

# ¿Son necesarias las Psicoterapias para los Psiquiatras? (\*)

## *Are Psychotherapies necessary for Psychiatrists?*

Nicolás Vucínovich

Psiquiatra, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Resumen:** La pregunta por la necesidad de la psicoterapia para los psiquiatras nos ha llevado desde la necesidad de comprender la clínica con la que tratamos, pasando por el deseo de saber hacer bien nuestro trabajo, hasta el último punto: en qué medida es necesario que el psiquiatra esté advertido o no de su propio deseo en juego.

**Palabras Clave:** Psicoterapias, Psicoanálisis, Psiquiatría.

**Abstract:** the question about the necessity of psychotherapy for psychiatrist has drowned us from the necessity of a clinical comprehension, passing through the desire of a good done work, until the last point: if is necessary that the psychiatrist is informed about his desire in set.

**Key words:** Psychotherapy, Psychoanalysis, Psychiatry.

### Introducción<sup>1</sup>

La idea, cuando me fue propuesto este tema, era animar a los residentes de psiquiatría a que respondieran a esta pregunta sin adelantar mi opinión. Tras definir la psicoterapia, generalizando, como el tratamiento del paciente por medio de la palabra, les lancé la pregunta a ellos: ¿son necesarias las psicoterapias, la formación y el manejo de estas o alguna de ellas, para la práctica clínica del psiquiatra? Los residentes, interpelados así desde el comienzo, respondieron asintiendo, en general, sobre la necesidad de una formación psicoterapéutica aunque algunos señalaron que para las prácticas más biológicas no era indispensable su manejo por parte del psiquiatra. Esta pregunta inicial animó a los residentes a participar activamente durante toda la conferencia.

### ¿Psicoterapia o qué?

Es posible plantear ahora esta pregunta por el auge de la psicofarmacología y de las neurociencias, y por las esperanzas que las investigaciones desarrolladas en estos campos generan en el psiquiatra clínico. Entraña una fantasía: apoyarse 100% en el tratamiento farmacológico, dirigir una cura aséptica, objetiva, científicamente garantizada, sin interferencias subjetivas. Si no fuera necesario tener en cuenta las psicoterapias entonces podríamos quitar los pies del barro de la intersubjetividad.

**Psicoterapia vs. Fármacos:** Volviendo a la alternativa que nos abre la pregunta (una psiquiatría sin palabras): ¿es posible una práctica enteramente farmacológica? La medicación se prescribe en el marco de una relación asimétrica, entre

(\*) Este texto es una adaptación de una conferencia dada a los residentes de psiquiatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Junio de 2017 (Sevilla).

dos sujetos: hay un médico al que se le supone conocimiento, pericia, intención de curar, en muchos casos, y un sujeto enfermo que demanda la cura, la atención del médico, ser reconocido como enfermo, etc. ¿Cómo entender los efectos “extra-químicos” de los fármacos que prescribimos? ¿Dependen de esta relación intersubjetiva los efectos placebo, nocebo, algunos efectos adversos y quejas en torno a estos, algunos abandonos del tratamiento, algunas dependencias extremas de pastillas, la utilización repentina de lo que hasta entonces fue el remedio para pasar a ser usado como un veneno, o los atracones de pastillas que estamos acostumbrados a ver? La pastilla es un objeto especial en juego entre el psiquiatra y el paciente: puede constituirse como un signo de atención o de rechazo, de algo que se corta o se prolonga hasta el infinito entre ambos, puede sobrar o faltar, pero nunca se la encuentra en la justa medida. Pensar la prescripción farmacológica como un acto que pudiera quedar por fuera de la dinámica de la demanda y del deseo más allá de esta, es otra fantasía, difícil de sostener cuando uno trabaja con pacientes.

