

## La relación entre la psiquiatría académica y el psicoanálisis está puesta en peligro

Cabe poca duda de que la teoría y la práctica del psicoanálisis se encuentran en peligro en los centros académicos de la psiquiatría norteamericana. En las últimas tres décadas ha ido disminuyendo en forma sostenida el número de jefes de departamento de psiquiatría que son analistas completamente formados, y muchos de ellos han sido reemplazados por investigadores en neurociencias. Además, pocos psicoanalistas continúan siendo académicos de tiempo completo. De hecho, yo soy el único psicoanalista con una cátedra en psicoanálisis trabajando actualmente en un departamento de psiquiatría de una facultad de medicina norteamericana. Un resultado de esta tendencia es que candidatos que no son médicos están inscribiéndose en institutos psicoanalíticos a lo largo y ancho de los Estados Unidos en cantidades que son mucho mayores que las de los candidatos médicos. Los psicólogos y asistentes sociales están ahora dominando la escena de la educación psicoanalítica.

Hay muchas razones para el declive y la caída del psicoanálisis dentro de la psiquiatría norteamericana:

1. En los años 1970 ó 1980 muchos psiquiatras comenzaron a preocuparse porque ya no eran vistos como una especialidad legítima de la medicina. Por lo tanto, comenzó una campaña importante de “remedicalización”. Como resultado, el DSM-III, lanzado en 1980, fue deliberadamente ateorico, dependiendo de un enfoque de “indicios y síntomas” típico del resto de la medicina. Aumentaron los fondos para la investigación en neurociencia y psicofarmacología como una manera de legitimizar la psiquiatría como una especialidad médica.
2. Los adelantos extraordinarios en psicofarmacología llevaron a un creciente interés en desarrollar medicación específica para desórdenes psiquiátricos específicos.
3. Con el entusiasmo cada vez mayor por la medicación psiquiátrica, la psiquiatría no se preocupó por el cambio de la psicoterapia hacia el dominio de los profesionales de disciplinas vecinas de la salud mental, como ser los asistentes sociales y los psicólogos.
4. El énfasis en la reducción de costos en el cuidado de la salud mental generado por el movimiento de atención gerenciada, llevó a una mayor división de tareas entre la psiquiatría y otras profesiones de la salud mental. Las empresas con atención gerenciada sintieron que era más rentable pedirle a los psiquiatras que se limitaran a controles de medicación de 15 ó 20 minutos y pagarles honorarios más bajos a los psicólogos, enfermeros, consejeros y asistentes sociales para hacer psicoterapia.

### Psicoanálisis, Psicoterapia y Psiquiatría

Todas estas tendencias más un cambio intelectual hacia la genética y el reduccionismo biológico han amenazado con socavar la ciencia central de la psicoterapia en la educación psiquiátrica. Una encuesta nacional de psiquiatras con consultorio privado<sup>1</sup> encontró que las visitas a consultorios de psiquiatras que incluían psicoterapia descendieron de 44,4% en 1996-1997 a 28,9% en 2004-2005.

El destino del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana está íntimamente unido al rol que juega la psicoterapia en los programas educativos. El edificio teórico del psicoanálisis ha sido de enorme valor para la educación de generaciones de psicoterapeutas psicodinámicos durante su entrenamiento de residencia en psiquiatría. A medida que la psicoterapia se vuelve menos importante, se piensa al psicoanálisis como un aspecto prescindible de la educación psiquiátrica. Hoy en día es

#### Autor

**Glen O. Gabbard, MD**

Profesor de Psiquiatría y Catedrático de Psicoanálisis de Brown Foundation.

Baylor College of Medicine.

Capacitación y supervisión de analistas.

