

## Consideraciones psicodinámicas en la práctica clínica psiquiátrica

Monografías

Revisión bibliográfica

### Resumen

**Surgen en nuestra práctica clínica interrogantes referidas a diversos aspectos de la relación que establecemos con nuestros pacientes, a los instrumentos farmacológicos y principalmente a los no farmacológicos. ¿En qué nos basamos al medicar?, ¿damos algo más junto con el fármaco?, ¿qué sucede en el paciente que está también en psicoterapia?, ¿y en su psicoterapeuta?, ¿influye la farmacoterapia en el proceso psicoterapéutico?, ¿podemos mejorar la efectividad farmacológica a través de elementos no farmacológicos? Realizamos una búsqueda bibliográfica intentando responder algunas de estas interrogantes, para realizar una mejor práctica psiquiátrica.**

### Palabras clave

Contratransferencia  
Farmacoterapia  
Psicoanálisis  
Psicoterapia  
Psiquiatría  
Transferencia

### Summary

**On our clinical practice arise some questions about different sides of the relation with our patients. About pharmacological and non pharmacological instruments. On what do we stand to prescribe medication?, do we give something else besides medication?, what happen if the patient is already at psychotherapy?, what happen inside his psychotherapist?, how does the pharmacotherapy influence his psychotherapeutic process? So we made this bibliographical search trying to answer some of these questions, oriented to a better psychiatric practice.**

### Keywords

Countertransference  
Pharmacotherapy  
Psychoanalysis  
Psychotherapy  
Psychiatry  
Transference

### Autores

**Marcelo Fridlenderis**  
Médico Psiquiatra.

**Alejandra Levy**  
Médico Psiquiatra.

Clínica de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas. Av. Italia, s/n

## Introducción

La motivación de esta revisión bibliográfica nace del trabajo clínico diario en los Servicios de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

Surge de interrogarnos sobre la posibilidad de articular la terapéutica farmacológica con otros marcos teóricos de explicación, comprensión y abordaje del aparato psíquico. Nos preguntamos si el psiquiatra en su ejercicio se beneficiaría de hacer consciente determinados aspectos de su práctica.

Intentaremos describir a través de esta revisión otros aspectos del encuentro médico-paciente a considerar en la terapéutica farmacológica.

Observamos que los pacientes desarrollan diferente vínculo con el psiquiatra, diferente actitud y compromiso hacia el tratamiento, diferente respuesta terapéutica. ¿Qué es “lo” diferente? Existen poblaciones con distintos parámetros biológicos farmacocinéticos y farmacodinámicos debido, por ejemplo, a variaciones en sus enzimas hepáticas, con sensibilidades y vulnerabilidades especiales. Pero no nos referimos a estas diferencias, sino a las características singulares convocadas en la relación médico-paciente. Esta relación “dinámica” hace único y singular cada tratamiento psiquiátrico. En este contexto vincular, la medicación adquiere significados psicológicos y una representación mental adicional, incluida en la dinámica de la personalidad, de la transferencia, del conflicto psíquico y de la enfermedad psiquiátrica en tratamiento.

Hay referencias históricas respecto al encuentro médico-paciente como instancia de alivio del sufrimiento, al acto médico como un encuentro entre dos subjetividades. El acto médico psiquiátrico tiene implícita esta característica con el agregado de que en él aparecen aspectos singulares: el psiquismo del psiquiatra debe tender a ser un instrumento terapéutico, las singularidades que el paciente despliega en este encuentro aportan a los diagnósticos y en un gran porcentaje de las consultas interviene un tercero significativo: la medicación.

Sigmund Freud, en su conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Viena en 1904, decía: “Sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento por él iniciado se agrega en el acto,

favoreciéndolo casi siempre, pero también, a veces, contrariándolo, un factor dependiente de la disposición psíquica del enfermo... Así, todos practicamos psicoterapia, aun si no nos lo proponemos ni nos damos cuenta de ello”<sup>1</sup>. Si bien Freud definió los términos Transferencia y Contratransferencia para hablar de fenómenos que suceden en el contexto de un tratamiento psicoanalítico<sup>2</sup>, estas también se desarrollan en la consulta psiquiátrica. De esta forma vemos que el paciente puede vivenciar inconscientemente que el médico desempeña el papel de las figuras parentales amadas y temidas, lo hace objeto y sujeto de la actualización de su ambivalencia pulsional, de lo esencial de sus conflictos infantiles. Considerar estos conceptos beneficiará el tratamiento si el psiquiatra desarrolla la habilidad de pensar analíticamente, tanto acerca del paciente y su historia como acerca de sí mismo respecto al paciente, incluyendo el acto de medicar.

