

La revista *Mente y Cerebro* y el nuevo engaño del psicoanálisis

Víctor Javier Sanz Larrínaga

Habitualmente cuando escribo sobre pseudomedicinas los comentarios jocosos me los suelo inventar. Pero cada vez con mayor frecuencia los pseudomédicos me evitan semejante trabajo. Es el caso de tres artículos aparecidos en la revista *Mente y cerebro* (Nº 62, septiembre-octubre 2013), una franquicia de *Scientific American*. El primer artículo, «Búsqueda del trastorno en el inconsciente», tiene como autora a la médica (especialista en medicina laboral) y periodista, Dunja Voos. El segundo artículo, «Efectos del psicoanálisis en el cerebro», viene firmado por Anna Buchheim (catedrática de psicología clínica), Manfred Cierpka (director médico del Instituto de Investigación Cooperativa Psicósomática y Terapia de Familia), Horst Kächele (también catedrático, aunque no queda claro de qué) y Gerhard Roth (catedrático de investigación cerebral). Por último, el tercer artículo se titula «La psicoterapia a examen» y sus autores son Carsten Spitzer (psiquiatra y psicoterapeuta), Rainer Richter (psicólogo y psicoanalista), Bernard Löwe (especialista en medicina interna y psicoterapeuta) y Harald Freyberger (profesor de psiquiatría y psicoterapia). Visto el cartel, analicemos la faena.

UN CASO CLÍNICO PARA EMPEZAR

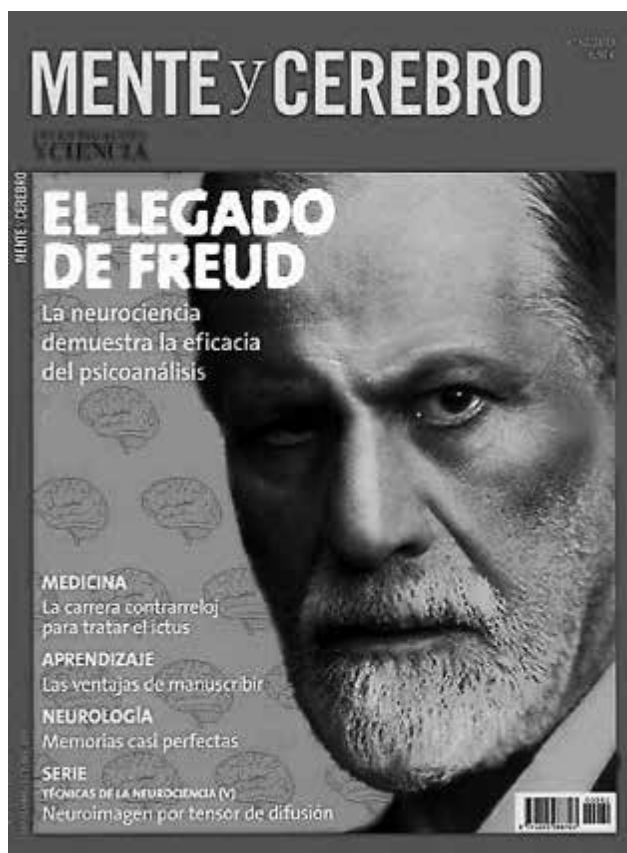
Como buena periodista, Dunja Voss, comienza su defensa del psicoanálisis con una historia clínica cuya protagonista es «Cristina F».

Cristina F (nombre ficticio) sufre ansiedad. Se despierta por las mañanas con una sensación desagradable en la barriga. De camino a la universidad comienza a sudar; las preocupaciones se le agolpan en la mente. Estas sensaciones forman ya parte de su rutina. [...] Esta estudiante de química se siente insegura y perdida.

