

# E

## ntrevista con: Dr. Birchwood.

Realizada por: **Juan Sevilla y Carmen Pastor.**

Centro de Terapia de Conducta. Valencia.



Durante muchos años la esquizofrenia ha sido considerada como un grave trastorno mental solo abordable farmacológicamente. El tratamiento psicológico de las personas esquizofrénicas se reducía a mejorar problemas secundarios creados por el desorden psicótico, facilitando la rehabilitación. Este objetivo es prioritario y de gran relevancia social, pero desde principios de los años noventa, en Reino Unido, ha surgido un movimiento que postula la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual a la propia esquizofrenia de la manera más precoz posible. Lo que en un primer momento eran meramente intuiciones clínicas, ya ha recibido el suficiente respaldo experimental como para ser considerado como una sólida esperanza para las personas que sufren este terrible trastorno.

El Dr. Max Birchwood es uno de los líderes de esta nueva área de aplicación de la psicología Cognitivo-Conductual. De fuertes convicciones científicas, no en balde se licenció en ciencias exactas antes de hacerlo en psicología, ya recibió su doctorado aplicando terapia cognitiva al fenómeno psicótico. Actualmente dirige el servicio de atención precoz a los trastornos esquizofrénicos del "All Saint Hospital" de la ciudad de Birmingham, habiendo publicado cuatro monografías y una cincuentena de artículos de investigación y terapia sobre el tema.

Esta entrevista fue realizada el pasado febrero en Valencia donde, organizado por el Centro de Terapia de Conducta, el Dr. Birchwood impartió un excelente seminario, al que asistieron 150 especialistas de todo el país.

**P.-** Para empezar quisiéramos que hablara de su formación y status actual.

**R.-** Soy psicólogo clínico por formación, pero empecé haciendo Matemáticas, también soy matemático. Estudié Psicología en la Universidad de Birmingham en Inglaterra y actualmente dirijo el servicio de Psicosis Temprana en la Asociación de Salud Mental de Birmingham. Y soy también lo que se llama "director de investigación" del servicio.

**P.-** ¿Cómo y cuando empezaron usted y sus colegas a hacer Terapia Cognitiva con psicóticos?

**R.-** He trabajado mucho en psicosis. Me doctoré en 1983 y trabajé investigando en terapia familiar; concretamente sobre cómo la familia afronta la esquizofrenia: cómo la expresión de emociones se relaciona con factores involucrados en la recaída de la psicosis.

Fui formado en una aproximación cognitivo-conductual en la línea de Albert Ellis y Aaron Beck. Recibí mi doctorado tratando de aplicar estos enfoques psicológicos a los trastornos psicóticos.

Supongo que tenía una especie de objetivo en mente: sentía que el tratamiento de la psicosis era muy deshumanizador; se preocupa más por la muerte que por la persona, y sentí que había muchas oportunidades y áreas de aplicación de la psicología en esquizofrenia, incluyendo el trabajar y hablar con la gente sobre los síntomas psicóticos y enseñarles a entender y controlar su propia enfermedad y cómo tratar la recaída.

**P.-** ¿Podría hablarnos del modelo cognitivo para psicosis?

**R.-** Imagino que hay dos modelos cognitivos en psicosis, tal como yo lo veo. Un modelo se centra en cómo el individuo encara el significado de la psicosis como una enfermedad, como una entidad en sí misma. Dentro de este modelo hay dos aspectos: el modelo de "trauma" que ve la psicosis como un acontecimiento vital traumático que puede tener impacto en el individuo, que puede conducir a síntomas traumáticos y puede producir otros trastornos en la vida del individuo. Otro modelo cognitivo se centra en cómo el individuo encara el significado de la psicosis. Estoy particularmente interesado en la manera en que la psicosis conduce a una forma de "atrapamiento", la gente podría interpretar la psicosis como un trastorno del que no hay escapatoria, que te hace sentir atrapado, porque conduce a

recaldas y afecta a tu vida. Así pues, la gente puede ver la psicosis como algo que te atrapa, y esto puede dar lugar a síntomas de depresión, desesperanza y suicidio. Este es un modelo general que se centra en cómo el individuo responde a la psicosis, y el significado que le da.

