

PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA

Miguel Furman

La relación psicoanálisis-psiquiatría mantiene desde el origen un punto de tensión epistémico, metodológico y ético. Frente a esa tensión —encuentros y desencuentros—, se propone ubicar la conversación no tanto entre los discursos sino entre quienes sostienen esas prácticas.

Como se sabe, la relación entre la psiquiatría y el psicoanálisis puede conducir a cierta agresividad narcisista producto de la rivalidad imaginaria que muchas veces genera obstáculos que dejan al debate y a la investigación en una imposición del saber basada en la lucha del puro prestigio científico. Estos saberes pueden “identificarse”, en el sentido de suponerse idénticos, o quizás alguno de estos discursos tenga la tendencia a confundirse con ciertos rasgos de un saber Ideal producido por uno o el otro.

Freud, al referirse en su texto de 1916-1917 sobre psiquiatría y psicoanálisis¹ a esta articulación, planteaba de un modo un poco escéptico la posibilidad de una relación complementaria o adecuada. Decía que el enamoramiento fulminante —entre los discursos científicos— es algo que cae por completo fuera de los dominios científicos. Además en el mismo texto dice no creer en la discusión científica basada en la sofística griega, de donde se supondría que de la discusión nacería la luz.

Es importante destacar que estas afirmaciones freudianas apuntaban a sostener la autoridad y la transmisión del psicoanálisis en su época.

A pesar del escepticismo freudiano respecto del debate científico, en el mismo texto que tomamos como referencia, se definen algunas cuestiones acerca de la relación entre la psiquiatría y el psicoanálisis que son interesantes recordar.

En principio se plantea que la psiquiatría científica no poseería los medios de penetrar en la interpretación, por ejemplo de los actos sintomáticos obsesivos, y se limitaría sobre todo al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, Freud intenta también establecer un paralelismo entre la psiquiatría y el psicoanálisis.

¹ Lacan, J., (1966), “De nuestros antecedentes”, *Escritos*, t. 1, Buenos Aires, siglo XXI editores, 1988.

Como se sabe, cuando Lacan recuerda su entrada en el psicoanálisis, en el texto "De nuestros antecedentes"², rescata su experiencia de médico y psiquiatra, reconociendo en su formación la importancia que tuvieron los desarrollos de De Clérambault acerca del automatismo mental, así como también la influencia de los textos freudianos.

Lacan propone considerar la fidelidad a la envoltura formal del síntoma, entendiendo al síntoma como huella clínica articulada al inconsciente estructurado como un lenguaje que conlleva un aspecto real de goce.

Ubica a la clínica psicoanalítica solidaria con el síntoma hablante, a diferencia de la clínica psiquiátrica que reduciría el síntoma a un aspecto solamente cuantitativo, estadístico o biológico, conduciendo el tratamiento del síntoma a su enmudecimiento por medio de una terapéutica exclusivamente medicamentosa.

Lacan dio una conferencia, "El psicoanálisis y la formación del psiquiatra", que es conocida también como "Breve discurso a los psiquiatras"³, en la que es interesante observar que, al igual que Freud, se muestra bastante escéptico y hasta desengañado respecto de la formación del psiquiatra que esté basada en comunicaciones, conferencias, amontonamiento de palabras, fárrago o síntesis de teorías. Entre otras cuestiones, plantea que el psiquiatra se ocupa cada vez menos del paciente, ya que está ocupado en muchos casos de su formación psicoanalítica, a tal punto que el psiquiatra podría ocuparse más de ser un psicoanalista en formación que de su formación de psiquiatra.

Lacan señala, a su vez, que en el centro del campo de la psiquiatría está el psicótico, al que el psiquiatra o el psicoanalista no entienden y pretenden comprender, con la suposición de que en esa relación pueda darse algún tipo de empatía de modo tal de que "el otro se nos vuelva transparente, a la manera ingenua en que nos creemos transparentes a nosotros mismos".⁴

Destaca que es precisamente en la no comprensión, donde se localiza el sin sentido –y no el sentido– que se ubican los fenómenos subjetivos articulados al inconsciente estructurado como un lenguaje.