Con este conjunto de síntomas, «Cristina F» es diagnos-

ticada de «trastorno de ansiedad generalizada» por su médico de cabecera, el cual, ni corto ni perezoso,

le propone otra opción [en vez de ir al neurólogo (sic)]; le indica que allí sólo recibirá la prescripción de un medicamento, nadie indagará las causas de su malestar. “Prueba mejor la terapia psicodinámica”, le aconseja. En este



tipo de tratamiento, el paciente y el terapeuta intentan averiguar juntos qué pensamientos y deseos inconscientes subyacen al trastorno.

El argumento (clásico hombre de paja) es el mismo que el de los homeópatas y acupuntores. La medicina científica (la misma que ha incrementado la calidad y esperanza de vida como nunca hasta la fecha lo había conseguido ninguna otra medicina) es incapaz de tratar las verdaderas causas de las enfermedades, es materialista, reduccionista y se conforma con atacar los síntomas. Que semejantes memeces aparezcan en una revista homeopática o psicoanalítica nada tiene de extraño, para eso están. Pero que aparezcan en una revista internacional de prestigio (al menos hasta ahora), que se supone divulga la ciencia, la cosa es más grave de lo que suponía.

Sigamos, que ahora viene lo mejor. Según Dunja Voos, *la práctica psicoanalítica ha experimentado una transformación desde los tiempos de Freud. El paciente no necesita tumbarse: la terapia funciona igual de bien si se encuentra sentado.*

¡Qué enorme avance, ahora te engañan cara a cara y mirándote a los ojos! Opino, modestamente, que ello se debe a que la *censura* (que es el elemento psíquico que se encuentra entre el *yo* y el *ello*), al estar sentado el paciente, se relaja más fácilmente y las representaciones inconscientes fluyen con más facilidad a la consciencia. Por si fuera poco, nos ahorramos un pastón al prescindir del diván, aunque Woody Allen tendrá que modificar el *atrezzo* de sus películas si quiere ponerse al día. Por último, aunque no tengo pruebas suficientes, en casos difíciles yo aconsejaría realizar la sesión haciendo el pino. Este cambio de paradigma tendría consecuencia imprevisibles.

Una vez que «Cristina F», o sea, nuestra paciente, está confortablemente sentada,

determina el tema y el ritmo de la sesión. Pronto reconoce que la carrera de química no le satisface. En realidad cursa los estudios por sus padres más que por su propio interés. ¿Podría esconderse allí el motivo de su angustia? Sus quejas somáticas ¿le sirven de excusa inconsciente para no seguir estudiando? En ese caso, lograría lo que secretamente desea sin ofender a sus padres. Por sí sola, nuestra paciente no hubiese llegado a plantearse la idea de que la relación con sus progenitores es demasiado estrecha.

¡Qué genial, qué agudeza! ¡Imposible que un médico de cabecera hubiera llegado a semejante conclusión! ¡Al fin, en efecto, tenemos la causa verdadera de su ansiedad: la paciente estaba haciendo algo que no le gustaba para no desairar a sus padres y ello le producía ansiedad! ¡Qué sería de la medicina sin los psicoanalistas!

Por cierto, siguiendo estrictamente el método psicoanalítico, el diagnóstico etiológico propuesto por Dunja Voos habría que completarlo. Y aquí entra en juego mi vena de psicoanalista. Lo que realmente le sucede a la paciente es que no había superado el «complejo de Electra» (término propuesto por Carl Gustav Jung para dar réplica al complejo de Edipo en la mujer) y como la «química» tiene nombre de mujer, podemos entonces hablar de «la madre química», lo que le retrotrae a la paciente a una *fijación* infantil no superada. El resultado es una reavivación del conflicto

inconsciente amor-odio hacia «la madre química», que se manifestaba en forma de ansiedad generalizada. Además, en el laboratorio de química, en donde no queda más remedio que hacer los trabajos prácticos, son muy frecuentes las probetas, que, como cualquier avezado psicoanalista sabe, son un claro símbolo fálico, lo cual *sobredetermina* el síntoma ansiedad, no olvidemos que la buena de «Cristina F» tampoco había superado la «envidia del pene», algo propio de toda mujer, Freud *dixit*. No le podría decir al lector si estas argumentaciones son serias o jocosas, el lenguaje del inconsciente tiene estos inconvenientes.

