

Las psicoterapias psicoanalíticas y la psiquiatría dinámica

B. A. Schutt

Médico Psicoanalista

Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica de Madrid

Resumen:

El presente trabajo trata de conceptualizar y a la vez contrastar las psicoterapias psicoanalíticas con su modelo teórico, el psicoanálisis, poniendo énfasis en su relación con la psiquiatría dinámica.

Plantea además la conveniencia de introducir en la formación dinámica del joven psiquiatra elementos básicos de la teoría y práctica de la psicoterapia de orientación psicoanalítica que le permitan manejar mejor las ansiedades y los aspectos emocionales del paciente y de sí mismo.

Se puntualiza que este enfoque no excluye al proporcionado por el conjunto de sus conocimientos teórico-clínicos, psicofarmacológicos y neurobiológicos, sino que los complementa. Esta integración, si bien puede ampliar la perspectiva psicopatológica y el abanico de recursos terapéuticos, se enfrenta con diversas dificultades prácticas para ser llevada a cabo, y con los prejuicios y resistencias que más específicamente provoca el referente psicoanalítico.

Palabras clave:

psicoterapia psicoanalítica, psicoanálisis, proceso, encuadre.

Introducción

Los antecedentes históricos de la psicoterapia psicoanalítica los encontramos en los primeros trabajos de S. Freud. Habitualmente éste es identificado con el así llamado psicoanálisis ortodoxo, siendo menos conocido que, en un principio, fue un joven médico especialista en enfermedades nerviosas, con un gran afán investigador y una enorme inquietud por curar o al menos aliviar a sus enfermos. Aunque no desechaba ningún recurso terapéutico de los que disponía en su época, como la hipnosis, consideró muy importante sustituirla por otro abordaje clínico, y así fue llegando a una metodología nueva, que se refleja en sus historias clínicas iniciales, y que constituyen el germen de lo que hoy consideramos psicoterapia psicoanalítica. El desarrollo de esta metodología, paralelo al avance de su teoría, se basa en la idea del conflicto psíquico inconsciente como base de los síntomas psiconeuróticos.

Contrariamente a ciertas corrientes posteriores que asumieron sus ideas de manera muy rígida, el no consideró incompatible la utilización de su técnica con los modestos recursos terapéuticos de su época: hidro y electroterapia, masajes, curas de reposo, y como fármacos, al bromuro de potasio y el hidrato de cloral.

En *Introducción al Narcisismo* (1914), Freud ya decía: ... “Debemos recordar que todas nuestras ideas provisionales en psicología se basarán un día presumiblemente en una subestructura orgánica”. Y en *Más allá del principio del placer* (1920), escribía: ... “Las deficiencias en nuestra descripción podrían probablemente desaparecer si estuviésemos ya en posición de cambiar los términos psicológicos por fisiológicos o químicos... Podemos esperar (que la fisiología o la química) proporcionen la información más sorprendente y no podemos adivinar las respuestas en escasamente 12 años de las preguntas que planteamos. Pueden ser

de una clase que expulse la totalidad de nuestra estructura artificial de hipótesis...”

Incluso auguraba en un futuro, como así sucedió, la aparición de nuevas sustancias en el tratamiento de los trastornos mentales. Poco antes de su muerte escribió:... “El futuro podrá enseñarnos a influir directamente, mediante sustancias químicas particulares, sobre las cantidades de energía y su distribución en el aparato psíquico. Quizá surjan aún otras posibilidades terapéuticas todavía insospechadas...”(5).

¿Se referiría quizá a los impresionantes avances en neurociencias, biología molecular y psicofarmacología de los últimos años, o a sus anticipaciones especulativas, que luego fueron confirmadas, sobre la estructura del sistema nervioso, o a la gran difusión y extensión de las psicoterapias inspiradas en sus ideas a partir de la segunda guerra mundial?

Consideraciones generales

Se considera psicoterapia psicoanalítica genéricamente a todo procedimiento psicoterapéutico que utilice como marco de referencia a la teoría psicoanalítica.