Pero hay otro tipo de modelo cognitivo y éste tiene que ver con establecer el significado de los síntomas psicóticos, porque tradicionalmente los síntomas de psicosis son vistos como carentes de significado, como los síntomas de la epilepsia que simplemente vienen de la mente, del cerebro, sin ningún significado particular. Este segundo modelo cognitivo realmente cuestiona si los síntomas de psicosis son operaciones del cerebro vacías de sentido, o si tienen sentido y te dicen algo sobre la persona con psicosis. Por eso estoy interesado en ver hasta qué punto (usando la distinción de Ellis entre inferencias y evaluación) los síntomas psicóticos implican perturbaciones del ego y evaluaciones del yo, esto es el problema implicado en los síntomas psicóticos: que son muy fuertes y muy perturbadores. Y éste es el segundo modelo cognitivo: hasta qué punto hay una simbiosis entre la persona y la psicosis.

**P.- ¿Cuál es el papel de los factores biológicos en la génesis de la psicosis?**

**R.-** Dos cuestiones: creo que hay, indudablemente, una base biológica en el origen de la psicosis. Hay pruebas aplastantes de que es así: hay factores hereditarios, el rol de la genética y de los factores constitucionales es muy fuerte y el resultado de estudios de patología cerebral indican de forma abrumadora que los trastornos psicóticos están predisuestos biológicamente. Y, sin embargo, a pesar de esa predisposición biológica, esto no significa que no entren en juego factores psicológicos, porque, como en todos los casos de predisposición, éstos no ocurren aisladamente, se relacionan con un contexto psicológico y social y tienen que interactuar, e influenciar a la vez, a la temporalización y al contenido de los síntomas psicóticos. Así, no hay duda del condicionamiento biológico pero el contexto social y psicológico es absolutamente crucial.

La segunda cuestión, es que hay psicosis que son enteramente psicógenas: lo sabemos por personas que han sido víctimas de traumas extremos, por ejemplo lo que se llamó "shell shock" en la primera guerra mundial. Es sabido que estas personas desarrollaron lo que nosotros llamaríamos psicosis (delirios y voces). Sabemos también que los síntomas psicóticos se pueden situar en un continuo: mucha gente oye voces cuando sueña o tienen creencia que nosotros consideramos excéntricas... esto podría considerarse delirante, y sabemos que hay mucha gente que no responde a la medicación, que responde sólo a factores psicológicos.

Para resumir; hay un fundamento biológico, pero también existe la psicosis psicógena, e incluso, partiendo de la base biológica, hay importantes interacciones con el medio psicológico y social. Esto es crucial para entender y tratar la psicosis.

**P.- ¿Cuáles son las mayores diferencias entre la manera de hacer terapia cognitiva para la depresión o el pánico o hacerla para el tratamiento de la psicosis?**

**R.-** Creo que hay muchas coincidencias. El modelo de voces que ya hemos desarrollado tienen algunas similitudes con, por ejemplo el modelo cognitivo de pánico. El modelo cognitivo de la psicosis argumenta que la perturbación que las voces causan a la persona no es sólo una función de la experiencia de las voces, sino que dependen de las creencias, y quizás también pensamientos catastróficos, sobre el significado y la amenaza presente en la experiencia de oír voces. Y así la terapia puede pretender buscar no el eliminar la actividad de la voz, sino intentar cambiar las creencias o cogniciones que los individuos pueden tener sobre esas voces.

Así pues, a este respecto tiene muchas coincidencias con el acercamiento cognitivo al pánico: en el caso del pánico nos referimos a la interpretación de experiencias interoceptivas o de sensaciones internas, y en el caso de las voces, a la interpretación de sensaciones internas o experiencias alucinatorias. Así que hay muchas coincidencias. En el pánico y en la depresión, ciertamente, se mira también el rol de las creencias sobre uno mismo, en términos de Beck. Estas son asunciones fundamentales sobre el yo, y en el modelo cognitivo que seguimos y hemos desarrollado, nos apoyamos en la distinción entre inferencias y hechos consumados. Si las voces se consideran buenas o malas, cómo se juzgan y, si tienen algo que decir del yo.