Según Lacan, la psiquiatría entra en la medicina general en la medida en que

² Ibidem.

³ "Petit discours de Jacques Lacan aux psychiatres", Cercle Psychiatrique H. Ey, Sainte Anne, el 10 de noviembre de 1967. Material inédito.

⁴ Ibidem.

ésta entra en el dinamismo farmacéutico. El psicofármaco obnubila, atempera, interfiere, modifica, pero no se sabe bien qué. Por otra parte, el encuentro con la psicosis produce angustia y es con relación a la angustia del psiquiatra o psicoanalista que surgen las barreras, estadísticas, de etiquetamiento, farmacológicas, y otras que se interponen frente al sujeto.

En la articulación entre psiquiatría y psicoanálisis intentamos sostener un debate abierto, creando, a partir del anudamiento entre estos discursos, una intersección; al mismo tiempo que se respeta la disyunción entre ambos, para conservar la particularidad de cada uno. Nos interesa estudiar desde la clínica esta relación, proponiendo un debate que considere los obstáculos y vacíos de saber, y que no cierre una relación de equivalencia o complementariedad entre estas disciplinas.

El discurso psicoanalítico considera el lugar del analista como campo de la transferencia del sujeto, fundamentalmente en sus dimensiones simbólica y real, es decir, en su aspecto significante y pulsional, ambas comprendidas en la idea de un inconsciente estructurado como un lenguaje significante y pulsional. El discurso psiquiátrico no está exento de la transferencia, y también debería considerar la experiencia subjetiva respecto del padecimiento que impone el goce. Muchas veces el discurso psiquiátrico es la política del discurso del amo que opera desde la perspectiva del poder, de la sugestión, de la estadística etiquetadora y de la clasificación.

La clasificación y el DSM

La clasificación es un intento de agrupar los fenómenos en cuadros o diagnósticos que arman una clase y que mayormente tratan de dar cuenta de un cuadro clínico. Esta perspectiva no siempre refleja lo real del caso, al no considerar la singularidad subjetiva. El sujeto o el individuo se transforma en “un ejemplar de una clase”⁵. El DSM, como manual de clasificación, propone la agrupación de trastornos que se transforman en clases universales de diagnósticos que no sólo anulan la subjetividad, sino que también anulan el

⁵ Miller J.-A., (2011) “El ruiseñor de Lacan”, *Del Edipo a la sexuación*, Buenos Aires, Paidós, p. 251.

acto de decidir y juzgar del practicante, desde una perspectiva que no sea automática o universal.

Clasificar no es diagnosticar

En principio señalemos algunos comentarios generales acerca del diagnóstico. Como es sabido, todo diagnóstico supone una decisión. Es una brújula para orientarnos respecto de la dirección del tratamiento e implica un juicio basado sobre todo en un arte de juzgar un caso, sin regla ni clase preestablecida. Tratamos de relacionar lo particular del síntoma o la angustia, el modo en que ese sujeto trata su síntoma o a su angustia, la estructura clínica a la que el síntoma o la angustia pertenece, y finalmente, la forma que toma el síntoma o la angustia en la transferencia.

Este modo de orientar el diagnóstico se diferencia del diagnóstico automático, de clasificación o de evaluación que propone el DSM, donde se pierde la singularidad sintomática y de estructura clínica, en función de la mecanización y de la decisión diagnóstica basada en la estadística o el efecto del psicofármaco.

Otra cuestión para destacar es que el DSM transforma el concepto de síntoma y de angustia en trastorno, sin considerar la causalidad psíquica del fenómeno o la subjetividad implicada en el síntoma o en la angustia, apuntando a la eliminación de los mismos. Mencionemos por ejemplo la anorexia, la bulimia, las toxicomanías, el ataque de pánico, la depresión, entre otros.

Estos fenómenos, tan vigentes y reconocidos socialmente, son transformados en entidades clínicas o en una multiplicidad de trastornos, de tal manera que no solo se pierde la singularidad sintomática respecto de la estructura clínica de base y la respuesta de cada sujeto, sino que de esta forma resulta muy difícil elevarlos bajo transferencia a la dignidad de un síntoma analítico.