## Decidiendo medicar

Se llega al diagnóstico psiquiátrico por la sumatoria de síntomas fenomenológicos, fenotípicos, descriptivos, simultáneamente con la experiencia clínica, con el criterio clínico, que permite un diagnóstico “genético”, estructural. Si bien la mayor parte de la información empírica se basa en la fenomenología del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), y algunos autores creen que el clínico debe decidir si medica exclusivamente sobre la base de la fenomenología observada<sup>3</sup>, no debe olvidarse que ese manual incluye en cada algoritmo diagnóstico la referencia al “juicio clínico” del psiquiatra tratante. En este nivel es donde se involucran los aspectos que intervienen al medicar<sup>4</sup>. En la decisión de medicar estarían involucrados al menos cinco factores<sup>5</sup>.

### 1. Paradigmas conceptuales que guían al clínico

Todo psiquiatra tiene paradigmas como base de su ejercicio clínico, con los que se plantea hipótesis, y existe una permanente circularidad entre ellos y la percepción de los fenómenos clínicos<sup>6</sup>.

### a. Acerca del modelo médico neurobiológico

Con el auge de las neurociencias, el avance tecnológico, la hiperespecialización, el modo habitual de tratamiento es considerar al paciente como un caso aislado y al médico fuera de esta ecuación. Sin embargo, es el médico quien debe organizar los datos en un síndrome y un diagnóstico nosográfico, iniciar el tratamiento y controlar su evolución. Este modelo se basa en las ciencias experimentales. Pero debemos considerar que la medicina es esencialmente una ciencia natural. Por lo tanto, todo lo que se relacione con el paciente es información, incluso nuestras actitudes y comportamientos. Si el psiquiatra se excluye de esto, falla en considerar la totalidad de la situación natural, pierde un instrumento y una fuente de información muy valiosa: su propio psiquismo. “El observar al paciente como un «aparato» psicológico, al psiquiatra como psíquicamente inerte y el encuentro de ambos como un desencuentro de refractariedades, induce una modificación artificial de la situación clínica<sup>5</sup>.”

### b. Acerca del modelo dinámico

“En el pensar y conocer la locura está el clasificarla en entidades nosológicas definidas, con su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Este modelo de enfermedad implica un concepto de tratamiento en cuanto a objetivos: restituir la salud, la normalidad, erradicar la enfermedad<sup>7</sup>.” Para el psiquiatra que utiliza herramientas de la teoría psicoanalítica “el síntoma no es sólo la producción mórbida patológica a suprimir sino el núcleo constitutivo de la existencia psíquica, lugar de sufrimiento pero motor insustituible de la sublimación. Así quedan modificados radicalmente los criterios axiomáticos y valores del concepto de curación<sup>7</sup>”.

Freud desarrolló un modelo revolucionario del psiquismo. Lo trascendente de este desarrollo teórico-práctico (con finalidad terapéutica) es el descubrimiento del inconsciente. Aunque siempre es uno de los protagonistas presentes en el vínculo médico-paciente, en la dinámica del tratamiento, en los resultados obtenidos (éxitos o fracasos), las instancias inconscientes tienden a ser ignoradas por el

psiquiatra tratante en la práctica cotidiana. Para la teoría psicoanalítica el ser humano es un ser en conflicto pulsional, latente o expresado deformado en síntomas emocionales y cognitivos, en el carácter, en la conducta, no sólo en los sueños y la asociación libre.

Melanie Klein, posteriormente, abordó las etapas más precoces del desarrollo del psiquismo. Fue revolucionario su planteo de la existencia de un psiquismo infantil previo a las etapas descritas por Freud y su desarrollo de la tridimensionalidad del cuerpo, un cuerpo poblado por personajes, por objetos introyectados. Desde una óptica kleiniana, en el consultorio psiquiátrico el paciente adulto desplegaría con su psiquiatra y su medicación las características de su primer vínculo, de su primera posesión: el pecho materno. Junto con la leche que lo nutre físicamente el bebé ingiere e introyecta objetos, instancias psíquicas, vínculos, ansiedades, que lo nutren psíquicamente<sup>8-12</sup>. Esto evoca la imagen del psiquiatra al dar una receta y en nuestra práctica hospitalaria, dando muestras médicas. Nos preguntamos qué sucede en el paciente y en su médico, a través de este hecho, cuando se realiza en forma casi automática condicionado por una realidad económico-sanitaria. Cada vez que damos al paciente contención afectiva, psicoeducación, presencia física, tolerancia a sus “ataques” estamos intentando alimentar sus figuras más positivas, calmar sus ansiedades persecutorias, potenciar la capacidad de reparación.

Siguiendo a M. Klein, un paciente en cuyo psiquismo se ha reactivado y predomine la posición esquizoparanoide, vivenciaría la medicación en forma principalmente persecutoria, con desconfianza hacia esta y al psiquiatra, predominando sobre la posibilidad de reparación, de mejoría y de ser ayudado. Atacaría el vínculo, en una reedición de la conflictiva precoz con relación a objetos vivenciados como persecutorios. Podrán aparecer impulsos hostiles hacia el psiquiatra vivenciado como frustrador, por identificación con objetos internos frustrantes, comenzando a faltar a las consultas, desatendiendo la posología de la medicación. En estos pacientes, el tratamiento corre riesgos de fracaso. Un paciente en quien predomina la posición depresiva, podría tener una vivencia de la medicación y del acto

\* Diagnósticos clínicos correspondientes a la clasificación DSM IV<sup>32</sup>.

médico predominantemente reparatoria, con capacidad de aceptar los “cuidados” del psiquiatra. En esta situación cabe esperar un pronóstico mejor.

