

REFLEXIONES SOBRE EL ESTADO DE LA PSIQUIATRÍA.



En “Psiquiatría Psicoanalítica Directa”. John Rosen M.D.
Biblioteca Nueva, Madrid. 1978 Parte V. pp 238- 248
John Rosen M.D.

En la introducción general declaré mi impresión de que la psiquiatría está en un estado de confusión.

Limitaré esta afirmación diciendo que la confusión es lo que observo cuando trato de ver a la psiquiatría como un todo.

La limitaré adicionalmente, diciendo que no me estoy refiriendo a una confusión posible dentro de cualquier subespecialidad en particular, tal como psicoterapia o quimioterapia. Me estoy refiriendo a la confusión que veo cuando estas y muchas otras subespecialidades de la psiquiatría están mezcladas juntas.

En demasiadas ocasiones, esta confusión es trágicamente dramatizada, cuando una familia viene a mí con un sujeto que ha recorrido la gama de “terapias”. Durante años, ha estado en las interioridades de las instituciones, en donde una gran variedad de “procedimientos terapéuticos” han sido probados con él. Finalmente, tal vez, él ha sido la víctima de una imprudente operación del cerebro. Después que el padre, la madre o el esposo me ha recitado tal informe, nos miramos mutuamente con una angustia mutua. “¿Por qué no nos previno alguien sobre esto?”, dicen.

Desgraciadamente, no hay “alguien” para prevenirlos. Y no hay “alguien” a quien ellos puedan quejarse.

Quiero hacer una declaración objetiva sobre esta situación de la psiquiatría, pero confieso que me siento muy subjetivo sobre la misma. Mi subjetividad me lleva hacer este ruego a mis compañeros psiquiatras: primero si usted no puede hacerle algún bien al sujeto, por lo menos no le haga daño. Esto quiere decir, evite el tratamiento de shock y la lobotomía. También significa no usar a este sujeto desvalido como un sujeto experimental.

Segundo, no deje a un psicótico aterrado con otros cincuenta o cien sujetos como él; no lo abandone. Un niño perdido es conducido a la estación de policías por extraños bondadosos, y tratado amablemente. El psicótico, infinitamente mas perdido, mas asustado, merece por lo menos esta bondad y comprensión.

Tratando de ver la psiquiatría como un todo, enfatizo que mi criterio es meramente el de un practicante en una de las subespecialidades: la psicoterapia. Sin embargo, antes de especializarme en psicoterapia, y en lo que ha llegado a conocerse como “psicoanálisis directo”, tuve mi participación en la administración de electro e insulina shock, de manera que mi convicción de su inutilidad y de su probable nocividad proviene de una experiencia de primera mano. Al través de los años he tratado de vigilar lo que ha estado ocurriendo en las subespecialidades distintas de la mía, aunque han estado proliferando a un promedio tal, que se ha hecho más y más difícil seguirles la pista.

Actualmente, la diversidad de métodos en psiquiatría no está lejos de ser asombroso. Se extiende desde la lobotomía hasta el arte-terapia, desde la terapia musical hasta el shock insulínico, desde la quimioterapia hasta la comunidad terapéutica, etc. Tales métodos usados tan ampliamente como el tratamiento de electroshock, tranquilizantes y psicoterapias, parecen tener poco en común, excepto que están todos incluidos bajo la espaciosa sombrilla de la “psiquiatría”, tal como la vemos hoy.

Como freudiano, he tratado de comprender algunos de estos métodos en términos de lo que sabemos sobre los psicóticos. Pero no tengo forma de discutir el tratamiento de electro-shock en términos de “ego”, “superego” y los restantes términos de psicoterapia, y no conozco ninguna forma de traducir tales conceptos

psicoterapéuticos a los vocabularios de los fisiólogos o los bioquímicos. ¿Qué efecto produce una serie de tratamientos de electroshock sobre el superego? ¿Qué efectos tiene el superego sobre el ego, cuando la persona en cuestión es “tranquilizada”? Docenas de problemas similares podrían suscitarse. Si todos los otros métodos usados menos ampliamente fueran traídos a discusión, no podría ser capaz ni aun de suscitar preguntas, tan grande sería la confusión de la terminología y de la teoría.