En efecto, creo que se trata de orientar la multiplicidad de los síntomas sociales vía la operación de reducción hacia el síntoma analítico, es decir el síntoma bajo transferencia.

Hay una disyunción conceptual insalvable entre síntoma y trastorno. La oposición es clara, el síntoma considerado ya sea como metáfora, como

formación del inconsciente estructurado como un lenguaje, como suplencia o en su aspecto de goce, siempre implica un sujeto, quien precisamente responde con su creación sintomática a un real.

El síntoma en este sentido es una respuesta, una solución a lo real como imposible de soportar. A la vez el mismo contiene y soporta un real.

El trastorno no involucra al sujeto y parece alterar tanto a la ciencia como a quien lo padece, en una función perturbadora que supuestamente se debería anular.

Si la pulsión es considerada un trastorno, entonces se debería dominar, domesticar, regular, conducirla a conductas adaptativas, que es lo que proponen las técnicas cognitivo conductuales.

El intento de dominar el trastorno es el intento de dominar la pulsión, que como se sabe es una fuerza constante irrefragable que pugna por su satisfacción según los diferentes modos de goce particulares de un sujeto que ningún psicoanálisis o ninguna clínica del trastorno puede ignorar. La antinomia entre el tratamiento del síntoma que propone el psicoanálisis desde la orientación lacaniana y las técnicas del tratamiento del trastorno, puede compararse con la oposición que encuentra Freud entre las técnicas sugestivas y el psicoanálisis. Recordemos que para ilustrar esta oposición, Freud consideró el modo en que Leonardo Da Vinci compara la pintura con la escultura, en tanto en la pintura se opera “per vía da porre” es decir por agregación, en cambio en la escultura se procede “per vía di levare”, es decir por sustracción. Para Freud las técnicas sugestivas y quizás podríamos decir que también las TCC, las técnicas pedagógicas o el discurso del amo, proceden mediante la sugestión, es decir superponen al síntoma, el sentido o la sugestión. En cambio el psicoanálisis, según Freud: “no quiere agregar nada, no quiere introducir nada nuevo, sino por el contrario, *quitar y extraer algo*”.⁶ Es interesante destacar de esta cita que la operatividad del psicoanálisis se basa en la extracción de algo que en principio podemos decir que se trata de la extracción del sentido significativo del síntoma, pero que también podríamos considerar respecto de la extracción del objeto, es decir lo pulsional del síntoma.

Recordemos el modo en que describe Michel Foucault en su texto “El poder psiquiátrico”, la función carcelaria que tuvo y se puede decir que aún tiene

⁶ Freud, S., (1968) “Sobre psicoterapia”. *Obras Completas*, t. 2. Traducción López Ballesteros, p. 398.

cierta psiquiatría, que se usa como dispositivo de poder con modos de tratamientos y discursos autoritarios que anulan la subjetividad. Foucault cuestiona a Pinel quien proponía que *“la terapéutica de la locura es el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre, que por sus cualidades físicas y morales tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas”*⁷.

Para Foucault lo esencial de todo poder es que su punto de aplicación siempre es, en última instancia, el cuerpo. Dice: “Todo poder es físico, y entre el cuerpo y el *poder político* hay una conexión directa”.⁸

Diagnóstico diferencial

Veamos algunas cuestiones sobre diagnóstico del texto de Freud “La iniciación del tratamiento”, del año 1913. Es interesante observar que Freud señala la importancia de diferenciar desde el comienzo, una neurosis –ya sea histeria u obsesión–, de una esquizofrenia. Esta diferenciación no es fácil de hacer y es fundamental para decidir acerca de la posibilidad de iniciar o no el tratamiento.

Me llamó la atención que cuando se refiere a los psiquiatras dice que:

“Hay psiquiatras que rara vez vacilan en este diagnóstico diferencial, pero también estoy convencido que se equivocan tan a menudo como los demás. Pero los errores de este género son mucho más fatales para el psicoanalista que para el psiquiatra clínico, pues en ninguno de los dos casos emprende éste (el psiquiatra) nada decisivo, se expone solamente al peligro de cometer un error teórico y su diagnóstico no tiene más que un interés académico”⁹.

