

¿Es posible una Psiquiatría Dinámica? Aportes desde el Psicoanálisis

Psiquiatría y
Psicoanálisis

Resumen

El propósito de esta presentación es ubicar el contexto donde la relación Psiquiatría-Psicoanálisis transita hacia un modelo de Psiquiatría Dinámica que pueda integrar conceptos de ambas.

Considero de enorme utilidad poner en contacto las teorizaciones psicoanalíticas sobre el trauma psíquico con un concepto de fundamental importancia desde el punto de vista psicopatológico: el trastorno por estrés postraumático (TEPT), en el entendido de que ambas disciplinas ponen un énfasis muy particular en el concepto de trauma. Surgen desde el Psicoanálisis interesantes conceptos como son la noción de series complementarias, situación traumática y trauma como situación patógena.

Desde la Psiquiatría el TEPT, actualmente en revisión para su inclusión en futuras ediciones del DSM, nos ofrece el despliegue de un amplio abanico nosográfico, donde los límites salud-enfermedad se tornan difusos.

De los aportes considerados se desprenden consecuencias psicopatológicas fundamentales en lo atinente a una orientación diagnóstica, donde la noción de “espectro psicopatológico” relega los síntomas a un lugar secundario.

La ilustración con una serie de viñetas clínicas, nos lleva a una serie de consideraciones sobre modelos terapéuticos que un auténtico enfoque bio-psico-social del ser humano requiere hacia un criterio más unitario de los desórdenes mentales.

Palabras clave

*Psiquiatría Dinámica
Trauma psíquico
Trastorno por estrés postraumático
Series complementarias
Espectro psicopatológico
Ser bio-psico-social
Enfermedad mental única*

Summary

The purpose of this presentation is to locate the context where the relation Psychiatry-Pschoanalysis travels towards a model of Dynamic Psychiatry, who could integrate concepts of both. I consider of enormous usefulness to put in contact the psychoanalytic theorizations on the psychic trauma with a concept of fundamental importance from the psychopathological point of view: the post-traumatic stress disorder (PTSD), understanding that both disciplines put a very particular emphasis in the concept of trauma. Interesting concepts arise from the Psychoanalysis such as the notion of complementary series, traumatic situation and trauma as pathogenic situation.

From the Psychiatry, the PTSD, nowadays in review for its incorporation in future editions of the DSM, offers us the deployment of a wide nosographic range, where the limits of health-disease becomes diffuse.

From the contributions taken into consideration emerge fundamental psychopathological consequences concerning to a diagnostic orientation, where the notion of “psychopathological spectrum” relegates the symptoms to a secondary place. The illustration with a series of clinical vignettes takes us to a series of considerations on therapeutic models that an authentic bio-psycho-social approach of the human being needs, towards a more unitary criterion of the mental disorders.

Keywords

*Dynamic Psychiatry
Psychical trauma
Post-traumatic stress disorder
Complementary series
Psychopathological spectrum
Bio-psycho-social human being
Unique mental disease*

Autor

Juan Carlos Tutté

Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Colaborador Calificado de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (UDELAR). Master en Psicoanálisis. Miembro Asociado de APU.

Correspondencia:

Colombes 1485.
juancarlostutte@gmail.com

Un poco de historia

A. General

Nos interesa en primer lugar ubicar en forma sucinta el contexto en que se da la relación Psiquiatría-Psicoanálisis en su avance hacia un modelo de Psiquiatría Dinámica, capaz de articular los descubrimientos de la Psiquiatría y del Psicoanálisis, dirección en la cual intentaremos ir.

Recordemos que en la historia de la salud y la enfermedad, en la historia de lo loco y lo saludable, hubo diferentes etapas y períodos.

En la Grecia antigua, presocrática, la locura se atribuía a los dioses; también en esa época, en Roma, los médicos trataban de detectar cuál era la deidad que estaba detrás de los síntomas para indicar los sacrificios o las ofrendas necesarias según el dios involucrado.

Más tarde, Hipócrates en Grecia y Galeno en Roma fueron los primeros en decir que la locura no dependía de los dioses, sino que habría causas naturales, causas orgánicas que según ellos tenían que ver con los humores.

Podemos intuir que ya desde muy antiguo el problema planteado tenía que ver con un dualismo cuerpo-alma.

En la edad media, al contrario que en la Grecia antigua, la locura era posesión demoníaca, por lo que muchos histéricos/as, muchos psicóticos que sufrían delirios o alucinaciones fueron quemados por considerarse poseídos por el diablo.

Recién en el siglo XVI empiezan las primeras clasificaciones psicopatológicas y es en la modernidad cuando aparecen entonces los modelos científicos clásicos, donde la razón es el referente único de lo considerado objetivo, científico, confiable.

Se produce un gran impacto cuando, en el siglo XVIII, un médico llamado Mesmer descubre el hipnotismo y por lo tanto todo un modo de funcionamiento de la mente humana.

En 1822 surge el “gran descubrimiento”: Belle, también médico, descubre la parálisis general progresiva, diagnóstico que se transformó como en el paradigma de la Psiquiatría, o sea, la búsqueda de que todo cuadro psicopatológico debía tener la misma transparencia en las causas que lo habían motivado como

en la parálisis general (trastornos del humor, delirios, demencia, etc.), en el sentido de que se buscaba la lesión en el cerebro otorgando razón a todas las teorías organicistas de la psicosis.

Estos conceptos se mantuvieron hasta el advenimiento del Psicoanálisis, en que este descubre en sus albores que hay representaciones capaces de enfermar que son productos psíquicos, que una parálisis puede estar dada por representaciones mentales y no por causas orgánicas, en última instancia, “el descubrimiento del inconsciente”, que produjo un gran quiebre, un gran viraje, en el campo de la salud-enfermedad.

Enfrentando una tendencia científica de la época a clasificar, a anclar, Freud hace converger los síntomas del sufrimiento humano, en cierta teoría unificadora, como es la del aparato psíquico.

La noción de “series complementarias” de Freud¹ sigue teniendo cada vez más vigencia, en el sentido de que rompe con la idea de una causalidad lineal a favor de una sobredeterminación causal o multicausalidad.

En pocas palabras, se trata de un término al que Freud apela para zanjar la alternativa de elegir entre factores endógenos o exógenos en la etiología de las afecciones mentales. Ambos factores no son sólo complementarios, pudiendo cada uno de ellos ser tanto más débil cuanto más fuerte es el otro, a la vez que tendría en cuenta no sólo la causa desencadenante o posterior, en una personalidad de por sí “vulnerable” por factores infantiles, sea de orden constitucional o adquirido en las tempranas épocas de desarrollo del aparato psíquico (experiencias infantiles).

Se esbozaría aquí la noción de lo bio-psico-social en el sentido de dar lugar a una “disposición” que inevitablemente habrá de vérselas con un desencadenante futuro. Estas nociones son las que han ido marcando el rumbo de la interrelación Psiquiatría-Psicoanálisis, a veces con hipertrofias o desbalances en una en desmedro de otra, pero en un intento integrador de una Psiquiatría Dinámica.

En los últimos años se ha producido con el conocimiento del genoma humano una suerte de crisis similar a la del descubrimiento de la parálisis general.

No se trata de oponerse al avance científico, sino que la crítica iría dirigida a la creación de falsas expectativas. Sean bienvenidos el avance tecnológico y la investigación, pero con un uso racional; no le podemos pedir al genoma más de lo que el genoma puede dar, sobre todo cuando consideramos un campo tan complejo como es la mente humana, y lo cierto es que a lo largo de los últimos diez años este nuevo modelo no ha alcanzado a satisfacer las expectativas que en su momento provocó.

Que todo pueda ser explicado por el conocimiento del genoma, sería reiterar una situación engañosa similar a la de 1822 con el “gran descubrimiento” y una expectativa desmedida, si nos adherimos incondicionalmente.

Coincidimos con neurocientíficos actuales, como es el caso de Panksepp², quien propone el término “neurociencia afectiva” para designar el lugar donde todos los abordajes pueden conciliarse y trabajar conjuntamente, argumentando entonces que “la gran red intermediaria del cerebro sólo podrá ser desentrañada con un abordaje conjunto desde lo molecular a la psicodinamia global”.

En este sentido nos ubicamos hoy, rescatando más que nunca la noción de lo bio-psico-social, de la interacción de un desencadenante versus un predisponente, de la multicausalidad y en última instancia, en la noción de series complementarias y la complejidad de este concepto que implica también aspectos epidemiológicos actuales que destacan los factores de vulnerabilidad individual, resiliencia, entendida esta como resistencia frente a las circunstancias adversas y coping, concepto este que podemos entender como la capacidad de hacer frente, destacando los autores³ que la relación entre los eventos estresantes de la vida y la enfermedad, es más complicada que una simple conexión directa.

B. Personal

Años de experiencia en la práctica de la Psiquiatría, tanto en la docencia, en la práctica como practicante o médico de guardia, o en la enseñanza de una Psiquiatría Dinámica, no sólo me impulsan, diría que hasta me obligan, a transmitir a las futuras generaciones de psiquiatras lo mucho que la clínica me ha aportado.