Aun cuando dejo a un lado mis ideas freudianas, y trato de comprender la teoría unida a cualquiera de estos variados métodos de psiquiatría, estoy confuso y descorazonado. Raramente alguno de ellos tiene una teoría que pueda llamársela objetiva o científica. Con más, frecuencia las teorías son subjetivas, inconsistentes y fragmentarias.

Hace diez años, una conferencia de A.P.A. (Asociación Psiquiátrica Americana) sobre educación psiquiátrica, informaba: “Al formular los psicodinamismos, los individuos tienden a seleccionar sus postulados con fuertes sentimientos de convicción, de acuerdo con sentimientos privados o de fidelidad al grupo, mas bien que con el conocimiento público”.

No tengo ninguna evidencia de que recientemente la psiquiatría haya mejorado a este respecto. Por el contrario sospecho que se ha vuelto peor aún. Por ejemplo, una publicación reciente, “Tratamiento insulínico en psiquiatría”, incluye esta afirmación en su introducción:

Probablemente, el ataque más devastador contra la terapia de la insulina fue publicado por Bourne, basado en una revisión de la literatura y en una considerable imaginación. En su conclusión, él hace las siguientes declaraciones: “Las recientes tendencias en la literatura psiquiátrica revelan que la desilusión con el tratamiento del coma insulínico de la esquizofrenia se ha extendido continuamente en los pasados cuatro años. Puesto que el método no tiene ningún fundamento, y puesto que aun sus bases empíricas no pueden ahora resistir una inspección crítica, es de interés saber por que ganó casi una aceptación unánime.

Sospecho que lo que Bourne ha dicho sobre el shock insulínico es verdad; que el método no tiene ningún fundamento y que sus bases empíricas no pueden resistir una inspección crítica.

Aun mas serio, sospecho que algo similar es verdad, en la mayoría de los otros métodos de “tratamiento” que están siendo usados ahora en psiquiatría. Me parece que están siendo usados sin haber probados que son efectivos, aun sin haber demostrado en lo absoluto que son apropiados para el tratamiento de psicóticos.

Estas sospechas no son únicamente mías. Chaplin, un psicólogo, ha declarado: “No hay ninguna explicación adecuada ni aun una teoría aceptable de por que surten efecto el tratamiento de shock, las drogas o la terapia ocupacional”.

Yo iría aun mas lejos y preguntaría si estos métodos variados en realidad “surten efecto” en lo absoluto. La literatura sobre cualquier método invariablemente declarará un éxito considerable, en términos de porcentaje de “recuperaciones”. Pero ¿qué se entiende por “recuperación”? ¿Algo equivalente a resolver la psicosis y traer al sujeto desde un nivel infantil hasta un nivel más maduro de emociones y conductas? Eso es lo que yo entiendo cuando hablo sobre las “recuperaciones” alcanzadas por el psicoanálisis directo. O ¿es que la “recuperación” por algunos de esos otros métodos significa meramente que “ellos ya no tienen más síntomas”?

Hace algunos años, el psicólogo H. J. Eysenck revisó la literatura sobre muchos métodos de tratamiento, y demostró cuan carente de significado ha llegado a ser el término “recuperación”.

Aproximadamente dos terceras partes de un grupo de pacientes se recuperarán o mejorarán hasta un punto notable dentro de los dos años del comienzo de su enfermedad, sean o no tratados por la psicoterapia. Este patrón parece ser extraordinariamente estable de una investigación a la otra, sin tener en cuenta el tipo de paciente tratado, ni el estándar de recuperación empleado, ni el método de terapia usado.

Una investigación más reciente y amplia, abarcando todos los métodos de tratamiento usados ahora,

probablemente indicaría que “recuperación” se ha convertido en la palabra de cualquiera, para significar cualquier cosa que le venga bien.