Me parece que en la actualidad se podría debatir un poco con estas apreciaciones freudianas. Creo que el psiquiatra también se expone no solo al peligro de un error teórico sino a la decisión de un diagnóstico diferencial necesario para indicar, por ejemplo, un psicofármaco. Es decir, el interés del psiquiatra para decidir un diagnóstico no es solo académico o teórico, sino clínico.

⁷ Foucault, M., (2005) *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, p. 19.

⁸ *Ibidem.*

⁹ Freud, S., (1968) “La iniciación del tratamiento”. *Obras Completas, t. 2*. Traducción López Ballesteros, p. 427.

También Freud plantea que en el caso de que se trate de una esquizofrenia: “No podrá mantener el médico su promesa de curación y por lo tanto deberá poner de su parte todo lo posible para evitar un error de diagnóstico. En un tratamiento de ensayo prolongado de algunas semanas puede ya tener ocasión de observar manifestaciones sospechosas que le determinan a no llevar más adelante la tentativa”¹⁰. Es claro el valor que tiene ese ensayo prolongado como un modo de discernir si el paciente es o no analizable.

En el texto “Sobre psicoterapia”, de 1905, Freud dice que “La psicosis y los estados de confusión mental, psicosis tóxicas, de melancolía profunda, contraindican así la aplicación del psicoanálisis, por lo menos tal y como hoy se practica”, sin embargo no descarta totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis.

Vemos que si bien desaconseja la aplicación del psicoanálisis para las psicosis, deja una posibilidad abierta para la aplicación de la práctica analítica en las mismas.

De la misma manera, al comienzo del texto “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia” dice que los médicos que no ejercen la profesión de psicoanalistas en establecimientos de carácter público tropiezan con grandes dificultades para la investigación analítica de la paranoia.

Por otra parte, aclara que no se podrían admitir en la consulta a tales enfermos ni, en todo caso, retenerlos por mucho tiempo, pues no aplicamos nuestro tratamiento sino cuando esperamos obtener con él algún efecto terapéutico. Sin embargo, en el mismo texto propone la posibilidad de una tentativa analítica para las psicosis.

Retomemos el caso que presenta Freud en su texto “Psicoanálisis y psiquiatría”. Podríamos decir que aunque es un delirio de la época de 1916 - 1917 tiene su actualidad y además permite ubicar las diferencias en esa época del abordaje psicoanalítico o psiquiátrico del delirio:

“La señora padece, pues, de un delirio de celos. La idea delirante cobra así una cierta independencia de la carta; ya antes había estado presente como temor - ¿o como deseo?- en la enferma”.

¹⁰ Freud, S., (1968) “Sobre psicoterapia”, *op. cit.*

“Pero en esas dos sesiones había dejado caer algunas observaciones que permitieron una interpretación determinada, y aun la hicieron inevitable; y esta interpretación echa una luz fulgurante sobre la génesis de su delirio de celos. Había dentro de ella un intenso enamoramiento por un hombre joven, ese mismo yerno que la instó a buscarme en calidad de paciente. Alivio inmediato lo ofreció sin duda el mecanismo del desplazamiento, que con tanta regularidad toma parte en la génesis de los celos delirantes.

La fantasía de la infidelidad del marido fue entonces un paño frío sobre su llaga ardiente. La idea delirante ha dejado de ser algo disparatado o incomprensible, posee pleno sentido, tiene sus buenos motivos, pertenece a la trama de una vivencia, rica en afectos, de la enferma. En segundo lugar: es necesaria como reacción frente a un proceso anímico inconsciente colegido por otros indicios, y precisamente a esta dependencia debe su carácter delirante, su resistencia a los ataques basados en la lógica y la realidad. Es a su vez algo deseado, una suerte de consuelo. En tercer lugar: la vivencia que hay tras la contracción de la enfermedad determina unívocamente que habría de engendrarse una idea de celos delirantes y ninguna otra cosa”¹¹.