Los pacientes nos enseñan: Esta es una verdad innegable y los libros fueron escritos por aquellos que más contacto tuvieron con los pacientes. Si nos convirtiésemos en meros repetidores de lo que otros dijeron, dejaríamos de aprender de la verdadera fuente del sufrimiento que intentamos entender, y se nos pasarían por alto otros hechos que son los que hacen avanzar la comprensión del mismo.

Por eso, hacia el final de mi carrera, quisiera transmitir algo no sólo de lo aprendido, sino, también, de los vaivenes con que fui pensando (y lo sigo aún) muchas situaciones que la clínica me ha mostrado.

Respecto a mi tránsito por la Asociación Psicoanalítica, este no fue un hecho de azar sino fruto de la necesidad de ahondar en el conocimiento de aquello que veía pero muchas veces no comprendía. Lentamente fui pasando de aquel inicial desafío diagnóstico de “qué tiene este paciente” a la necesidad de comprender “qué le sucede a este paciente”, cuáles han sido sus sufrimientos para llegar a la situación actual.

Sin ser peyorativo con otros saberes –todos son necesarios y complementarios y lo importante es que quien los practique se sienta capacitado para ello–, hoy afirmaré que cualquiera sea la postura o línea que posteriormente tome el estudiante de Psiquiatría, el encuentro y la comprensión del paciente se convierten en un hecho tal, en el que participan dos subjetividades, una dupla cada uno con su propio mundo interno, mucho más parecidos que lo que uno supondría si intentamos colocarnos en el lugar del “sano”.

Al fin y al cabo, todos estamos hechos con los mismos “ingredientes”, lo que marca las diferencias es la distinta proporción de estos ingredientes en cada uno de nosotros.

Sería impensable que quien toma contacto con estos padecimientos no tome de alguna forma contacto consigo mismo; por ende, el psiquiatra no podría dejar de pasar por una experiencia de conocimiento personal profundo (conocimiento de sus propios procesos inconscientes), si no quiere caer en una necesidad defensiva de impedir una conexión con cada paciente. Somos todos más similares a quienes nos consultan, que diferentes.

Esta presentación preliminar pretende fundamentar mi postura actual en relación con una psicopatología integrativa, o mejor llamada Psiquiatría Dinámica, que da cuenta de una concepción auténticamente bio-psico-social del ser humano, que intenta expresar una forma más realista de ubicarse frente al sufrimiento humano, donde los límites salud-enfermedad se tornan cada vez más borrosos.

* Instrumento pericial semiestandarizado.

Creación de un marco referencial clínico

¿Cuáles serían los aportes del Psicoanálisis en este modelo comprensivo-integrativo?

Este enfoque no significa negar que cada concepto sea especialmente válido dentro de los límites de su disciplina de origen, sino aceptar la invitación que cada una puede y debe formular a las demás para que busquen dentro de su campo todo aquello que pueda ayudarlas a seguir avanzando en el plano del conocimiento. No se trata de adoptar como propios los métodos de otras disciplinas, sino de invitar a que cada una de ellas considere diferentes conceptos con sus propios métodos, aun teniendo en cuenta que no todos los psicoanalistas ni psiquiatras pueden participar de estas ideas.

Olds y Cooper^{4,5} utilizaron el término “cross fertilization” para describir lo que puede suceder en el campo interdisciplinario, aludiendo a las ideas creativas que provienen frecuentemente de esa encrucijada de mutuas interacciones en la que es inherente a cada disciplina el verse reforzada por descubrimientos y aportes desde campos vecinos.

Creí, así, que podría ser de enorme utilidad poner en contacto las teorizaciones psicoanalíticas sobre el trauma psíquico con un concepto de fundamental importancia desde el punto de vista psicopatológico: el “trastorno por estrés postraumático”, a efectos de ir creando un eje que me pudiese llevar a una aproximación entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis, dado que ambos ponen un especial énfasis en el concepto de trauma, donde el mismo aparece en constante revisión⁶.

Me consta que el concepto de estrés no pertenece al universo conceptual básico del psicoanálisis, pero opto por utilizarlo a los

efectos de establecer un intercambio más abierto con una disciplina afín.

El objetivo será, entonces, utilizando como “puente” el concepto de trauma psíquico, realizar una aproximación entre Psiquiatría y Psicoanálisis, intentando evidenciar los aportes que este último puede ofrecer a la Psiquiatría, en la posibilidad de configurar un modelo comprensivo más dinámico que nos resulte beneficioso, comenzando por aquellos que acuden a nosotros en busca de ayuda para calmar sus sufrimientos.

1. El concepto de trauma psíquico desde el psicoanálisis

Se trata de una noción que ha sido largamente debatida en Psicoanálisis por tratarse de un concepto que implica siempre una interacción del “afuera” con lo interno de cada uno. No se puede concebir que el trauma psíquico se produzca exclusivamente sobre la base de un acontecimiento actual externo, por violento que este pueda ser; eso equivaldría a desconocer lo personal, el “bagaje” con el que cada uno reacciona, y –en última instancia– a negar la participación del inconsciente.

Tal noción implica entonces un oscilante y permanente interjuego entre mundo externo y mundo interno, realizando que lo traumático es consecuencia de una específica interacción entre lo fáctico y la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo.

Recordemos que el trauma psíquico, que apareció en los albores del psicoanálisis como el factor desencadenante de los síntomas neuróticos, pronto se convirtió en puerta y camino para nuevos descubrimientos.

Es así que nos vemos obligados a intentar un brevísimo recorrido por los avatares que ha pasado dicho concepto en la evolución del Psicoanálisis, para ir comprendiendo algunos conceptos prínceps a los efectos de lograr la aproximación comentada.

a. Vicisitudes del concepto de trauma psíquico en el pensamiento de Freud

En un primer momento anterior a 1900,

Freud⁷ establece una definición meta psicológica fundamentalmente económica: el trauma como un exceso de excitación, que no puede ser derivado por vía motriz, ni integrado asociativamente.

El posterior “abandono” de la teoría de la seducción, da paso a una importancia creciente de la vida fantasmática y la realidad interna, en un paulatino intento de reacomodar realidad exterior y realidad interna. Así, si bien manteniendo una definición económica, Freud comenzó a considerar la intersección de esas dos realidades, que desde adentro y desde afuera asedian al sujeto: “Si ha ocurrido en la realidad, tanto mejor, pero si no ha sucedido en la realidad son construidas a partir de indicios y complementadas por la fantasía”⁸.

En Inhibición, síntoma y angustia⁹ nace la última reestructuración del concepto, relacionado ahora con la angustia y el conflicto psíquico, a la vez que a las alteraciones del yo y al carácter interestructural de todas las situaciones traumáticas.

Freud va oscilando entre la definición del trauma como algo meramente derivado de lo cuantitativo a una segunda definición en la que lo importante es el conflicto, que se va superponiendo y termina ocupando el primer plano, viéndose entonces cómo lo económico se integra a lo dinámico, del trauma puntiforme, como efracción a su integración en los dinamismos inconscientes del sujeto y su relación con la angustia.

b. De Freud a los autores postfreudianos (más de 50 últimos años del Psicoanálisis)

Posiblemente sea la característica esencial de desvalimiento y desamparo del niño al nacer, lo que en los últimos 50 años ha estimulado a muchos psicoanalistas a revisar los hechos clínicos, para reflexionar sobre la importancia de este trauma del desamparo de las primeras etapas de la vida del infante, donde la necesidad de dependencia de otra persona va a constituir entonces un elemento esencial en la estructuración del psiquismo.

A mi juicio, es Ferenczi el primero que insistirá que en toda situación psicopatológica habrá siempre un factor traumático real como desencadenante. Así en 1933 Ferenczi le escri-

bía a Freud: “ha subestimado las experiencias traumáticas reales de toda la primera infancia, privilegiando la organización fantasmática y el conflicto intrapsíquico”¹⁰.

En uno de sus trabajos más emblemáticos: “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño”, Ferenczi¹¹ atribuye a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, enfatizando lo traumatógena que puede resultar la realidad psíquica del otro, cuando ese otro sustenta el poder de dar (o imponer) sus propios significados, no sólo al evento traumático, sino a toda la existencia del sujeto.

Para Ferenczi el trauma era la expresión de un trastorno en la comunicación entre el niño y el adulto, es decir, una “confusión de lenguas”, en el sentido de un desencuentro y malentendido comunicacional entre ambos¹¹. Se pone de manifiesto, entonces, que sus ideas, lejos de retroceder a planteamientos superados, le sitúan en el mismo nivel que un psicoanalista contemporáneo. En definitiva, las ideas planteadas por Ferenczi están en muchas líneas de pensamiento psicoanalítico actuales: Mahler, Winnicott, Balint, Bowlby, Spitz, Kohut, Aulagnier y muchas de las concepciones que sustentan el psicoanálisis de pareja y familia. También tienen una importante presencia en Lacan, Laplanche y en autores post-kleinianos como Bion, Meltzer, Bick, autores que reconocen la participación de la figura materna y nos dan elementos para pensar las situaciones traumáticas precoces.