En la misma forma en que problematizo la efectividad de muchos de estos métodos de psiquiatría, también problematizo su aplicabilidad al tratamiento de psicóticos. Recientemente, para la *Psychoanalytic Quartely* (revista trimestral psicoanalítica) revise “La etiología de la esquizofrenia”, una recopilación de artículos de prominentes defensores del enfoque bioquímico, del enfoque de “los dinamismos familiares”, del enfoque genético, etc. Dejando a un lado el hecho de estar todos mantenidos juntos por la misma encuadración, estos artículos parecen tener muy poco que hacer unos con otros. Característicamente, cada uno está preocupado con su punto de vista especial. Los químicos están buscando una etiología química de la esquizofrenia, los dinamicistas familiares están buscando una etiología medio ambiental, etc. Me imagino que este faccionalismo que es comprensible. Pero ¿a dónde se deja al lector? El editor no hace ningún intento para ordenar la confusión, o para decir cómo están relacionadas unas con otras estas áreas variadas de investigación, o cómo están relacionadas con el individuo psicótico.

Según recuerdo, ni uno solo de los autores de esta recopilación hizo una declaración categórica de cual es la etiología de la esquizofrenia o de la psicosis. Evidentemente, todavía la están buscando.

Pero mientras tanto, volviendo a la institución psiquiátrica, el tratamiento esta procediendo como si la etiología de la psicosis hubiera sido descubierta. Para mí, este es un estado escandaloso de los asuntos. Significa que el psicótico puede ser el sujeto impotente de cualquier experimentador que tenga un presentimiento plausible. Puede (el psicótico) estar haciendo su contribución a la ciencia, le guste eso o no.

Como dije anteriormente, no hay nadie a quien quejarse de nada de esto. La familia del psicótico no tiene a nadie a quien quejarse; ni tampoco lo tiene el psiquiatra que se siente molesto, escandalizado o disgustado con lo que está ocurriendo.

El Instituto Nacional de la Salud Mental, que eventualmente podría tener la responsabilidad de regular algunos aspectos de la psiquiatría, mantiene en este momento un punto de vista objetivo e imparcial. Esta en si misma es una función valiosa, porque permite al Instituto desarrollar e informar hallazgos como estos:

Uno de los aspectos desconcertantes de la investigación en el campo de la salud mental ha sido la manera virtualmente completa en que cualquier base morfológica de la enfermedad mental ha eludido el ser descubierta.

Siguiendo un estudio histórico de la investigación dentro de la histopatología de la esquizofrenia, el doctor Darab K. Dastur, miembro de la Rockefeller y científico clínico en el laboratorio NIMH de la Ciencia Clínica desde 1956-1958, concluye que ningun cambio específico de ningún tejido o sistema del cuerpo ha demostrado que pueda relacionarse con el síndrome clínico de la esquizofrenia. El amplio cuerpo de literatura sobre la materia consiste en pronunciamientos sobre alteraciones anatómicas de las que se cree que serían responsables de la esquizofrenia y de informes negativos destruyendo esta pretensión.

Tal vez algunos psiquiatras se hayan concedido una pausa para reflexionar y para examinar sus criterios por informes de esta clase. Pero han habido declaraciones similares hechas en el pasado, igualmente objetivas y consecuentes, cuyo impacto ha sido insignificante, hasta donde he visto.

Aunque la efectividad y adecuación de muchos métodos de “tratamiento” son inciertos, desde mi punto de vista, en la práctica encontramos en alguna medida a todos los métodos usándose indiscriminadamente y con completo entusiasmo, en mezclas y combinaciones que sólo pueden aumentar la confusión del observador.

Algunos métodos de “tratamiento” son recomendados evidentemente en alguna medida para todos los individuos en cualquier fase de la psicosis. Otros pueden ser recomendados específicamente para un “tipo” especial de psicosis, o para una “clase” especial de psicótico. Esto da la impresión de que hay una gran cantidad de “enfermedades mentales”, y de que cada una de ellas requiere su propio tratamiento especial.