Freud lee el delirio celotípico en este caso como un alivio y desplazamiento del deseo inconsciente reprimido. Podríamos decir que él entiende el delirio como un intento de solución, un alivio, una sustitución de lo reprimido, que para Lacan en las psicosis sería un intento de curación, pero como una suplencia de la forclusión del nombre del padre y del retorno de lo real. Se podría aplicar también en este caso la transformación de la frase “Yo lo amo”, que Freud propone en el caso Schreber, y que en este caso sería la transformación de “Yo deseo a mi yerno”, en “Mi marido desea a otra mujer” (delirio celotípico).

¿Cómo interpretaría el psiquiatra, según Freud, este caso?

Él hace una comparación entre la psiquiatría y el psicoanálisis respecto de la causa del síntoma delirante celotípico. Dice: “Aquí querríamos escucharlo al psiquiatra, pero aquí mismo nos deja en la estacada. Se internará, exclusivamente, en una sola de las cuestiones que hemos planteado. Investigará en la historia familiar de esta señora y nos aportará quizás esta respuesta: Ideas delirantes se presentan en aquellas personas en cuyas

¹¹ Freud, S. (1968). “Psicoanálisis y psiquiatría”. *Obras Completas, t. 2*. Traducción López Ballesteros, p. 280.

familias han aparecido repetidas veces estas y otras perturbaciones psíquicas. Con otras palabras, esta señora ha desarrollado una idea delirante porque estaba predispuesta a causa de una transmisión hereditaria. Digamos que el psiquiatra, justamente, no conoce ningún camino que lo haga avanzar más en el esclarecimiento de un caso de esta índole. Tiene que conformarse con el diagnóstico y una prognosis del desarrollo ulterior, prognosis insegura por rica que sea su experiencia”.

Por otra parte Freud plantea que “la psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis, omite todo otro anudamiento con el contenido de la idea delirante y, al remitirnos a la herencia, nos proporciona una etiología muy general y remota, en vez de poner de manifiesto primero la causación más particular y próxima. Pero, ¿hay ahí una contradicción, una oposición? ¿No es más bien un completamiento? ¿Acaso el factor hereditario contradice la importancia de la vivencia? ¿No se conjugan ambos, más bien, de la manera más eficaz? Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría. El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella, su constitución a partir de los tejidos y de las células. Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, una de las cuales continúa a la otra”¹².

Diría que entre el discurso del psicoanálisis aplicado a la urgencia subjetiva y el discurso psiquiátrico aplicado también a la urgencia subjetiva, no hay relación adecuada, complementaria equilibrada u homeostática. Son dos discursos diferentes y no articulables. Es decir, el discurso analítico no es el discurso psiquiátrico, que en realidad se vincula con el discurso científico, el del amo, o el del universitario

Sin embargo, en el lugar del no hay relación entre estos discursos se ubican algunas soluciones que intentan dar respuestas y suplencias a esta disyunción estructural.

¹² Freud, S., (1968) “Psicoanálisis y psiquiatría”. *Obras Completas, t. 2*. Traducción López Ballesteros, p. 281.

Actualmente, tanto la psiquiatría como el psicoanálisis han avanzado y se han enriquecido con el cruce de sus discursos; específicamente con la creación de dispositivos de tratamiento, y también con la aplicación del psicoanálisis de la orientación lacaniana que estimula a no retroceder frente a la clínica de las psicosis, lográndose alcanzar en muchos casos efectos terapéuticos importantes. Detengámonos en este punto respecto del psicoanálisis aplicado a la clínica de las psicosis.

Precisamente fue Lacan quien en su texto “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”¹³ plantea una cuestión, un tema preliminar, es decir una condición necesaria para el tratamiento posible de la psicosis que se despeja paulatinamente del texto y que se sitúa en el último apartado y que consiste en considerar a la forclusión del nombre del padre (*Verwerfung*) como condición preliminar a tener en cuenta en cualquier estrategia de tratamiento de la psicosis.

¹³ Lacan, J., (1958) “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, *Escritos*, t. 2, Buenos Aires, siglo XXI editores, 1988.