

¿QUÉ PSICOPATOLOGÍA PARA QUÉ TRATAMIENTO?*

Daniel Widlöcher**

La existencia de una estrecha unión entre la psicopatología y las prácticas terapéuticas es a la vez una idea simple y una cuestión complicada. Es una idea simple e incluso banal si se reconoce que toda acción humana supone una cierta forma de conocimiento del mundo.

Menos banal es el hecho de que la mayor parte de modelos psicopatológicos reposa sobre una cierta representación de los cambios intrapsíquicos, y por tanto de los procesos terapéuticos. Pero lo que complica singularmente la cuestión es que disponemos de una pluralidad de modelos, que se refieren a una pluralidad de prácticas terapéuticas. Y cómo estas últimas se suelen asociar para garantizar las medidas terapéuticas de un mismo paciente, estamos obligados a conciliar o confrontar diferentes modelos. Son estos diferentes puntos, los que me gustaría desarrollar ahora.

* Texto presentación en la I Mesa Redonda. II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

** D. Widlöcher. Psiquiatra-psicoanalista Hôpital de la Salpêtrière. París.

PLURALIDAD DE MODELOS

¿Por qué hablar aquí de modelos y no de teorías? Podemos decir que la psicopatología, como disciplina única, es una teoría. Se esfuerza en explicar el origen y la naturaleza de las variaciones de la normalidad que estamos obligados a tratar. Asume también la imposible tarea de explicar lo que, en estas variaciones, puede ser objeto de medidas terapéuticas y no de otro tipo, educativas o represivas por ejemplo. Por otra parte pienso que tal psicopatología, que pretende ser ciencia de la enfermedad mental, no existe. Las conductas y los estados mentales, que tomamos como objeto de conocimiento, y por tanto de tratamiento, son perfectamente heterogéneas, incluso heteróclitas diría. Varían de una época a otra, de una cultura a otra. Y Freud pudo adelantar la idea de que el sueño era objeto de la psicopatología antes incluso de escribir una psicopatología de la vida cotidiana. De hecho, las grandes teorías sintéticas como las de Kraepelin, o más recientemente de Henri Ey, no han conseguido jamás abarcar la totalidad de un campo, donde precisamente la heterogeneidad escapa a todo sistema de conjunto. Incluso en psicoanálisis, las teorías de Abraham (centradas en el punto de vista del desarrollo libidinoso) o de Fenichel (más centradas en el punto de vista económico del pensamiento) se caracterizan por ser demasiado esquemáticas o demasiado ambiciosas.

Hablemos entonces de modelos, en la medida en que disponemos de representaciones simplificadas de una cierta forma de desviación mental, representaciones que nos ayudan a ver una cierta estructura de los hechos, y a sacar algún provecho para predecir los efectos, la evolución y guiar nuestra acción terapéutica. En “Las lógicas de la depresión”, he intentado señalar cómo un mismo estado clínico puede estar representado de manera simplificada según se adopte un patrón farmacológico, psicoanalítica o sociológica por ejemplo.

Seguramente, un modelo necesita apoyarse en una teoría que se pueda verificar o refutar eventualmente, al menos parcialmente. Pero lo que esperamos de un modelo, en nuestra práctica clínica, es que nos proporcione un patrón cómodo para observar y tratar. En último caso, un cierto modelo podría reposar sobre una teoría total o parcialmente falsa y guardar, al menos por un tiempo, cierta pertinencia (pensemos en el modelo de las constelaciones zodiacales como guía de navegación). Hemos conocido en psiquiatría unos modelos puramente descriptivos y clasificadores que han perdido gran parte de su interés. Incluso las grandes clasificaciones americanas e internacionales que se suponen “ateóricas” reflejan en realidad el estado actual de una práctica terapéutica. Pensemos en la puesta en cuestión del diagnóstico de neurosis que expresa en realidad una voluntad de abandonar el modelo freudiano basado en una cierta terapéutica de los neuróticos.