Me gustaría describir ahora las secuencias de traumas que sufre el niño a lo largo de sus primeros años y su relación, no sólo con la madre, sino también con los padres y el entorno. En otras palabras, todas aquellas líneas de pensamiento analítico que jerarquizan el rol de lo externo, el otro, el discurso, el medio.

Muchas son las vicisitudes generadoras de traumas en la infancia: malos tratos, incompreensión, violencia de los padres, hermanos o cuidadores, falta de conexión con las necesidades del niño, estimulaciones sexuales excesivas, extrema pobreza, miseria, hambre, etc. Todas estas y muchas otras similares, constituyen situaciones traumáticas presentes, cotidianas las más de las veces, que repetidas y acumuladas durante años en las etapas de la vida más temprana, dejan una marca indeleble.

La integración de lo propuesto por Freud con los conceptos de autores postfreudianos abocados a diferentes aspectos de esta problemática, permite una reformulación meta psicológica y de la teoría de la clínica de lo traumático.

De acuerdo con lo que vimos, el trauma involucra siempre a las personas más cercanas. Es este medio, desde los inicios, que se incorpora a la estructura misma del yo y por ende será fundamental en ese proceso de desarrollo y de estructuración psíquica.

Lo que más interesaría de lo dicho anteriormente en relación con el presente trabajo, es considerar lo que alude a aquello que no pudo procesarse psíquicamente y que entonces, bajo la forma de quistes, marcas, cuerpos extraños, persiste como restos no elaborados en los estratos inconscientes más profundos del aparato psíquico. En otras palabras, aquello referente a las impresiones tempranas que no pueden ser tramitadas mediante las funciones normales del Yo, porque el Yo inmaduro y desvalido del infante no puede integrar estas experiencias, no entiende de su significado. En estas circunstancias, permanecerían así en el inconsciente como algo operativo no representable, con una elaboración imposible o limitada, en un equilibrio inestable, susceptible de una ulterior desorganización. Precisamente es por estas razones que adquiere un carácter potencialmente traumático.

Al considerar estas alteraciones del Yo, pensamos que todos estamos expuestos a “ese trauma temprano constituyente”¹², lo que nos conduce a rescatar, desde los distintos esquemas referenciales, la idea de “situación traumática”, diferenciándola de la de “trauma” como situación patógena. Entiendo que su clarificación nos permitirá abordar en forma más precisa lo esencialmente traumático en la clínica psicoanalítica.

En la situación traumática, un trauma podrá ser entendido como necesario ya que, al separar al niño de la fusión materna, le permitirá una organización adecuada del psiquismo y una inscripción en un ordenamiento simbólico. En el caso del trauma, todo hace pensar que en tales situaciones, el mencionado proceso estructurante y organizador de la fantasmática infantil hubiera fracasado, dando lugar a espacios más o menos amplios del psiquismo

donde no se puede encontrar un sentido. Esa vivencia será traumática porque quedará inundada de afecto y carente de escena, desarrollando un marcado déficit en la capacidad de representación.

Creo útil introducir aquí la noción de “espectro psicopatológico”, tal como lo considero desde la vertiente del Psicoanálisis, “para dar cuenta de una situación en la que, en un extremo, tendremos los traumas desorganizantes, invasores y paralizantes y, en el otro, traumas contruidos en una historización temporal abierta”¹³.

Entre un extremo y otro existe, como se podrá comprender, todo tipo de situaciones intermedias, ubicándose aquello que produce efectos de mayor o menor daño psíquico y que transcurre entonces desde “estados más o menos leves formando síntomas en la organización de la neurosis, a lo que se constituye como verdaderos agujeros de simbolización que pueden llegar al silencio psíquico de las psicosis”¹⁴.

Con esta elocuente descripción, entiendo que Casas de Pereda alude a un fenómeno que nos da cuenta del despliegue de un amplio abanico, una suerte de continuum extendido entre las situaciones psicopatológicas más benignas hasta aquellas que testimonian un verdadero colapso psíquico, como fracaso global del aparato mental para tramitar el hecho traumático.

Es en este sentido que me resulta un concepto útil para entender todo un espectro que recorre la psicopatología desde lo “normal” a lo patológico, donde hasta los límites salud-enfermedad se van desvaneciendo.

Muñoz¹⁰ ha denominado acertadamente a esta situación como “las mil caras del trauma temprano” en alusión a las diferentes formas en que se despliega la psicopatología en relación con la multiplicidad de los acaeceres individuales.

2. Psiquiatría: El trastorno por estrés postraumático

H. Ey nos remite a la noción de reactividad en psiquiatría donde sería prácticamente imposible establecer una relación causal lineal

desde un desencadenante sin tomar en cuenta el “bagaje” del sujeto en cuestión¹⁵.

Por tanto, aun en los casos más extremos, siempre habrá una interrelación desencadenante-predisponente que estaría poniendo de manifiesto el aspecto individual, personal, y en última instancia la subjetividad del sujeto, llamémosle mundo interno, fantasía inconsciente, historia personal y la identidad del sujeto (personalidad) en juego.

Siguiendo al DSM-IV¹⁶ al que remito, intentaré una breve síntesis de este trastorno (TEPT), destacando que lo que importa para el diagnóstico es:

–El antecedente claro de exposición a un acontecimiento traumático intenso, caracterizado por muerte o amenazas a su integridad física o la de los demás. Frente a esto la persona responde con manifestaciones de temor intenso, desesperanza u horror.

–Los síntomas característicos incluyen la re-experimentación del acontecimiento traumático, ya sea a través de recuerdos dolorosos, invasivos y recurrentes, durante episodios de ensoñación diurna o en forma de pesadillas. También pueden producirse estados disociativos que duran desde pocos minutos a días. La sintomatología suele acompañarse de embotamiento psíquico o anestesia afectiva y activación del sistema nervioso autónomo (hiperactividad, irritabilidad, alteraciones del sueño).

–Las situaciones que recuerdan al trauma original se evitan de forma sistemática.

–Pueden darse otros síntomas como sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, crisis de angustia, vergüenza e ira, abuso de sustancias, conductas autolesivas o intentos de suicidio.

Junto a los aspectos clínicos, resulta interesante tomar en cuenta algunas consideraciones etiológicas. En este tópico nos encontramos de entrada en el Tratado de psiquiatría de Hales, Yudofsky y Talbott¹⁷, esta afirmación: “No siempre puede predecirse la relación entre la gravedad del factor estresante y el tipo de sintomatología subsiguiente”, que lleva inexorablemente a tomar en cuenta la noción de reactividad, es decir, la interrelación entre un factor desencadenante con uno

predisponente; la persona reacciona siempre con aspectos individuales, idea totalmente opuesta a aquello de que idénticas causas producirán idénticos efectos.

Para Kaplan y Sadock¹⁸, aunque la presencia de un factor estresante es necesaria, no es suficiente para provocar el trastorno, considerando que los clínicos también deben tener en cuenta los factores biológicos y psicológicos preexistentes. Estos autores plantean también que las investigaciones recientes han puesto más énfasis en la respuesta subjetiva de cada persona en alusión a los factores predisponentes de vulnerabilidad. También tienen en cuenta el interjuego permanente entre mundo interno y mundo externo, realzando que lo traumático es consecuencia de una específica interacción entre lo fáctico y la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo. Por lo tanto, una guerra, un accidente, la muerte de un ser querido serán traumáticos para algunos y para otros no.

Para Gabbard¹⁹, la investigación reciente está de acuerdo con el consenso creciente de que el trastorno por estrés postraumático es probablemente más dependiente de factores subjetivos que de la gravedad del estresor y, pese a que el DSM-IV no parece enfatizar, a primera vista, la respuesta subjetiva del individuo al evento, una cuidadosa lectura de los criterios diagnósticos de estresor, parece reflejar la importancia de la exhaustiva investigación psicodinámica de los significados que el paciente le asigna al evento y de las vulnerabilidades específicas del mismo, cuando se evalúan varios desencadenantes ambientales. Así podría concluirse que “una predisposición personal a desarrollar este trastorno era necesaria para que los síntomas emergieran”.

Es más, es conocido que la mayoría de las personas no desarrolla trastorno por estrés postraumático, aun al enfrentar un trauma terrible y por otra parte, eventos que pueden parecer relativamente bajos en gravedad, pueden desencadenar el trastorno en ciertos individuos debido al significado subjetivo asignado a los mismos.

Incluso, según el DSM-IV, es importante diferenciar cada diagnóstico, porque todos juntos despliegan la gama de trastornos mentales,

desde el extremo de los trastornos mayores hasta el trastorno adaptativo, evidenciando la relación estrés-vulnerabilidad individual. A este respecto cabe destacar que Hollander y cols.¹⁷ señalan que cada vez se presta más atención a “un concepto de trastornos del «espectro de trauma», los que se producen principalmente a partir de abusos intrafamiliares crónicos durante la infancia y que se acompañan de variadas manifestaciones como el trastorno límite de personalidad y el trastorno de personalidad múltiple”.