### Psicoterapia para comprender

¿Han sentido, en los primeros años de residencia, la necesidad de saber qué hacer con lo que les dice el paciente? ¿Han dudado acerca de cómo escuchar lo que les decían y dudado acerca de cómo responder a las demandas de los pacientes? ¿Se han encontrado, en las primeras entrevistas con pacientes psicóticos, frente al enorme signo de pregunta de qué está diciendo este paciente, qué quiere decir cuando dice lo que dice, por qué comienza a decirlo en ciertas condiciones o qué sentido tiene lo que dice?

En mi caso, antes que la psicoterapia, se impuso la necesidad de acercarme a algún discurso que no fuera solo descriptivo (semiología), sino explicativo: que me ayudara aportando alguna lógica, sentido, algo que ordenara y que me orientara frente a los dichos de los pacientes, y que me permitiera intervenir a su favor.

Esta necesidad nace del desconcierto que me causó (como supongo que a ustedes también les habrá pasado) el encuentro con los primeros psicóticos, con la locura en general, y con los consejos de mis tutores y supervisores: Había que

aguantar el tirón, no cerrar la brecha de la angustia que nos causa no saber qué hacer. Esa brecha era el espacio por el cual, lentamente, irían circulando diferentes ideas en torno al trabajo como psiquiatra. No obturar ese espacio era el desafío de los primeros años de residencia. Creo que el gran peligro al que nos exponemos durante la residencia es justamente apresurarnos y precipitarnos: engancharnos a algún discurso sin fisuras, y aparentemente simple, parecido por su estilo al discurso médico fisiopatológico (o que aprovechan la potencia y la forma de este discurso como un semblante cientificista), o a algún discurso soportado por principios morales que se autorice en un supuesto bien universal imponible al paciente.

Cuando siendo residentes nos asomamos al abismo de la sinrazón, experimentamos una necesidad de sentido que preste consistencia a nuestra práctica (y a nuestro narcisismo, así amenazado, conmovido por este gran agujero que es la locura con la que trabajamos).

Por lo tanto, en mi caso, la necesidad de una “psicoterapia” se impuso por la necesidad de comprender, por la necesidad de una psicopatología explicativa, lógica y suficiente. Psicopatología no solo descriptiva sino explicativa, y que al mismo tiempo permita trabajar al psiquiatra a la altura de lo que el paciente dice, sin tener que recurrir a la explicación general que ofrece el discurso del riesgo (estadística), el neurobiológico (que al transferirse al ámbito clínico se vuelve especulativo, cientificista) o el moralista/ humanista (del Ideal), todos demasiado alejados de los dichos concretos de cada uno de nuestros pacientes, con la mirada perdida en el cielo de una verdad que estaría muy por encima de las contingencias del trabajo diario del psiquiatra con su paciente.

No creo que esta pregunta acerca de la “necesidad de una psicoterapia” debamos responderla desde textos y justificaciones teóricas, sino desde el lugar que cada uno tiene y haya ido conformando en su experiencia clínica. Sólo me apoyaré en dos textos de Freud, porque en estos él da cuenta de un viraje: el surgimiento de su propia necesidad (deseo) de un discurso explicativo, discurso que él mismo terminó fundando.

**Conferencias de Psicoanálisis: Psicoanálisis y Psiquiatría (1917)**<sup>2</sup>: en esta conferencia Freud habla sobre la complementariedad que podría haber