Constatemos pues que todos los modelos psicopatológicos actuales, en cualquier forma de desviación que se apliquen, tienen en cuenta los procesos de cambio y de resistencia al cambio y que se inscriben pues en una reflexión terapéutica.

MODELOS Y TERAPÉUTICA

Charcot nos ha ofrecido un modelo de la conversión histérica que es, bajo este punto de vista, ejemplar. Esto, claro está, en un período tardío de su obra, los años ochenta, en el curso de los cuales construyó su teoría “psicológica” de la histeria. Para demostrar que el síntoma de conversión resulta de la ausencia funcional de representación de la función, el olvido de la función, del movimiento o de la percepción por ejemplo, se apoya en una demostración experimental, la producción bajo hipnosis de síntomas comparables y su resolución por la misma terapéutica, la insistencia sobre el sujeto para que rememore la función “olvidada”. Ejemplo seguido por Janet y por

Freud quien, junto con Breuer, en la comunicación preliminar de 1893, nos da a la vez una descripción del proceso terapéutico (la rememoración del traumatismo) y una explicación de la neurosis histérica. En “Freud y el problema del cambio”, he intentado mostrar cómo los diferentes modelos propuestos por Freud concernientes a la estructura del aparato psíquico estaban ligadas al desarrollo de la práctica clínica.

Podríamos preguntarnos si la reflexión acerca del proceso terapéutico ha precedido a la renovación del modelo o si ha sido la consecuencia. Se trata sin duda un poco del tema del huevo y la gallina. Las resistencias al cambio terapéutico, fueron generalmente las que condujeron a Freud a estas modificaciones del modelo. Pero es la revisión crítica del modelo anterior la que, a partir de esas resistencias, dará lugar a la modificación. Es el descubrimiento de la transferencia el que le hace tener en cuenta el papel de la libido y del fantasma inconsciente, pero esto se debe a que la teoría de la rememoración no explica la transferencia. Más tarde es la clínica de las resistencias la que le permite distinguir las que derivan de una de las tres instancias psíquicas (cf. el suplemento a “Inhibición, síntoma y angustia”, 1926).

En lo que concierne a los medicamentos psicotropos, a pesar del origen estrictamente empírico de su descubrimiento, hizo falta rápidamente una teoría de su modo de empleo, y un modelo neurofisiológico. Era necesario que éste se correspondiera con un modelo psicopatológico. Jean Delay, para este quehacer, recogió el modelo del trastorno del humor para comprobar su pertinencia con respecto al modo de acción farmacológico de los medicamentos. Discutiendo la pertinencia del modelo del trastorno del humor en la depresión propuse sustituirlo por el del enlentecimiento psicomotor. No se trata de discutir la importancia del trastorno del humor, ni de su existencia, sino de constatar que el centrar el conjunto de los síntomas alrededor de este concepto sea la mejor guía de la prescripción del medicamento antidepressivo. Describir la arti-

culación entre la inhibición generalizada provocada por el enlentecimiento psicomotor y los otros rasgos del estado depresivo me resulta más pertinente para comprender en el plano psicopatológico el modo de acción del medicamento.

Asistimos así a una visión relativista del concepto de modelo en psicopatología: relatividad con respecto a patologías consideradas (no modelos únicos), relatividad con respecto a los procesos terapéuticos considerados, relatividad con respecto a la pertinencia del modelo en relación a los fines prácticos que se aplican.

Es precisamente esta pluralidad de modelos en función de los procesos de cambio considerados y esta perspectiva muy “utilitarista” de su uso, la que provoca cierta complejidad a la hora de tenerlas en cuenta cuando se trata de planificar las medidas terapéuticas.

