

Sobre la importancia de la formación psicoanalítica de los residentes PIR y MIR.

About the importance of psychoanalytic training of residents PIR and MIR.

José María Álvarez

Doctor en psicología, Jefe de sección en el servicio de psiquiatría del hospital Río Hortega, Valladolid. Psicoanalista.

Resumen: Se hace una crítica de la deriva científicista tras la aparición del DSM III, y sucesivos, y de los intereses de la industria farmacéutica potenciando la prescripción de medicamentos para defender la formación psicoanalítica que se realiza en el servicio donde trabaja el autor.

Apoyándose en los grandes autores y temas de la psicopatología, al considerar que solo hay una clínica psiquiátrica, la clásica, y que el psicoanálisis deriva de ella y la mejora, se defiende la formación de los residentes (MIR y PIR) en psicopatología y clínica psicoanalítica por razones clínicas, de poder y de saber.

Palabras clave: Psicopatología, Clínica psiquiátrica clásica, Psicoanálisis, Lenguaje de la semiología, Pathos, Formación de residentes.

Abstract: Becomes a critique of the scientific drift after the emergence of the DSM III, and successive, and the interests of the pharmaceutical industry promoting the prescription of drugs, to defend the psychoanalytic training which takes place in the service where the author works.

Based on the great authors and themes of psychopathology, considering there is only a psychiatric clinic, the classic, and that psychoanalysis derives from it and improves it, it defends the formation of residents (MIR and PIR) in psychopathology and psychoanalytic clinic for clinical reasons, of power and knowledge.

Key words: Psychopathology, classical Psychiatric Clinic, Psychoanalysis, Language of Semiotics, Pathos, training of residents.

1. Justificación

Desde que la APA publicó el *DSM-III*, en 1980, el pequeño mundo de la clínica mental ha cambiado como de la noche al día. La tercera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* contenía 265 diagnósticos, 83 más que la edición precedente. Junto con la tendencia a mul-

tiplicar los trastornos en todas las franjas de edad, es decir, a convertir la normalidad en una rareza, el mayor éxito de esta publicación fue extender su uso por casi todo el mundo y promoverlo no sólo entre psiquiatras y psicólogos clínicos, sino también entre jueces y fiscales, compañías de seguros, cárceles, colegios, investigadores, etc. Mediante una monocorde retórica científicista, del todo

acorde con los tiempos que corren, y gracias a una impecable estrategia de marketing y publicidad, el *DSM-III* se convirtió en la *Biblia* de la psiquiatría, algo que desbordaba las expectativas iniciales de Robert L. Spitzer, su insigne hacedor. Merced a tan insólito éxito, la hasta entonces anodina APA extendió sus influencias doctrinarias e ideológicas al mundo entero, de tal manera que se volvió difícil sobrevivir fuera de su amparo.

Pese a que su principal objetivo se centraba en dotar de coherencia a los diagnósticos psiquiátricos y en limitar el hazmerreír que reinaba en lo tocante a llamadas enfermedades mentales, los efectos de esta publicación fueron mucho más allá. Por una parte, la psiquiatría entraba con paso firme en la plaza de las ciencias, como cualquier otra especialidad médica; incluso más que la mayoría de ellas, pues, al fin y al cabo, era de las neurociencias de donde deberían provenir los descubrimientos más innovadores. Por otra parte, este discurso hueco aunque vestido con los mejores ropajes del cientificismo, fue divulgado a los cuatro vientos por la agencia de publicidad de la APA mediante una estrategia planificada hasta el último detalle, de ahí que la gente de la calle acabara creyendo en las enfermedades mentales como quien cree en la tuberculosis y viera en la serotonina la causa de sus habituales desgracias. Un día sí y otro también, mediante notas de prensa, conferencias, artículos y libros se anunciaba al mundo la buena nueva de que se estaba a punto de descubrir la causa última de la depresión, el gen concreto que la causaba o el neurotransmisor responsable de la tristeza y la abulia de tantos y tantos enfermos.

