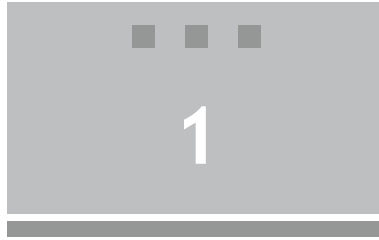


ARTÍCULOS

RELACIONES DE LA PSIQUIATRÍA
Y EL PSICOANÁLISISLuis E. Yamin Habib, MD.¹**Resumen**

El presente artículo desarrolla una comprensión de las diferencias entre la psiquiatría y el psicoanálisis y de la forma en que han logrado acercarse resultando en la psiquiatría dinámica. La psiquiatría y el psicoanálisis se dedican a estudiar el aparato mental desde la construcción de diferentes modelos teóricos. La psiquiatría como una rama de la medicina, estudia las enfermedades de forma descriptiva, se preocupa por los síntomas y su tratamiento con recursos externos como la medicación y la hospitalización. El Psicoanálisis se dedica más a la persona y su relación con el mundo externo, explicando la psicopatología del ser humano como una conflictiva entre la vida infantil y la adulta, disponiendo de un solo recurso para su tratamiento, él psicoanalista como persona. Acercando el psicoanálisis a la psiquiatría se genera una tercera concepción del aparato mental, la Psiquiatría Dinámica. Esta utiliza la clasificación de las enfermedades, teniendo en cuenta los síntomas y al mismo tiempo a la persona, con una actitud diferente hacia los síntomas, conciliando las dos posiciones entre suprimirlo químicamente y acogerlos y comprenderlos. El psiquiatra dinámico, al contar con el recurso de la Psicoterapia Psicoanalítica, puede utilizar la medicación como un medio y no como un fin.

Palabras Clave: Psiquiatría, Psicoanálisis, Psiquiatría Dinámica, Psicoterapia Psicoanalítica

Summary

This article develops an understanding of the differences between psychiatry and psychoanalysis and how they have managed to unite resulting in dynamic psychiatry. Psychiatry and psychoanalysis study the mental apparatus based on the construction of different theoretical models. Psychiatry, as a branch of medicine, studies diseases descriptively, worries about the symptoms and treatment with external resources such as medication and hospitalization. Psychoanalysis is more concerned with the person and their relationship with the external

¹ Miembro Didacta Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, Profesor Emérito de Psiquiatría-Universidad Nacional de Colombia

yaminleo@hotmail.com

Basado en la Presentación Jornadas Académicas ICSN Febrero 2012

Fecha de recepción: Febrero 2012

Fecha de aceptación: Junio 2012

world, explaining the psychopathology of the human being as a conflict between the child and adult life, having a single resource for treatment, the psychoanalyst as a person. Uniting psychoanalysis to psychiatry generates a third conception of the mental apparatus, dynamic psychiatry, which includes the classification of diseases, takes into account the symptoms and also the person, reconciling both positions in order to accept and understand them as well as chemically suppress them. The dynamic psychiatrist, having the resource of the psychoanalytic psychotherapy, can use medication as a mean and not as an end.

Keywords: Psychiatry, Psychoanalysis, Dynamic Psychiatry, Psychoanalytic Psychotherapy

1. Introducción

Los psicoanalistas de mi generación, ya en vía de extinción, que iniciamos nuestra especialidad en los Asilos, con pacientes psicóticos y tratamientos clásicos (tremetina, insulina, electrochoques, drogas, hospitalización, etc.), hemos sido testigos de la evolución que fue llevando a la Psiquiatría Clásica a la Dinámica, gracias a la influencia del Psicoanálisis. Mi ilustración por lo tanto, no solo mostrará mi evolución profesional, paralela a la de la psiquiatría, sino que revelará sin duda, un marco teórico actual sobre la materia. La referencia a mi persona se debe a que participo de la idea de que cada uno tiene su forma de percibir e integrar lo que se le presenta, según su propio modelo teórico y afectivo, lo que quiere decir que lo percibido se articula preconsciousmente con conocimientos similares o relacionados, ya existentes. La psiquiatría tiene un término para referirse a este fenómeno: La Apercepción, conocida por todos. Así, al mostrarme, pretendo transmitir la invitación a participar con sus propios modelos, a una controversia amistosa.