Considero importante tratar de establecer puntos de contacto de estos conceptos actuales de la Psiquiatría con las ideas psicoanalíticas desarrolladas al principio, para lo cual tomaré un punto en el diálogo que seguramente va a servir de puente: intentaré relacionar la idea de espectro de trauma que aparece en el Tratado de Psiquiatría con lo que he llamado espectro psicopatológico¹⁷.

¿Qué podemos entender por espectro de trauma? Hales y cols. mencionan los abusos intrafamiliares crónicos desde la infancia y que se acompañan de variadas manifestaciones como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de identidad múltiple. Si nos extendemos a los diagnósticos diferenciales con los que se puede confundir el trastorno por estrés postraumático, se amplía aun más el panorama, ocupando un extremo la psicosis reactiva breve, pasando por el trastorno por estrés agudo, el duelo no elaborado, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, hasta el otro extremo de la serie donde se encuentran los trastornos adaptativos, definidos como reacciones desadaptativas ante un estrés social identificable, en última instancia diferenciándose en que “el acontecimiento estresante suele ser menos grave y está situado dentro del abanico de las experiencias comunes”¹⁷.

Kaplan y Sadock citan la CIE 10 que sitúa los trastornos adaptativos en la misma categoría que las reacciones a estrés grave, definiendo además el trastorno por estrés postraumático en esta categoría, lo que apuntaría a que las variaciones individuales desempeñan un papel en la aparición y gravedad de estos trastornos, así como a la variabilidad extrema de los factores estresantes¹⁸.

El trastorno adaptativo, por otra parte, es un diagnóstico limítrofe que presenta grandes problemas taxonómicos y de diagnóstico, lo que muestra la indefinición de estos trastornos que se ubican en la difusa área diagnóstica existente entre la conducta normal y los trastornos mayores. Suelen estar mal definidos, se solapan con otros grupos diagnósticos y presentan síntomas imprecisos y problemas de fiabilidad y validez.

“Las características etiológicas y dinámicas del trastorno adaptativo lo convierten en una categoría diagnóstica fascinante que constituye una pieza clave entre la normalidad y la enfermedad, donde hay que tener también en cuenta el «significado» que tienen los acontecimientos para un individuo, lo que lleva a la pregunta ¿cuándo se traspasa el umbral para ser considerado paciente?”¹⁷.

En otros aspectos, el DSM-IV no ofrece criterios o las pautas son muy laxas para cuantificar los agentes estresantes en un trastorno adaptativo ni para evaluar su efecto o el significado que tienen para un individuo en un momento determinado. Si bien el estrés se ha descrito como el agente etiológico de este trastorno, diversos modificadores y variables están implicados.

Para Kaplan y Sadock, entre los factores psicodinámicos a considerar, está la naturaleza del factor estresante, “los significados conscientes o inconscientes del mismo y la vulnerabilidad previa del paciente”¹⁸.

Llegamos así a las limitaciones que presenta el constructo actual del estrés para la investigación, porque la idea de “factores estresantes” constituye una variable compleja en la que se combinan: su intensidad, cantidad, duración, reversibilidad, ambiente y contexto personal. Aunque el límite superior se establece con los criterios de los síndromes mayores, el límite inferior entre el trastorno adaptativo y la condición de la “normalidad” no está asignado con criterios operativos e ilustra la dificultad del tema “de los límites”, suponiendo un reto para las futuras ediciones del DSM.

En este sentido parece importante destacar que en la elaboración del próximo DSM-V hay diferentes subgrupos de psiquiatras trabajando en un intento de reclasificación que modificaría profundamente los criterios

diagnósticos, donde los desórdenes por estrés juegan un papel más que importante como eje de tal consideración⁶.

Por otra parte, la noción de “espectro” en Psiquiatría no es algo nuevo, hay toda una historia sobre este concepto usado aun con anterioridad a Kraepelin y con el que se manejaron autores como Kretschmer y Bleuler, si bien con criterios limitados²⁰.

Un “espectro” en Psiquiatría, tal como yo lo entiendo y manejo aquí, sería un rango de condiciones ligadas tales, en las que no hay un desorden unitario y sin discontinuidades significativas. Tal es el sentido de continuum como diferentes aspectos de funcionamiento mental, noción mucho más dimensional en un sentido amplio, por oposición a la de desórdenes muy claramente definidos (categorías).

Desde la Psiquiatría, el mismo H. Ey, si bien no menciona el término “espectro”, hace consideraciones amplias en este sentido. Tal el caso de las psicosis delirantes crónicas a las que considera como “especies” de un mismo “género” e incluso con la posibilidad de conversión de unas en otras.

E incluso entiendo que va más allá al hablar sobre clasificación y nosografía en Psiquiatría al afirmar: “Asimismo se puede constatar en lo relativo al fondo, que no se trata de especies inmutables, sino de formas que en su mayoría comportan un carácter de transición o de cambio y con potencial reversibilidad admisible incluso para las psicosis crónicas”²¹.

Tal vez este gran maestro de la Psiquiatría haya visto también la necesidad de integrar un psicoanalista en su obra: el Dr. Ch. Brisset.

La noción de espectro psicopatológico¹³

De todo lo dicho tanto en la parte referente al Psicoanálisis¹ como en la referente a la Psiquiatría² se destaca como ítem especial la noción de espectro psicopatológico. Si bien entiendo que esta noción ha quedado lo suficientemente clara, para consolidarla en una modalidad integrativa de Psiquiatría Dinámica, propongo dar un paso más, en un camino esencialmente clínico, basado en

la consideración de tres ejes que se podrían superponer:

- a. Angustia
- b. Mecanismos de defensa
- c. Estructuración del aparato psíquico

a. Angustia(s)

La angustia como un eje psicopatológico fundamental para ambos marcos disciplinarios, donde la pluralización del término estaría marcando diferentes formas de presentación de la misma, sea en su vertiente depresiva como en la paranoide y aun bajo la conformación de manifestaciones impulsivas (actuaciones) o en los síntomas, así como en sus desplazamientos corporales (desde el fenómeno “conversivo” hasta la manifestación lesional orgánica, sin olvidar los trastornos hipocondríacos).

Otra forma de considerar la angustia en esta misma dirección de acercamiento a la clínica, sería plantear un eje longitudinal. Desde un extremo se tomaría en cuenta la angustia de muerte (angustias psicóticas), llamada de diferente forma según los autores (angustia de desintegración, de fragmentación, de muerte, paranoide, etc.). Hacia el otro extremo nos encontraríamos con las formas de angustia neuróticas (desde el Psicoanálisis: angustia de castración, vinculada al conflicto edípico). En la parte media de este eje ubicaríamos las formas de angustia de separación vinculadas a manifestaciones de dependencia o necesidad de parte del sujeto hacia un otro que opera como sostén, estando por tanto la alteridad en juego (desde el Psicoanálisis como desmentida de la alteridad).

La situación total quedaría conformada de la siguiente forma (esquemática):

A. psicótica _____ / _____ A. de separación _____ / _____ A. neurótica -----N

b. Mecanismos de defensa

Sería otro eje superpuesto al anterior que, tomando en cuenta los mecanismos de defensa, ubicarían sobre dicho eje, hacia un extremo los mecanismos basados en escisión y sus derivados: identificación proyectiva, negación omnipotente, idealización, etc.

Y hacia el extremo opuesto aquellos mecanismos derivados de la represión, mostrando una estructuración psíquica mejor constituida (aislamiento, negación, desplazamiento, etc.).

Escisión y mecanismos derivados. _____
Represión y mecanismos derivados N

c. Estructuración del aparato psíquico. Identidad

Constituyendo un tercer eje desde las situaciones de relación dual (narcisistas) donde el aparato psíquico se muestra en un funcionamiento signado por la fragilidad de las identificaciones y por ende, por un funcionamiento limitado y precario de un Yo siempre en riesgo, donde estaría en juego el problema de la identidad primaria.

Hacia el otro extremo se habría operado una estructuración psíquica más completa, operando como un aparato más estructurado donde las fallas se ubicarían más a nivel de las identificaciones sexuales.

_____ Narcisismo (dual) _____ / _____
Edipo (triangular)-----N

El conjunto total, siempre tomando en cuenta consideraciones clínicas, quedaría así constituido:

___ A. psicótica _____ / ___ A. de separación ___ /
_____ A. neurótica-----N ___ Escisión y
derivados _____ / _____
Represión-----N

___ Narcisismo (relaciones duales)
_____ / _____ Edipo (triangulación)---N

La superposición de estos tres ejes nos permitirá extraer algunas consecuencias psicopatológicas, aunque desde ya decimos que dada la complejidad de los aspectos en juego, el síntoma se convierte en una situación poco relevante si no conocemos su génesis.

Consecuencias psicopatológicas

Lo primero a destacar, y debe quedar claro, es que se trata de un esquema simplificador a los efectos de entender las diferentes situaciones clínicas que se plantean, pero que para nada intenta mostrar pureza a nivel de las diferentes entidades, sino un interjuego entrelazado de situaciones clínicas más o menos definidas a la vez que de límites difusos, donde los síntomas pasan a un segundo plano de consideración, para lo cual nos inclinamos en este sentido más por la idea de organizaciones dinámicas predominantes de funcionamiento que por la idea de estructuras, porque esto último aproximaría a una noción más rígida de funcionamiento y no a la de posibilidad de variabilidad de cuadros clínicos en situaciones más límites.