Parece práctica común usar varios métodos de tratamiento con el mismo individuo. Por ejemplo, me fue traído un hombre recientemente, cuya familia decía que le habían dado tratamiento de electro-shock,

psicoterapia de alguna clase, shock insulínico, terapia ocupacional y terapia de arte. Incidentalmente él estaba todavía psicótico.

Algunas veces son usados varios métodos simultáneamente. Otras veces, uno a continuación de otro. Si se intentan varios a la vez puede invocarse la doctrina de la “presión total” para esas responsabilidades. Si los métodos son intentados uno después del otro, la excusa puede ser que para cualquier paciente dado algún método está destinado a funcionar, de manera que los psiquiatras deben persistir en intentar métodos diferentes hasta que el éxito definido sea logrado (o el fracaso irremediable). De acuerdo con este tipo de argumento, no hay diferencia esencial ninguna entre la cirugía del cerebro y la terapia de azar, o entre la política de puertas abiertas y el confinamiento solitario.

Como freudiano, revisando el progreso de la psiquiatría a través de los años y tratando de comprender sus vicisitudes, me parece que un tema predominante ha sido el impulso de la sociedad para desembarazarse de la mente inconsciente. Cuando alguien está psicótico, y su mente inconsciente no está sujeta, hemos tendido o a aplastarle la cabeza a golpes o a enterrarlo. ¿En qué sentido hemos “progresado”? Ya nosotros no quemamos a nuestros lunáticos en la hoguera, o los golpeamos hasta morir, pero sí escarbamos en sus cabezas con los electrodos o el escalpelo. No encadenamos psicóticos en mazmorras o los escondemos en áticos, pero sí los abandonamos en “hospitales” remotos, y sí los “sepultamos” con drogas.

Sólo muy recientemente han sido adoptados algunos procedimientos más humanos como parte del repertorio psiquiátrico: terapia ocupacional, terapia de baile, la política de puertas abiertas. Tales procedimientos puede que no sean beneficiosos, ni particularmente relevantes para lo que está molestando al psicótico, pero por lo menos parecen ser inocuos para él. Sólo ocasionalmente un psicótico iracundo o aterrado, suelto en la comunidad prematuramente, hace vacilar la convicción de la puerta abierta o a los defensores de la baja rápida, asesinando a su familia o a sus vecinos y luego, tal vez, suicidándose.

En conjunto, como yo lo veo, la psiquiatría consiste en una mezcla de procedimientos no relacionados, algunos de ellos brutales, algunos conteniendo el entierro o la represión del ello, y unos pocos aparentemente inocuos sino humanos, para el psicótico.

Si cualquier sujeto se recupera de la psicosis bajo tales circunstancias, ¿cómo puede alguien decir qué lo condujo a su recuperación? O si no se recupera (puede que aún empeore), ¿dónde está el que busca las posibles contribuciones del fracaso?

“Acción” e “investigación” son términos usados frecuentemente para justificar los muchos métodos y movimientos en la psiquiatría. El talante moderno parece ser que no hay problemas insolubles, que la “investigación” es el camino para encontrar una solución para cualquier problema, y que la “acción” es exigida en la investigación y en la puesta en uso de los resultados de la investigación. Evidentemente, el público está demandando ahora “investigación” y “acción” en el campo de la psiquiatría. O podría ser que los psiquiatras, más ansiosos de hacer algo, están tratando de generar un mandato público. O tal vez, los especialistas en la investigación, más ansiosos de invadir la psiquiatría, son la fuente principal de la necesidad de acción.

No soy el que debe distinguir el molde verdadero en esta configuración vertiginosa.

Durante mi propia experiencia he estado perplejo con la búsqueda de “aberturas” y he observado mientras se hacían, las “aberturas” más recientes, muy recientemente, con el advenimiento de los tranquilizadores. Seguramente toda esta investigación es deseable, y a pesar de las contrariedades y de las direcciones falsas, alguna abertura real puede ser hecha tarde o temprano.

Yo también deseo esto naturalmente. Nada sería más bien recibido que el descubrimiento de una “píldora de madurez” barata y efectiva, o la invención de algunas medidas seguras y simples para impedir que la neurosis y la psicosis ocurran, o un tratamiento “empaquetado”, una “psicoterapia instantánea”, que pudiera ser administrada a cualquier sujeto neurótico o psicótico.