El predominio de una posición u otra es algo cambiante, hay permeabilidad en el lapso de una misma consulta y en el curso de un vínculo terapéutico.

Winnicott, a través de sus conceptos de objeto transicional, de fenómeno transicional y de madre suficientemente buena<sup>13</sup>, nos hace pensar en el tratamiento psiquiátrico como un espacio (transicional que tiende a habilitar al sujeto a hacer uso de su vida en forma creativa. Para que esto pueda suceder debe encontrar en el psiquiatra “suficientemente bueno” un marco confiable, sostén y fortaleza necesarios para tolerar su propia ambivalencia, destructividad, y sobrevivirlas.

Para Bion, que ha hecho aportes útiles para pensar estos temas, el ser humano es un ser grupal<sup>14-16</sup> y la relación de dos ya es considerada como una relación de grupo. Notó que en los grupos se actúa como un todo, por sobre la sumatoria de los individuos que lo componen. Planteó la existencia de una mentalidad grupal, inconsciente para los integrantes del mismo, constituida por la opinión, la voluntad y los deseos unánimes del grupo en un momento dado. La articulación de estos elementos grupales e individuales, junto con la realización de la tarea en los hechos en un determinado momento de observación, es llamada cultura de grupo. El grupo que trabaja con el supuesto básico de dependencia espera que alguien o algo (objeto externo idealizado) provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos. Desde esta perspectiva el paciente podría esperar que la medicina lo provea de todas sus necesidades. El psiquiatra debe saber que podría verse ocupando ese rol establecido dinámicamente en el encuentro. Aparecerán así molestias en ambos, en la medida que no se satisfagan esas fantasías a través del tratamiento. Las reacciones del paciente son variadas: puede buscar otro psiquiatra, adoptar actitudes regresivas, sabotear su tratamiento. Al trabajar con el supuesto básico de ataque-fuga, la fantasía grupal es que existe un enemigo (objeto externo perseguidor) y es necesario atacarlo o huir de él, vivenciando el psiquiatra y el paciente como

peligrosos los síntomas que no entran en el marco de lo socialmente “normal”. Al trabajar con el supuesto básico de dependencia se tiene la esperanza irracional e inconsciente de que un hecho futuro resolverá y dará satisfacción a las necesidades y deseos actuales. Observamos así a psiquiatra y paciente idealizar a la ciencia o a la medicación. Hemos asistido pacientes que, por ejemplo, luego de una buena evolución con remisión de su sintomatología, cuando es oportuno discontinuar los fármacos, plantean dudas o negativas a dejar su medicación, o los pacientes que luego del alta continúan por años tomándolos, incluso fármacos que no generan dependencia fisiológica, o los que realizan intentos de suicidio con su propia medicación. Ellos nos evocan conflictos no resueltos involucrando las dinámicas descritas.

### c. ¿Convergencia de modelos?

Algunos psicoanalistas plantean que es difícil pensar alternativas a cómo un conflicto inconsciente puede funcionar si no es por vía de los principios de la neurobiología, neurofisiología y neuroquímica<sup>17</sup>. Al aceptar cada vez más la mente como una función del cerebro, la clasificación de sólo ciertos factores como orgánicos es un anacronismo.

Kandel refiere que la distinción entre orgánico y funcional no es sostenible<sup>18</sup>. No puede haber modificaciones del comportamiento que no se reflejen en el sistema nervioso y en el cambio persistente de estructuras a cierto nivel de resolución. La base para una nueva estructura intelectual en psiquiatría es que todo proceso mental es en algún nivel biológico y por eso toda alteración en este proceso es orgánica. Incluso si los conflictos inconscientes dan lugar a la emergencia de ansiedad y angustia, ¿cómo sería esto posible sino a través de los procesos fisiológicos? Pero no se puede colapsar el concepto de mente y cerebro en uno solo. De hecho, la mente es una función del cerebro y todo lo que la afecta, como la psicoterapia, debe cambiar al cerebro<sup>4</sup>. Los dos conceptos existen en distintos aunque interrelacionados marcos de referencia. Las interdisciplinas tienen diversas perspectivas y motivaciones y sólo convergerán en ciertos elementos críticos<sup>18</sup>.



Si bien los supuestos básicos pertenecen a diferentes planos epistemológicos, es en la resolución de una situación clínica definida donde pueden convergir<sup>19</sup>. Si bien Kandel critica del psicoanálisis el no haber logrado incorporar el método científico como sostén de sus hipótesis, le reconoce ser la más coherente e intelectualmente satisfactoria visión de la mente y le reclama a los institutos psicoanalíticos un mayor interés en relacionarse con la biología y las neurociencias<sup>20</sup>.

