesta la contención, se levanta y se asea sólo, con poca supervisión, come sólo en la sala común con el resto de pacientes...) postrado en la silla, inmóvil como un mueble y a su madre levantada y agachada acercándole con su mano un vaso de agua, como si Antonio estuviera convaleciente, moribundo y no pudiera mover un solo músculo

Resulta fácil rastrear es la influencia de Sullivan en el campo de la terapia familiar. Haley reconoció en Sullivan, a través de su influencia sobre otro pionero psicoterapia familiar (y el supervisando de Sullivan) Don D. Jackson²⁵, como uno de los modelos principales para el desarrollo de su enfoque de la terapia familiar. Jackson jugó un papel importante en el desarrollo de la teoría del doble vínculo de esquizofrenia que expandió las ideas sobre la comunicación esquizofrénica en el estudio de comunicaciones y patrones alterados de interacción de las familias de los esquizofrénicos. El trabajo clínico Jackson se centró en la corrección de los patrones inapropiados con familias esquizofrénicas, que era el comienzo de la terapia familiar sistémica y el modelo comunicacionalista de la terapia familiar, un enfoque completamente consistente con la teoría interpersonal. Sus ideas respecto a la homeostasis familiar, también son muy útiles para entender el caso de Antonio.

COMENTARIO FINAL

He presentado el fragmento de un caso, al comienzo de mi andadura como residente de psiquiatría, que me impresionó mucho. No tenía prácticamente herramientas teóricas para entender lo que estaba ocurriendo, pero creo que desde entonces me quedé como “punto de fijación” ante los trastornos mentales graves, la observación y la “indagación

detallada” (en términos Sullivanianos) de las relaciones intrafamiliares. A Antonio no pude seguirle la pista, pero la evolución del caso no tiene buen pronóstico. Comencé mi andadura de formación terapéutica como Especialista en Terapia Sistémica y ahora me intereso por el Psicoanálisis Relacional, el cual, al igual que la terapia familiar, debe reconocer el pensamiento de Harry Stack Sullivan como una de sus semillas principales.

REFERENCIAS

Obras de Harry Stack Sullivan:

Teoría interpersonal de la psiquiatría (1954)

Concepciones de psiquiatría moderna (1953)

La entrevista psiquiátrica (1956)

La esquizofrenia como proceso humano (1962)

Obras sobre el pensamiento de Harry Stack Sullivan:

Thomson, Clara. (1961). *El psicoanálisis*. Fondo de Cultura Económica

Mitchell, S. (2004) *Más allá de Freud: una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Herder

Wake, N. (2006) *The full story by no means all told*. History of Psychology (journal).

Mullahy, P. *Una teoría de las relaciones interpersonales y la evolución de la personalidad*. En Sullivan (1953) *Concepciones de la psiquiatría moderna*.

Thomson, Clara (1978). *Sullivan and Psychoanalysis*. Contemporary Psychoanalysis (journal). 1978

Barton Evans, E. (1996). *Harry Stack Sullivan. Interpersonal Theory and Psychotherapy*.

Original recibido con fecha: 25-3-2013 Revisado: 25-3-2013 Aceptado para publicación: 30-6-2013

NOTAS

¹ Psiquiatra. *Estudios de Máster en Psicoterapia Relacional*. Primer Accesit de la II Edición del Certamen de trabajos sobre el devenir psicoterapeuta (IPR, 2013)

² Norcross lo considera un pionero de la integración en psicoterapia. Norcross, J.C. (ed.) (1986) *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.; Norcross and Goldfried, M.R. (eds.) (1992) *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.

³ Queda entonces establecida la eterna dicotomía innatismo/ambientalismo, dilemática en ocasiones, dialéctica si hay voluntad de entenderse entre defensores de posturas complementarias. Un ejemplo de entre dilemático/dialéctico se encuentra en *El 'Complejo de Edipo' a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos* [1979] por los Dres. Jorge E. García Badaracco y E. Zemborain. Y un ejemplo entre voluntad de entenderse o destruirse en *Contexto y Metacontexto en la psicoterapia de familia* de Mara Selvini. Therapie Familiale. 1981

⁴ Aquí vemos, casi paralelamente, a Fairbairn como a otro defensor de un modelo más “relacional” que “pulsional”. *Psychoanalytic studies of the personality*

⁵ Milton Erikson cuenta un episodio similar respecto de un paciente con “ensalada de palabras” citado por Haley en “Terapia no convencional”.