2. Comparaciones

Como punto de partida, tomaré la premisa sostenida por algunos, entre los que me encuentro, que la Psiquiatría clásica y el Psicoanálisis ortodoxo han sido incompatibles. Incompatibles en el modelo, método y praxis. Por eso, como estrategia metodológica, ubicaré la psiquiatría en un extremo y el psicoanálisis en otro. Mostraré luego como han logrado acercarse.

Pero, ¿tienen algo en común? Sin duda. Ambos se dedican al estudio de lo que conocemos como Aparato Mental. Pero aparte de tener el objeto de estudio común, son marcadas sus diferencias.

El fundamento diferenciador parte de las comprensiones que se hacen del Aparato Mental. Tales comprensiones las estoy llamando Modelos Teóricos.

La Psiquiatría sustenta su comprensión en la Medicina, que tradicionalmente ha separado en el ser humano, Mente y Cuerpo. Estudia el Cuerpo, dividiéndolo en sistemas o Aparatos, como el cardiovascular, digestivo, etc....y el Mental, es uno de ellos. En él, se ocupa de su Anatomía a través de la Neurología, de la Fisiología por

la Psicología y de las Enfermedades por la Psiquiatría. Así, la Psiquiatría vendría a ser una rama de la Medicina.

La comprensión del Aparato Mental, al que se dedica el Psicoanálisis, es diferente. Lo hace con base en la relación de la persona con el mundo externo, y crea una Teoría, la Teoría Psicoanalítica, que la explica. A esta Teoría creada no hay que tenerle miedo, la Psicología y la Psiquiatría son también Teorías creadas. La Ciencia no puede funcionar sin Teorías.

Pues bien, en general, la Psiquiatría estudia las enfermedades, se preocupa por los síntomas, es descriptiva. El Psicoanálisis se dedica más a la persona. Pretende ser causal, en el sentido que explica con su Teoría, como en la vida infantil se origina el funcionamiento adulto, diagnosticado ó no. El centro del partido es el inconsciente, que guarda todo el pasado, instancia que vivencialmente conoce, comunica y es activa con el propio cuerpo y con el exterior. Esa área psicoafectiva es la línea de trabajo del Psicoanálisis, por más de que acepta la interrelación de la multiplicidad de factores causales, herencia, constitución, orgánicos, ambiente, etc. La Teoría psicoanalítica explica en forma muy sencilla la patología del ser humano: una conflictiva entre la vida infantil y la adulta. El predominio de la vida infantil sobre la adulta da como resultado la patología, y al revés. Por tanto, el objetivo del psicoanálisis es conseguir que el adulto predomine sobre el niño, a través del conocimiento. Lo complejo que tiene es

que en el logro de ese objetivo debe contar con la oposición permanente que las propias resistencias inconscientes del paciente ejercen sobre sus deseos o necesidad de cambio, no raras veces en acuerdo inconsciente con el Analista.

Para la Psiquiatría es indispensable la Historia Clínica, esencial en todo paciente, y su fuente es la entrevista. Pero ya, desde la entrevista, empiezan a diferenciarse. El Psiquiatra suele ser más activo en buscar todos los datos que exige la historia. Se preocupa por seleccionar y organizar los síntomas y signos, con miras a llegar al Diagnóstico, que es prácticamente, el que dirige su conducta y de acuerdo con él, ya sabe de antemano, que hacer. El Psicoanalista también se orienta, claro, por la historia, pero al obtenerla es menos inquisidor, procura esperar y se fija menos en los síntomas y más en las relaciones personales. No tiene muy en cuenta la historia que el Paciente le relata sino más bien las vivencias que van apareciendo.

Con relación a lo Terapéutico, el recurso principal del Psiquiatra es la medicación, con o sin hospitalización, recursos externos a él, ya que su objetivo final es que desaparezcan los síntomas, es decir la enfermedad. El "Furor Curandi", que en Psiquiatría, en cierta forma, es un recurso que comparten Psiquiatra y Paciente, en Psicoanálisis es casi una contraindicación.

El Psicoanalista no utiliza drogas, ni tiene recursos externos que escoger,

solo dispone de uno solo, él mismo como persona, que es con lo que trabaja. De ahí que sea tan importante, su propio modelo referencial, que orienta su conducta. Son su sentir, pensar y actuar lo que compromete, porque siempre funciona como testigo participante.