Houston-Galveston Psychoanalytic Institute.

común que los residentes de psiquiatría vean a la psicoterapia como irrelevante para su práctica futura. La falta de curiosidad sobre qué está pasando dentro del paciente está acompañada por una falta de curiosidad de lo que está pasando dentro del residente de psiquiatría. En los últimos años he notado una variación educativa particular sobre la noción de Bion de ataques a los vínculos (*attacks on linking*)<sup>2</sup>. Un sentido en el que Bion usó la frase derivó de una observación clínica que provino de trabajar con pacientes perturbados. Notó que cuando un paciente intentaba proyectar partes de su personalidad en el terapeuta, el terapeuta les rechazaba la entrada. No se permitía el vínculo entre el paciente y el terapeuta. La variación que yo he estado observando en este fenómeno involucra el rechazo o la incapacidad de algunos residentes de psiquiatría en el contexto clínico para permitirle al paciente que se ponga bajo su piel o los “colonicen”. Hay una necesidad defensiva de impedir una conexión con el paciente. Estos estudiantes, aterrados de lo que podrían encontrar si miran hacia adentro, prefieren pensarse como el doctor “sano” examinando a un paciente “enfermo”, en gran parte como un espécimen escudriñado por su psicopatología. Hay poca conciencia de que hay dos “pacientes” en el cuarto, no uno<sup>3</sup>. Actualmente, a los residentes les falta la comprensión de que somos todos más similares a nuestros pacientes que diferentes, y tenemos una humanidad en común que nos permite comprender incluso al paciente más trastornado.

Conjuntamente con esto hay una tendencia a focalizarse exclusivamente en los síntomas, como el estado de humor disfórico, el insomnio, ataques de pánico, y ansiedad social, como si fueran generados biológicamente y por lo tanto requirieran que se recetase la medicación ideal para erradicar el síntoma. Si se considera útil la psicoterapia, es una forma de psicoterapia focalizada en los síntomas, como la comportamental. Actualmente hay una intensa presión dentro de la cultura occidental contemporánea por soluciones rápidas, eficientes, económicas y sin dolor a los desórdenes de todo tipo, y el terreno de los problemas psicológicos no es la excepción. Los medios de prensa populares

están repletos de historias sobre pruebas controladas randomizadas de determinada medicación o psicoterapias breves que se dice eliminarán síntomas de desórdenes psiquiátricos importantes.

Este enfoque focalizado en los síntomas, de “solución rápida,” presenta desafíos extraordinarios para que el psicoanálisis mantenga su relevancia dentro de la psiquiatría académica. El psicoanálisis siempre ha sido, y debe continuar siendo, una fuerza subversiva dentro de la cultura occidental y dentro del equilibrio psíquico de cada individuo<sup>4</sup>. El proceso terapéutico derivado del psicoanálisis es tan subversivo como el cuerpo de la teoría que amenaza la sabiduría recibida de la sociedad de alta tecnología. El objetivo del psicoanálisis siempre ha sido focalizado en la verdad en oposición a focalizado en el síntoma. Grinberg definió el objetivo del psicoanálisis como “una búsqueda de la verdad sobre sí mismo (*self*)”<sup>5</sup>. Incluso Freud, quien luchó a lo largo de la mayoría de su carrera con la idea de que el objetivo terapéutico del psicoanálisis era liberar al paciente de sus síntomas, llegó a reconocer que el paciente puede mostrar la mayor mejoría cuando el foco está en otro lugar: “La eliminación de los síntomas patológicos no se persigue como meta especial, sino que se obtiene, digamos, como una ganancia colateral si el análisis se ejerce de acuerdo con las reglas”<sup>6</sup>. Hoy en día esta visión es ampliamente compartida por analistas de prácticamente todas las escuelas de psicoanálisis.

Los analistas saben que una búsqueda decidida de erradicación de síntomas puede crear una configuración de transferencia-contratransferencia que tiene una dimensión moralizadora, es decir, los síntomas son tratados como creaciones que dejan de tener utilidad en la vida psíquica. El analista puede transmitirle al paciente la idea de que si el paciente se “sana”, debe darse cuenta de los conflictos patógenos subyacentes que producen sus síntomas para poder “abandonarlos”. El analista que tiene demasiada intención de ayudar al paciente a renunciar a los síntomas puede experimentarse como coercitivo y puede involuntariamente intensificar la decisión del

paciente de aferrarse a sus síntomas. Por lo tanto, los analistas no operan de la manera en que se les enseña a los psiquiatras contemporáneos a abordar su planificación de tratamiento. Los analistas son subversivos al actual espíritu de época de la psiquiatría, porque se dan cuenta de que uno debe ser paciente, debe aceptar, y no juzgar síntomas, al observar los significados, los síntomas y el rol del síntoma dentro del propio paciente. Este abordaje, aunque es muy útil, es visto como demasiado lento y complicado para la escena de la salud mental contemporánea.