Con intención de hallar puntos de convergencias propone profundizar el estudio de: la memoria procedural como modelo de instancia psíquica inconsciente y preconscious; los cambios biológicos debidos a estresores precoces y su relación con la teoría del apego en el desarrollo de predisposición psicopatológica; la relación entre la working memory y el preconscious; la biología de los impulsos y la orientación sexual; los cambios estructurales por activación de la expresión genética secundaria a procesos mnésicos a largo plazo y la memoria procedural como base de la mejoría perdurable de las psicoterapias<sup>20</sup>.

## 2. Contexto del encuentro inicial

El contacto inicial entre psiquiatra y paciente suele suceder cuando este último está sufriendo síntomas y niveles de funcionamiento regresivos, incapacitantes y distorsionantes para sí o para quienes lo rodean. Los clínicos están confrontados por las expectativas sociales, como la decisión de medicar para “curar” y la rapidez en la obtención de resultados. Esto puede inducir a alinearse a un modelo puramente biomédico<sup>5</sup>. Con referencia a esto Gutheil<sup>21</sup> ha llamado “la ilusión de precisión” a la idea de la medicación como algo exacto, específico y preciso. Por otro lado, la rapidez en la decisión de medicar puede estar solapando la falta de comprensión de la situación del paciente desde el punto de vista bio-psico-social.

## 3. Contratransferencia

Comprender el rol de la contratransferencia es fundamental para entender el uso de la medicación. El sufrimiento del paciente y su significado para el médico deben ser hechos conscientes en la decisión de medicar, dado que esta puede ser su respuesta a lo que evoca

la influencia de las fantasías, deseos y motivaciones inconscientes del paciente a través de la contraidentificación proyectiva<sup>22</sup>.

El médico puede vivenciar inconscientemente como amenaza el estado de ansiedad y depresión de un paciente, aunque su decisión de medicar siga pautas establecidas y adecuadas o puede intentar evitar identificarse con el paciente como ser humano. Paradójicamente, la rápida tendencia a medicar puede estar influida por la identificación consciente o inconsciente con el paciente. A través de la medicación se puede satisfacer la necesidad de mantener un vínculo con él mediante un rápido aplacamiento simbólico satisfactorio<sup>5</sup>. La medicación se transforma de este modo en una solución de compromiso. El clínico logra así la disminución del malestar del paciente, tomando distancia de una identificación trascendente con este. Basta considerar como ejemplo los sentimientos maníacos de omnisciencia y seducción de un paciente, con los cuales el clínico se podría identificar, defendiéndose de sus propios núcleos depresivos, retrasando entonces la decisión de medicar. O, por el contrario, las vivencias de un paciente esquizofrénico, con una atmósfera de desorganización, fragmentación, con esfuerzos restitutivos delirantes, al cual se podría medicar rápidamente como una defensa ante el propio temor a enloquecer.

Por lo tanto, el psiquiatra necesita de un autoanálisis vigilante y una rigurosa supervisión, para evitar el uso defensivo de la medicación y de las teorías de la mente<sup>22</sup>. Los clínicos deben monitorizarse en el acto de iniciar, retirar o cambiar un fármaco<sup>3</sup>, en la búsqueda de actuaciones transferenciales o contratransferenciales infiltradas.

## 4. Roles

Los psiquiatras que se basan exclusivamente en el modelo biológico podrían asumir un rol que ignora los factores psicológicos de sí mismos y del paciente, considerando la contratransferencia como irrelevante y reemplazando ambigüedad por convicción<sup>5</sup>. Pero en psiquiatras que consideran el modelo psicoanalítico también puede darse que asuman un rol y una postura omnipotente como forma de escapar a la frustración de

una mala evolución. Esto se relaciona con lo expresado por Bion<sup>14</sup>, en el sentido de que si la intolerancia a la frustración es muy alta, la frustración puede dar lugar a la negación de la realidad; pero si la intolerancia existe, sin ser de tal grado como para negar la realidad, se desarrolla omnisciencia y omnisapiencia, que es otra forma de no pensar. La convicción brinda rápido alivio a la angustia generada por la frustración de no saber.

## 5. Procesos defensivos del paciente

¿Cómo debemos considerar el proceso defensivo del paciente en el análisis de la decisión de medicar? ¿Las posibles complicaciones dinámicas deben ser valoradas junto a las posibles indicaciones?<sup>22</sup> De hecho el paciente podría estar realizando esta misma consulta psiquiátrica como acting out contra su terapia, al servicio de sus resistencias<sup>23</sup>.

Para algunos autores<sup>21</sup> el significado transferencial del uso de medicación debe ser considerado independientemente de las indicaciones clínicas de esta.

Lo que debe guiar al psiquiatra respecto a la utilidad de la medicación es la fenomenológica de su psicopatología (fenotipo y genotipo, síntomas y estructura). También para Swoiskin la decisión de medicar debe basarse sólo en criterios descriptivos y no en los significados potenciales de su uso<sup>4</sup>.