Ahora bien, en la práctica, tenemos que hablar de psicoterapias psicoanalíticas (p.p), puesto que no existe un solo tipo o modelo de estas y además, porque manteniendo dicho marco teórico, la técnica se ha ido diversificando y flexibilizando, variando en función de múltiples factores, entre los que podríamos mencionar:

Edad: no cursa de la misma manera una p.p. en un niño, en un adolescente, en un adulto o en la tercera edad. La problemática en cada uno de estos períodos vitales suele ser distinta y por lo tanto la técnica tendrá que adaptarse a cada una de estas circunstancias.

La psicopatología: es diferente la orientación de un tratamiento en casos de psiconeurosis (histeria,, obsesiones o fobias), que en un trastorno narcisista o una patología límite.

Su modalidad: según sea individual, grupal, de pareja o familiar.

El contexto: si se realiza en un entorno asistencial público o privado.

Su grado de urgencia.

Los objetivos: más extensiva o bien más focalizada (p.p. de objetivos limitados: por ejemplo, en situaciones preoperatorias, en relación a un duelo o pérdida, o en cuadros traumáticos: un accidente o la separación de una pareja).

Aún en casos de problemas reales concretos o de síntomas relacionados con situaciones conflictivas externas, la intensidad de los trastornos tendrá en gran parte que ver con variables personales relacionadas con conflictos intrapsíquicos que pueden haber permanecido latentes hasta ese momento.

El paciente afectado por estos trastornos que acude a la consulta de un profesional en demanda de ayuda puede no tener ninguna idea de que es lo que causa su malestar o sufrimiento, o bien tener algunas explicaciones a nivel racional de los mismos.

Vale decir, que son desconocidas para él las motivaciones inconscientes de lo que le sucede, y muchas veces su intento de explicación se basa en la atribución de su enfermedad únicamente a situaciones exteriores, que pueden ser reales o bien proyectadas. Son intentos de hallar una causalidad lineal para sus síntomas.

Cuando hablamos entonces de motivaciones inconscientes, queremos decir que el paciente desconoce los conflictos subyacentes que permanecen reprimidos, pero que se han movilizado por la situación desencadenante, y que intervienen en la formación de dichos síntomas.

Aunque podamos tener una idea general acerca de estos conflictos, es fundamental rastrear y analizar en cada paciente la trama histórica en la cual estos se han ido desarrollando, al igual que sus factores desencadenantes. Es decir, un conflicto puede permanecer latente clínicamente, hasta que por diferentes circunstancias vitales, los mecanismos de defensa, hasta ese momento exitosos, se vuelven ineficaces.

Cuando esto sucede, sobreviene la angustia o

sus equivalentes somáticos por vía neurovegetativa: vértigos, palpitaciones, o bien astenia o apatía (muchas veces confundida esta sintomatología con cuadros depresivos), en otras ocasiones perturbaciones gastrointestinales o musculares y enfermedades psicosomáticas, por no citar muchos otros. En otros casos pueden aparecer síntomas psiconeuróticos como obsesiones o fobias, y a veces inhibiciones, más o menos invalidantes.

Aspectos fundamentales de las psicoterapias psicoanalíticas

En toda p.p. podemos considerar como aspectos fundamentales al encuadre y al proceso.

En cualquier relación terapéutica (y sabemos que no sólo en ella) se produce una transferencia, es decir, una reedición de una constelación de vivencias, fantasías y afectos, provenientes de las relaciones más primarias, como así también de otros vínculos significativos que se evidencian a través de clichés de comportamiento o de modalidades de reacción que se han repetido a todo lo largo de la vida.

La importancia de esta transferencia en toda p.p. es que en ella se vehicularán los conflictos más importantes del paciente, y podrá constituirse, siempre y cuando se la reconozca, en un instrumento terapéutico sumamente valioso.

El proceso: el proceso terapéutico se basará en lo que el paciente relata y asocia, tratando de no autocensurarse, y en lo que transfiere en la figura del terapeuta en los encuentros terapéuticos, en especial en el plano afectivo.