En cualquier caso, hecho el diagnóstico, hay que pasar a la terapia.

LA EFICACIA CLÍNICA DE LA TERAPIA PSICOANALÍTICA

Recordemos -antes de seguir con la crítica- que la terapia psicoanalítica es una psicoterapia verbal que consiste en recuperar para la consciencia ideas, sentimientos y pulsiones (de naturaleza sexual) reprimidas en el inconsciente y que son la causa última de los trastornos mentales. La vivencia consciente de tal rememoración conlleva la curación, es decir, la desaparición de los síntomas. El método para lograr tal rememoración es la *asociación libre*. Dicho método consiste en que el enfermo, a partir de una idea que se le ofrece, vaya asociando libremente (y expresando) durante las sesiones todo lo que se le ocurra sin ningún tipo de filtro o restricción, aun cuando el material le parezca incoherente, impertinente o falto de interés, de tal modo que llegue así a extraer los recuerdos (reprimidos) que se buscan. La *interpretación de los sueños* y de los *actos fallidos* (olvidos, *lapsus linguae*, etc.) son métodos complementarios muy valiosos, según el psicoanálisis.

Pues bien, ¿cómo se establece si un tipo de terapia funciona?, se pregunta Dunja Voos tras resolver el enigmático caso de «Cristina F». Nuestra médica-periodista lo tiene claro:

en la actualidad se exige a las psicoterapias que satisfagan los principios de la medicina basada en pruebas experimentales, de la misma manera que los tratamientos somáticos.

¡Pero bueno, qué dice esta señora! ¡Emplear métodos

El argumento es el mismo que el de los homeópatas y acupuntores: la medicina científica es incapaz de tratar las verdaderas causas de las enfermedades, es materialista, reduccionista y se conforma con atacar los síntomas.



(foto: El psicólogo, por Adnl-Daniel Urbina- www.flickr.com/photos/21735045)

propios de la reduccionista medicina científica! ¿No habíamos quedado que la medicina científica no podía llegar a las “causas verdaderas” de la enfermedad? ¿Para qué entonces emplear sus métodos?

Unas pocas líneas más abajo se lo piensa mejor y afirma que en terapias

como el psicoanálisis, resulta más difícil llevar a cabo este tipo de investigaciones. No se puede exigir a personas con trastornos mentales graves que esperen durante meses o años un tratamiento porque forman parte de un grupo de control. Además, medir sus miedos o angustias resulta una tarea laboriosa, pues pueden manifestarse de diversa maneras... La variedad de síntomas es tan amplia como las trayectorias vitales que los provocan.

No me queda más remedio, Sra. Voos, que confirmar sus sospechas: es imposible realizar ensayos clínicos rigurosos con el psicoanálisis, puesto que: 1) no se pueden formar grupos control con placebo (a ver cómo diablos se simula la memorización consciente de una representación inconsciente de tal manera que el enfermo no sepa que no es una memorización auténtica, es decir, curativa, efectiva), 2) no se pueden formar grupos homogéneos que sirvan de comparación, ya que en el psicoanálisis, como en la homeopatía, no hay enfermedades sino enfermos (*biografías, trayectorias vitales*, según su terminología), y 3), no

existen aparatos científicos -las escalas son aproximaciones para andar por casa, no para hacer mediciones exactas con las que computar- que nos midan los sentimientos y las emociones conscientes, y mucho menos las representaciones y pulsiones inconscientes. Medir lo inconsciente y dibujar círculos cuadrados son una y la misma cosa.

La terapia psicoanalítica es una psicoterapia verbal que consiste en recuperar para la conciencia ideas, sentimientos y pulsiones (de naturaleza sexual) reprimidas en el inconsciente y que son la causa última de los trastornos mentales.

