

¿ QUE ES PSICOTERAPIA ?

Dr. Alvaro Gallegos Chacón
Médico Especialista en Psiquiatría
Ex-Jefe, Servicio de Psiquiatría, Hosp. R. A. Calderón Guardia

INTRODUCCION

A través de los últimos veinte años, y más marcadamente en la última década, la psicoterapia, como la técnica terapéutica máxima e identificadora de las especialidades del grupo de la Salud Mental, ha venido de capa caída, menguando tanto en la intensidad del aprendizaje como en la importancia que se le da en el ejercicio de la psiquiatría contemporánea a nivel mundial.

Hoy día, el énfasis está en el diagnóstico y la aplicación, más científica que empírica, de los psicofármacos .

El diagnóstico se basa más en los criterios diagnósticos de las clasificaciones de moda (D.S.M. IV en Norteamericana, la C . I . E . 10 de la O.M.S.) que en un buen manejo de la psicopatología descriptiva y mucho menos fenomenológica.

El artículo es el compartir con quien lo lea, experiencia y vicisitudes en la adquisición de este instrumento terapéutico, sus bondades, sus limitaciones, con la clara opinión de que el psiquiatra clínico, aunque no utilice la técnica, debe ser adiestrado en ella, como base para la relación médico-paciente y ser un especialista bien formado.

¿ QUE ES PSICOTERAPIA ?

El concepto de psicoterapia, el llamado tratamiento por la palabra, llegó a mis oídos hacia 1952, cuando consulté con un psiquiatra siendo yo estudiante de medicina en Barcelona, España. Los 20 años eran propicios para tener dudas vocacionales. Me dijo, después de oír el resumen de mi historia, que estaba elaborando el duelo de la muerte del abuelo, médico psiquiatra y mi modelo de identificación. Además, recuerdo algo así como "Tú eres tú y no tienes obligación de ser como él, ni tienes obligación de llenar su ausencia. ¿Quieres ser médico?, esa será tu decisión. ¿No quieres estudiar para llegar a serlo? Tienes capacidad de decidir y nada más escoge lo que creas que te dará mayor satisfacción". Esa psicoterapia, un par de años después, al hacer el curso de psiquiatría de Pre-grado, descubrí que era el "enfrentar al individuo con su circunstancia". Todos los profesores, incluyendo el que me había visto eran de orientación existencialista. La mayoría de ellos alumnos de Binswanger y compañeros de estudios de Medard Boss, en Zürich (1). Era la época de leer a Sartre; todos admirábamos a Ortega y Gasset y creíamos en su dictum: "Yo soy yo y mi circunstancia". Las teorías de tipo intrapsíquico como el psicoanálisis, no

sólo estaban en el índice prohibido de la Iglesia Romana sino también en la Lista Negra "no oficial" del Régimen instrumentado por el libro: "La agonía del Psicoanálisis" de don Juan José López-Ibor, identificado como el Psiquiatra del franquismo.

FORMACION PERSONAL EN PSICOTERAPIA

A partir de 1958 y durante los cinco años de mi relación con la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore, E.U., tuve dos horas semanales de supervisión de psicoterapia unos once meses al año. Durante cuatro años, también asistí a la presentación continua: en seis sesiones un psicoanalista presentaba un caso en tratamiento para recabar la opinión y discutirla con unos treinta miembros del Instituto Psicoanalítico de Baltimore-Washington. La presentación continua de los residentes era semanal y la supervisión de caso (cada dos residentes) con un psicoanalista durante otros dos años y, también por dos años, supervisión semanal de psicoterapia de grupo.

Participé en varias experiencias piloto de la época, (circa 1960): ver a una pareja por un sólo terapeuta en sesiones individuales y en sesiones de pareja. Hicimos los primeros pininos en el área de terapia de familia, así como varias experiencias de investigación, con un grupo de la Henry Phipps Psychiatric Clinic de Hopkins y otro formado por los residentes de Boston de la Universidad de Harvard. Se trataba de doce sesiones con los pacientes, en que a la mitad de ellos se les preparaba, al final de la evaluación, para tener claras expectativas positivas del proceso psicoterapéutico al cual eran enviados. A la otra mitad, únicamente, y sin explicación alguna del proceso se les "prescribía" psicoterapia, como si fuera una aspirina. El resultado de la experiencia nos confirmó el aspecto persuasivo de la intervención persona a persona (2), pues independientemente del terapeuta, la técnica, etc. el análisis de las doce sesiones con un total de seis pacientes cada terapeuta, seis de Baltimore y seis de Boston, (72, menos unas 12 deserciones), fue clarísima:

la mejor respuesta del paciente preparado en la evaluación y mínima en el "no motivado". También se inició con el National Institute of Mental Health el experimento de hacer psicoterapia recetando psicofármacos versus psicoterapia y placebo con pacientes neuróticos dando resultados alarmantemente similares. Ya para 1960 se había superado al menos en esas latitudes, el poder prescribir medicamentos a los propios pacientes en psicoterapia. Finalmente se iniciaron estudios en terapias breves y terapias dirigidas a una meta. Toda esta práctica tuvo el antecedente de dos cursos universitarios de tres meses, seis horas por semana, en el Instituto Psicoanalítico de Baltimore-Washington sobre: "Análisis y tratamiento de las neurosis; técnica psicoanalítica" (3) y seis meses, dos horas por semana: "Tratamiento psicoterapéutico del niño, Técnicas", con varios libros de consulta (4) (5) (6) en el Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Maryland. Casi todos tuvimos una experiencia promedio de dos años de psicoterapia personal.

A estas experiencias teórico-prácticas hay que añadir la lectura de libros. Fundamentalmente me penetraron "Psychotherapy and Psychoanalysis" (3) de Frieda Fromm-Reichman y "Persuasion and Healing" de Jerome Frank. (2)

CAMBIOS Y MARCOS DE REFERENCIA A TRAVES DE 36 AÑOS HACIENDO PSICOTERAPIA

Habiendo sido, en época adolescente, muy cercano al Dogma de la Iglesia Católica, huí como de la plaga, en identificarme con otro Dogma: el Psicoanálisis, ya fuera Ortodoxo o Neo-freudiano. Por comodidad y no exento de narcisismo, a veces me encontraba en la competencia a muerte de Hopkins, encajando al paciente en uno de los esquemas de la teoría psicoanalítica ó transaccional o psicobiológica de Adolf Meyer, (6) y (7) o bien para descalificar a los compañeros por su ignorancia sobre el tema "bateaba" con alguna explicación en el modelo existencial de Binswanger o de Strauss o Rollo May (8). Eso no tenía que ver ni con el paciente ni con la psicoterapia.

También todas aquellas fórmulas: "nos veremos una vez (o tres se acostumbraba entonces) veces por semana", "No hay llamadas telefónicas". Prohibiciones durante el tratamiento (no beber, suspender todo acting-out sexual, etc.), llegué a comprender eran mayormente para comodidad del terapeuta, no en beneficio directo del paciente- La técnica de escuchar al paciente es lo esencial, y escuchar con interés. Sólo escuchando y, con la experiencia, se descubre el tema reiterativo y se empieza a comprender qué pasa. El reflejo que el terapeuta hace es crucial y nos va convirtiendo en un observador participante, tal y como lo describiera Harry Stack Sullivan (9). Y el no pertenecer a ninguna escuela en particular, me ha permitido relacionarme con cada paciente tal y como nuestras diferentes idiosincrasias puedan hacerlo. Siempre y cuando haya "química" la psicoterapia es efectiva. En lenguaje más ortodoxo, es que la transferencia y contratransferencia permitan un trabajo creativo, en favor del paciente.

En realidad, "química" es importarle a la persona en tratamiento, y que el paciente se sienta que lo entienden, no solo en sus demandas, sino también en sus desmanes y que se le ponga límites y se le contenga.

ENFOQUE PERSONAL, ACTUAL DEL QUEHACER PSICOTERAPEUTICO

Aprendí psicoterapia en primer lugar a través de la supervisión prolongada (tuve un caso por cuatro años con el mismo supervisor). Segundo, de los pacientes mismos. Tercero, de los seminarios, de las clases, de los libros.

Cuando evalué un paciente, lo hago como médico, impregnado de mi formación psiquiátrica, que hace esa primera entrevista potencialmente terapéutica. Desde el principio no hago dicotomías en que si es para psicofarmacoterapia ó para psicoterapia, a excepción de los casos que tienen con otro profesional un proceso terapéutico ya encaminado. En caso de indicar la necesidad de psicoterapia, le doy libertad en escoger terapeuta; un buen número acepta seguir conmigo, yo rechazo un número pequeño de pacientes. Hacemos el