Para que una p.p. funcione adecuadamente es fundamental una base de confianza, y una buena sintonía o empatía, que el paciente se sienta reconocido, comprendido y respetado, lo que se denomina una buena transferencia de trabajo. El terapeuta aportará una escucha que le permitirá captar y relacionar lo que el paciente va diciendo a través de su discurso, incluido lo que éste le transfiere. Esta escucha se verá facilitada por el psicoanálisis personal que ha

constituido parte de la formación del terapeuta. Este procurará entonces transmitir al paciente lo que va comprendiendo en cuanto al sentido y significado de sus padecimientos, fantasías, angustias y temores.

En mi opinión, silencios prolongados del terapeuta suelen provocar en algunos pacientes ansiedades persecutorias, requiriéndose técnicamente que sus intervenciones sean más activas o participativas.

En la práctica, la labor se va desarrollando mediante intervenciones, señalamientos y eventualmente interpretaciones, siendo preferible que el paciente mismo vaya encontrando las explicaciones y soluciones posibles más adecuadas en cada momento (lo que se llama *insight* o toma de conciencia).

Es muy importante que el terapeuta no se coloque en una posición de saber absoluto, u opinando o aconsejando, para no crear de este modo una relación de sometimiento o dependencia, o bien de sugestión, a la que es tan propensa toda persona en una situación de transferencia.

Cuando el proceso terapéutico no se desarrolla de este modo las causas hay que buscarlas muchas veces en posiciones narcisistas del propio terapeuta, cuando por ejemplo no puede aceptar que un paciente rechace una intervención suya, que como tal debe ser siempre efectuada como propuesta para reflexionar y analizar, y nunca como una imposición.

Desde la perspectiva del psicoanálisis es esencial entonces conseguir que el paciente readquiera un poder que ha perdido, y que ha adjudicado a otro, en este caso el terapeuta, como cuando era niño atribuía este poder a sus padres u otras figuras de autoridad, o a veces al Destino.

Hay que tener en cuenta que toda situación de crisis conlleva un cierto grado de regresión. En la p.p. se trata de no fomentar esta regresión, no formulando interpretaciones transferenciales, y, por el contrario, tratando de reducirla lo máximo posible.

El encuadre: consiste en un marco bien definido y consensado de trabajo, que incluye la periodicidad de los encuentros (entrevistas o sesiones), horarios, duración de los mismos, honorarios si es en la esfera privada, y sitio de la reunión (por lo general en la consulta del terapeuta). La importancia de este marco o *setting* consiste en que establece un límite de realidad actual y de contención, tanto para el paciente como para el terapeuta, permitiendo así que se desarrolle el proceso terapéutico, y que la transferencia se convierta en una así llamada alianza terapéutica, reduciendo de este modo la intensidad de los afectos transferenciales (tanto amor, como hostilidad, rivalidad o envidia), que si son excesivos pueden llevar a bloquear la tarea (situaciones de *impasse*), o bien conducir a la interrupción del tratamiento.

Toda p. p. requerirá una primera fase de entrevistas preliminares, a través de la cuales el terapeuta podrá hacer una aproximación diagnóstica y una evaluación de las condiciones del paciente, para poder hacer, si lo considera indicado, una propuesta terapéutica, y fijar así un encuadre.

También servirán estas entrevistas para anticipar al paciente una metodología de trabajo explicada, pero al mismo tiempo puesta en práctica en dichas entrevistas.

El interés del terapeuta, manifestado en su escucha y sus preguntas, se extenderá más allá del motivo manifiesto de la consulta, a distintos aspectos de la vida y la historia del paciente. Así, por ejemplo, un paciente muy fijado a su síntoma, y muy propenso por el modelo de consulta médica a hablar sólo de éste, el estimularle a hablar de otros aspectos de su vida, que él podría considerar poco importantes o intrascendentes y aparentemente no relacionados con su situación actual, podrá tener un efecto liberador, y por lo tanto, fácticamente terapéutico. Pero aclaremos que no se trata sólo de una catarsis, sino de la sensación de sentirse comprendido, y de poder empezar a pensar que existen otros aspectos y sentimientos vitales que pueden tener algo que ver con sus síntomas manifiestos.