Además, como reconoció Freud pronto en su desarrollo de la técnica psicoanalítica, abordar a los pacientes con la intención de quitarles los síntomas subestima hasta dónde los pacientes están aferrados a sus síntomas de muchas maneras. Para usar la metáfora de Freud, ubica al analista en una “batalla” contra la resistencia del paciente, y el analista se encuentra a sí mismo en el rol de quien está arrastrando al paciente hacia la “cura” sintomática. En muchos casos, el analista que sigue este camino encuentra que a menudo él está deseando obtener el resultado de la cura sintomática más que el paciente. Lacan, quien dijo mucho sobre el apego del paciente al síntoma, veía a los síntomas como íntimamente conectados con la *jouissance*<sup>7</sup>. Una simple traducción de *jouissance* como disfrute o satisfacción es engañosa; incluye un placer perverso o un placer en el dolor que puede ser relacionado al fracaso repetido del individuo para obtener placer prohibido asociado con transgresiones deseadas, edípico o de otro tipo. Como lo explicó Zizek, hay una “especie de placer perverso en este mismo desagrado, en la interminable, repetida circulación de un objeto que no se puede obtener, que siempre se pierde”<sup>8</sup>. Como resultado, los síntomas pueden ser vistos inconscientemente por el paciente como tesoros, como fuentes de disfrute secreto. Los síntomas pueden revelar la verdad del sujeto, y por lo tanto deben ser observados más como invenciones significativas que como algo a ser erradicado. Silenciar los síntomas puede significar silenciar una parte de sí mismo (*self*).

Un corolario importante de esta visión de los síntomas es que los analistas deben respetar al síntoma en toda su complejidad. El analista también respeta la libertad y la autonomía del paciente, quien puede encontrar significado en el síntoma y elegir no desprenderse de él. Los analistas, a diferencia de muchos médicos y psiquiatras, están dispuestos a aceptar la noción de que el paciente puede desear no cambiar luego de comprender los orígenes intrapsíquicos de sus dificultades. Por lo tanto, lo que la psiquiatría puede llegar a ver como un tratamiento fracasado a menudo es visto por los analistas como una elección del paciente dada su comprensión de la función del síntoma.

## Rayos de esperanza

La disminución del interés en el psicoanálisis y en la psicoterapia psicoanalítica ha estado influida por un aumento en la importancia de las pruebas controladas randomizadas y en la investigación rigurosa que provee de validación empírica para tratamientos específicos. Ha habido una crítica válida dirigida a los psicoanalistas y a los terapeutas psicodinámicos por no invertir el tiempo, la energía y el dinero suficientes en la acumulación de evidencias empíricas que respalden la validez y la eficacia del tratamiento psicoanalíticamente orientado. Sin embargo, en respuesta a estas críticas bien fundadas, en los últimos años ha surgido una gran cantidad de investigaciones que ofrecen rayos de esperanza de que se regrese a un mayor énfasis del psicoanálisis y del pensamiento psicoanalítico dentro de la psiquiatría académica.

Dos respetados metaanálisis de psicoterapia psicoanalítica de largo plazo<sup>9, 10</sup> mostraron que la psicoterapia psicodinámica de largo plazo tiene una eficacia considerable en términos de problemas tomados como objetivo, funcionamiento de la personalidad y mejora general comparada con las terapias de más corto plazo. Shedler encontró que los tamaños del efecto para la terapia psicodinámica son tan grandes como los informados por otras

terapias, como la terapia comportamental y la terapia interpersonal, que son promocionadas activamente como “basadas en evidencias”<sup>10</sup>. Además, los pacientes que reciben terapia psicodinámica mostraron que mantenían las ganancias terapéuticas e incluso continuaron mejorando luego de finalizado el tratamiento. Llega a la conclusión de que la noción de que a los enfoques psicodinámicos les falta respaldo empírico es, en efecto, un mito. Leichsenring y Rabung<sup>9</sup> estudiaron análisis comparativos de pruebas controladas y concluyeron que la psicoterapia psicodinámica de largo plazo mostraba resultados significativamente mayores que formas más cortas de psicoterapia. Además, produjo tamaños del efecto (*effect size*) intra-grupos significativos, importantes y estables en varios y especialmente complejos desórdenes mentales.