contrato terapéutico quedando muy claro que cualquier sentimiento que yo le produzca es comentable (transferencia) así como cualquier actitud o sentimiento que crea que yo tengo hacia lo que sucede en relación con el proceso que juntos contemplamos; yo contribuyo con mi percepción y comunicación de la contratransferencia. Cuando no se moviliza la sesión aprovecho para señalar las tres áreas inextinguibles como material de estudio en el proceso psicoterapéutico: primero, los acontecimientos entre sesiones; segundo, su historia personal que siempre es inagotable y tercero, lo que está pasando en nuestra relación, el aquí y el ahora, en la oficina. Pregunto cuál es su meta en el tratamiento añadiéndole que yo seré aliado fiel de la parte sana para buscar la mejoría y ésta será el máximo desarrollo de su potencialidad como ser humano. Como indicadores señalo la capacidad de hacer decisiones por sí mismo, sus conductas adaptativas a una sociedad en la que desea vivir así como las no adaptativas, aclarando que no tiene la mayor connotación valorativa comparable a "bueno y malo", sino más bien a "lo que le sirve" y "lo que no le sirve". Más adelante veremos por qué cosas que no sirven vuelven a hacerse y es porque sirven alguna necesidad neurótica. Al sintetizar las conductas adaptativas y de posible crecimiento, soy cuidadoso de no introducir factores deseables pero que no existen en el paciente o que no veo que pueda llegar a alcanzar y crearle un compromiso irrealizable. Si un mecanismo defensivo es obvio y sale un ejemplo, lo señalo, lo explico y vemos si es adaptativo o desadaptativo. Este proceso, en que hay mucho de conducción del mismo, o sea persuasión, hay que provocar, si no la rebelión, la duda sobre la orientación que llevamos y así, negociar puntos de vista, lo cual le permitirá al paciente sentir como más personal su decisión en el cambio, en el proyecto de vida y en el futuro personal. Más que una técnica es la actitud de contar con tantos elementos psicoterapéuticos como se nos presenten. Y siempre escuchar, no criticar, buscar el por qué á cada cosa. Uno no puede pontificar: el paciente siempre sabrá de sí mismo más de lo que el terapeuta jamás llegará a saber de otra persona, aún de aspectos que parecieren inconscientes.

No es necesario terminar una psicoterapia y dar un certificado de Salud Mental, pues en una relación en que la transferencia y la contratransferencia estan claras, en el tiempo, nos encontraremos de vez en

cuando para reacomodar viejas y nuevas cargas, que se han desbalanceado en este trajinar por el camino de la vida, que es el vivir.

RESUMEN

Según la mayor o menor información que se tenga, el concepto de psicoterapia puede estar distorsionado.

Se da un ejemplo personal relatando las múltiples actividades durante la formación de un psiquiatra relacionadas con la adquisición de técnicas y habilidades para hacer de la psicoterapia un instrumento eficaz. Se insiste en que el mejor método es la supervisión de casos por largo tiempo; ser expuestos a diferentes supervisores además de otras actividades como Club de Libro sobre el tema, algunas clases, discusión en grupo, etc. La supervisión, no sólo para la psicoterapia individual, sino para la de grupo, familia, pareja, etc. son insustituibles. La lectura individual de diferentes libros (ver bibliografía) y, por supuesto, el paciente mismo, con la ayuda de la supervisión, completa los instrumentos formativos.

SUMMARY

Psychotherapy concept could be rather distorted according to the amount, quality and source of available information that each one has.

For psychtherapy to become an efficacious instrument in solving psyquic problems, it requires very well trained psychiatrists. To acquire the multiple necessary technics and skills, complex experiences are lived in a quite intensive manner. -One of the best methods is the long follow-up of psyquiatric cases. Another one is contact with different instructors. Also, lectures, group discussion, personal reading of selected books are important tools in this training. Finally, patient is the main source of learning about human behavior.

BIBLIOGRAFIA

1. Boss, Medard. *Psychoanalysis and Daseinanalysis*. 1963. Basic Books Publishing Co., Inc.
2. Frank, Jerome D. *Persuasion and Healing: a comparative study of psychotherapy*. 1961. by the Johns Hopkins Press, Baltimore 18, Md.
3. Fromm-Reichman, Frieda. *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Selected papers edited by Dexter M. Bullard. 1960. The University of Chicago Press Chicago.
4. Breckenridge, Marian E., Vincent, E. Lee *Child Development 1960* by W.B.S. Saunders Company.
5. Klein, Melanie-Narrative of a child analysis, 1961. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. London.
6. Murphy, Lois B. *Associat. The widening world of childhood*. 1962. Basis Books Publishing, Inc.
7. Meyer, Adolf. *Psychobiology: a Science of Man*. 1958. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
8. Muncie, Wndell. *Psychobiology and Psychiatry*-1948. eL. Mosby, St. Louis.
9. May, Rollo. -*Existence*. 1958. Basic Books, Inc. New York 3- N.Y.
10. Sullivan, H.S. *Collected works of Harry Stack Sullivan*. 1953. Norton, New York.