

Jornadas de apertura del Centro Descartes 2006

La orientación Lacaniana. Lo que se hace en el Centro Descartes

“Diferentes concepciones de la fobia”

Es a partir de diversas lecturas acerca de la angustia y la fobia dentro del módulo de investigación: Referente/Infancia del Centro Descartes que surge la idea de este trabajo.

Actualmente tanto las librerías como la web, fundamentalmente, se hallan atiborradas de información acerca de nuevas terapias para erradicar la fobia. Es así que encontramos un abanico de posibilidades terapéuticas que van desde las conocidas guías de autoayuda, pasando por terapias de audio y video, la gimnasia cerebral, hasta terapias telefónicas, por medio de foros o chats. Gran parte de ellas sustentándose en teorías de las llamadas terapias cognitivo-conductuales (TCC). Es posible así bajar de internet manuales de terapia cognitiva informando su teoría y técnica, con casos clínicos ejemplificadores de todos los trastornos, con datos suficientes como para seducir a un terapeuta extraviado con sus virtudes.

A modo de introducción diré brevemente que las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) toman su nombre a partir de dos modelos: el Cognitivo, cuyos exponentes principales fueron Ellis y Beck, y el Conductual de Pavlov, Skinner, Watson, sumando aportes de la neurobiología, la lingüística, la filosofía de la mente, entre otros...

El modelo Cognitivo se basa en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones y la conducta. La terapia se dirige a identificar y corregir las cogniciones distorsionadas, utilizando la metáfora del procesamiento de la información.

El modelo Conductual sostiene que si todas las conductas son aprendidas, también se pueden extinguir y adquirir nuevos aprendizajes. La metáfora subyacente es la del condicionamiento.

Conciben al individuo como a un “procesador activo de información” Surgen de este modo terapeutas que apuntan al levantamiento de los trastornos. Los guía la intención de lograr una mayor eficiencia en las terapias, es decir: mayor eficacia a menor costo.

¿Qué particularidades ofrecen para tratar a los pacientes fóbicos?

Según el modelo cognitivo de Clark el trastorno de pánico es *atribucional*. Frente un estímulo el paciente experimenta sensaciones corporales molestas a las que *atribuye* una amenaza potencial; distorsiona cognitivamente el valor amenazante de las mismas, convirtiéndose en interpretaciones catastróficas que se retroalimentan, desencadenando el ataque de pánico.

Los objetivos terapéuticos son: modificar las distorsiones y supuestos amenazantes catastrofistas, adquirir habilidades de afrontamiento y prevención y reducir así los ataques de pánico y evitación.

Por otro lado, para las fobias específicas, el modelo cognitivo de Beck postula que la ansiedad fóbica está asociada con una predisposición en el procesamiento de información referente al peligro-amenaza, que implica un determinado objeto o situación.

Esa predisposición puede desarrollarse a partir de experiencias traumáticas, modelado social o miedos preparados filogenéticamente (Seligman, 1971). Este esquema cognitivo se relacionaría con una serie de distorsiones cognitivas, a saber: visión catastrófica, sobregeneralización, maximización o exageración.

El objetivo terapéutico es: lograr que el individuo modifique sus cogniciones anticipatorias y deje de experimentar ansiedad.

Toman la clasificación diagnóstica del DSM IV y, si bien hay algunas diferencias, dentro de los trastornos de ansiedad, en general las técnicas terapéuticas son las siguientes:

Técnicas cognitivas:

- Reatribución de sensaciones internas (Buscar explicaciones más realistas) y Descatastrofización (cambio de pensamientos negativos por positivos)

Técnicas conductuales:

- Distracción: por relajación o por uso de tarjetas o audios con recuerdos positivos.

- Control respiratorio.

- Indicaciones educativas.

- Exposición: Esta consiste en jerarquizar las situaciones fóbicas y exponer al sujeto a ellas (gradualmente o no, imaginariamente o en vivo) para aprender a prevenir las respuestas de evitación hasta que disminuya la ansiedad. Las denominan "experimentos personales."

Una técnica cognitivo-conductual que consideran muy útil para el ataque de pánico es la denominada: "prevención cognitiva".

Consiste en imaginar las sensaciones de una crisis, visualizando el agente causal, agregando autoinducción de cogniciones negativas, por ejemplo: pensar que va a tener un infarto. Si ante esto no deviene taquicardia o disnea, provocar respiraciones más frecuentes hasta lograrlo. Luego añadir autoinstrucciones de descatastrofización, prevención y escape. Estos circuitos deben repetirse hasta que el paciente aprenda a dominarlos.

El rol del terapeuta es el de detectar las distorsiones cognitivas, traducirlas y explicar los mecanismos y técnicas, entrenando al paciente para que pueda realizarlas.

A modo de ejemplo haré una reseña de un caso clínico publicado por Jean Cottraux, director del Instituto Francés de Terapia.

Se trata de una joven de 19 años con fobia a los pájaros. Esta fobia la lleva a tener dificultades para salir de su casa.