El objetivo del Psicoanálisis es entender y comprender el funcionamiento de la persona, con la convicción de que el conocimiento, propicia el cambio, que consiste en que la experiencia adquiere un significado distinto al que ha tenido siempre, lo que promueve una mayor capacidad adaptativa, menos sufrimiento y más goce. Estrictamente, no es pues, curar en el sentido médico, puesto que los síntomas pasan a un segundo plano, por más de que el resultado no buscado, suele ser que desaparezcan, disminuyan o se les preste menos interés. El Modelo psicoanalítico se ocupa más de la interrelación que se da entre los dos participantes, atento a la dialéctica de sentido y forma del funcionamiento mental, afectivo y motor; procurando sacar a la luz el material oculto en el inconsciente, lo que Freud denominó “vía di levare” (1). La conducta del Analista se orienta hacia la búsqueda de una relación larga, difícil, exigente e incierta, sin intenciones o promesas de curación o mejoría.

Otro elemento diferenciador de los dos modelos se refiere al tipo de pacientes que consultan. Al Psiquiatra deben recurrir pacientes de difícil manejo, que amenazan o hacen daño a sí mismos, o a los demás, y requie-

ren, por lo tanto, recursos terapéuticos específicos que el diagnóstico orienta. La colaboración de la familia acompañante es importante. El psicoanálisis prefiere que el paciente sea capaz de concurrir al consultorio, y aspira, que él decida por sí mismo, la tarea a realizar. La ayuda directa de la familia suele ser indeseable. En general, su consulta se nutre de pacientes referidos.

Las diferencias anotadas y otras más, es lo que me ha llevado a afirmar que la Psiquiatría y el Psicoanálisis en la práctica, están divorciados, que es lo que he querido decir al comienzo con la chocante palabra de Incompatibles.

Pasemos ahora al segundo punto que quiero tratar. ¿Qué se ha hecho y se hace para superar la mencionada incompatibilidad?

Se ha procurado acercar el Psicoanálisis a la Psiquiatría, tomando aportes de ambos, que ha dado como resultado un tercero, una tercera concepción del Aparato, que conocemos como Psiquiatría Dinámica y su hermana gemela, la Psicoterapia Psicoanalítica.

Los aportes de la Psiquiatría a ese tercero, se refieren a la Nosología, que resume su teoría, y procura delimitar áreas de características conjuntas, tradicionales la mayoría, y fiel al modelo médico: Psicosis, Neurosis, Psicopatías etc., con sus antecedentes, pronósticos y variables específicas, y de su práctica aporta la medicación.

El Psicoanálisis aporta elementos de su Teoría y Técnica. Su Teoría está resumida en los mitos de Narciso y Edipo y su Técnica en la Situación Analítica. Por eso, haré una breve presentación de ambos, teniendo en cuenta el punto de vista de las relaciones de objeto. Empezaré por la Técnica.

3. La Técnica

Situación Analítica

El soporte clínico del Psicoanálisis, es la Situación Analítica. Se da, gracias al Encuadre, que son parámetros convencionales, y comprende tres partes: Una, el Encuadre común a ambos participantes, que enmarca básicamente los componentes del Contrato: (horarios, honorarios, etc.); Dos, el Encuadre del Paciente, que implica diván, asociación libre, etc., con la finalidad de destacarlo como Emisor; Tres, El Encuadre del Analista, como Receptor, con la Actitud Analítica como base de la Atención Flotante, la Neutralidad y Abstinencia, premisas de su función básica, la Interpretación y que posibilita también la Asimetría.

El paciente como Emisor, por el mecanismo de la Identificación Proyectiva, va ubicando en el Analista, su mundo interno, que corresponde a la Transferencia, y que resuenan en éste, dando origen a la Contratransferencia, que comprende también su propio aporte. El Analista utiliza las dos versiones, la del paciente y la suya, para comprender e Interpretar, que básicamente consiste en devolverle al paciente