Pero, como dice el refrán, “la alegría dura poco en casa del pobre”, así que, unas pocas líneas más abajo, la Sra. Voos, se lo vuelve a pensar y afirma que sí es posible hacer estudios científicos con el psicoanálisis, y como prueba de ello nos aporta un metaanálisis (Shedler, 2010) en el que se valoran ochos metaanálisis. Ni que decir que los resultados fueron de cine 3D:

la terapia psicodinámica resultaba efectiva en numerosos trastornos mentales, entre ellos, depresiones y psicopatologías relacionadas con la ansiedad.

Para que el lector entienda esta nueva vuelta de tuerca de la Sra. Voos, los metaanálisis de los metaanálisis, teniendo en cuenta el escaso rigor de los ensayos clínicos de que constan, tienen el mismo valor que las encuestas pre-electorales hechas por encargo. Con lo fácil que hubiera sido presentar un estudio que cumpliera todos los requisitos clínicos arriba mencionados y respetara los principios fundamentales del psicoanálisis (mayormente para saber que lo que se valora es el psicoanálisis y no cualquier sucedáneo *light*).

Frau Voos alude también en su artículo a un par de estudios de consumo interno. En ellos se “prueba” que las terapias psicodinámicas de larga duración curan más y mejor que las de breve duración. La verdad es que el tiempo cura muchas enfermedades.

LOS EFECTOS CEREBRALES DEL PSICOANÁLISIS

Antes de meternos en esta discusión hay que advertir que el psicoanálisis se fundamenta en lo que en filosofía de la mente se llama «dualismo mente-cerebro», que postula la existencia de dos sustancias: la mente o espíritu y el cerebro o materia. Ambos, como son buenos amigos y residentes en el mismo lugar, *interaccionan* sin problemas. Según Descartes el lugar de residencia es la «glándula pineal»; según Freud, el *ello* (el *ello*, de naturaleza inconsciente y sede de los instintos, es la instancia del aparato psíquico freudiano en donde se produce la conversión de lo orgánico en psíquico y que a la vez sirve de depósito de la energía psíquica generada). Así pues, si algún efecto tiene el psicoanálisis sobre el cerebro, será porque el espíritu, de manera fantasmal (tipo *poltergeist*), influye sobre la materia. La cosa no es muy científica que se diga, pero

Con este objetivo [Anna Buchheim y colaboradores, de la Universidad de Innsbruck, nos recuerda Dunja Voos] analizaron el cerebro de los sujetos mediante imágenes por resonancia magnética funcional al principio de la terapia, tras siete meses y después de un año y tres meses. Los primeros análisis revelaron que las áreas cerebrales responsables del miedo y la ansiedad mostraban una menor actividad después de siete meses de tratamiento. De esta manera, las técnicas de neuroimagen permitían conocer parte del efecto del psicoanálisis.

Esta estratagema de Dunja Voos (llamada actualmente “neuropsicoanálisis”, cuyo fin consiste en reconciliar al psicoanálisis con los nuevos avances de la neurociencia del cerebro) nos introduce en el segundo de los artículos de *Mente y Cerebro*: «Efectos del psicoanálisis en el cerebro». Por cierto, ¿no dijo el médico de cabecera de «Cristina F» que la paciente no tenía que ir al neurólogo porque las causas de su mal no las podía diagnosticar y solucionar tal especialista?

El experimento descrito en este segundo artículo consiste en lo siguiente. Para empezar, como es de rigor, se establecen dos grupos de individuos: uno para recibir la psicoterapia específica (grupo experimental) y el otro el placebo (grupo control). Ahora bien, el método de obtención no es precisamente muy ortodoxo, ya que los grupos son elegidos a dedo (no aleatoriamente), uno con 20 pacientes depresivos y otro con ¡20 personas sanas! Al principio tuve que leer varias veces la frase, no sea que el inconsciente freudiano me estuviera jugando una mala pasada. Pero no, he aquí como prueba la frase exacta:

Además de la veintena de sujetos con depresión, reclutamos a otros tantos individuos sanos (de edades, sexo y formación equivalentes) como sujetos de control.