Dentro de la sintomatología cognitiva presenta:

- Monólogos interiores referidos a encontrarse con un pájaro, e insoportabilidad valorada del hecho anterior.

Como sintomatología conductual presenta evitación, quedándose en su casa.

La paciente sitúa el inicio de su trastorno a los tres años, momento en que su madre fue internada en un sanatorio por tuberculosis. Ella fue llevada a casa de su abuela quien tenía pollos. Sus primos la perseguían con plumas de pájaros, o bien excitaban los pollos contra ella. Atribuye el inicio de su fobia a la separación de su madre y a la situación vivida en casa de su abuela.

Primera sesión: se construyó una jerarquía de las situaciones fóbicas.

Se explicó la relación situación-cognición-afecto-conducta y la técnica de exposición gradual, primero en imaginación y después en vivo:

Imaginar una pluma sin tocarla y luego tocándola.

Mirar una pluma situada a un metro de la mesa del terapeuta. La paciente se retira con tarea a domicilio: reproducir la sesión en imaginación cada día hasta que la ansiedad subjetiva decrezca al menos un 50%.

Segunda sesión: Imaginar que toca una pluma y la pone en su bolso. Luego tocar una pluma.

La paciente no logra hacerlo pues su ansiedad es muy elevada, ella expresa un sentimiento de repulsión, llora y grita. Cuenta un episodio infantil donde sus primos la perseguían con unas plumas para hacerla llorar. Ella también teme que el terapeuta le arroje las plumas. Tarea a domicilio: Reproducir la sesión en imaginación simplemente.

Tercera a novena sesión: Lograr tocar un pájaro enjaulado.

Tareas de generalización: Llevar una pluma en su bolso, atravesar plazas públicas, tener un pájaro enjaulado en casa y tocar la jaula.

Post-cura:

La paciente es vista un mes después de la última sesión de tratamiento. Su pájaro ha muerto. Ella lleva siempre una pluma en su bolso. Ella ahora no evita los pájaros.

A los 8 meses es nuevamente revisada, tiene dos faisanes en su jardín y va al gallinero.

Es evidente que la operación ha sido exitosa. Han extirpado la fobia y durante por lo menos 8 meses la joven ha continuado realizando sus tareas tal como su maestro le ha enseñado. Desconocemos que ha pasado luego de ese lapso.

Ahora bien, si la fobia es una protección contra la angustia, ¿qué pasa con los sujetos cuando se les saca ese dispositivo?

Freud respondió a esto mucho antes de que las TCC se hicieran oír. En 1910 en "Las perspectivas de la terapia psicoanalítica" expresa: "En el caso de la histeria de angustia, las fobias, estos enfermos no pueden aportar el material decisivo para la curación de la fobia mientras se sienten protegidos por la observancia de la condición fóbica. Es preciso asistirlos a traducir su inconsciente hasta que puedan decidirse a renunciar a la protección fóbica y exponerse a una angustia, muy moderada ahora. Sólo cuando hacen esto último se vuelve asequible el material, cuyo gobierno lleva a la solución de la fobia."

Eric Laurent en "Desangustiar?" (Mental nº 13 - Dic 2003) plantea que el psicoanálisis no apunta a la eliminación de los síntomas más que una vez que su función ha sido establecida. Plantear la pregunta de desangustiar separa de entrada al psicoanálisis del tratamiento médico.

Si sostenemos que la angustia es "un afecto que no engaña" es porque ella plantea la pregunta por el deseo. Uno se angustia cuando no sabe lo que el Otro quiere de uno. Desangustiar consistiría en hacer surgir la pregunta por el deseo; y la vía regia para interpretar el deseo es hacer consistir el síntoma. A la inversa, cuando el síntoma no consiste, no se llega a poner un punto de capitón a la angustia

Vemos claramente diferencias radicales entre las TCC y el psicoanálisis. Tratan reales distintos. Las TCC con la objetivación anónima de los individuos, frente al psicoanálisis con la dimensión del objeto particular, objeto causa de deseo, objeto plus de goce. También tratan con sujetos distintos: los cognitivistas con el sujeto de aprendizaje; los psicoanalistas con el sujeto del inconsciente, el sujeto de los equívocos.

¿Cómo responden psicoanalistas a la puesta en escena de las TCC?

Jacques-Alain Miller en "La respuesta del psicoanálisis a la terapia cognitivo-comportamental" expresa que los partidarios de las TCC sostienen una teoría del lenguaje descriptiva. Creen que el lenguaje no es ambiguo, que puede ser usado en forma inequívoca y que puede ser explícito.

Juan Pablo Lucchelli en "Prodigios y vértigos de las ciencias cognitivas" dice "Para colmar ese abismo, ese imposible, que va del sentido a la sintaxis, de la palabra a las huellas mnémicas de la experiencia de satisfacción infantil, las neurociencias nos proponen la plasticidad neuronal...plasticidad gracias a la cual ni el psicoanálisis ni las ciencias cognitivas serían una estafa." Agregando: "¿pero qué nos asegura que esa plasticidad misma no es una estafa?"