en lenguaje verbal lo que éste le ha comunicado transferencialmente. La Actitud Analítica procura mantener una receptividad empática, así que además de la comunicación verbal que se da, es esencial la interrelación afectiva inconsciente que comprende no solo la Transferencia-contratransferencia sino los demás mensajes preverbales que tácitamente el Analista comunica con las palabras que usa cuando interpreta, el tono de voz, la forma, el ritmo, la aceptación o rechazo involuntarios, sus movimientos, silencios, etc. mensajes todos que suelen ser recibidos por el paciente en el mismo nivel en que se envían, y pueden adquirir tanta importancia en ciertos pacientes y en ciertos momentos, que la interpretación verbal puede pasar a ser contraproducente. No quiere decir, de ninguna manera, que el Analista deje de interpretar. La interpretación en Psicoanálisis no puede ser remplazada por nada. Lo que quiere decir, como dicen los metodólogos, es que la interpretación pasa a ser una condición necesaria pero no suficiente, ya que, como el nivel preverbal en el que se está dando la comunicación es el efectivo, los mensajes verbales suelen perder contacto por que ese nivel de Comunicación se minimiza. Por lo tanto, es menester que el Analista este atento a las respuestas conscientes e inconscientes que el paciente produce. No solo lo verbal valida o invalida la interpretación.

Lo que procura la Situación Analítica es revivir la vida infantil del

paciente, no solo con recuerdos que la memoria trae, sino con otra forma de recordar, que se basa en el mecanismo de Repetición. Gracias a ese mecanismo se puede decir que el pasado nunca se acaba, siempre está ahí, oculto en el presente. En otras palabras, el presente viene a ser una recreación del pasado. Es lo que ha llevado al Poeta a decir: "Vivo en una era anterior a la era en que vivo". Esa actualización de la vida infantil se explica también por el mecanismo de la Regresión, que puede ser su equivalente.

4. La Teoría

Los modelos teóricos

Dada la interrelación que se da en la Situación Analítica, los estudios de la Contratransferencia han enseñado que es indispensable que el Analista no desconozca el modelo teórico con el que trabaja, ya que su desempeño, como testigo y causa en la sesión, suele ser uno de los factores determinantes de la profundidad o superficialidad del proceso analítico.

Los dos mitos, Narciso y Edipo, que Freud (1), (2), (3) utilizó para dramatizar dos épocas de la vida infantil, han servido para destacar dos tipos de modelos psicoanalíticos, esenciales en la Teoría y la Técnica. Uno, cuyo asiento es el periodo narcisístico temprano, de la relación madre-bebé, donde la Indiferenciación domina, y otro, basado en el periodo posterior, el Complejo de Edipo, donde sobresale también la

relación Padre-niño, que la Diferenciación permite.

Los dos modelos son complementarios porque corresponden a esos dos periodos normales de la vida infantil, pero en la Psicosis, rige predominantemente el funcionamiento narcisístico, vale decir, la Indiferenciación sujeto-objeto, y en las Neurosis, el edípico, vale decir, la diferenciación sujeto - objeto, sin que el uno excluya al otro. Son vivencias que persisten en forma repetitiva toda la vida y por lo tanto se mantienen activas en una línea ininterrumpida de crecimiento vital. Pues bien, esa vida infantil, oculta en el inconsciente, que es lo que se repite en la Situación Analítica, al ser explicada y comprendida por el nivel consciente, proporciona un efecto terapéutico.

4.1. Narcisismo

Aceptada la noción de objeto interno (Klein (4), Winnicott (5), Bion (6), (7), Kohut (8), etc...), la concepción inicial del Narcisismo anobjetal de Freud (2), cambió o se enriqueció, en el sentido de entenderlo como una relación de objeto, al lado de la versión económica de Freud (2).

En efecto, en ese periodo de la vida del bebé, el sentimiento de diferenciación del self y los objetos externos es tan escasa, que no le permite distinguir entre lo suyo y su madre, por lo tanto sujeto y objeto no existen como entes separados, vienen a ser uno solo, ya que el otro se utiliza

como propio. De ahí que el narcisista deja de mirarse en el espejo, El Otro es el espejo, su Eco.

En el sentido libidinal, el narcisista parece amarse solo a sí mismo, no busca los objetos, espera que lo busquen a él. Presenta a los demás una imagen de su propia hechura, falsa sin duda, superioridad ilusoria que él mismo no la puede ver, la siente y actúa, consiguiendo así, admiradores, también falsos. Logra en esa forma, derrotar la sexualidad, convirtiéndola en Admiración. Esa facilidad exhibicionista disimulada, aparejada a una regresión visual, lo mantiene en un contacto autista con los objetos y el mundo. Parece apropiarse, por identificación, de la posición de la madre, cuidándose a sí mismo, como ella lo cuidó. Pero ojo. La recompensa del narcisista es el sufrimiento, oculto.