⁶ Bion retomará esta concepción desde la teoría de las relaciones objetales y el enfoque de la escuela kleiniana. Bion, W.R. (1957) *Differentiation of the psychotic from the non-psychotic parts of the personality*.

- ⁷ Donna Orange también diría “como ser humano” desde la ética de Levinas. *Thinking for Clinicians* 2010.
- ⁸ Después de Sullivan vendrá Heinz Kohut, otro gran empírico que ayudará a basar sobre la experiencia (y no tanto sobre teorías o “doctrinas” como dice Sullivan) las vicisitudes del proceso terapéutico. Ver *Los dos análisis del señor Z.* 2002
- ⁹ *La entrevista psicodinámica en la práctica clínica.* 2008
- ¹⁰ Un exponente actual de este riesgo en los pacientes graves, de una especie de “desubjetivización” es el artículo *the difficult patient* de Hinshelwood, publicado en el British Journal of Psychiatry en 1999.
- ¹¹ Sullivan distingue tres modos de experiencia: 1)PROTOTÁXICO: no hay relaciones entre las sensaciones/experiencias, ni con las concepciones de tiempo ni de espacio. Es el modo del recién nacido y de algunos estados esquizofrénicos; 2)PARATÁXICO: hay relaciones causales pero son sumamente idiosincrásicas y peculiares de cada individuo, autísticas. Es el modo de la infancia; 3)SINTÁCTICO: las experiencias son compartidas con otras personas, mediante la utilización de símbolos, el lenguaje, todo ello adquiriendo la validez consensuada, propia del proceso de socialización/culturización.
- ¹² Estos conceptos del no-yo, yo-malo, madre-mala... me recuerdan a los conceptos formulados por Melanie Klein para la posición esquizo-paranoide. Ver *Envidia y Gratitud* 1957.
- ¹³ Kapur publica en 2003: *Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia* en el American Journal of Psychiatry y dice cosas muy parecidas a las que dijo Sullivan.
- ¹⁴ Putnam 1985: *Dissociation as a response to extreme trauma. Childhood Antecedents of Multiple Personality.* Kluft: 1990: *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology.*
- ¹⁵ Herman, J.L. (1992) *Trauma and Recovery.* New York: Basic Books. van der Kolk, B.A. (1987) *Psychological Trauma.* Washington: American Psychiatric Association Press.
- ¹⁶ Garfield (1995) *Unbearable Affect: A Guide to the Psychotherapy of Psychosis.* New York: John Wiley & Sons.
- ¹⁷ *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica.* 2002
- ¹⁸ *Psicoanálisis y Esquizofrenia. Una historia con moraleja.* Aperturas Psicoanalíticas. 2001
- ¹⁹ Ver nota 12, citando a Kapur
- ²⁰ Respecto a este dinamismo de la transformación malevolente, se me ocurre hacer paralelismos con la *identificación proyectiva* de la teoría kleiniana. Ver: Ogden, T.H. (1979) *On projective identification.* International Journal of Psychoanalysis. 60:357–372.
- ²¹ Las referencias al “sostén” recuerdan a Winnicot. Jorge García Badaracco (“Demonios de la mente”) parece haberse basado en Winnicot (“self verdadero”) y en Sullivan para formular su tesis sobre la “virtualidad sana”. Asimismo, Badaracco cuenta una experiencia similar a la Sullivan en el Sheppard-Pratt con el comienzo de los grupos multifamiliares en el Hospital Borda de Buenos Aires (Argentina).
- ²² Franz Alexander (1946). El principio de la experiencia emocional correctora *Terapéutica Psicoanalítica*
- ²³ Citado en Gabbard. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica.* (2002)
- ²⁴ Algo parecido pasó con Enrique Pichón-Rivière en el Hospital Borda de Buenos Aires, y el caso de Antonio también presenta éste paralelismo
- ²⁵ Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. and Weakland, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science.* 1:251–264.: Jackson, D.D. (1968) *Communication, Family and Marriage.* Palo Alto, CA: Science and Behavioral Books, Inc.; Watzlawick, P., Beavin, J.H. and Jackson, D.D. (1967) *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes.* New York: W.W. Norton & Company.