Mientras tanto, podemos anticipar cambios en la psiquiatría: en su mayor parte, espero que sean cambios para lo mejor. Por ejemplo, mejorarán las condiciones sanitarias y dietarias en nuestras instituciones públicas. Las terapias físicas, tales como el electro-shock, el shock insulínico y la lobotomía, serán reemplazadas más y más por drogas tales como los tranquilizadores y energizadores. El sujeto psicótico estará dentro de la

institución psiquiátrica menos tiempo que anteriormente. El aumento de las facilidades para el cuidado posterior ayudarán a mantenerlo fuera. Los beneficios de la Seguridad Social para los sujetos “puestos en libertad bajo palabra”, como aquellos anunciados recientemente por Ribicoff, secretario del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, contribuirán a su rehabilitación.

En otros aspectos, pendientes de la milagrosa “abertura”, puede que la psiquiatría no mejore. Lo más importante, la diversidad o confusión de métodos y teorías se avenirá o transigirá, en lo que nuevos especialistas y los grupos de interés especial se muevan dentro del campo.

Si éstos son los desarrollos probables que vienen, parece extremadamente importante para el estado de la psiquiatría adoptar medidas para organizar esta diversidad tanto como sea posible. Por lo menos, los criterios para determinar quién es psicótico pueden ser adicionalmente especificados y estandarizados. Igualmente, los criterios de “mejoramiento” y los de “despido o licencias” pueden ser especificados y estandarizados. Los psiquiatras deben ser animados a usar la terminología más rigurosamente, a eliminar ambigüedades y la confusión de distinciones insignificantes.

Crecientemente nos estamos interesando en la localización de individuos que tengan la fibra psíquica para practicar la psiquiatría psicoanalítica directa, y en los medios más prácticos para entrenarlos. Hasta ahora, los candidatos para nuestro entrenamiento han provenido de una variedad de medios académicos. Hemos tenido estudiantes de medicina que trabajaban parte del tiempo como asistentes en las unidades de tratamiento; residentes psiquiátricos que regularmente observaban las secciones de tratamiento y algunas veces, bajo supervisión, participaron en el tratamiento, y psiquiatras principiantes o de media carrera que tomaron parte en nuestro programa de conferencias, demostraciones y discusiones. Fuera del campo de la medicina hemos escogido estudiantes haciendo el trabajo de graduados en psicología y en artes liberales. Entre todos nuestros candidatos, algunos han tenido considerable experiencia en psicoanálisis, y otros muy poca o ninguna experiencia analítica. Algunos de ellos estaban interesados en un programa de entrenamiento de tiempo completo, conducente a una carrera en psiquiatría. Otros deseaban un programa para parte del tiempo para complementar estudios en otros campos. Se advertirá que algunos de nuestros entrenados no tienen un historial médico, ni lo necesitan para trabajar con nosotros. Nuestro programa de entrenamiento en sí mismo es esencialmente no-médico. Nuestro lenguaje es no-médico, porque los conceptos médicos no son esenciales para nuestra comprensión de la psicosis ni para nuestro trato con psicóticos. Nuestro entrenamiento requiere extensas lecturas de la literatura freudiana, conferencias, demostraciones y discusiones, observación continuada de los procedimientos psicoanalíticos directos en la unidad de tratamiento y finalmente tratamiento de prueba bajo supervisión. Este programa que es ajustado a los requerimientos y capacidades del individuo, parece ser bastante exitoso. Incidentalmente, demuestra que sujetos con historial académico diverso, pueden alcanzar una facilidad real con nuestros procedimientos psiquiátricos. Por ejemplo, estudiantes de psicología clínica, con relativamente una breve experiencia en nuestro entrenamiento, han mostrado un animoso alcance en su comprensión de los psicóticos y del tratamiento. Aunque es evidente que nuestros procedimientos pueden ser aprendidos, también es evidente que no todo el mundo puede aprenderlos. Por una parte, el estudiante exitoso debe ser un individuo de considerable fuerza o fibra psíquica. Así como el ciego no puede guiar a otro, un individuo débil no puede conducir a otro aún más débil fuera de las confusiones de la psicosis. Dado que la esencia de nuestro tratamiento es la “inclusión” del psiquiatra por el psicótico a través de la imitación- incorporación-identificación, el psiquiatra debe ser alguien valioso de ser “incluido”. Los sujetos candidatos de tal sustancialidad son sin ninguna duda raros; por otra parte, no los encontramos con superabundancia.