entre el psicoanálisis y la psiquiatría: *“el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: ésta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella su constitución a partir de tejidos y de las células”*. Propone como ejemplo un caso clínico: una mujer de unos 50 años que desarrolla un delirio de celos. Esta mujer recibe una carta donde se describen los engaños de su marido. Unos días antes esta mujer habló con “una muchacha intrigadora”, confesándole que su peor desgracia sería que su marido la engañara. Esta muchacha le manda la carta anónima denunciando un supuesto engaño del marido y la mujer cree en este engaño, a pesar de las pruebas que deberían poder disuadirla y dejar ver el boicot, dice Freud. Las preguntas que se hace Freud: *“Si una idea delirante no puede ser desarraigada refiriéndola a la realidad, no ha de provenir de esta. ¿Y de dónde vendría entonces?... ¿Por qué justamente los celos son en nuestro caso el contenido del delirio? Aquí querríamos escucharlo al psiquiatra, pero justo aquí nos deja en la estacada”*. La respuesta que Freud pone en la boca de los psiquiatras de la época es: *“Ideas delirantes se presentan en aquellas personas en cuyas familias han aparecido repetidas veces estas y otras perturbaciones psíquicas: esta mujer ha desarrollado esta idea delirante porque estaba predispuesta por factores hereditarios”*. Insatisfecho frente a esta respuesta, se pregunta: *“¿es todo lo que queremos saber? ¿Todo lo que ha cooperado en la causación de este caso patológico? ¿Tendremos que contentarnos con saber que es indiferente, arbitrario e inexplicable que se haya desarrollado un delirio de celos en vez de cualquier otro delirio?”*. Freud prosigue: *“¿Puede el psicoanálisis desempeñarse mejor? Sí, por cierto; espero poder mostrarles que aún en un caso así, de tan difícil acceso, es capaz de descubrir algo que posibilite la comprensión más directa. Primero les ruego que atiendan a este pequeño detalle: fue la propia paciente quien provocó esa carta anónima que sirve de apoyo a su idea delirante, cuando, el día anterior, dijo a la intrigante muchacha que su máxima desventura sería que su marido mantuviera una relación amorosa con una muchacha joven. La idea delirante cobra así una cierta independencia de la carta; ya antes había estado como temor -¿o como deseo?- en la enferma. Ahora agreguen ustedes algunos indicios más que solo dos sesiones de análisis han brindado en esas dos sesiones había dejado*

*caer algunas observaciones que permitieron una interpretación determinada había dentro de ella un intenso enamoramiento por un hombre joven de este enamoramiento ella no sabía nada, o quizás muy poco; dada la relación de parentesco existente, esta amorosa inclinación podía enmascararse fácilmente como una ternura inocente. Un enamoramiento así no pudo devenir consciente. No obstante persistió, y en calidad de inconsciente ejerció una seria presión. Alguna cosa tenía que acontecer con él, algún remedio debía buscarse, y el alivio inmediato lo ofreció sin duda el mecanismo del desplazamiento, que con tanta regularidad toma parte en la génesis de los celos delirantes... La fantasía de infidelidad del marido fue entonces un paño frío sobre una llaga ardiente. Su propio amor no le había devenido consciente, pero el reflejo de él, que le aportaba esa ventaja, ahora se hizo consciente de forma obsesiva, delirante. Todos los argumentos en contra no podían, desde luego, dar fruto alguno, pues solo se dirigían a la imagen reflejada, no al modelo al que aquella debía su poder y que acechaba inatacable en lo inconsciente”* (ii pág. 230).

Vemos a partir de este recorte como para Freud la explicación del psiquiatra resulta insuficiente. Los factores hereditarios no explican por qué el delirio de celos concretamente, ni la coyuntura en la cual se desencadena el cuadro. La interpretación psicoanalítica, apoyándose en el inconsciente funcionando, en acción, pone la causa del delirio, su forma y desencadenamiento a la altura del sujeto, de la pulsión, de su historia y de su deseo.

### **Psicoterapia para saber hacerlo bien con la palabra (la cuestión ética)**

Cuando decimos “las psicoterapias” hablamos, sí, de una intervención desde la palabra. Pero no creo que este rasgo sea central ni suficiente para diferenciar las distintas prácticas psicoterapéuticas, ni tampoco para diferenciarlas del psicoanálisis. Ni siquiera para diferenciar estas prácticas psicoterapéuticas de la prescripción farmacológica (la palabra y sus efectos están siempre ahí). Para trazar la diferencia entre el psicoanálisis y el resto de las psicoterapias, creo que es importante tener en cuenta de qué lado de nuestra mesa cae la suposición de saber acerca del síntoma. Se puede prescribir una conducta, un hábito, se

puede sancionar una idea como incorrecta y pretender reestructurarla desde la misma posición que tiene el médico cuando prescribe un fármaco. En ambas intervenciones el saber sobre el síntoma queda del lado del prescriptor. Del lado del paciente queda la equivocación, el error, lo desajustado y disfuncional. Fue necesario suponer un sentido y una satisfacción en el síntoma para comenzar a interrogar al sujeto, ponerlo a asociar y a saber acerca de este saber oculto.