Todas esas sensaciones narcisísticas constituyen un saber existencial, no representativo, es decir, vivencial y subjetivo, que creo toca lo que quiere decir Bollas (9) con los términos “lo sabido no pensado”.

En todo el proceso descrito, es esencial el cuidado de la madre, que depende básicamente de su propio narcisismo, tal como lo han destacado los últimos estudios psicoanalíticos. Ella puede, con su comportamiento, no solo ayudar o perturbar el nivel del amor propio, sino la función diferenciadora del yo del bebé, facilitando que restos de ese Narcisismo infantil subsista en el adulto, en forma benéfica, que es el que responde por nuestra autoes-

tima, nos protege, defiende y lucha por nuestro progreso, o ella puede, digo, ayudarlo a permanecer fijado a esa etapa infantil, que estamos describiendo como normal en esa época, pero que de persistir en el adulto se vuelve el núcleo básico de su patología. Son las dos formas que se conocen como narcisismo normal y narcisismo patológico.

Pero en el narcisismo hay que tener en cuenta dos de sus condiciones básicas: una, su componente agresivo-destrutivo, como su par antitético inseparable, coexistencia que permite explicar la ira narcisística y la explosión de que el amor del narcisista mata igual que el valor (10). La otra condición es que su funcionamiento está fuertemente influido por la exigencia de la necesidad, y de ahí, la gravedad de los cuadros.

4.2. Complejo de Edipo

Contrasta esa condición del Narcisismo con las vivencias que se dan en el Edipo. En efecto, con el crecimiento y desarrollo, bajo la influencia de la madre y el mundo externo, se va dando que el niño empieza a reconocer a la madre como ajena a él, separada y con vida propia. Esa diferenciación sujeto-objeto posibilita la diferenciación Madre-Padre y la de ellos con el niño, permitiendo la representación mental de los objetos en el Yo. Esa diferenciación de género es el terreno apropiado para que se dé la etapa del complejo de Edipo, donde se estructura el Superyó. Fundamento de este modelo, la Diferenciación-sujeto-objeto.

Mostraré en cambio una breve ilustración de los dos modelos.

Blanca, una Fisioterapeuta de 23 años, sufrió parálisis infantil a edad temprana, y a partir de ahí su madre se dedicó a consentirla, según sus propias palabras. Pero se defendía sola, con muletas, para ir al trabajo, al análisis, etc. En las sesiones acostumbraba a quejarse de personas que no la tenían en cuenta en la calle, en los buses, en las colas, etc. Yo entendía que el mensaje era también para mí, porque yo sentía una mezcla de afecto y compasión, pero no lo interpretaba. Un día se dañó el ascensor de mi consultorio, y le toco subir tres pisos por la escalera. Una vez acomodada en el diván, relató con detalle, la indolencia de la gente en el bus que la trajo al consultorio. Mi vivencia contratransferencial, además del afecto y compasión que sentía, fue de molestia por su notoria necesidad de que la compadecieran.- Me nació en ese momento interpretarle, pero solo me salió decirle, acentuándolo, “pobrecita”.- Se quedó en silencio unos 5 minutos, como sorprendida, y yo también. Luego se refirió, más tranquila, al ascensor y continuó con el tema. - Comprendí su silencio y las asociaciones siguientes, como una validación de mi intervención, que sentí efectiva, puesto que el resultado fue que al caer en la cuenta del beneficio secundario que obtenía con la quejadera, ésta disminuyó significativamente. Mi “interpretación”, sin embargo, la vi después, como una semi-actuación mía, en el rol de un padre que dice la verdad a su hija, destacando la parte enferma para que comprenda su comportamiento

repetitivo, pero en el nivel preverbal la humilla y somete, tal como sucede con el Modelo edípico, donde no se tienen tan en cuenta esos mensajes preverbiales.