Cuando investigadores finlandeses asignaron al azar 128 pacientes a psicoterapia psicodinámica de largo plazo, 101 a psicoterapia psicodinámica de corto plazo, y 96 a terapia de “solución de problemas”, se descubrió resultados impactantes para los valores de largo plazo de la psicoterapia dinámica prolongada. Mientras que durante el primer año, la terapia dinámica de corto plazo fue significativamente más efectiva que la terapia dinámica de largo plazo, en el seguimiento de los tres años, la psicoterapia dinámica de largo plazo fue mucho más efectiva que el tratamiento de corto plazo<sup>11</sup>.

Además de la investigación de resultados de tratamiento, ha aparecido un cuerpo creciente de evidencia empírica para el funcionamiento mental inconsciente, lo que ha provisto de evidencia científica a principios psicoanalíticos fundamentales, como la noción de que la mayor parte de la vida mental es inconsciente. El test de asociación implícita sobre la raza mostró que las actitudes hacia la raza operan en dos niveles: consciente e inconsciente. Incluso los individuos que conscientemente se ven a sí mismos completamente libres de tendencias racistas pueden demostrar tener prejuicios inconscientes al respecto de la raza cuando son sometidos a tests que incluyen descripciones positivas y negativas de rostros blancos y negros<sup>12</sup>. Berridge y Winkielman han

demostrado el rol de las reacciones afectivas inconscientes al influir en el comportamiento<sup>13</sup>. Finalmente, Galdi et al. han mostrado que cuando se desarrollan preferencias políticas, la gran mayoría de los procesos mentales ocurre a un nivel inconsciente, de tal modo que quienes dicen estar indecisos por un candidato, ya han tomado una decisión a un nivel inconsciente<sup>14</sup>.

En suma, el creciente cuerpo de investigación que demuestra la evidencia empírica de la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo y la validez de principios psicoanalíticos fundamentales, como el funcionamiento mental inconsciente, le ha otorgado al psicoanálisis una legitimidad que le había faltado en las eras anteriores. Por otra parte, es paradójico que, con el énfasis de la psiquiatría en la genética, cuantos más genes se estudian, más se vuelve evidente que las influencias ambientales son crucialmente importantes para determinar qué genes se activan y cuáles se apagan. Por lo tanto, aquellos con vulnerabilidad genética al comportamiento antisocial parecen necesitar algunas influencias ambientales adversas para producir manifestaciones clínicas de patología de personalidad antisocial. Sin el impacto de la negligencia, el abuso, u otras interacciones interpersonales traumáticas, es poco probable que resulte el comportamiento antisocial<sup>15</sup>.

## El rol del psicoanalista en la psiquiatría académica contemporánea

En mi propio departamento en Baylor College of Medicine en Houston, he encontrado la manera de trabajar codo a codo con otros psiquiatras, que me ha permitido ser respetado y valorado como miembro del Departamento de Psiquiatría. En mis actividades de enseñanza y asesoramiento con colegas he hecho todos mis esfuerzos para enfatizar el valor de los principios psicoanalíticos para toda la psiquiatría. Por ejemplo, la alianza terapéutica, un concepto que deriva del pensamiento psicoanalítico, es el predictor más poderoso del resultado del tratamiento, independientemente de si uno se dedica a la farmacoterapia o a la psicoterapia<sup>16</sup>. Al enseñar los elementos

esenciales de la relación psicoterapéutica, uno preserva el pensamiento psicoanalítico porque la transferencia y la contratransferencia inevitablemente pasan a formar parte del discurso. De la misma manera, las discusiones de problemas en la alianza terapéutica y en la respuesta al tratamiento lo llevan a uno a explorar la resistencia inconsciente.

He encontrado que un rol valioso que puede jugar el psicoanálisis en un departamento académico es enseñar en el contexto de discusiones de casos clínicos. Cuando los residentes de psiquiatría presentan casos clínicos que significan un desafío, la perspectiva psicoanalítica ofrece puntos de vista únicos sobre cómo comprender al paciente y cómo intervenir de una manera que tome en cuenta las complejidades del paciente.