LA CONFRONTACIÓN DE LOS MODELOS TERAPEUTICOS

Propongo examinar sucesivamente tres tipos de situaciones: combinación de una psicoterapia y una prescripción medicamentosa; combinación de acciones psicoterapéuticas de naturaleza diferente; recurrir a distintas referencias teóricas durante una psicoterapia psicoanalítica. Se trata de una elección fruto de una experiencia personal, pero otras situaciones podrían ser consideradas en relación con otros componentes del plan terapéutico (medidas educativas, acción sobre el entorno, tratamiento institucional, etc.).

Modelo psicodinámico y medicamentoso

En seguida encontramos una diferencia muy importante. En efecto, cuando recetamos un medicamento, el modelo psicopatológico nos ayuda. Nos ayuda a definir unos buenos indicadores clínicos para juzgar la indicación o la eficacia de la pres-

cripción. Y, después de todo, dudo que un médico pueda recetar cualquier medicamento sin hacer una teoría, más o menos personal, del modo de actuar sobre los síntomas. Necesita incluso de dicho modelo para convencer a su cliente y conseguir una buena observación de este último. Pero no hay ninguna relación entre el modelo y el hecho de recetar. Al contrario, la actividad mental del psicoterapeuta se organiza alrededor del modelo psicopatológico del que hace uso. Según se acentúe la dimensión narcisista o la pérdida objetal, el clínico desarrollará una escucha e intervendrá de manera diferente, mientras que la acción del medicamento no tiene nada que ver con el modelo. Es útil, como acabamos de ver, pero es extrínseco al proceso terapéutico. Me parece que es una de las razones que explican cómo la asociación de dos tratamientos no debería suponer una dificultad mayor si distinguimos bien los actos terapéuticos, o en regla general los terapeutas. Esta distinción no es sólo una cuestión de competencia sino, que además de las interacciones transferenciales y contra-transferenciales eventuales, también el modelo psicopatológico que tiene en la cabeza el psicoterapeuta le ayuda mucho o para nada a juzgar la utilidad o la eficacia del medicamento. Y habría que tenerlo en cuenta incluso si la prescripción del medicamento se refiriera a un modelo psico-dinámico.

Esto no es, sin embargo, más que un principio general puesto que se puede concebir que un mismo terapeuta pueda recurrir a dos modelos distintos cuando ha puesto en marcha una terapéutica asociada. Entendámonos bien. Hay otras razones para tener en cuenta para decidir acerca de la asociación de terapeutas distintos o de la necesidad de tener un solo referente. Pero la cuestión de recurrir a modelos psicopatológicos diferentes al mismo tiempo, para tratar a un adolescente, por ejemplo, con un tratamiento que asocie medicamentos y “sesiones” psicoterápicas, ver sesión preparatoria a un tratamiento psicoterápico, constituye en sí un problema muy interesante y que merecería estudios más profundizados.

Modelo psicodinámico y sugestión

No tiene nada que ver la cuestión suscitada por la aleación del oro de la psicoterapia y el cobre de la sugestión. Sabemos que es la metáfora utilizada por Freud en 1919 para afrontar la situación creada por la necesidad de aplicar el psicoanálisis a una población extendida e investigando sólo superficialmente la situación. No planteo aquí el caso hipotético, que considero poco frecuente, donde estarían asociadas una psicoterapia analítica y una terapia cognitiva y comportamental. Pero, recientemente, ha sido claramente discutida (J. Holmes, *The Changing Aims of Psychoanalytic Psychotherapy. An Integrative perspective. Int. J. Psycho-anal.*, 79, 227-240) la posibilidad de incluir en el transcurso de una psicoterapia de inspiración psicoanalítica prescripciones de tipo cognitivo-comportamental. Es de hecho lo que preveía Freud en su artículo "Nuevas vías del psicoanálisis" cuando proponía como ejemplo el proponer un consejo o animar explícitamente al paciente con el fin de corregir los síntomas (afrontar una situación fóbica) al final o durante el transcurso de una terapia analítica. La aleación del cobre y del oro es preciosa y útil. Puede ser también en el transcurso de una psicoterapia, pero hay que saber que podemos recurrir a dos modelos psicopatológicos diferentes. Si son incompatibles en una cura psicoanalítica propiamente dicha, se puede admitir que sean compatibles en el curso de las psicoterapias. Quedaría por definir, con más precisión, las características de esta compatibilidad y que no se vea solamente como una transgresión pasajera, un bricolage difícil de explicar.