De acuerdo al Modelo narcisístico, la interpretación podría ser, no sé, algo así, como diría una madre: “Estas esperando que yo te compadezca por el esfuerzo que has hecho en la escalera, pero no puedes esperar que te alabe tu comportamiento”. Aquí se tienen en cuenta la parte sana y la parte enferma. La Actitud Analítica transmite mensajes preverbiales de aceptación, apoyo y confianza en la forma de hacer la interpretación. Actitud que obviamente funciona en el nivel de las necesidades. Se puede decir que la paciente revive en la situación analítica esa necesidad de ser acogida, acompañada y consentida como esa niña indefensa que su madre protegió en ese periodo infantil narcisístico. Es una vivencia que se trasmite preverbalmente.

De lo que se trata es de poder distinguir que en el período narcisístico, las necesidades del bebé, deben ser satisfechas por la madre, como objeto externo, en tanto que en el edípico no, ya que en éste periodo, a medida que el Yo se va diferenciando, van disminuyendo las necesidades y apareciendo los deseos que el yo puede manejar más autónomamente.

Esta distinción entre necesidad y deseo tiene esa importancia técnica definida en los dos modelos, que radica en que en los casos de regresión psicótica, las necesidades del

paciente son equivalentes a las del bebé en esa etapa narcisística, por lo tanto el Analista estará exigido por el Paciente, como la madre por el bebé, para que satisfaga sus necesidades. Es allí donde ciertas gratificaciones podrían permitirse con pequeñas actuaciones que transmitan mensajes preverbales de aceptación, comprensión empática y afecto. No se trata de reaseguramientos externos al Paciente, contrarios a la Técnica Psicoanalítica, sino entender que esos momentos de regresión masiva, cuando la interpretación verbal suele ser inefectiva y hasta indeseable porque el efecto comunicativo se está dando es en ese otro nivel regresivo, entender, digo, que es allí donde el modelo admite que el Analista en vez de la interpretación, pueda gratificar, entre comillas, ciertas necesidades del Paciente, vale decir, contestar algunas preguntas, ofrecer Kleenex, etc. y con una Actitud básica de acompañamiento, respeto y aceptación. Un Analista me contó que fue capaz de acompañar a una paciente que lloró tres sesiones seguidas sin decir él ninguna palabra. La Paciente por sí sola fue saliendo poco a poco de la regresión psicótica. Es claro que a veces, con ciertos pacientes es necesaria la puesta de límites que dependerá obviamente de cada situación.

Este modelo ha conducido a poder ofrecer análisis más flexibles que permiten una situación analítica más tolerable para los psicóticos, de ahí que sea el modelo indicado en tales casos, a pesar de que el Analista debe disponer libremente de los dos

modelos para todo tipo de pacientes, pero lo deseable es que el análisis pueda llegar, en todo paciente, al nivel narcisístico.

5. Psiquiatría Dinámica - Psicoterapia Psicoanalítica

El tercero resultante de los aportes de la Psiquiatría y el Psicoanálisis, La Psiquiatría Dinámica, utiliza la clasificación de las enfermedades, teniendo en cuenta los síntomas, y al mismo tiempo, a la persona. O sea, no crea nuevas enfermedades, lo que crea es una nueva forma de concebirlas. Así, al reconocer en el paciente una parte sana, lo concibe no tanto como sano o enfermo, sino más bien como un ser sano y enfermo. Por eso, frente a los síntomas tiene una Actitud diferente. En vez de intentar suprimirlos con la medicación, procura entenderlos, con la convicción de que al descubrir su verdadero sentido y significado, el Yo los considera inútiles e innecesarios. Requerirá por lo tanto, que el paciente los viva, admitiendo que son producidas por el Yo, instancia que los ha creado por necesidad, y opondrá entonces, una gran resistencia a abandonarlos. Por consiguiente, no sería cierto que el Paciente solo sufre con ellos, sintiéndose víctima inocente, como considera el modelo médico, sino que lucha inconscientemente por mantenerlos, amén del beneficio secundario que ocasionan. El terapeuta tendrá entonces que enfrentar esas dos tendencias contrarias, de las cuales la del placer masoquístico suele estar oculta por la egodistonia. Eso en el paciente.

En él mismo, le toca conciliar las dos posiciones contrarias señaladas: suprimir químicamente los síntomas y acogerlos y comprenderlos.

La Actitud de comprensión tolerante del Terapeuta, trasmite también otros mensajes, como apoyo, confianza y seguridad, sin duda eficaces terapéuticamente.