Como aclaración final diríamos que las N que aparecen al final de cada eje son las que rompen con los criterios de salud-enfermedad cuando mantenemos las nociones de conflicto psíquico y de inconsciente a la vez que la idea de continuum.

Teniendo en cuenta lo anterior, entonces podríamos considerar las patologías psicóticas: angustias psicóticas (fragmentación), mecanismos de defensa basados en escisión y derivados y trastornos en la estructuración psíquica (relaciones duales y trastornos en las identificaciones primarias).

Patologías border (y trastornos narcisistas de personalidad): angustias de separación (patología de la alteridad), mecanismos de defensa basados en escisión y derivados y relaciones duales (narcisistas) con trastorno en las identificaciones primarias (difusión de identidad).

Patologías neuróticas: angustia de castración, mecanismos de defensa basados en represión y derivados, trastornos de identificaciones sexuales.

Todo lo anterior sería válido si le anteponeamos la idea predominante en una secuencia muy dinámica que nos llevaría a las preguntas: ¿qué es la normalidad?, ¿sería posible que alguien pudiera afirmar que nunca sería capaz de psicotizarse o presentar otras manifestaciones según la circunstancia que se presente?, ¿qué sucede en aquellas situaciones límites

dependientes tanto de factores exógenos o internos cuando se sobrepasa un “umbral” de vulnerabilidad?

Por tanto, este esquema de las series complementarias, sostenido por Freud en sus Conferencias⁸ mantiene plena vigencia aun cuando su empleo sea complejo, puesto que ubica implícitamente el trauma en dos puntos distintos de la serie: tanto en el factor infantil (llámese constitución o experiencia) y en el nivel del acontecer adulto o posterior que produce el trauma por retroactividad, descentrando la acción desde lo puramente puntual, económico y mecanicista hacia una concepción de resignificación de la experiencia infantil.

Y aquí no debemos olvidar la importancia que hoy día se asigna al factor transgeneracional como un elemento que demuestra cada vez más su participación²².

De acuerdo con la dirección seguida hasta ahora, creo ser consecuente con la noción expuesta de espectro psicopatológico. Seguir esta línea de pensamiento podría desembocar en un planteo de criterio unitario para los desórdenes mentales, hecho largamente destacado por muchos autores: un autor rioplatense, E. Pichon Rivière y otro que realizó su obra en Estados Unidos, K. Menninger. Por el momento prefiero no extenderme en estos conceptos que, desde un paradigma bio-psico-social, reflotarían las ideas de enfermedad mental única, que por su trascendencia deberán ser consideradas en un trabajo aparte.

Viñetas clínicas

Al haber hecho especial hincapié en aportes tomados de la clínica, no podemos dejar de mencionar algunos casos, a modo meramente ilustrativo que, si bien pueden pecar por exceso, darían cuenta de las diferentes situaciones planteadas.

Caso 1. Me parece oportuno comenzar con un caso que no viví directamente pero quizás los que aún quedan de aquella época lo recuerden.

En oportunidad que era Profesor el Dr. F. Ramírez, le fue presentada como consulta una mujer joven con una ceguera total unilateral. Habiendo sido estudiada por oftalmólogo no presentaba ningún tipo de lesión orgánica, por lo que fue internada en el H. Vilardebó.

Los médicos, en principio desorientados, planteaban una posible ceguera histórica aunque no hallaban solución al problema.

Planteado el caso al Prof. Ramírez, su primera pregunta a la paciente fue: ¿Qué estaba mirando Ud. a través del ojo de la cerradura? La paciente rompió en llanto y le contestó que al mirar por dicho orificio que daba al dormitorio de sus padres lo primero que vio fue una escena sexual entre los mismos.

Luego de las manifestaciones de angustia y llanto la paciente recobró la visión perdida.

Interrogado el Profesor sobre la razón de su pregunta tan directa, respondió que, tratándose de un síntoma conversivo, se le ocurrió que podría haber sucedido una escena traumática que sólo podría verse cerrando un ojo, y esto se da al mirar a través de una cerradura.

El caso nos remite a los albores del psicoanálisis en cuanto al trauma y la acción catártica como génesis y eliminación del síntoma.

Sin duda, la eliminación de los síntomas no sería hoy el objetivo último del tratamiento como fue dicho; este caso pone de manifiesto el origen del mismo y su lugar como defensa, más bien incluso lo que no se debería hacer como tratamiento, sino la necesidad de profundizar en el psiquismo de esta paciente, en su historia, en la comprensión de su psicopatología.

Caso 2. En mis épocas de Asistente de la Clínica Psiquiátrica me tocó en una oportunidad entrevistar en una clase a una mujer joven, que había sido internada el día anterior por una parálisis total del brazo derecho.

No me extendo en la semiología de dicha parálisis más que para comentar que se trataba de una burda manifestación pseudo-neurológica, por la cual la consideré un síntoma histórico.

La paciente decía no recordar las circunstancias de su internación ni el momento en que dejó de mover el brazo.

Salvo el antecedente de manifestaciones sintomáticas de carácter “conversivo” en otras oportunidades, su historia marcaba el abandono de su padre a temprana edad y un posterior casamiento de su madre con un hombre alcoholista.

Llamaba la atención que prácticamente no mostraba angustia ante su situación de enfermedad ni de internación.

En tales circunstancias me preguntaba qué se podría hacer con aquella enferma que me planteaba dificultades de tratamiento, al entender que la internación no era lo más adecuado para la paciente ni esto respondería a medicación alguna.

En aquellos momentos el tratamiento que se planteaba era hacer 2 ó 3 micronarcosis para “borrar” el síntoma.

Considerando que la sintomatología era claramente conversiva, se me ocurrió que podría ayudarme la sugestionabilidad de dicha personalidad y le entregué unos comprimidos de ácido nicotínico. Le expliqué a la paciente que tomara un comprimido de noche y que a los 10 minutos iba a comenzar a sentir un calor que desde el pecho le subiría a la cara y los brazos y aquello le iba a dar una fuerza a su brazo que le permitiría moverlo.

Al día siguiente la paciente me estaba esperando y me mostró que había recuperado la movilidad de su brazo, pero que no había logrado dormir, angustiada, al recordar una pelea con su esposo al que le había propinado un cachetazo cuando volvió a su casa con olor a alcohol.

Quedó claro ante los estudiantes que el tratamiento había sido puramente sintomático, ante la “necesidad” de dar de alta de la internación lo antes posible a la paciente, pero que aquello sólo podría mejorar con un tratamiento psicoterapéutico prolongado.

Caso 3. Paciente hombre de unos 45 años que concurre a la emergencia traído por “crisis de agitación”.

El paciente fue sedado y el relato de su esposa manifestaba que estaba cansada de aquel hombre por sus exigencias de orden y prolijidad. Aquella mañana al despertarse, su marido se había puesto furioso porque no

había encontrado un pantalón, el mismo que todos los días usaba para levantarse y cuando ella le manifestó que había decidido lavárselo el día anterior, él se puso como loco.

Ante tal situación, la mujer amenazó con abandonarlo, tras lo cual el marido siguió con una cólera creciente y amenazas y ella decidió llamar a una emergencia móvil.

El diagnóstico de neurosis obsesiva surgió por el relato del familiar, hecho que fuimos confirmando en entrevistas siguientes con el paciente y que nos permitió instaurar un tratamiento adecuado que abarcara los diferentes aspectos de su psicopatología.

Caso 4. Paciente hombre joven internado por alcoholismo.

De su relato se destaca una larga historia de alcoholismo, habiendo comenzado a beber a los 12 años a instancias de su padre, separado unos años antes de su madre. Siguió viendo muy poco a su padre, del cual recordaba con angustia largas esperas de fines de semana, cuando su padre quedaba en pasar a buscarlo y la mayoría de las veces lo dejaba plantado. En el resto de su relato se destacaba una larga historia de miedos, particularmente, a las alturas (azoteas, balcones), que evitaba sistemáticamente o a las que en última instancia podía llegar si alguien lo acompañaba.

Otro tipo de miedos quedaba enmascarado en su historia por conductas evitativas que le habían limitado su vida, principalmente en casos de empleos que finalmente debía abandonar.

El alcohol en muchas ocasiones le servía como estimulante, porque le hacía sentir una seguridad que habitualmente no tenía, así como también el uso de cocaína. Es importante señalar que las fobias quedan muchas veces enmascaradas por las conductas e inhibiciones que generan como la evitación y/o tranquilización. Muchas veces aparecen “miedos” ignorados hasta ese momento por el paciente, que, en el transcurso de un tratamiento analítico, se habían manifestado más por inhibiciones o inseguridades o incluso por el consumo de sustancias (adicciones).