Por otra parte, a diferencia de lo que venía siendo una constante desde tiempos inmemoriales, allí donde había locura o enfermedad se avistaba ahora un territorio de prosperidad económica. La industria farmacéutica se frotaba las manos con las ganancias que empezaba a conseguir gracias a la transformación de los malestares psíquicos en trastornos mentales biomédicos. Como marionetas movidas por intereses propios del capitalismo, los especialistas se dedicaban a recetar y a ratificar los dictados de los ideólogos del *pathos*.

De resultados de esta transformación, el psicoanálisis perdió paulatinamente el lugar privilegiado que había tenido décadas atrás y se fue alejan-

do de las instituciones académicas y sanitarias, sobreviviendo en pequeñas asociaciones, escuelas y grupos diversos. Por fin, la psiquiatría y la psicología científicas se quitaban de encima esa antigualla que se había convertido en un lastre para el progreso de la ciencia. Cuanto más positivista fuera la formación de los especialistas en psiquiatría y psicología clínica, mucho mejor rodarían las cosas.

Pero el cientificismo no es ciencia, sino una creencia en la aplicabilidad universal del método y el punto de vista científico, arraigada y excluyente creencia según la cual no hay otra manera de conocer que no sea la derivada de su postura. Tampoco la apariencia científica de algo, aunque se acompañe de números, gráficos y datos epidemiológicos, mejora la atención a los pacientes mentales ni aporta ninguna aclaración sustancial sobre la condición humana y sus alteraciones. No está claro, por último, que el método científico sea el más adecuado para el estudio y tratamiento del *pathos*, pues, como se ha dicho, de tan estricto que es deja fuera de su análisis los elementos esenciales del hombre.

Estos y otros aspectos confieren a las taxonomías psiquiátricas actuales un cariz de artificio y arbitrariedad, impresión a la que contribuye la permanente renovación a la que están sometidas y los intereses extraclínicos que están en la base de muchos de los trastornos descritos. Algo falla en estas clasificaciones internacionales cuando las categorías propuestas, antes que estables y homogéneas, se revelen heterogéneas e interdependientes. Buena prueba de ello es la acción transnosológica de los medicamentos y las altas tasas de comorbilidad, sin parangón en otras especialidades médicas.

A falta de una semiología clínica consistente y de una interpretación psicopatológica inspirada en las grandes teorías de la psicología patológica, estas clasificaciones ponen de manifiesto lo alejada de las ciencias de la naturaleza que se halla nuestra disciplina y lo próximos que estamos al territorio de la ciencia ficción.

2. Argumento

Así las cosas, el cientificismo se ha llevado por delante el psicoanálisis y con él los dos elemen-

tos esenciales sin los cuales es imposible un conocimiento de la condición humana: la historia y la subjetividad. En esta época de pensamiento único, su preeminencia es tan ostensible que son muy pocos los hospitales y servicios docentes con orientaciones distintas. Uno de ellos es el nuestro, el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, heredero del antiguo manicomio Dr. Villacián. Dada su excepcionalidad, merece algunos comentarios.

Contra viento y marea, la formación clínica y psicopatológica que allí se ofrece es básicamente psicoanalítica. Los seminarios docentes se ocupan de los grandes pensadores de la psicopatología, entre ellos Freud, Lacan, Klein, Winnicott y otros muchos. En ellos se estudian los grandes temas de la psicología patológica (la histeria, la neurosis obsesiva, la paranoia, la locura normalizada, etc.), la técnica psicoanalítica (las distintas formas de intervención, la transferencia, etc.) y los casos ejemplares (el Hombre de los Lobos, Schreber, Aimée, Wagner, Joyce, etc.). La supervisión clínica está asimismo orientada desde la perspectiva psicoanalítica pero teniendo en cuenta que el marco de trabajo es un centro de salud mental, una unidad de hospitalización o un centro de día.