Así pues, hay muchas cosas en común entre la aproximación cognitiva a la psicosis y el modelo para el pánico. Donde difieren es en la manera de "comprometer" a las personas: en pánico y depresión los clientes son los que te piden ayuda, pero en psicosis se necesita un protocolo para "engancharse" a los clientes, pues ellos tienen una larga trayectoria de relación con profesionales y básicamente sostienen que estos profesionales no les toman en serio. Y de hecho pueden haber sufrido respuestas punitivas.

Por lo tanto, uno de los puntos de desafío en psicosis es desarrollar un protocolo claro de compromiso con los clientes, y eso quiere decir entender las creencias y ansiedades que el cliente tiene sobre el terapeuta y sobre la terapia. Esto debe tenerse en cuenta e ir con cuidado cuando se tiene una relación estrecha con los clientes multidisciplinarios, se contempla la colaboración con psiquiatras. Pero hay un desafío político: establecer la posibilidad de trabajar con éxito y aplicar las propias ideas en un área en que los psiquiatras tienen mucho poder. Y ahí es donde mis psicólogos clínicos tienen que ser asertivos. Se puede introducir los conceptos psicológicos de forma habilidosa. Lo importante es no amenazar el poder de los psiquiatras, sino reforzarlo, o parecer estar reforzándolo.

Y creo también que en Inglaterra y en el Reino Unido hay un gran énfasis en la medicina basada en la evidencia. Y así es como nuestro servicio es con-

ducido: con la idea de que sólo deberíamos ofrecer atención si estamos seguros de que va a ser efectiva en investigación y en la práctica. Demasiado a menudo, en el pasado, los psicólogos clínicos han escogido implementar la terapia con esquizofrénicos sin base científica, ni empírica.

Yo he tenido mucho cuidado de evaluar cuidadosamente mis ideas y someterlas a tests clínicos, a pruebas, y escoger siempre revistas psiquiátricas de gran prestigio para publicar mis trabajos: la mayoría de mis investigaciones se han publicado en *The British Journal of Psychiatry*, con ese objetivo en mente.

**P.- ¿Qué está usted investigando ahora?**

**R.-** El programa que desarrollo actualmente concierne a dos áreas principales. La primera: tengo la convicción personal de que es posible desarrollar una forma de prevención primaria o secundaria en esquizofrenia. Con frecuencia, se considera que los esquizofrénicos son imprevisibles y que su problema es algo que simplemente se puede contener y controlar. Y esto es la base de la doctrina psiquiátrica. Yo creo firmemente que hay serias pruebas de que se puede prevenir. Bueno, la prevención primaria es muy difícil, pero la prevención secundaria, la intervención temprana es una posibilidad realista que puede afectar a largo plazo a la trayectoria de la psicosis. Lo creo firmemente. Y el servicio que dirijo está encaminado a este objetivo. Actualmente estamos investigando el tratamiento precoz en psicosis, para reducir la duración del período de enfermedad no tratada, que es, a menudo, de más o menos un año en el Reino Unido, hasta que el enfermo consigue su primer tratamiento psiquiátrico. Es un período dañino y estamos intentando reducirlo y controlar los impactos en la velocidad de respuesta al primer tratamiento y en las recaídas tempranas y éxitos tempranos. Esta es una de las áreas de trabajo.

Estamos haciendo también una investigación examinando el período crítico en que las creencias importantes sobre la psicosis se generan. Centrándonos en lo que llamamos el programa de recuperación, cuando también estudiamos las importantes relaciones entre la familia y el individuo, porque en el período inicial es cuando estas relaciones familiares negativas se forman.

Esta es la principal área de nuestro trabajo.

En otro programa de investigación estamos estudiando la depresión y las ideas de suicidio en psicosis, y desarrollando formas de terapia cognitiva aplicadas a ello.

**P.- Tenemos uno de sus libros traducidos. ¿Cuánto se traducirá el otro?**

**R.-** No lo sé. Mi último libro ha sido "Cognitive Therapy for Hallucinations, Delusions and Paranoia" y fue publicado por los mismos editores que tradujeron el anterior; así que lo que hace falta es que escribáis a mi editor en Inglaterra, y pidan que el libro sea traducido al español.

Muchas gracias.