También cabe mencionar fobias “traicioneras”, en el sentido que importa mucho intentar ver sobre qué tipo de organización

de personalidad asientan antes que ir al tratamiento sintomático, pues las angustias subyacentes pueden no ser neuróticas sino de carácter más grave²².

A este respecto cabe mencionar el caso de un paciente que se mantenía encerrado en su casa, al punto que se había establecido un verdadero “búnker” de alimentos y lo necesario para subsistir, que su madre le reponía sistemáticamente para que el paciente no tuviera que salir.

En dichas condiciones, con un tratamiento sintomático de desensibilización, el paciente logró salir de su casa, pero dos cuadras más adelante comenzó con fenómenos de influencia y autorreferencia.

En estos casos nos hemos movido sobre una parte del espectro que correspondería a las neurosis, si bien hoy día estas han desaparecido de los manuales de Psiquiatría, descuartizadas, por decirlo de alguna forma, en diferentes trastornos subsidiarios.

Es de esperar que futuras ediciones del DSM respeten entidades que se identifican por sus características propias.

Caso 5. Paciente de 40 años que es internado por episodio de intento de autoeliminación.

El paciente había intentado tirarse debajo de un auto en plena vía pública en una calle muy concurrida, con intenciones de quitarse la vida.

El desencadenante fue un episodio ocurrido unas horas antes cuando sorprendió a su novia con otra pareja y al encararla, ella le manifestó que había decidido terminar la relación con él porque desde hacía años le venía presentando proyectos de vida “maravillosos” que nunca había logrado cumplir.

Frente a tal situación, el paciente siente prácticamente un derrumbe de su autoestima, que no servía para nada y lo único que le quedaba era matarse.

En sus antecedentes se destacaba ser hijo único de padres separados tempranamente, pasando a vivir con su madre, extremadamente sobreprotectora hacia él, pero de conductas sexuales promiscuas.

Muy buen desempeño escolar, abanderado. En la adolescencia comenzó a estudiar una

carrera universitaria que, ante un primer fracaso (pérdida de un examen), abandonó y desde entonces desempeñó diversos empleos mediocres, siempre signados por expectativas grandiosas no realistas, que iba abandonando frente a sucesivos fracasos.

Años atrás había sido un verdadero Don Juan, pero desde hacía unos años mantenía una relación muy dependiente con la mujer mencionada al principio, a la cual celaba en extremo.

Seguido posteriormente en tratamiento analítico, demostró ser una organización narcisista de personalidad.

Caso 6. Paciente de 32 años, consumidor de cocaína, razón por la cual es internado.

Historia muy difícil de reconstruir, debido a que resultaba muy dificultoso ver las distintas secuencias de un “personaje” que en sí resultaba inasible (empleos, relaciones afectivas, relaciones sociales y familiares, actos antisociales). No se podía decir si eran satisfactorias o no, sino que a lo sumo su vida estaba signada por la inestabilidad.

Su adicción databa de fines de su adolescencia, cuando, según el paciente, “debió enfrentar la vida”.

Su consumo lo explicaba luego de haber transitado por el alcohol y otras drogas, como una forma de sentirse seguro y salir de episodios depresivos en los que enfatizaba sentimiento de soledad y vacío internos, inseguridad y falta de confianza, muchas veces acompañados de deseos de terminar con su vida.

Las consideraciones clínicas destacaban multiplicidad de hechos psicopatológicos centrados en una llamativa falla o mejor llamada “difusión de identidad”.

Resulta evidente que en casos como los que vamos viendo, el tratamiento no debe enfocarse sólo a la eliminación de los síntomas, sino a considerarlos como “defensas” con las cuales el paciente intenta manejarse, incluso, hasta sobrevivir.

Tal vez sería útil sobre estos casos, leer las consideraciones que un autor psicoanalítico argentino, C. Pellegrín, en un trabajo llamado “Ensayo sobre la organización borderline”²³, comienza citando: “El periodista y escritor

Jorge Asís publicaba en el diario Clarín una serie de viñetas, que luego editó en un libro: *El Buenos Aires de Oberdán Rocamora*. Relataba una serie de experiencias en la que lo fantástico de la vida cotidiana me hacía pensar: «este tipo no existe... pero sí, conozco a alguien así». Uno de estos relatos quedó grabado en mi memoria como «el hombre hecho por mitades». Se trataba de un hombre que era medio comerciante, medio financiero, medio casado, medio divorciado, medio padre; funcionaba como las ventosas, que sólo lo son cuando se pegan a alguien; el autor lo encontró leyendo cotizaciones en los pizarrones de las financieras; como lo conocía porque era medio actor, conversaron sobre teatro en un fluido diálogo que se fue volviendo viscoso, hasta que se dio cuenta de que no se lo podía sacar de encima. Por suerte para Asís, en ese momento apareció un economista: los presentó y cuando la mitad financiera se le pegó al recién llegado, pudo escapar discretamente...”.

Caso 7. Paciente de 32 años, internado con diagnóstico de esquizofrenia. Según su relato, comenzó a los 19 años con ideas persecutorias en relación con comentarios que venía haciendo una profesora de matemáticas que tuvo en el liceo a los 14 años sobre supuestas insinuaciones sexuales que el paciente le había hecho. A raíz de esos comentarios, la gente lo miraba en la calle y le transmitían que él fue el provocador de aquellos comentarios.

Tal era su ansiedad, que no le permitía dormir ni salir de su casa.

Decidió comentárselo a su padre que en ese momento se encontraba preocupado por las actitudes de su hijo.

Me cuenta entonces que, sin su conocimiento, del que se enteró a través de un comentario que su padre hizo unos años después, su padre se puso de acuerdo con su tío, y entre los dos mandaron confeccionar una lápida con el nombre de la antigua profesora de matemáticas y pensando que “muerto el perro se acabó la rabia”, su tío fue una mañana al cementerio y colocó la lápida sobre una tumba elegida al azar.

Un rato después su padre lo llevó al cementerio, le mostró la lápida y le dijo: “Ves,

ahora ya no tenés que preocuparte más, pues la profesora se murió y ya no va a comentar más nada”.

El paciente me comenta que luego de que vio aquello quedó sorprendido y confuso.

En los cuatro meses siguientes el paciente comenzó con conductas evitativas hacia la calle, la gente y los lugares públicos.

Al cabo de ese tiempo comenzó nuevamente con ideas persecutorias referentes a un auto negro que merodeaba su barrio, con policías en su interior que lo estaban vigilando por considerarlo causante de la muerte de la profesora.

Fue entonces que se produjo su primera internación, a partir de la cual siguió un tratamiento irregular con neurolépticos, desocialización progresiva y tres internaciones más con nuevos “enriquecimientos” del delirio original.

Me pareció oportuno este ejemplo por dos razones: una de ellas, mostrar que las razones de un delirio son de tipo afectivo, por más razonamientos lógicos que se le opongán. La otra, y eso realmente me impresionó, es que al final de la entrevista, que fue laboriosa y duradera, el paciente me dijo: “¿Sabe una cosa?, muchas veces me han entrevistado, pero nunca fue como esta vez; hoy logré entender algo sobre lo que me pasa”.

Caso 8. Al respecto de lo anterior, recuerdo el caso de un joven de 20 años, estudiante de una carrera universitaria, que es internado por intento de autoeliminación. Las razones de la internación no quedaban claras en relación con su relato de que, mirando un programa de TV, de repente sintió que la televisión le hacía alusiones personales, lo que le provocó tal nivel de angustia que decidió tirarse por la ventana. En esa oportunidad es contenido por un familiar y remitido al hospital. Me fue traído a clase y luego de un inicio confuso en su relato me decía que en dicho programa estaban haciendo una colecta para los niños pobres, él deseó poder ayudar y al no contar con dinero le vino aquella angustia por la que decidió poner fin a su vida.

Se me ocurrió preguntarle si él no se había visto identificado con aquellos niños pobres

por los que sintió que no podía hacer nada y me contesta que fue efectivamente eso lo que le pasó y lo que desencadenó la angustia.

Entonces, para sorpresa de los que estábamos presentes, me dice que en ese momento se dio cuenta de que “mis padres están más locos que yo”. Pasa entonces a contarme, ahora en una forma mucho más clara, que desde niño vivió sufriendo con las peleas de sus padres y frecuentemente viendo cómo su madre intentaba cortar a su padre con un cuchillo.

Llegué a preguntarle cómo era aquello y me contó que, como su madre tenía conocimientos de abogacía, su padre se limitaba a contenerla porque si, a su vez, la agredía, ella iba a ir a la Comisaría de la Mujer y su padre terminaría preso.

En ese momento hasta me permití hacerle una broma, diciéndole que tal vez debería haber una Comisaría para la mujer y otra para el hombre agredido.

El mismo paciente me contesta con una sonrisa: “Sí, eso es exactamente lo que yo pienso”.

Hasta aquí una serie de casos que al escribir se me fueron acumulando en la mente por haber dejado sus “mojones” en mi largo tránsito por la docencia. Pero al intentar encontrar ejemplos de cuadros maníacos y melancólicos se me ocurrió una idea diferente.