Psicoanálisis y Psicoterapia psicoanalítica

¿Cuales serían entonces las diferencias entre una psicoterapia psicoanalítica y un psicoanálisis propiamente dicho?

El tratamiento psicoanalítico o psicoanálisis se define por la formulación de la así llamada regla fundamental, que consiste en la utilización de la asociación libre a tope, el análisis explícito de la transferencia, y una frecuencia de varias sesiones semanales.

Esto trae aparejado una regresión más pronunciada, y la investigación de niveles más profundos del psiquismo, lo cual implica que para su elaboración los tratamientos sean más prolongados.

El uso del diván, que para muchos debería reservarse para los tratamientos psicoanalíticos, puede constituirse en un objeto auxiliar muy útil en las p.p en ciertas ocasiones, o ser sustituido, sin detrimento para los fines terapéuticos, por lo encuentros cara a cara, que provocan una regresión menor en el paciente.

El empleo del diván, no obstante, en algunos casos, puede favorecer la palabra, y liberarla de la mirada, que determinados pacientes buscan constantemente para obtener la aprobación o desaprobación del terapeuta, creando una situación de condicionamiento que no favorece la tarea.

En la psicoterapia psicoanalítica la periodicidad de los encuentros podrá ser variable, dependiendo la eficacia del tratamiento del desarrollo de la capacidad de trabajo y elaboración que se produzca a través del vínculo terapéutico. En definitiva, no existiría una diferencia esencial entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis propiamente dicho en cuanto a sus fundamentos teóricos.

En este último podríamos decir que los objetivos son más globales, menos puntuales o focales, y que su duración es en general más prolongada.

El psicoterapeuta que ha atravesado una experiencia vivencial de análisis, conocerá mejor sus

conflictos, y no proyectará sus propias ansiedades o frustraciones en sus pacientes. El conocer su mundo interno le ayudará a comprender la dinámica inconsciente del analizado, y a manejar mejor su contratransferencia, los sentimientos que surgen en él como reacción a los afectos que le transmite el enfermo a nivel intersubjetivo. De este modo, el psicoterapeuta médico podrá utilizar más adecuadamente sus conocimientos psiquiátricos y el arsenal terapéutico de que dispone hoy en día. Recurrirá a los psicofármacos cuando lo considere necesario pero sin renunciar al esclarecimiento y resolución de los conflictos subyacentes.

Me estoy refiriendo sobre todo a pacientes psiconeuróticos, y no a aquellos con desestructuraciones más severas de su psiquismo.

Duración del tratamiento. Posibles indicaciones y contraindicaciones de la psicoterapia psicoanalítica. Su relación con la psiquiatría dinámica

Duración: Es muy variable. En algunos casos puede fijarse un límite por anticipado, que podrá luego ser revisado en base a una evaluación que se hará conjuntamente con el paciente.

Indicaciones: Como ya hemos dicho, en las distintas variedades de psiconeurosis, cuadros depresivos y trastornos en los cuales se presume que el componente psíquico juega un papel importante: afecciones psicósomáticas (asma bronquial, úlcera gastroduodenal, anorexia, etc.).

Responden mejor al tratamiento los casos menos cronificados (de inicio reciente), con capacidad de autoobservación (*insight*), buena comunicación verbal y con diferentes mecanismos de defensa.

Contraindicaciones: aunque de manera no absoluta, podríamos mencionar quizás a los cuadros paranoides muy severos, con riesgo de descompensación psicótica o bien psicopatías graves, existiendo sin embargo posibilidad de

algunas curaciones como en el caso de las ludopatías, por ejemplo.

En todo caso será el terapeuta quien evaluará en las entrevistas preliminares el grado de posibilidad de trabajo psicoterapéutico con cada paciente en particular y de anticipar los objetivos que se podrán lograr con ese trabajo.