Pluralidad de modelos psicoanalíticos

¿Cómo conjugar, en un mismo paciente, las referencias a varios modelos psicodinámicos? ¿Cómo sacar partido de uno o de otro en un momento dado de la relación clínica, se trate de una entrevista o de una psicoterapia? Seguramente, un clínico puede trabajar de manera regular según un marco teórico

con el que se ha formado y que le conviene, pero es raro que en un momento dado no se abra a un punto de vista que le es menos familiar. Y sobre todo, por muy rígido y cerrado que sea un cuadro teórico, no puede servir para todo pero sí a encajarse en un diagnóstico rígido.

Esta cuestión se nos plantea de hecho de manera todavía más regular si pensamos que todo marco teórico se distingue dentro de un marco general que es el del sentido común. El depresivo tiene razones para estar triste, el perseguido razones para sentirse injustamente tratado. Sabemos de hecho cómo a los jóvenes estudiantes de medicina y psicología les cuesta no reaccionar con este único modelo cuando se les presenta un caso clínico. Nosotros mismos debemos tener en cuenta el sentido común en nuestros juicios y no interpretar todo según un modelo psicopatológico.

Debemos pues alternar entre una comprensión natural del psiquismo del prójimo y una comprensión relevante de un modelo psicopatológico. Esto no se aplica solamente en el juicio clínico propiamente dicho, es decir a la explicación causal, a la evaluación diagnóstica y terapéutica: lo que destaca del modelo de referencia, sino también a la forma en que este último guía nuestra escucha del paciente, nuestra capacidad de percibir su experiencia subjetiva, en particular sus afectos, y a fin de cuentas descartar las lagunas, los elementos enmascarados o solapados, que nos remiten a los modelos que provienen del psicoanálisis. La escucha empática del prójimo reposa sobre esta capacidad asociativa, a partir de lo que el paciente nos da qué pensar y qué demostrar. Y, bien entendido, el mayor interés de esta escucha empática es el hacernos percibir sus mistificaciones y sus lagunas, una coalición demasiado grande o una ruptura de la empatía con el paciente. Se trata aquí de modelos y no de teorías, que transforman nuestra forma de pensar para estar más cerca de lo que el paciente piensa. No se trata ya de juicios sino de experiencia psíquica compartida.

CONCLUSIÓN

¿Son compatibles todos los modelos? ¿Podemos hacerlos sonar a todos como las cuerdas de un instrumento de música, en función de lo que nos evoque la complejidad de la vida psíquica del otro? Hablábamos ahora mismo del dogmatismo rígido del modelo único. Pero no queremos defender un total eclecticismo.

Claro que, cada uno a fin de cuentas compone su propia paleta en función de su formación y de sus prácticas. Cada uno debe reconocer las incompatibilidades que no puede sobrepasar. Todos los modelos no son compatibles. Freud hizo demasiado pronto la experiencia con Jung. La cuestión se plantea hoy con las escuelas que proclaman la enseñanza de Lacan.

En conclusión, me parece que los modelos en psicoanálisis pueden orientarnos en dos direcciones diferentes. Ilustración concreta de la teoría, nos ayudan a formular los juicios necesarios concernientes al origen, el desarrollo y al tratamiento de los problemas observados. Pero como configuración esquemática de los procesos de pensamiento, nos ayudan a comprender el funcionamiento psíquico del otro y a facilitar la comunicación terapéutica. De este último punto de vista, el modelo no sólo nos sirve a pensar acerca del otro sino a pensar con el otro.