Es cierto que hoy día pululan los diagnósticos de “bipolaridad”, al punto de que es enorme la cantidad de pacientes que cuando nos consultan ya nos dicen que vienen porque son bipolares.

¿Será esto tan así? ¿No nos estará pasando que ante esta nueva hipertrofia rebúsqueda de lo endógeno nos estemos olvidando de la noción de lo bio-psico-social, término al que acertadamente un colega calificó hace un tiempo de “adefesio semántico”, porque todos lo repiten pero son pocos en los que este concepto realmente “hace carne”?

Al respecto, ¿no nos estaremos olvidando de un hecho fundante de la estructuración del aparato psíquico, que es el propio psiquismo el que regula en el individuo sus estados afectivos

en sus propios conflictos y mantenimiento de los sentimientos de autoestima, confianza y seguridad?

Cuando por las causas que hemos mencionado al inicio esa estructuración es fallante, iríamos quedando expuestos a los avatares puramente externos, de modo que, tanto los acontecimientos penosos como de algarabía, al no existir una buena regulación interna, se verían “desbocados” a merced de lo puramente externo y puntual, a veces consciente y a veces inconsciente, dando lugar a aquellos fenómenos de todo o nada, tan frecuentes en las patologías narcisistas.

Por lo tanto, sí coincidiría en que todos somos bipolares en cierto sentido, porque de acuerdo con la organización del psiquismo particular de cada uno y de lo que hemos venido tratando, en mayor o menor grado estos trastornos de los sentimientos de seguridad y autoestima se dan en todo ser humano, tanto más cuanto mayor sea el déficit estructural en su lugar dentro del espectro psicopatológico.

Con esto no queremos para nada negar la influencia de los factores constitucionales, sino intentar mostrar que toda investigación, toda aseveración debe ser hecha siempre dentro de los límites de la seriedad y el respeto y no al servicio de otros intereses.

Hasta aquí entonces una serie de casos clínicos que, con las reservas y deformaciones que la ética impone, intenta mostrar una secuencia dentro del llamado “espectro psicopatológico”. Así, la noción de evento predominante-evento predisponente debe ser siempre tenida en cuenta, lo que nos llevará a sostener que según el grado del desencadenante, consciente o inconsciente y según las circunstancias vitales en juego, la vulnerabilidad individual siempre estará puesta a prueba.

Todos estos casos, salvo el primero, fueron motivo de clases extensas, donde lo que se intentó siempre fue integrar aportes psicoanalíticos que pudieran permitir una mejor comprensión psicopatológica, más allá de focalizarnos exclusivamente en la sintomatología y diagnóstico del paciente, lo cual redundará en la elección de un mejor plan terapéutico.

Se me planteó la disyuntiva de si mostrar cómo trabajamos en cada uno de estos pacientes, hecho imposible por razones de espacio, o seguir el mismo propósito que cuando dimos estas clases.

El motivo que siempre me guió no fue el de transmitir conocimientos, sino el de generar inquietudes; que se pusiera en evidencia que detrás de los síntomas se esconde una historia individual que es necesario investigar si queremos comprender el sufrimiento de esa persona. En otras palabras, diría que se trata de poder cuestionar, fomentar esa “curiosidad”, por saber qué está pasando dentro del paciente para dar cuenta de su situación actual.

Si con la presentación de los casos enumerados logré en el lector ese mismo propósito, me doy por satisfecho.

También al respecto se nos podría preguntar: ¿qué es lo que hace que una histeria sea más grave que otra? y lo mismo en el caso de un trastorno border o psicótico.

Pensar entonces con los ejes en que nos movimos dentro del espectro psicopatológico en los términos considerados de laxitud, permitirá entonces comprender las variaciones individuales teniendo en cuenta la noción de “vulnerabilidad” más que el encajonamiento de los pacientes en meras categorías.

Algunas consecuencias que surgen de los planteos anteriores. Modelos terapéuticos

Las consideraciones clínicas vertidas hasta aquí tendrían un valor meramente especulativo si de ellas no surgiera el indudable valor terapéutico que el aspecto bio-psico-social del ser humano requiere, donde los aportes del Psicoanálisis toman relevancia al surgir de un modelo más comprensivo del comportamiento de cada persona.

No queremos caer en la discusión, a mi juicio tan empobrecedora, de qué es y qué no es psicoanálisis, cuando todos compartimos la idea de que se trata de algo “de medida” y no “de confección”, sino tomar lo enriquecedor del método. Tal es la herramienta o instrumento analítico idea que toma en consideración no-

ciones fundamentales como la de inconsciente y transferencia, a la vez que un modelo de organización del aparato psíquico.

En este sentido, ya la forma de escucha del paciente nos lleva a una modalidad especial de intento comprensivo, donde el encuentro no se convierte en un interrogatorio “mecanizado” que intenta una recopilación de síntomas, sino en la creación de un “campo” de trabajo común ya desde el inicio, donde paciente y psiquiatra se encuentran vivenciando en el sentido emocional una experiencia común, una experiencia bipersonal e intersubjetiva, parafraseando a A. Ferro²⁴, en una verdadera aventura compartida. El primer encuentro con el paciente adquiere así un carácter fundamental para el futuro del tratamiento.

No estamos desvalorizando los tratamientos farmacológicos. No hay duda de que el advenimiento de los neurolepticos ha revolucionado el tratamiento de las psicosis e incluso su semiología y pronóstico, pero ello significa sólo una parte.

Hemos asistido a la introducción en el mercado de diferentes moléculas de fármacos, pero un hecho nos ha llamado siempre la atención: desde un primer momento de eficacia demostrada por la acción sobre los síntomas positivos (delirio y agitación), toda la búsqueda ulterior se dedicó a intentar resolver el problema de los síntomas negativos, esas inhibiciones que se transforman en verdaderas limitaciones para la autonomía del individuo.

Es así que cada nuevo neuroleptico que sale al mercado preconiza su acción en este sentido, pero la verdad es que hasta el día de hoy ello no ha obtenido los resultados esperados.

Con respecto a otros fármacos, en una publicación que realizamos hace unos años y que recomendamos leer²⁵, la experimentación sería no ha mostrado mayor eficacia que la psicoterapia.

En aquella oportunidad mencionamos un trabajo de Gabbard que sostenía una mejoría de un 50% con psicofármacos, una mejoría del 50% con psicoterapia y la posibilidad de un aumento al 70% de mejorías con la combinación de ambos, es decir, que para estos autores resulta clara la ventaja de los tratamientos combinados.

Tal vez hoy seríamos más cautos en repetir aquello, enfatizando más en la elección del tratamiento a las posibilidades del paciente.

No hay duda de que una adecuada clínica nos permite reconocer a aquellos que se pueden ver francamente beneficiados con psicoterapia, diferenciándolos de aquellos que prefieren un tratamiento farmacológico.

Este es un hecho a tener en cuenta, si bien es al psiquiatra tratante a quien más corresponde ir descubriendo las diferentes capacidades de sus pacientes, para lo cual deberá tener una formación integral y sin embanderamientos doctrinarios que, en definitiva, le permita establecer modelos terapéuticos que no consideren solamente la eliminación del síntoma, sino entenderlos en un entorno de “necesidades defensivas” del paciente.

Citamos al respecto palabras del Prof. Juan Carlos Rey²⁶ en un comentario realizado precisamente sobre la publicación de La Guía clínica en psicoterapia y que recomendamos leer por su valor, tanto por la experiencia como por sus conocimientos demostrados a través de muchos años de actuación.

Dice el Prof. Rey en una parte de su comentario: “Por otro lado, hay un marco general para la psicoterapia que traspa a cualquier teoría o métodos únicos. De todo esto se puede inferir que a pesar de las apariencias, las distintas psicoterapias son más semejantes que diferentes, cuando se llega al fondo de la cuestión. Todas tienen por finalidad el cambio psicológico, a través de técnicas y procedimientos particulares”.

Volviendo entonces a los conceptos iniciales, nos interesaría destacar en este final el aspecto que hoy día considero como de inmensa riqueza, futuro y fundamental para el tratamiento de las llamadas ¿nuevas patologías? o ¿patologías graves?, entre las que incluimos el tratamiento de las psicosis y los pacientes border, que es la combinación de múltiples medidas terapéuticas.

Sobre este modelo diríamos lo que venimos sosteniendo desde hace unos años:

“Si bien todos los psicoanalistas consideran la interpretación como su instrumento principal y algo que los distingue en su labor junto al paciente, muchos piensan que no es lo decisivo y ponen el acento en otras características del

psicoanálisis como la contención (Winnicott 1953, Searles 1961) o la presencia del analista (Nacht 1962)”²⁷.

Históricamente, la interpretación se centró en la dinámica intrapsíquica representada en el nivel simbólico, más que en las reglas implícitas que gobiernan las propias transacciones con los otros, situación que ha ido cambiando en los últimos tiempos.

Pero el hecho es que en las últimas décadas han llegado a ser populares conceptos tales como “holding environment” (Winnicott), “basic trust” (Erikson) “safety background” (Sandler), “containing function” (Bion), “secure attachment” (Bolwby), “basic experience of oneself and the self object” (Kohut), conceptos que destacan la calidad de la relación terapéutica como factor curativo.