Con vistas a sostener esta posición clínica y esta orientación docente, partimos del hecho según el cual el psicoanálisis deriva de la clínica psiquiátrica clásica, tal como enfatizó Michel Foucault en *Historia de la locura en la época clásica* (“[...] toda la psiquiatría del siglo XIX converge realmente en Freud”) y destacó Lacan (“Introduction à l’édition allemande d’un premier volumen des *Écrits*”) al precisar que existen tipos de síntomas pero sólo una clínica, anterior al discurso psicoanalítico; de ahí que nuestro reto consistiría en extraer lo mejor de esa clínica que nos precede y mejorarla con el psicoanálisis. Como hemos señalado en publicaciones anteriores, desde nuestro punto de vista la psicopatología clásica es esencialmente descriptiva, y sólo encuentra una explicación cabal en las elaboraciones teóricas que aporta el psicoanálisis.

Conforme a esta genealogía que nos une a la clínica clásica, estamos obligados a mantener y mejorar el lenguaje de la clínica, es decir, el lenguaje de la semiología o *thesaurus semeiologicus*, ese amplio repertorio terminológico que

constituye posiblemente la mayor contribución de la psicopatología clásica al conocimiento del *pathos*. Sobre esa estructura lingüística que servía de encofrado, paulatinamente se asentaron las categorías nosológicas y los tipos clínicos que, más allá de las discrepancias entre escuelas y el intervencionismo de la industria, sobreviven hoy día en la nosografía psiquiátrica. El lenguaje de la clínica es el medio más apropiado para entendernos con nuestros colegas, sean cuales sean sus ideales y gustos doctrinales.

Dejando a un lado la formación del analista y limitando estos comentarios a la importancia del psicoanálisis en la formación de los futuros especialistas, dicha formación en teoría y clínica psicoanalítica debe tener en cuenta tres aspectos: 1) el medio, 2) el interlocutor, 3) la teoría y la técnica psicoanalítica. En un medio sanitario (hospital o CSM), donde los interlocutores son MIR-PIR y otros especialistas, conviene hacer un buen uso del lenguaje de la clínica, es decir, del lenguaje del Otro. Al psicoanálisis, en espacial en lo referente a las materias más cercanas a la psicopatología y terapéutica, le conviene adentrarse a través de la puerta de la observación, la escucha, el diagnóstico (estructural y elástico) y la orientación terapéutica. En este medio y con estos interlocutores, nuestros argumentos más rotundos deben basarse en la construcción, explicación y resolución de los casos clínicos. Las jergas y los alardes retóricos se quedan en mera palabrería; más que sumar, restan.

La formación en psicopatología y clínica psicoanalítica es necesaria para el trato con el loco y para afianzar el psicoanálisis en las instituciones, bastión que nunca debió abandonar. El conocimiento teórico constituye la suma de la fenomenología clínica (experiencias subjetivas) y la doctrina explicativa, una articulación de la clínica clásica (descriptiva) y del psicoanálisis (interpretativo). A menudo, en las supervisiones, nos vemos llevados a discutir sobre los diagnósticos. Es ahí donde el aprendiz debe ser capaz de articular los detalles de la observación y la escucha, los datos que le aporta la posición transferencial y la relación del sujeto con la trama existencial que relata, en especial la relacionada con la neurosis infantil (si la hubiera). Pero la clínica no se aprende de un día para otro, pues está intermediada por la experiencia subjetiva. Aquellos que consien-

ten a esa experiencia comprueban con el paso de los años cómo necesitaban al principio agarrarse a los puntos de vista categóricos, a la rigidez de las estructuras clínicas, en fin, a la parte más enferma del sujeto. Pero a medida que maduran en edad y experiencia, comienzan a soltarse de esos referentes generales, de esas categorías con vocación universal, al tiempo que se sienten atraídos por lo que de particular o singular tiene su paciente. En este movimiento pendular, dialéctico, se observa el paulatino progreso de nuestra disciplina; lo mismo que se observa, en paralelo, la soltura que poco a poco adquieren los practicantes. De forma homóloga a la construcción del saber psicopatológico mediante un movimiento de balanceo, la clínica del caso por caso entraña una dialéctica que va de lo general a lo particular, de lo enfermo a lo sano y de lo que desequilibra a lo que estabiliza a cada sujeto. En este sentido se puede hablar de un paralelismo entre la progresiva elaboración del saber sobre el *pathos* y la clínica diaria con el doliente.