La Terapia, esa relación humana, puede ser utilizada como única, el principal o el secundario recurso terapéutico, todo de acuerdo al modelo referencial del terapeuta, y claro, a la estructura y patología del paciente. En fin, la Psicoterapia Psicoanalítica podrá conducir a la revisión y suspensión de otro medio terapéutico que el paciente esté recibiendo junto con ella. También ha servido para ampliar los recursos terapéuticos, tanto en psicóticos como en neuróticos, dando origen al hospital-día, grupos, familia, parejas, etc.

Mantener la controversia entre sí es preferible el tratamiento medicamentoso o la terapia psicoanalítica, me parece inoperante.

El Psiquiatra, dada la comodidad, tranquilidad y seguridad que le da formular drogas, prefiere su uso, sobre todo cuando no dispone de otros recursos terapéuticos. Y el común de la gente también las prefiere gracias al alivio más bien inmediato que producen, al desaparecer o disminuir los síntomas, alivio que también cubre a la familia, condiciones éstas que se juntan con la presión que ejerce el agitado mundo moderno, con su

afán, escasez de tiempo y gran velocidad. Lo que aquí sucede es que el psiquiatra al contar con el recurso de la Psicoterapia, va a poder utilizar la medicación como un medio y no como un fin.

Lo que he visto es que cuando el Terapeuta tiene confianza en el modelo de la Psicoterapia Psicoanalítica, porque lo conoce y lo sabe aplicar, es decir, cuando tiene confianza en sí mismo, ayuda al paciente a abandonar o a no necesitar drogas.

En relación a éste punto, hago una ilustración breve. José un estudiante de 21 años, fue remitido a un Psiquiatra por el departamento de Psicología de una Universidad, luego de que la Psicóloga tratante decidiera que requería tratamiento medicamentoso por crisis graves de angustia y terror. La medicación básica de ansiolíticos y antidepresivos dio resultado, pues José pudo continuar los estudios sin problemas, que era el objetivo de los padres. Transcurrido alrededor de un año, durante el cual hacía consultas periódicas al Psiquiatra, para control de las drogas, hizo una noche un episodio que describió como “sonambulismo y delirio”, que consistió en salir dormido, gritando y llamando a la novia, dos días después de romper, por iniciativa de ella, su relación amorosa de más de un año. El suceso alarmó mucho a los padres. El Psiquiatra decidió remitirlo a una Psicoanalista, amiga, pero mantuvo la supervisión de la medicación. Unos 6 meses de iniciado el análisis, el Paciente en una sesión comentó que había estado pensando suspender las

drogas por que se estaba sintiendo más tranquilo. Decidió consultarle al Psiquiatra, quien estuvo de acuerdo con la suspensión progresiva. Así sucedió, y actualmente mantiene la droga, sin usarla. La Psicoanalista ha explicado que en la vivencia del Paciente, ella, como objeto, está reemplazando simbólicamente el uso de las drogas. Considera que a medida que el paciente ha ido logrando seguridad y tranquilidad que le ofrece el vínculo afectivo, siente las drogas innecesarias. Su núcleo dependiente se va actualizando. Asunto para trabajar.

No se trata pues, que las drogas puedan reemplazar la terapia ó ésta a aquellas; los dos sistemas en la Práctica, son necesarios, pero, claro, el modelo referencial del Terapeuta y la patología del paciente, son decisivos. De todos los modelos psicoanalíticos, el que más se acerca a la Psiquiatría Dinámica y a la Psicoterapia Psicoanalítica, es el que ha incorporado la influencia médica, derivada del aporte de la Psiquiatría, y su base dinámica se orienta más hacia el modelo narcisístico, dando como resultado que su Encuadre sea más elástico, la interpretación transferencial no sea prevalente, en tanto que la extratransferencial sí.

La Actitud terapéutica más tolerante, flexibiliza la Neutralidad y la Abstinencia, favoreciendo el acompañamiento racional. El terapeuta, además de interpretar, suele dirigir, orientar, aconsejar y aun sugestionar, según sea su compromiso analítico. Tal actitud correspondería más a la “via diporre” según el termino de Freud (1).

Ese modelo teórico de orientación medica, nació con Freud, y en él tienen asiento patrones que la medicina tradicional ha impuesto. También sirve de base a dos capítulos muy importantes del área, que no han adquirido todavía mayoría de edad: la Medicina Psicosomática y, otra, de iniciativa médica, la Neurociencias, ambos guiados por intentos de integración y con futuro promisorio. Otras influencias han permitido el psicoanálisis de niños, de grupos, etc.