Cuando me refiero a la ética de nuestra práctica, y la diferencia entre el psicoanálisis y las psicoterapias, me refiero a esto: para el psicoanálisis, desde sus orígenes, los dichos, síntomas, sueños, lapsus, actings del paciente encierran, encubren, disfrazan algo de una verdad subjetiva, efecto de un saber desconocido, pero activo, en el sujeto; este saber inconsciente es el descubrimiento freudiano. Es necesario hacer la experiencia del propio inconsciente para poder imaginar sus efectos en nuestros pacientes. Las otras prácticas (pienso en las cognitivo-conductuales) dejan caer el saber y la verdad del lado del prescriptor, condicionando la posición y la actuación clínica que resulta a veces indistinguible de la enseñanza o de la instrucción.

Freud pasó de la terapia sugestiva (madre de algunos enfoques terapéuticos actuales) al enfoque analítico. En la conferencia 28<sup>3</sup>, Freud dice, cuando se pone a desarrollar la diferencia entre la sugestión directa y la transferencia: *“la sugestión directa es una sugestión dirigida contra la exteriorización de los síntomas, una lucha entre la autoridad de ustedes y los motivos de la enfermedad. Al practicarla ustedes no hacen caso de estos motivos; solo exigen al enfermo que sofoque su exteriorización en síntomas. El hecho de que hipnoticen o no al enfermo no constituye ninguna diferencia de principio la sugestión es lo esencial en las manifestaciones del hipnotismo Yo fui alumno de Bernheim. Durante años practiqué el tratamiento hipnótico, primero con sugestión prohibidora y después combinándolo con el método de Breuer. Me asiste buen derecho, por tanto, para hablar sobre los resultados de los tratamientos hipnóticos o de sugestión para el médico, a la larga, se volvía monótona: prohibir en todos los casos, de idéntica manera y con el mismo ceremonial, la existencia a los más variados síntomas, sin poder aprehender nada*

*de su sentido o su significado. Era un trabajo de práctica, no una actividad científica, y recordaba a la magia, al encantamiento o al arte de la prestidigitación.”* (iii; pág. 409).

Cuando Freud abandona la práctica hipnótica sugestiva por autoritaria, totalitaria, monótona y alejada de su idea de una práctica científica, construye una base ética para el psicoanálisis: la del caso por caso, opuesta a la de la práctica anterior. El trabajo riguroso con cada sujeto, cada material asociativo, en cada sesión, supone un único señalamiento, una interpretación irrepetible, una construcción a la medida de cada caso singular.

### Psicoterapia para el psiquiatra

Es necesaria la psicoterapia para el psiquiatra, es, para terminar, una pregunta con una doble lectura. Podemos entenderla como la necesidad de saber conducir una psicoterapia para encausar la demanda del paciente o como la necesidad, o no, del psiquiatra de pasar por una experiencia psicoterapéutica él mismo. En este punto también deberíamos diferenciar entre las psicoterapias y el psicoanálisis, ya que no todas las terapias podrían acoger a un sujeto aquejado por el deseo de saber, por la pregunta a la que nos empuja una repetición o un tropiezo. Algunas, pensadas a la medida de una exigencia actual (devolver personas productivas en una serie de sesiones autorizadas por los seguros de salud) no acogerían personas sanas en sus despachos. Hay algunas terapias que apuntan al conocimiento personal, en el sentido de una profundización o autoconocimiento del yo. El psicoanálisis trabaja con el deseo reprimido, y con sus soportes: la pulsión y la falta estructural, causada por nuestra condición de hablantes: la castración freudiana. A diferencia de aquellas, no es un autoconocimiento, sino una puesta en cuestión del yo (instancia de desconocimiento) y un conocimiento del Otro, de los efectos de la Otra escena que nos habita.