Evidentemente, los psicoanalistas son fraudulentos, no tontos. Para poder hacer una comparación (entre ambos grupos) del efecto terapéutico del psicoanálisis, a los pacientes sanos del grupo control, mediante dos técnicas psicológicas *ad hoc*, se les genera a nivel cerebral unos patrones neurobiológicos *ficticios* (o *artefactos*), es decir, que simulan artificialmente los patrones neurobiológicos reales de la depresión. La denominación es mía. Los términos empleados por los autores son los siguientes:

Nos basamos en dos técnicas de evaluación: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD, por sus siglas en inglés) y el sistema de dibujos proyectivo del apego del adulto (AAP). Los estímulos del primer método, con el que se analizan los rasgos para determinar ciertos patrones relacionales, debían servirnos para generar un patrón neuronal típico de la depresión, a saber, la hiperactividad en las regiones límbicas y subcorticales. A semejanza de los pacientes con depresión, los probando sanos presentaban modelos relacionales adversos que experimentaban como problemáticos y dolorosos, pero no un cuadro depresivo.

Así pues, se está comparando una enfermedad *real* con una *ficticia* o *artefacta*, para lo cual sólo se tiene en cuenta el patrón neurobiológico cerebral como fundamento de la comparación (lo mismo sucede en homeopatía cuando se compara la enfermedad real con la “enfermedad artificial” generada por la administración de los productos

Es imposible realizar ensayos clínicos rigurosos con el psicoanálisis, puesto que no se pueden formar grupos control con placebo ni se pueden formar grupos homogéneos que sirvan de comparación.



(foto: Freud - Exploring the unconscious mind, por Enrico - www.flickr.com/photos/17235062@N00/228705707/)

homeopáticos en dosis elevadas en el hombre sano). Eso es tan absurdo como comparar un *eritema* (mancha roja cutánea) *solar* con un eritema producido por un vulgar rascado, por una infección subcutánea, por una micosis o por una psoriasis. Todos esos procesos cutáneos tienen, ciertamente, un parecido en el color, pero todo lo demás es absolutamente diverso; de hecho, se trata de enfermedades diferentes, y cualquier tratamiento común es una mala praxis denunciable. Pero incluso aunque -volviendo a nuestro caso- comparáramos depresiones, miedos o angustias reales, se debe probar, ante todo, que las causas o el origen de tales alteraciones psíquicas son producto del inconsciente freudiano (regresiones, complejo de Edipo no resuelto, etc.), ya que sólo así podemos decir que estamos hablando de psicoanálisis.

En suma, es un experimento sin distribución aleatoria y sin grupos homogéneos de comparación, más aún, uno de ellos está compuesto de individuos sanos debidamente artefactados para parecer enfermos. El experimento es un vulgar fraude destinado a justificar el psicoanálisis.

Recurriendo de nuevo a mi vena freudiana, un experimento psicoanalítico real o verdadero sería de la siguiente guisa. Como es obvio, se partiría de enfermos depresivos reales de etiología psicoanalítica, es decir, con pruebas de que la depresión es generada por el inconsciente freudiano.

A continuación, se establecerían aleatoriamente dos grupos, uno experimental, al que se le aplicaría un psicoanálisis real, y otro de control, al que se le suministraría un psicoanálisis placebo o simulado, por ejemplo, mediante sesiones con rememoración consciente de representaciones inconscientes acompañada de una *transferencia* tam-

El neuropsicoanálisis actual consiste simplemente en una reinterpretación de nulo valor científico de los modernos estudios de neuroimagen mediante falsas analogías con conceptos psicoanalíticos.

bién falsa o simulada (que equivaldría a la pastilla placebo en los ensayos farmacológicos).