A partir de su aparición, el concepto de enactment²⁷, junto con otras ideas en las que se enfatiza lo intersubjetivo, ha ido cobrando importancia creciente en las publicaciones psicoanalíticas, aun a veces incurriendo en hipertrofias del propio campo conceptual, debidas probablemente al entusiasmo ante el paradigma nuevo.

Para Jiménez²⁸: “En ocasiones, da la impresión de que el terapeuta debe construir los sentidos y las conexiones mentales, más que hacer consciente representaciones y sentidos preexistentes, anteriormente reprimidos o escindidos”.

Además de la repetición de patrones antiguos y distorsionados, sucede algo más en la experiencia del paciente en la relación con su analista, “se desarrolla un contacto emocional genuino, con una intimidad y una libertad hasta el momento desconocidas en la historia interpersonal del paciente”.

Distintos psicoanalistas han descrito en la clínica este hiatus entre primitivas formas de relacionamiento de carácter emocional y su posibilidad de expresión verbal, hecho que se hace más ostensible cuando abordamos el tratamiento de los “pacientes graves”.

Vemos que la combinación entre ambos modelos así como la proporción técnica entre interpretación y relación son diferentes y variadas en los distintos autores y escuelas de pensamiento psicoanalítico.

Coincidimos con las ideas de H. Bleichmar, que toma una posición más ecléctica sobre los problemas que venimos tratando, al comentar con respecto al uso de intervenciones más amplias que exceden a la interpretación clásica: “Por ello nuestro cuestionamiento a las falsas dicotomías entre los partidarios de que es la interpretación lo que produce cambios versus los que afirman que la relación terapéutica constituye el factor transformador”²⁹. En uno de sus trabajos más recientes, donde Bleichmar³⁰ intenta ahondar en estos problemas, demostrando su profunda capacidad de pensamiento así como una actualizada revisión bibliográfica, nos advierte: “Parece necesario, por tanto, intentar profundizar los mecanismos que hacen que la interpretación, el insight emocional o el vínculo, produzcan el cambio terapéutico. Esto no es para nada nuevo en psicoanálisis, podríamos decir que ha sido una preocupación incesante desde su comienzo, que cuenta con numerosos y valiosos aportes que nos orientan en nuestra búsqueda”.

Hacer consciente lo inconsciente continúa siendo la piedra fundamental de todo tratamiento analítico. Pero surge entonces la pregunta: ¿el trabajo analítico consiste sólo en descubrir fantasías inconscientes, en recorrer la geografía de sus temáticas, en interpretar lo reprimido para desreprimir? Pienso que hay algo más que es lo que mantiene vivo y vigente al psicoanálisis y que tiene que ver con lo que aparece hoy como tarea indispensable: el dar cuenta de la complejidad del psiquismo, de la complejidad de los procesamientos inconscientes.

Los comentarios anteriores nos hacen enfatizar no sólo los aportes desde el psicoanálisis en su tradición más clásica, sino además la importancia de los tratamientos grupales en las patologías más graves.

En pacientes con tanta tendencia a las “actuaciones”, donde se dan transferencias masivas y muchas veces verdaderas “psicosis” de transferencia más que “neurosis de transferencia”, que requieren muchas veces de internación, hemos visto que son los mismos pacientes, coordinados por dos terapeutas emocionalmente comprometidos,

los que ayudan en la tarea de contención y fundamentalmente integradora y elaborativa.

Nos interesaría mencionar la labor psicossocial rehabilitadora que venimos realizando conjuntamente con la directora del Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Dra. C. Ceroni, para el tratamiento de estos pacientes graves, donde las intervenciones analíticas juegan un rol fundamental aunque no único, al actuar en interrelación con los demás aspectos de la rehabilitación³¹.

Finalizamos entonces con una respuesta a la proposición inicial: ¿es posible una Psiquiatría Dinámica?

Enfáticamente damos el sí, aun respetando que no todos puedan compartir esta idea, pero dando la bienvenida a aquellos que con sus aproximaciones contribuyan a esclarecer y aportar sus propios modelos conceptuales, lo que indudablemente redundará en beneficio de aquellos que acudan al psiquiatra en busca de ayuda.

Referencias bibliográficas

1. **Freud S.** Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Conferencia 23. Tomo XVI. Bs. As.: Amorrortu; 1990.
2. **Pankseep J.** Las emociones vistas por el psicoanálisis y la neurociencia: un ejercicio de conciliación. Revista de Psicoanálisis 2001; 7. Disponible en: <http://www.aperturas.org>. Fecha de acceso: 22/09/2010.
3. **Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M, eds.** Stress, risk and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions. New York,: Cambridge University Press; 1994, pp. 268-316.
4. **Olds D, Cooper AM.** Dialogue with other sciences: Opportunities for mutual gain [Guest editorial]. Int J Psychoanal 1997; 78:219-25.
5. **Tutté JC, Bouza De Suaya G.** Psicoanálisis y Neurociencias: ¿Una articulación posible o imposible? En: “El Cuerpo en

- Psicoanálisis. Diálogos con la Biología y la cultura”. T. 1. 2º Congreso de Psicoanálisis. Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU).
6. **Phillips KA.** Report of the DSM-5 Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group. Disponible en: <http://www.dsm5.org/progress-reports/pages/0904reportofthedsm-vanxiety,obsessive-compulsivespectrum,posttraumatic,anddissociativedisordersworkgroup.aspx> Fecha de acceso: 22/09/2010.
 7. **Freud S.** Estudios sobre la Histeria. Tomo II. Bs. As.: Amorrortu; 1990.
 8. **Freud S.** Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Conferencia 18. Tomo XVI. Bs. As.: Amorrortu; 1990.
 9. **Freud S.** Inhibición, síntoma y angustia. Tomo XX. Bs. As.: Amorrortu; 1990.
 10. **Muñoz ML.** Entre el trauma y los síntomas, la realidad psíquica [Trauma, symptoms and psychic reality in between]. Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid 1996; N° Extra: 61-92.
 11. **Ferenczi S.** Confusion of the tongues between the adults and the child (The language of tenderness and of passion). Int J Psychoanal 1949; 30:225-30.
 12. **Aduriz Ugarte S.** Vigencia del trauma [The prevalence of trauma]. Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid 1996; N° Extra:107-22.
 13. **Tutté JC.** The concept of psychological trauma: A bridge in interdisciplinary space. Int J Psychoanal 2004; 85:897-921.
 14. **Casas de Pereda M.** El trauma y el inconsciente [Trauma and the unconscious]. Rosario: Asociación de psicoanálisis de Rosario; 1996.
 15. **Ey H, Bernard P, Brisset Ch.** Tratado de Psiquiatría. 7ª ed. Toray-Masson; 1975, pp. 199-200.
 16. **DSM-IV.** Diagnostic and statistical manual of mental health disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994, 886 pp.
 17. **Hollander E, Simeon D, Gorman J.** Trastornos de ansiedad. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Tomo 1. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2000, pp. 607-618.
 18. **Kaplan H, Sadock B.** Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000, 1401 pp.
 19. **Gabbard GO.** Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 2000, 505 pp.
 20. **Spectrum (psychiatry).** Wikipedia. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Spectrum_disorder Fecha de acceso: 22/09/2010.
 21. **Ey H, Bernard P, Brisset Ch.** Tratado de Psiquiatría. 7ª ed. Toray-Masson; 1975, pp. 195-196.
 22. **Schkolnik F.** Efectos de lo traumático en la subjetivación. Rev Ur Psic 2005; 100:73-90.
 23. **Pellegrin C.** Ensayo sobre la organización borderline. Rev de Psicoanálisis 1988; 45(4):767-782.
 24. **Bezoari M, Ferro A.** From a play between “parts” to transformations in the couple. Psychoanalysis in a bipersonal field. In: Nissim Momigliano L, Robutti A. Shared experience: the Psychoanalytic dialogue. London: Karnack books; 1992.
 25. **Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L.** Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68:99-146.
 26. **Rey JC.** La Guía clínica en la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69:7-10.
 27. **Tutté JC.** Proceso analítico: interpretación e intersubjetividad. El legado de Freud a 150 años de su nacimiento. Aperturas Psicoanalíticas 2006; 24. Disponible en: <http://www.aperturas.org/> Fecha de acceso: 22/09/2010.

28. **Jiménez JP.** After pluralism: Towards a new, integrated psychoanalytic paradigm. *Int J Psychoanal* 2006; 87:1487-1507.
29. **Bleichmar H.** El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas* 2001; 9. Disponible en: <http://www.aperturas.org/>. Fecha de acceso: 22/09/2010.
30. **Bleichmar H.** Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change. *Int J Psychoanal* 2004; 85:1379-1400.
31. **Tutté JC, Ceroni C.** Addenda 2009 al trabajo: Pacientes con trastornos mentales severos. Primeras etapas en la rehabilitación. Disponible en: www.apuruguay.org Actividades con el Prof. Dr. Jorge L. Tizón. Fecha de acceso: 22/09/2010.