## La intervención farmacológica

Simultáneamente con la farmacoterapia, se instituyen otras modalidades terapéuticas (aunque sea inconscientemente)<sup>25</sup>. Dentro de ellas se establecen la “transferencia” hacia el fármaco y la “transferencia” hacia el psiquiatra.

### 1. Sugestión, manipulación, placebo

Sugestión es inducir en el paciente, sin su participación consciente, una serie de creencias y emociones acerca de la medicación. Se inicia al darle nombre a la medicación, por ejemplo: “antidepresivo”, “antipánico”, “antidelirante”, “antimaníaco”. Así nombradas, estas parecen oponerse a la enfermedad. La

atención se desplaza desde una orientación autoplástica a una aloplástica y concibe a la enfermedad como un fenómeno xenopático, extranjero a la persona, del cual debe curarse<sup>7</sup>. Cuando el médico explica sobre la medicación el paciente podría escuchar como una verdad indiscutible: “Tarda 2 a 4 semanas en hacer efecto”.

Cercana a la sugestión está la manipulación: uso por parte del médico del sistema emocional existente en el paciente para producir una actitud favorable hacia la situación terapéutica.

El efecto placebo comparte ciertas de estas características.

En el marco de la teoría objetal de Melanie Klein<sup>8-12</sup>, en toda prescripción médica realizada con actitud positiva puede producirse en el paciente la internalización de los aspectos buenos de ese acto y una reactivación de los objetos buenos introyectados en la infancia, con la resultante mejoría.

La medicación puede estabilizar la ansiedad del paciente debida al estado de intimidad-separación respecto al médico, descrito por Winnicott<sup>13, 26-28</sup> en el análisis de vínculos tempranos madre-hijo. Esta relación emocional podría estar reforzada por el uso de medicación a largo plazo o por procedimientos de dosificación sanguínea de fármacos.

### 2. Interpretación inexacta

Una interpretación puede no ser del todo exacta pero sí acercarse a la fantasía inconsciente subyacente a un síntoma. Esta puede reactualizar esa fantasía y de este modo reforzarla como una defensa. Por lo tanto, esta interpretación inexacta<sup>22</sup> lleva a una mejoría sintomática pero también a que los orígenes dinámicos inconscientes de esa fantasía sean menos accesibles al análisis.

¿Cómo se vincula esto con el uso de medicación? Si el psiquiatra otorga una explicación de la enfermedad con hipótesis exclusivamente biológicas podría favorecer la negación y la represión en el paciente. Este podría internalizar esas racionalizaciones e interpretaciones, mejorando sintomáticamente por sepultar el conflicto. El psiquiatra reforzaría las defensas del paciente como consecuencia de su propio uso inconsciente de defensas, como la negación

ción y la represión, o con una intencionalidad terapéutica consciente.

### 3. “Transferencia” hacia el fármaco

Tomar medicación no es un acto emocionalmente neutral, ni en los pacientes psiquiátricos ni en los no psiquiátricos. Hay una carga libidinal en el fármaco<sup>19</sup>, hay tanto “transferencia” positiva como negativa hacia el fármaco o comprimido, similar a como la hay hacia el psiquiatra. La medicación está inmersa en fenómenos transferenciales. En el paciente depresivo la medicación puede simbolizar la sanción, el castigo por la falta cometida, la confirmación de la autoimagen de debilidad y desesperanza, un reforzamiento de la tendencia masoquista. Pero también la confirmación material de esperanza y apoyo, o una resignación a la soledad dolorosa ahora que la medicación suplanta una relación interpersonal. En el paciente maniaco puede simbolizar el peligro de una indeseada interrupción de búsqueda de satisfacción, una amenaza a su omnipotencia. Para el paciente esquizofrénico puede significar la pérdida del control omnisciente mágico, una nueva presión hacia su estado narcisista, una incorporación restitutiva hacia alucinaciones auditivas contrarias a la medicación<sup>25</sup>.

### 4. Transferencia hacia el psiquiatra

La relación médico-paciente es en sí misma un instrumento terapéutico. Esta relación puede ser también blanco de los significados de la medicación. Lo que surja en el acto de medicar aportará elementos valiosos para la comprensión psicoterapéutica. En esta relación se podrá actuar terapéuticamente con los obstáculos que aparezcan bajo la forma de las representaciones mentales asociadas a la medicación, la complacencia con el tratamiento, los probables efectos secundarios.

Es de importancia clínica la variedad de comportamientos que involucran a la medicación y, de ellos, principalmente, los impulsivos, como el abandono del tratamiento farmacológico, las ingestas masivas y los intentos de suicidio. Estos pasajes al acto (acting out) por parte del paciente, que involucran medicación, deben ser clarificados, intentando comprender su significación hacia el psiquiatra, hacia el tra-

tamiento, o la posible mejoría. Las formas clínicas son variadas: en el contexto de su frustración por el cambio de psiquiatra tratante, reeditando frustraciones ante separaciones previas; en un paciente en duelo o deprimido, sustentado inconscientemente la caída sobre su yo de la ambivalencia hacia el objeto perdido con toda la severidad de su superyó; o utilizar la ingesta masiva de su medicación como método suicida por incremento de los impulsos sádicos orales.