Es esencial para los psicoanalistas que trabajan en la psiquiatría académica no posicionarse por fuera del modelo bio-psico-social de la psiquiatría. Aunque es fácil para nosotros criticar a los colegas que son reduccionistas biológicos, los psicoanalistas pueden ser igualmente culpables de reduccionismo si ignoran los datos que surgen de la genética, la neurociencia y la psicofarmacología. Tenemos mucho más éxito cuando reconocemos los factores biológicos y socioculturales en la patogénesis de la enfermedad y el plan de tratamiento, que si nos limitamos a un punto de vista estrecho solamente.

Por último, en nuestras interacciones con el cuerpo docente y los estudiantes, debemos mantener una transparencia al respecto de las formas en que pensamos y conceptualizamos. Durante demasiados años los psicoanalistas parecían disfrutar de una especie de mitificación sobre sus métodos. A menudo se ve a los analistas como llegando a sus conclusiones desde una fuente secreta de conocimiento, no disponible para los demás. Debemos luchar por demitificar nuestros métodos de comprensión para contrarrestar los años de elitismo cuando nosotros no les permitimos a aquellos que estaban fuera de las comunidades psicoanalíticas tener acceso total al conocimiento derivado del pensamiento psicoanalítico.

## Conclusiones

La práctica del psicoanálisis y el cuerpo del conocimiento teórico asociado se han vuelto cada vez menos importantes en la psiquiatría académica. Por lo tanto, está en peligro el rol del psicoanálisis en el futuro de la psiquiatría. El reduccionismo neurobiológico, la atención controlada y la remodelización de la psiquiatría han conspirado en contra de la capacidad del psicoanálisis para crecer dentro del campo de la psiquiatría. Además, la disparidad entre los objetivos focalizados en la verdad del psicoanálisis y los objetivos focalizados en los síntomas del tratamiento psiquiátrico contemporáneo, ubican al psicoanálisis en una posición subversiva con respecto al resto de la medicina y a la psiquiatría en particular. Sin embargo, los esfuerzos de investigación durante las pasadas dos o tres décadas proveen de fuerte evidencia del valor de la terapia psicoanalítica de largo plazo y de la perspectiva psicoanalítica sobre la experiencia humana. Los psicoanalistas que están en los departamentos académicos de psiquiatría deben operar dentro de un paradigma bio-psico-social que respete otros puntos de vista a la vez que también demuestre la utilidad excepcional del pensamiento psicoanalítico. El psicoanálisis, especialmente en sus aplicaciones al diagnóstico y tratamiento psiquiátricos, tiene mucho para contribuir a la psiquiatría contemporánea.

## Referencias bibliográficas

1. **Mojtabai R, Olfson M.** National Trends in Psychotherapy by Office-Based Psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:962-970.
2. **Bion WR.** Attacks on linking. *Int J Psychoanal* 1959; 40:308-315.
3. **Gabbard G.** *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice.* Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2005, 629 pp.
4. **Ogden T, Gabbard G.** The lure of the symptom in psychoanalytic treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (in press).

5. **Grinberg L.** The closing page of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis: "the search for truth about one's self". *Int J Psychoanal* 1980; 61:25-37.
6. **Freud S.** Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". En: *Obras completas. Volumen XVIII. Más allá del principio del placer.* Buenos Aires: Amorrortu; 1923, pp. 233-259.
7. **Lacan J.** *Psychanalyse et médecine.* In: *Lettres de l'École Freudienne* 1966; 1:34-61.
8. **Zizek S.** *Enjoy your symptom.* New York: Routledge; 1992.
9. **Leichsenring F, Rabung S.** Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300:1551-1565.
10. **Shedler J.** The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 2010; 65:98-109.
11. **Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA et al.** Randomized trial on the effectiveness of long-term and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008; 38:689-703.
12. **Greenwald AG, McGhee DE, Schwarz JL.** Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Per Soc Psychol* 1998; 74:1464-1480.
13. **Berridge KC, Winkielman P.** What is an unconscious emotion? (The case for unconscious "liking"). *Cognitive Emotions* 2003; 17:181-211.
14. **Galdi S, Arcuri L, Gawronski B.** Automatic mental associations predict future choices of undecided decision-makers. *Science* 2008; 321:1000-1002.
15. **Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW et al.** Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-854.
16. **Krupnick JL.** The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:532-539.