Evidentemente, todo esto es una pura ficción que muestra que el psicoanálisis es imposible de evaluar. Y si experimentos como el de Anna Buchheim y colaboradores tienen algún valor, no es, desde luego, el de probar la realidad del psicoanálisis.

Así pues, el neuropsicoanálisis actual consiste simplemente en una reinterpretación -de nulo valor científico- de los resultados neurobiológicos a la luz de los conceptos psicoanalíticos (pulsión, represión, Edipo, etc.), para lo cual se buscan falsas analogías (por coincidencias accidentales) entre los conceptos del psicoanálisis y los datos neurobiológicos procedentes de los modernos estudios de neuroimagen y de las lesiones del cerebro (que los neuropsicoanalistas se encargan de “seleccionar”), con el fin de hacernos creer que el psicoanálisis es validado por la neurociencia. He aquí un ejemplo (tomado del artículo que estamos comentando) de esta reinterpretación:

La disminución en la actividad de la corteza prefrontal medial constituía un claro signo de que los pacientes ya no recurrían, en la misma medida que al principio, a mecanismos de represión

Semejante mecanismo neurobiológico (inhibitorio) nada tiene que ver con la represión psicoanalítica, que es un proceso psíquico en el que están implicados el *ello*, el *yo*, el *superyó*, la censura, la libido y la evolución de la misma. Todo lo cual (perteneciente al orden del alma o psique) de ninguna manera puede ser probado por los datos neurobiológicos. Si existiera algo parecido al neuropsicoanálisis podríamos producir, mediante técnicas neurofisiológicas, represiones, manipular la censura, liberar a la consciencia contenidos reprimidos, modificar complejos de Edipo no resueltos, etc.

Respecto a las neuroimágenes de los supuestos efectos del psicoanálisis, lo fundamental que hay que saber es que no son específicas de ellos, ya que se confunden o solapan en gran parte con las neuroimágenes de experiencias y procesos totalmente diferentes. Las áreas cerebrales no siempre están dedicadas a tareas concretas, es decir, no hay áreas específicas de la ansiedad y del miedo. Se trata de zonas muy extensas de la corteza cerebral que carecen de especificidad y que se superponen en gran parte con zonas correspondientes a otros procesos (o funciones concretas).

En el colmo del cinismo, los psicoanalistas consideran el agravamiento de los síntomas como parte del proceso de curación.

De momento, carecemos de datos que nos indiquen cuán selectivamente activa es un área determinada. En el caso que nos ocupa, la prueba más evidente la ofrece el propio experimento, puesto que se consiguen patrones neurobiológicos (neuroimágenes) semejantes tanto con depresión real como con depresión facticia, es decir, con y sin enfermedad real. Los propios autores llegan a reconocer que:

Parte de las regiones cerebrales observadas en este estudio se hallan implicadas en otras psicopatologías. Junto a la corteza cingulada anterior, la amígdala y el hipocampo, algunas zonas del tálamo y del lóbulo frontal muestran con frecuencia una elevada actividad en los trastornos de ansiedad (fobia social, entre otras), así como en las depresiones o las compulsiones. Se presume que su denominador común es una perturbación en la regulación emocional: el lóbulo frontal no es capaz de mantener bajo control a la amígdala (centro de las emociones), de manera que esta última reacciona con hipersensibilidad. Las causas exactas permanecen, por ahora, en la oscuridad.

Por tanto, para valorar las neuroimágenes hay que encuadrarlas en el conjunto de la neurociencia: la neuroanatomía, neurofisiología y neuropatología. No tiene el mismo valor diagnóstico la imagen de un tumor o de un hematoma intracerebral, que la imagen de la actividad metabólica en una determinada zona que es común a una gran multitud de procesos psicobiológicos (al menos, insisto, por ahora y con las técnicas de ahora). Es importante advertir que los acupuntores y meditadores emplean el mismo truco para probar, respectivamente, la efectividad de los pinchazos y de la meditación.