Para Michel Bassols el verdadero error cognitivo, el de las neurociencias, es efectuar la traducción en términos de redes neuronales...

El inconsciente es una traducción y siempre que se traduce, algo se pierde. La tarea de los psicoanalistas es demostrar lo que se pierde: la singularidad del sujeto.

En su libro: "Lost in Cognition" Eric Laurent señala que, desde la perspectiva de orientación lacaniana, el inconsciente es un circuito de equivocación, no de conocimiento. Señala cuán incapaces son los modelos de las TCC de dar cuenta de lo que queda más allá de todo modelo de aprendizaje: la inmersión del sujeto en el lenguaje. En la estructura del lenguaje hay algo que no puede reducirse al significante y emerge bajo la forma de resto, de goce.

Volviendo más precisamente al tema de las fobias, en "Lost in cognition" Eric Laurent hace una crítica sobre la nueva terapia virtual para tratar las fobias propuesta por Jean Cottraux, quien postula que las fobias están asociadas a un "desarreglo de la alarma ansiosa, modulada a través de la amígdala cerebral."

La terapia de realidad virtual se aplica para diferentes tratamientos de la fobia, con gran repercusión en las fobias a viajar en avión. Se provee al paciente de un casco con visor, pantallas y sonido en el que se pasan diferentes escenarios de situaciones temidas en unas pocas sesiones de diez minutos. Para Cottraux "afrentar lo virtual podría bastar para desdramatizar lo real".

Ninguna reflexión acerca del hecho que el transporte aéreo es un síntoma de la relación del sujeto contemporáneo al deseo del Otro. Las fobias al avión muestran justamente que el sujeto no confía tan fácilmente en la ciencia.

Casualmente hoy se cumple un año del 11M, atentado terrorista en la terminal de Atocha en Madrid; el sujeto no confía en la ciencia, ni en el estado. Pero como "no hay universal de lo real" y lo real existe para cada sujeto como lo que viene a oponerse a él, entiendo que es el psicoanalista quien puede alojar mejor la particularidad de cada uno, promoviendo un deseo de saber, que otras terapias tienden a sofocar; pues el analista no desea nada a priori por el bien del otro.

A propósito de lo traumático, Laurent propone irónicamente una nueva categoría sindrómica: "El pre-traumatic stress disorder" o angustia pre-traumática que "nos hace aptos para dirigirnos, uno por uno, al psicoanálisis para, más allá de la angustia, hacer frente al trozo de real que nos toca."

Las TCC cuantifican al individuo, lo miden estadísticamente y lo incluyen en un protocolo terapéutico, respondiendo a una política social estandarizadora que busca reducir costos a expensas de los sujetos. Para ellos no hay singularidad, ni intencionalidad, ni goce del sujeto, ni deseo del Otro en juego. Aportan prótesis imaginarias sin dar cuenta de que el sujeto está dividido por el lenguaje.

Para finalizar cito a Germán García en "El mercado de la salud" quien a partir de la sigla TCC expresa: "Esta sigla puede ser leída como: "Tu Conveniencia Cuenta" La conveniencia del analizante es la razón para actuar que tiene un analista. El síntoma, brecha entre la verdad y el saber, le revela al sujeto el lugar donde encontrar su brújula para volver a orientarse en su vida. Y eso le conviene. El psicoanálisis hizo propia la metáfora de la orientación, y deja que cada uno sepa qué le conviene, cuando logra orientarse."

Bibliografía:

Assoun, Paul Laurent "Lecciones psicoanalíticas sobre las fobias"

Bassols, Michel. Prólogo al libro de Eric Laurent: "Lost in cognition"

Freud, Sigmund "Las perspectivas de la terapia psicoanalítica"

García, Germán "El mercado de la salud"

Lacan, Jacques. Seminario IV "Las relaciones de objeto"

Lacan, Jacques. Seminario X "La Angustia"

Laurent, Eric "Lost in Cognition"

Laurent, Eric "Desangustiar?" Mental n° 13, Diciembre 2003

Laurent, Eric "Las terapias virtuales" Agencia Lacania de Prensa 64, 2004

Lucchelli, Juan Pablo « Prodigios y Vértigos de las ciencias cognitivas »

Miller, Jacques-Alain "La respuesta del psicoanálisis a la terapia cognitivo-comportamental"

Miller, Jacques-Alain "Introducción a la lectura del Seminario de la Angustia de Jacques Lacan"

Roca, Elia "Cómo tratar con éxito el pánico, con o sin agorafobia"

Ruiz Sanchez y Cano Sanchez "Manual de Psicoterapia Cognitiva"

María Marta Giani
Coordinadora del módulo Referente/Infancia

Trabajo presentado en la Jornada de apertura del Centro Descartes
11 de marzo de 2006