Hay ciertos autores que utilizan el término de psicoterapia breve como sinónimo de p.p., o como psicoterapia de objetivos o de tiempo limitado, o bien focal, y es también llamada por otros psicoterapia dinámica. En general, existen controversias en cuanto a la delimitación precisa de cada uno de estos conceptos (8).

Una p.p. no se fundamenta ni en la sugestión, ni en la catarsis, sino en la confrontación de situaciones o sentimientos actuales con otros aspectos de la vida del paciente, relacionándolos con sus fantasías y sus deseos; en el esclarecimiento del sentido de sus síntomas y en la interpretación, entre otros, de sus actos fallidos y sus sueños. Conceptualmente está más próxima a un abordaje psicodinámico que a otro tipo de psicoterapias como la psicoterapia de apoyo, que se basa en el reaseguramiento del paciente por vía de recomendaciones o consejos (*counselling*) por parte del terapeuta, sin explorar los conflictos subyacentes.

Los principios fundamentales de una **psiquiatría dinámica** serían según M.A. González Torres(6), citando a Gabbard:

- a. El valor único de la experiencia subjetiva, o sea, la búsqueda de aquellos aspectos del paciente que le hacen diferente y único.
- b. Se utiliza un modelo de la mente que incluye lo inconsciente. Se da por sentado que existen contenidos mentales reprimidos dinámicamente.
- c. Determinismo psíquico: nuestras decisiones conscientes y nuestros actos están fuertemente influidos por factores que nos son total o parcialmente desconocidos.
- d. El pasado como prólogo del presente: la

importancia crucial de la historia del sujeto y en particular, sus relaciones familiares y sus experiencias infantiles.

- e. Reconocimiento de la transferencia: fenómeno que se produce en cualquier relación humana de alguna importancia, consistente básicamente en una repetición de pautas de conducta anteriores que distorsionan la realidad del encuentro actual con el terapeuta.
- f. Reconocimiento a su vez, de la contratransferencia del terapeuta.
- g. Resistencias: el paciente desea consciente o inconscientemente mantener el status-quo, oponiéndose a los cambios. A pesar que manifiestamente los reclama, moviliza sus mecanismos de defensa frente a ellos.

Como se observa en este listado, los conceptos básicos de la psiquiatría dinámica coinciden con los que guían una psicoterapia de orientación psicoanalítica. La psiquiatría dinámica no sería más que la aplicación de algunos conceptos psicoanalíticos a la práctica psiquiátrica, mientras que la p.p. sería la resultante de sustentar y orientar la práctica psicoterapéutica en la teoría y la experiencia psicoanalítica.

La psiquiatría clínica y la psicoterapia psicoanalítica

Pensamos, por lo dicho, que el estudio de los aspectos psicodinámicos y psicoterapéuticos puede enriquecer la formación de un psiquiatra clínico.

Para muchos, el pensamiento médico psiquiátrico y el enfoque psicodinámico parecen difícilmente articulables.

En mi opinión, este prejuicio y escollo debería ser superado, como ya lo ha demostrado la Psiconeuroinmunoendocrinología, al confirmar experimentalmente la estrecha relación entre el aparato psíquico y los sistemas nervioso, inmunitario y endocrino, hasta el punto de considerarlos como una única estructura, con múltiples enlaces interactuantes entre sí.

Pero, no obstante, existen dificultades prácticas para que se alcance la introducción del enfoque psicodinámico en la formación del psiquiatra clínico.

En primer lugar se requeriría una estructura docente que pueda transmitir de una manera clara y no sectaria los conocimientos básicos teórico-prácticos, adecuándose al hecho de que no se trata de formar psicoanalistas, sino de ampliar y mejorar la función psiquiátrica, teniendo en cuenta la realidad de la tarea asistencial. También se hace necesaria la presencia de supervisores con formación analítica con los cuales puedan los psiquiatras en formación discutir sus casos y los problemas prácticos con los que se enfrentan.