## Farmacoterapia y psicoterapia

La interacción de psicoterapia y farmacoterapia está recibiendo una atención creciente en la literatura psiquiátrica, psicoanalítica y en la práctica clínica<sup>29,30</sup>. La psicofarmacología realiza una contribución al despliegue del paciente en la terapia. ¿Cómo influye en las técnicas terapéuticas?, ¿cómo hacer mejor la combinación? Karasu<sup>31</sup> cree que son complementarias en términos de ingredientes activos, mecanismos de cambio y latencia de respuesta. Ostow<sup>32</sup> ha dado pautas para la farmacoterapia en psicoanálisis como tratamiento coadyuvante. Khan<sup>33</sup> afirma que los estudios sugieren que la combinación de ambas modalidades tiene efectos sinérgicos en diferentes aspectos de la enfermedad. Loeb<sup>34</sup> ha descrito que la psicoterapia sería más efectiva en el funcionamiento social mientras que la medicación lo sería en las alteraciones del humor y del pensamiento. Luego de ver las principales objeciones de los psiquiatras y los terapeutas no existen pruebas de interacción negativa entre ellas. Es más, Klerman<sup>35</sup> demuestra que la combinación de ambas es más efectiva que cada una por separado.

La literatura muestra una gran variedad de aproximaciones al tema. Destacamos:

#### 1. La farmacoterapia y el psicoterapeuta

Esta combinación puede movilizar la identidad del psicoterapeuta<sup>25</sup>. Debemos favorecer la percepción del psiquiatra y el psicoterapeuta como parte de un único ambiente terapéutico, con pautas y coordinación entre ambos y un estado de atención permanente respecto a probables movimientos en el paciente o su familia para escindirlos. Desde una perspec-

tiva kleiniana, el paciente puede atribuir frente a su psicoterapeuta todos los logros a la medicación, como defensa contra la emergencia de una vivencia de necesidad hacia el psicoterapeuta y como defensa contra la amenaza de su ausencia. Desde una perspectiva winnicottiana el paciente estaría poniendo a prueba lo suficientemente buena que es su terapeuta-madre. El psiquiatra, a su vez, a través de la identificación proyectiva, puede identificarse con los ataques del paciente hacia la psicoterapia o mostrarse ambivalente hacia ella.

Al igual que el paciente, el terapeuta puede dar a la medicación diferentes significados. Ante el tema “medicación” puede sentirse desafiado, devaluado y experimentarlo como falta de confianza<sup>23, 34</sup>; puede temerle a psicofármacos que resuelvan la fenomenología sin dar lugar a la posibilidad de encontrar sentido a las vivencias del paciente<sup>3</sup>.

Tanto el uso como el rechazo de la medicación pueden contener elementos de defensa<sup>22</sup>. Como el terapeuta siente y reacciona frente a la medicación es crucial para los pacientes; ellos toman sus pistas del terapeuta. Si el terapeuta ignora los impactos de la medicación o niega su significado, el paciente puede sentirse desacreditado de comentar acerca de ello o temeroso de influir negativamente en el terapeuta. Incluir en la psicoterapia el tema de la medicación brinda la oportunidad de avanzar en el proceso terapéutico<sup>18, 22</sup>. Podría acontecer que un paciente, por un lado, refiriera al psicoterapeuta el incumplimiento de su medicación y por otro, refiriera a su psiquiatra sus sentimientos ambivalentes hacia el psicoterapeuta. El reconocimiento de esta escisión y su exploración y confrontación en ambos settings ayudará a resolver algo de la relación de objeto temprana que evoca esta vivencia y conducta y permitirá una mejor adherencia al tratamiento. Establecer puentes claros entre ambas modalidades permite una más efectiva evaluación de la medicación y de su significado en la psicoterapia<sup>36</sup>. La comunicación entre técnicos ayuda a determinar puntos firmes de referencia para cuidar cada encuadre.

## 2. Impacto de la farmacoterapia en la psicoterapia

Estas modalidades terapéuticas se dirigen y actúan en diferentes focos de la problemática del paciente, pero no queda claro cómo alivian cada una el malestar original que este trae. Lo que el paciente trabaja en su psicoterapia podrá verse influido por la farmacoterapia. La forma en que un paciente lleva a su psicoterapia sus vínculos actuales y pasados está sesgada por su patología psiquiátrica, lo que luego del tratamiento farmacológico puede ser evocado y descrito de una forma diferente<sup>25</sup>.

Entendiendo la formación de los síntomas en términos de defensas, se plantean posibles efectos negativos: que el alivio de los síntomas condicione el abandono de la psicoterapia, que las defensas pudieran ser cortadas prematuramente sustituyendo a los síntomas por no haberse resuelto el conflicto inconsciente subyacente o hacer sentir al paciente que no es apto para psicoterapia<sup>4, 22</sup>.