Si no pasamos por la experiencia analítica personal, nuestros ideales, prejuicios, conflictos permanecen intocados, y en el encuentro con el paciente se impondrán causando intervenciones salvajes y resistencias. Lo que no hayamos trabajado en nuestro propio espacio terapéutico retornará, aparecerá para nosotros, se actualiza-

rá en algunos dichos de nuestros pacientes: no podremos escuchar sin identificarnos con el paciente, sin afectarnos al ritmo de su experiencia, y sin saber que eso nos convoca porque es una representación, en el otro, de algo nuestro, aunque desconocido. Lo que no fue trabajado en un espacio terapéutico personal aparecerá reflejado en el otro (como una viga en el ojo ajeno), causándonos indignación, rechazo, angustia, tristeza, compasión, ternura, cualquier sentimiento que obstruya el trabajo con el material del paciente.

En su trabajo “Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico”<sup>4</sup>, nos advierte Freud: “*Ahora bien, si el médico ha de estar en condiciones de servirse así de su inconsciente como instrumento del análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica. No puede tolerar resistencias ningunas que aparten de su conciencia lo que su inconsciente ha discernido; de lo contrario introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consiente... Para ello es lícito exigirle que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece. No se puede dudar razonablemente del efecto descalificador de tales fallas propias; es que cualquier represión no solucionada en el médico corresponde a un punto ciego en su percepción analítica*”. (iv; pág. 115).

En un texto tardío (“Análisis terminable e interminable”<sup>5</sup>) no habla de purificación psicoanalítica como condición. Dice: “*¿Dónde y cómo adquirirá el pobre diablo aquella aptitud ideal que le hace falta en su profesión? La respuesta rezará: en el análisis propio, con el que comienza su preparación para su actividad futura. Por razones prácticas aquel solo puede ser breve e*

*incompleto cumple su cometido si instila en el aprendiz la firme convicción de la existencia de lo inconsciente, le proporciona las de otra modo increíbles percepciones de sí a raíz de la emergencia de lo reprimido*”. (v; pág. 250).

## Conclusión

Para concluir, podríamos preguntarnos si la psicoterapia, como el tratamiento por la palabra de la demanda del sujeto, no está ahí presente aunque no nos lo proponamos. A veces se hace presente de forma salvaje, para algunos de forma latente cuando reniegan de ellas pero hablan a los pacientes, a veces bajo la forma educativa, instructiva; otras desde la sugestión, que se autoriza en los ideales científicos, humanistas o religiosos. En definitiva, la psicoterapia se hace presente, aunque no lo sepamos, porque es una defensa más del psiquiatra, defensa que da cuenta de su deseo (se habla del deseo del analista como una “X” en juego en la transferencia). Deberíamos poder pensar el deseo del psiquiatra como algo en juego, singular, más o menos tenido en cuenta, pero activo en el estilo que cada uno tiene de acercarse a su trabajo, de sostener su trabajo con los pacientes, de preguntarse o no por el sentido, de defenderse del agujero aspirante de la locura, de significar, de poder sostener el silencio para hacer lugar al deseo del paciente, siempre supuesto un poquito más allá de sus demandas. La pregunta por la necesidad de la psicoterapia nos ha llevado (hemos captado su ambigüedad) desde el deseo de comprender (no hablamos ya de necesidad, sino de deseo de saber), pasando por el de hacer bien (manteniéndonos a la altura del caso por caso), hasta el último punto: que el psiquiatra esté advertido o no de su propio deseo en juego.

## Referencias

1. Freud, S. “*Conferencias de Psicoanálisis: 16ª Conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.
2. Freud, S. “*Conferencias de Psicoanálisis: Conferencia: La Terapia Analítica*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.
3. Freud, S. “*Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.
4. Freud, S. “*Análisis Terminable e Interminable*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.