La formación psiquiátrica médico-céntrica favorece la identificación con un saber médico protector, responsable de una excesiva distancia afectiva respecto a los pacientes, que dificulta la conexión con los mismos, y el acceso a las motivaciones inconscientes de sus síntomas. Si el paciente percibe que no es comprendido por su médico, se replegará más en su enfermedad y se hará más inaccesible a las potencialidades psicoterapéuticas que existen en toda relación médico-paciente, y más particularmente cuando se trata de enfermos que sufren las consecuencias de un trastorno psíquico.

La tarea psiquiátrica cotidiana es muy estresante. El joven profesional puede apelar entonces a distintos mecanismos de defensa para evitar su sufrimiento psíquico, pero que pueden no resultar eficaces para su labor específica y llevarle a no poder reflexionar, e inclusive a “actuar” con sus pacientes en algunas ocasiones, por no poder hacer conscientes sus sentimientos reprimidos, que se movilizan en los vínculos terapéuticos psiquiátricos. Puede entonces prescribir una medicación psicotrópica, procediendo automáticamente o bien polimediar, cuando no sería necesario. También es posible que el psiquiatra adopte actitudes de rechazo u hostilidad hacia algunos de sus pacientes, en especial hacia aquellos

que por sus identificaciones proyectivas inoculan en el profesional sus aspectos más patológicos. No debemos olvidar que el paciente pide algo más que una medicación al psiquiatra, le demanda ser escuchado de manera diferente. Aún en su delirio o en sus conductas más bizarras, existe un núcleo de verdad histórica en él, algo que nunca fue escuchado.

Los alcances de una formación psicoterapéutica de orientación psicoanalítica no solamente implican un abordaje diferente del paciente, sino también un cambio en el posicionamiento y en la actitud del médico con relación a su práctica profesional.

Los objetivos de este enfoque no sólo ampliarían el campo de conocimiento del psiquiatra al integrarse en una comprensión clínica más abarcativa. También permitirían lograr una mayor eficacia terapéutica y a aprovechar mejor el conjunto de los medios y saberes disponibles actualmente, no oponiendo a estos en una dicotomía poco productiva, que puede resultar conflictiva y problemática para el joven psiquiatra cuando está asumiendo su identidad profesional.

La integración de los conocimientos en el marco asistencial, en cambio, además de tender al desarrollo y evolución de la psiquiatría, tanto en el terreno de la investigación, como en el de la clínica y la terapéutica, puede contribuir a una mejor calidad de la relación con el enfermo, como así también a aliviar situaciones de angustia, desánimo y desborde por parte del médico (*burn-out*), ante situaciones dolorosas o poco gratificantes en su práctica, muchas veces atribuidas sólo a la precariedad de los recursos materiales existentes o a desajustes en la coordinación de los equipos.

Bibliografía Recomendada

1. Bleichmar H. (1997): Avances en psicoterapia psicoanalítica, Buenos Aires, Paidós.
2. Coderch J. (1987): Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, Barcelona, Herder.
3. Fiorini H. (1987): El campo teórico y clínico de las psicoterapias psicoanalíticas, Buenos Aires, Tekné.
4. Fiorini H. (1993): Estructuras y abordajes en las psicoterapias psicoanalíticas, Buenos Aires, Nueva Visión.
5. Freud S. (1938): Esquema del psicoanálisis, Buenos Aires, Obras Completas, T.23, Amorrortu, 1985.
6. González Torres M.A. (1993): Enseñanza de la psicoterapia a los residentes en psiquiatría, Actas del XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría, Bilbao.
7. Guimón J. (1997): La formación de los nuevos psiquiatras. Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias, Vol.1, N°1, págs. 3-9.
8. Pérez Sánchez A. (1992): Elementos de psicoterapia breve psicoanalítica, Barcelona, Fundación Vidal y Barraquer.

Correspondencia:

Dr. Bernardo A. Schutt
Caleruega, 45 - 13B°
28033 - Madrid
e-mail: bschutt@cgcom.org