Los efectos positivos serían: facilitar la accesibilidad psicoterapéutica, mejorar las funciones del yo y facilitar la expectativa de mejoría. La medicación permitirá oportunamente trabajar sobre los diferentes aspectos de la enfermedad.

La creencia de que la medicación bloquea la capacidad de insight es falsa. Es más, los significados inconscientes del uso de medicación pueden ser identificados y analizados; por lo tanto, tratados como el resto del material llevado a la terapia.

Roose<sup>24</sup> plantea que en ciertas circunstancias el uso de medicación podría disminuir la motivación psicoanalítica del paciente a través del reforzamiento de las defensas contra la completa integración de la experiencia psíquica. Intentando demostrar cómo sucedería el refuerzo de las defensas cita las teorías de fetichismo<sup>37</sup> y de la interpretación inexacta<sup>17</sup>. La medicación podría reforzar la falsa integración de partes escindidas. El autor sostiene que aunque los terapeutas pueden analizar los fenómenos invocados por la medicación, el hecho de administrarla tiene más fuerza de significado. Podría haber diferencias entre las intenciones conscientes del psiquiatra al medicar y las fantasías del paciente al recibir medicación. Una amplia variedad de fantasías



patogénicas puede ser fortalecida por el uso de medicación. Las dificultades sexuales secundarias a los antidepresivos en un paciente con fantasías de castración, o el aumento de peso en una paciente con fantasías de embarazo medicada con antipsicóticos atípicos, se verían reforzados potenciando sus efectos defensivos. Así, el conflicto subyacente será muy difícil de analizar<sup>22</sup>. Otra vertiente reconoce que el reforzamiento de las fantasías por la medicación podría hacerlas más fáciles de verbalizar y trabajar.

Respecto al fetichismo, las fantasías nutridas de las posibles áreas perversas del espectro psicopatológico del paciente y/o del psiquiatra se pueden desplegar y encontrar configurando un escenario de renegación perversa de la necesidad de tratamiento de partes escindidas del yo del paciente<sup>6</sup>, poniendo la medicación donde debería estar la habilitación del encuentro del sujeto consigo mismo<sup>38</sup>.

Durante el curso del análisis un progreso puede traer consigo un empeoramiento de los síntomas. Siguiendo esta línea de pensamiento, un tratamiento combinado psiquiátrico y psicoterapéutico dinámico que reduzca los síntomas en todos los momentos del mismo, podría ser “disgregativo” de la conciencia. Pero muchas veces es condición imprescindible para una psicoterapia el alivio inicial de la sintomatología con psicofármacos<sup>23</sup>. Los síntomas pueden presentarse como expresión de sufrimiento actual acompañados de una demanda y necesidad de urgente alivio. Al ser aliviados permitiríamos el inicio de su abordaje en psicoterapia<sup>19</sup>.

Surge también otra consideración: ¿son los cambios logrados por la medicación de igual naturaleza que los alcanzados a través de la psicoterapia?

La medicación calma síntomas, previene recaídas, mejora la sobrevida; sin embargo, por sí misma no rehistorifica a la persona, no da simbolizaciones ni significados. Pero la mejoría sintomática que determina es la que permite transitar este proceso, a través de la relación medico-paciente y la psicoterapia dinámica, resultando en una complementariedad de objetivos. En este equilibrio deben trabajar los psiquiatras y los psicoterapeutas<sup>4, 23</sup>.

### 3. Farmacoterapia en el paciente en psicoterapia

Los modos terapéuticos de la terapia psicoanalítica y la farmacología son diferentes; la primera en una orientación autoplástica, la segunda en una orientación aloplástica. Así, el paciente podría percibir al psiquiatra que medica como un padre o madre que todo lo da y al psicoterapeuta como un padre o madre deprivadora y punitiva. Es posible que el paciente desarrolle la fantasía de una pareja parental idealizada que cuida de un hijo<sup>36</sup>.

La farmacoterapia puede reavivar sentimientos infantiles de rivalidad, dependencia, hostilidad; hacer experimentar la prescripción de medicación como una herida narcisista; hacer pensar que significa una falla propia, “vergüenza por ser tan débil”; que ha decepcionado al psicoterapeuta o no ha trabajado lo suficiente para mejorar. Puede experimentarse como una introyección mágica, poderosa, con cualidades de bien o de mal. Esto se ve muy influido por las características de la relación entre el paciente y el psiquiatra<sup>22, 23</sup>.

Debemos analizar las fantasías acerca del origen de la sintomatología que está en tratamiento. ¿Qué quiere decir el paciente cuando afirma que su enfermedad es orgánica: que es defectuoso, que no puede cambiar, que es responsable o no por ello?<sup>3</sup>

Se puede rechazar la medicación como forma de prolongar la gratificación del beneficio inconsciente de la situación de enfermedad. También se puede rechazar la mejoría por temor al peligro que implica aliviar los síntomas, “que la vida sin ansiedad no tiene emoción ni desafíos”. O potenciar la fantasía de que sus sentimientos, cogniciones y conductas son determinadas por la medicación y no por sus propias motivaciones.