En nuestro programa de instrucción, el estudiante observa frecuentemente al psicoanalista directo tratando a un psicótico. Esto se parece más a la situación del entrenamiento médico, y muy poco a la situación del entrenamiento de psicoanalistas para tratar neuróticos. Allí, el estudiante no observa personalmente a su analista entrenador tratar a un neurótico; y lo que es más, el analista entrenador no observa personalmente a su entrenado analista tratar a un neurótico. En su lugar, el analista instructor describe qué hace él en un caso, y el estudiante informa qué ha estado haciendo él con sus casos. Por ambas partes, deben confiar necesariamente en informes de segunda mano, que no pueden aportar la miríada de sutilezas siempre presentes en los intercambios reales entre el analista y el neurótico. En la situación médica, el entrenamiento incluye el uso de informes-de-casos publicados y las descripciones del instructor de otros casos. Pero el

procedimiento preferido y quizás esencial es conversar con el estudiante sobre el paciente que está realmente presente. Psiquiatras maduros que han observado personalmente nuestro tratamiento de psicóticos, han comentado que han aprendido más sobre la psiquiatría psicoanalítica directa en estas demostraciones en vivo del tratamiento, de lo que lo han hecho leyendo u oyendo sobre ella. El valor de exponer al estudiante al tratamiento real de un psicótico, por el instructor, no puede ser sobrepasado.

¿Qué decir sobre la orientación psicoanalítica de la psiquiatría, en la que estoy particularmente interesado? Escuchando a los psiquiatras hablar entre sí, y leyendo sus publicaciones, es evidente que la teoría y terminología freudiana se han hecho siempre más populares. En una escala mucho más baja, los procedimientos freudiano o roseniano han llegado a ser usados en el tratamiento de psicóticos. Pero todavía se da relativamente pocos psiquiatras que estén dispuestos a sentarse cara-a-cara con un psicótico y a pasar un tiempo con él hablando como yo he aprendido a hacerlo.

Predispuesto como estoy a favor de una orientación psicoanalítica de la psiquiatría, veo que no es razonable esperar que una mayoría de los psiquiatras adopten el método psicoanalítico o psicoanalítico directo dentro de un futuro inmediato. Una razón es que la psiquiatría está demasiado segmentada y confusa para moverse con seguridad en cualquier dirección particular. Otra razón es que la orientación psicoanalítica tiene sus propios problemas intrínsecos. Es probablemente como estar agotando física y emocionalmente al psiquiatra que intenta adoptarlo. También parece requerir un tratamiento medio ambiental que es caro y difícil de mantener. Sólo tenemos que contrastarlo con las unidades de tratamiento psicoanalítico directo, en donde un psiquiatra y su personal de asistentes tratan tal vez cinco o seis psicóticos al mismo tiempo, con las instituciones públicas, en donde un psiquiatra puede estar nominalmente “tratando” veintenas o cientos de psicóticos. ¿Quién sería nunca un “padre-adoptivo” psiquiátrico de tales cantidades de psicóticos?

En resumen, la psiquiatría psicoanalítica no puede recomendarse sobre las bases de su simplicidad, rapidez o economía.

Sus fundamentos principales para un uso más amplio están descansando en la simple noción de que la humanidad del hombre con el hombre puede ser una “medicina”. Para aquellos de nosotros que usan y prefieren este método, estas palabras no son una mera declaración de piadosa benevolencia. Son la esencia de una doctrina y de un procedimiento que tienen mucho que ofrecer sobre una base pragmática.

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 9-ex-35