Por último quiero insistir en que el psicoanálisis no es la panacea, es un recurso humano, útil y eficaz, y como todo lo humano, tiene flaquezas, limitaciones y complicaciones propias. Acepto también que en la práctica, dadas las limitaciones para su aplicación, la Psicoterapia Psicoanalítica, este ocupando su lugar.

6. Resumen y Conclusiones

La ciencia médica resolvió hace muchos años, que el estudio del ser humano, debía basarse en la división Cuerpo-Mente, apoyada en el racionalismo, donde la razón es el único órgano capaz de conocimiento. A este campo pertenece la Psiquiatría. El descubrimiento del inconsciente, revolucionó todo el saber, con una Teoría que admite otro nivel de conocimiento, el del inconsciente, ambos en interjuego recíproco con el cuerpo y el exterior. Este es el campo del Psicoanálisis.

El matrimonio de los dos modelos supuestos al principio como incompatibles, dio origen a la Psiquiatría

Dinámica y su socia, la Psicoterapia Psicoanalítica, que han logrado ampliar de lleno su cobertura, permitir una mayor facilidad de aplicación y una más efectiva difusión, a pesar de que aceptamos que la cantidad en aumento puede ir en detrimento de la calidad. Pero la integración tiene que seguir para, por un lado, mantener la ilusión de poder algún día contar con la posibilidad de que el Psiquiatra y también el Psicólogo, tengan que ser psicoanalistas, rompiendo así el círculo cerrado de psicóticos o neuróticos sanos o enfermos, al aceptar el Psicoanálisis como una fisiología, una psicopatología, una Terapia; y por otro lado, ayudar a que desaparezcan las drogas y la hospitalización, como fines terapéuticos, así como en la evolución de la Psiquiatría fueron desapareciendo las cadenas, la trementina, la insulina, los electrochoques, etc.

No quiero terminar sin antes decir dos palabras sobre prevención, el mejor remedio. Si aceptamos que la infancia tiene la importancia que hemos descrito, para la salud mental en general, la prevención debía poner sus ojos en esa época de la vida. Pero para entender la dimensión, la complejidad y la distancia a que estamos de ella (la prevención), mencionaré otros factores sociales, que reconozco también responsables de la patología mental, aparte de los genéticos y constitucionales: negligencia de los gobiernos, de la sociedad, la violencia intrafamiliar y social, el sub-desarrollo, la desnutrición, la pobreza, la ignorancia generalizada, etc. Pero volviendo a

nuestro punto, la relación madre-niño, agregaré, ahora, el factor que considero definitivo, la mal entendida liberación femenina, que a pesar de los alcances benéficos para la mujer, está dejando una secuela insoluble a la salud mental, dado el abandono crónico del hijo por la madre, cuando más la necesita. Quiero creer que su efecto nocivo, ya se está viendo en la creciente descomposición social que vivimos, que afecta principalmente niños y adolescentes.

Ojalá, que las chispas que he lanzado, prendan la mecha de la controversia amistosa, mi invitación del principio, que espero tenga la misma sinceridad con la que he expuesto.

Referencias

1. Freud S. Sobre Psicoterapia. Obras Completas Tomo II. O.C. ed. Madrid: Biblioteca Nueva;1948.
2. Freud S. Introducción al Narcisismo. Obras Completas Tomo II. O.C. ed. Madrid: Biblioteca Nueva;1948.
3. Freud S. Recuerdo, Repetición y Elaboración. Obras Completas Tomo II. O.C. ed. Madrid: Biblioteca Nueva;1948.
4. Klein M. Obras Completas. Buenos Aires: Paidos; 1965.
5. Winnicott D.W. The naturational processes and the facilitating environment. London: Hogarth Press; 1965.
6. Bion W.R. Aprendiendo de la Experiencia. Buenos Aires: Paidos; 1966.
7. Bion W.R. Elementos de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidos; 1966.
8. Kohut H. Análisis del Self. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1977.
9. Bollas CH. La Sombra del Objeto. Buenos aires: Amorrortu Editores; 1991.
10. Yamin L. Sobre Narcisismo. Rev. Soc. Col. Psicoanálisis. 1982;7(1).