Todos estaremos de acuerdo en que la formación en clínica psicoanalítica requiere deseo, tiempo y una buena guía. Esto contrasta con el aprendizaje de otras especialidades, caracterizadas por una simpleza epistemológica y una técnica basada en el sentido común. Decía Gracián (*El arte de la prudencia*) que: “La Verdad siempre llega la última y tarde, cojeando con el Tiempo”. Lo cierto es que la profundidad y la amplitud de la formación psicoanalítica y clínica, siempre y cuando hayamos logrado sacudirnos por el camino los oropeles del narcisismo, es bien recibida en el medio sanitario. En esto suele constatar una diferencia entre quienes se han formado en el marco analítico y se analizan, y aquellos que eligen otros referentes: los primeros, más versátiles, acostumbran a tener un ramillete de pacientes muy amplio y heterogéneo; por el contrario, los que se han educado siguiendo orientaciones distintas suelen sentirse cómodos sólo con pacientes cuyos perfiles psicológicos son muy parecidos.

3. Contribución

Aunque hoy día nos veamos relegados a posiciones marginales, la formación de los residentes sigue siendo un bien a defender y un fin a preservar. Fuera del ámbito psicoanalítico, es de lamentar

que la psicopatología tienda a reducirse a listados de criterios diagnósticos sin demasiado orden y concierto. El acceso a la condición humana no se franquea por esa puerta. Al trabajo hay que acudir desnudo de datos y listados, dispuestos a escuchar con curiosidad y a hablar con prudencia.

La formación en psicopatología y clínica psicoanalítica de los residentes debe defenderse y preservarse. Tenemos para ello tres importantes razones: la primera tiene que ver con el poder, la segunda con la clínica y la tercera con el saber. Tocante al poder, conviene tener presente que algunos de los actuales PIR-MIR ocuparán dentro de unos años posiciones destacadas en la jerarquía de las instituciones sanitarias y formarán a su vez a nuevos especialistas. Con respecto a la clínica, la formación especializada dota a los residentes de una amplia variedad de experiencias y situaciones sanitarias, ámbitos y dispositivos asistenciales que favorecen la instrucción y agrandan el repertorio de sujetos con los que tratar, aportándoles una perspectiva mucho más amplia que si no pasaran por este tipo de formación; si a ello se aplica la lente psicoanalítica, los relieves y matices se multiplican y el potencial terapéutico se agranda. Por último, en lo relativo al saber, cabe esperar de la clínica institucional y, por tanto, de los residentes algún tipo de contribución al psicoanálisis. La amplia variedad de pacientes atendidos allí y el contacto directo con la locura pueden demostrar, afianzar, cuestionar y modificar los fundamentos de la psicopatología psicoanalítica y ensanchar su radio de acción. En tal sentido se pronunció Lacan en el “Acta de Fundación del 21 de junio de 1964”, cuando señaló los siguientes cometidos del psicoanalista en la institución sanitaria: poner a prueba “los términos categóricos y de las estructuras psicoanalíticas tanto en el examen clínico, en las definiciones nosográficas y en la posición misma de los proyectos terapéuticos”.

En estos momentos que estamos en minoría, conviene sumar. Y para sumar hay que hablar el lenguaje de la clínica, escribir buenos libros, sacar a los pacientes adelante y contagiar a los residentes de la peste del psicoanálisis.

- Recibido: 3/7/2015.
- Aceptado: 15/11/2015.