EFFECTOS SECUNDARIOS (ADVERSOS) DEL PSICOANÁLISIS

Para los autores del tercer artículo de *Mente y Cerebro* que ahora comentamos, la terapia psicoanalítica (que puede generalizarse al resto de psicoterapias) presenta, al igual que los denostados y peligrosos fármacos de la medicina científica, un buen número de efectos secundarios, así como un agravamiento de los síntomas tratados. Dejemos hablar a los autores:

En la actualidad, no existen dudas de que la psicoterapia puede ayudar a muchas personas. Sin embargo, hoy como antes, no está suficientemente claro cuándo, cómo y a quién beneficia. La terapia no siempre ayuda; en el peor de los casos, incluso puede resultar perjudicial.

Puedo estar de acuerdo en que la psicoterapia, como cualquier otra actividad (jugar al fútbol, oír música, dar un paseo o leer cómics), puede «ayudar» (física o psicológicamente) a las personas. El problema es que no es lo mismo «ayudar» que curar (eliminar la enfermedad). Para colmo, esa ayuda no se sabe cuándo, cómo y a quién le va a tocar, como en la lotería. ¿Alguien se imagina que eso sucediera con los antibióticos o los anestésicos? En resumen, parece ser que el beneficio de la psicoterapia se da al azar, es decir, carece de efectividad sistemática. Finalmente, admiten los autores que la psicoterapia además de azarosa puede ser perjudicial.

¿Cuál es el grado de dicho perjuicio? Para unos, el porcentaje de fracasos y efectos secundarios es muy reducido. Para otros, sin embargo:

Los estudios demuestran la existencia de efectos nega-

tivos entre un 20 y un 40 por ciento de los casos tratados. Al menos así lo confirman Norman y Ann Macaskill, de los Servicios Comunitarios y de Salud Mental de Leeds y de la Universidad de Sheffield Hallam, respectivamente... Entre las consecuencias no deseadas destacaban los problemas matrimoniales y los episodios depresivos. [...]

En todas las modalidades de psicoterapia se encuentran efectos no deseados y nocivos. Estos van desde agravamientos de los síntomas hasta cambios persistentes en la personalidad.

Está claro, pues, que existen efectos secundarios o empeoramiento de los síntomas en un buen porcentaje de casos (los datos oscilan -según el estudio considerado- entre el 10 y el 25 por ciento de los casos tratados), algunos de los cuales son serios. Los terapeutas, sin embargo, infravaloran esa cantidad de fracasos, de hecho, rara vez se preocupan del problema. En el colmo del cinismo, los psicoanalistas consideran el agravamiento de los síntomas como parte del proceso de curación.

Por último, según los autores del artículo, resulta difícil saber por qué fracasa un tratamiento. Después de analizar varios estudios, concluyen que los problemas de los pacientes y las aptitudes de los terapeutas no constituyen las únicas piezas clave: también influye la «química», el *feeling* entre ambos.

Pero aún hay más. En todo este estudio, se pasa por alto una cuestión fundamental: el hecho de que evaluar el riesgo de un tratamiento en términos absolutos posee un valor limitado. El riesgo -que evidentemente existe, como ha quedado claro- debe ser evaluado en relación a sus potenciales beneficios. El beneficio en el psicoanálisis está tan débilmente probado que puede considerarse nulo. De lo que se deduce que cualquier complicación o cualquier efecto secundario, por raros que puedan ser, influyen significativamente en la relación riesgo/beneficio.

CONCLUSIÓN

El psicoanálisis, por mucho que lo publicite descaradamente la revista *Mente y Cerebro*, sigue siendo pseudocientífico (en sus teorías), ineficaz (en la clínica) y peligroso (en su práctica); en consecuencia, debe erradicarse de la práctica médica científica.

Puedo estar de acuerdo en que la psicoterapia, como cualquier otra actividad, puede «ayudar» a las personas. El problema es que no es lo mismo «ayudar» que curar.