### 4. La farmacoterapia y la familia del paciente

El psiquiatra debe ser receptivo a los significados que tienen para la familia del paciente la enfermedad, la medicación y el tratamiento. ¿Qué ha sido la medicación en la historia de los padres?, ¿algún integrante de la familia la ha usado o está usando y cuáles fueron los resultados?, ¿presionan al paciente para estar medicado o libre de medicación?, ¿sabotean

el tratamiento?, ¿hacen que el psiquiatra sea visto como una extensión de sus deseos?<sup>39</sup> Generalmente, la forma en que la familia del paciente ve al psiquiatra es la forma en que ve la medicación que él indica. Para unas la medicación será equivalente a los cuidados que el psiquiatra le brinda; para otras, puede ser interpretada como una forma de distanciamiento por la que el psiquiatra intenta separarse afectivamente del paciente.

La familia puede verse afectada tanto por la mejoría del paciente como por la falta de esta. El paciente puede haber sido motivo de estrés, pero también puede haber sido motivo de unión familiar<sup>4</sup>, la superficie que ocultaba otros problemas que quedarán en evidencia al ocupar esta otra posición.

## 5. Decidiendo combinar modalidades

La literatura demuestra que la combinación de modalidades terapéuticas es más eficiente que cada una por separado<sup>18</sup>. Gabbard<sup>40</sup> considera importante la investigación sobre la efectividad de combinar modalidades y su aplicación correcta en la práctica clínica, así como la enseñanza de esta forma de configurar el tratamiento desde la formación del posgrado. Como ejemplo, podemos citar el trabajo de Keller<sup>41</sup> en pacientes con depresión. Dividió en tres grupos pacientes deprimidos crónicos. Un grupo recibió sólo psicoterapia (en este caso cognitivo-comportamental). El segundo sólo farmacoterapia con antidepresivos y el tercero ambos tratamientos combinados. Este último presentó resultados de remisión más importantes (85%) que el de las modalidades terapéuticas por separado (55% para los antidepresivos y 52% para la psicoterapia), sugiriendo que “la combinación de tratamientos provee una ventaja clínica significativa”.

En otro estudio<sup>42</sup>, a un grupo de pacientes con diagnóstico de depresión crónica se les aplicó en forma randomizada una de las tres alternativas: farmacoterapia exclusivamente, psicoterapia exclusivamente o la combinación de ambas. Los resultados evidenciaron un mayor porcentaje de respuesta en el grupo tratado con la combinación.

Debemos considerar la combinación de ambas modalidades desde el inicio del tratamiento y no relegarla para el caso de una mala respuesta terapéutica<sup>42</sup>.

Pero Gabbard<sup>40</sup> destaca que así como hay indicaciones, existen contraindicaciones para ciertas asociaciones, como el uso de benzodiazepinas en casos de trastornos por pánico en terapia cognitivo conductual de exposición, pudiendo comprometer los resultados a largo plazo. Él es partidario de que el tratamiento biológico y psicoterapéutico sea realizado por el mismo psiquiatra, tanto en la terapia psicoanalítica como en la cognitivo comportamental. Plantea que de esa forma se evita potenciar la imagen de disociación entre “psicológico-biológico”, se permite una mejor exploración de los pensamientos automáticos disfuncionales, una mejor recolección de la transferencia y se puede trabajar mejor la escisión defensiva. En su opinión, existen situaciones específicas en las que es conveniente que un psiquiatra capacitado en psicoterapia sea quien trabaje con el paciente. Es el caso de los pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con mala adherencia al tratamiento, pacientes bipolares que niegan su enfermedad y no se adhieren al tratamiento, pacientes con una condición médica somática inestable en la que se necesitan los conocimientos médicos del psiquiatra para el manejo global, pacientes con trastorno límite de la personalidad que usan la escisión en contra del equipo terapéutico, pacientes suicidas impulsivos que puedan requerir hospitalizaciones frecuentes, pacientes con trastornos de la alimentación severos con complicaciones somáticas, pacientes sin diagnóstico claro en los que es en la continuidad del vínculo con el psiquiatra donde se clarifica el diagnóstico y la conducta terapéutica.

## Conclusiones

Se hizo un resumen de los conceptos de diferentes autores sobre la existencia de factores psicodinámicos simultáneamente a la administración de farmacoterapia, desde el inicio de la relación psiquiatra-paciente. Convergen en la consulta: el paciente, el psiquiatra, sus inconscientes, biografías, vínculos, familia, psicoterapeutas y los servicios de salud.

Explicitar estos aspectos lleva a considerar aquellos fenómenos inconscientes convoca-

dos en el paciente y el psiquiatra durante el ejercicio diario, atento a deseos, impulsos instintivos, fantasías, conflictos, defensas, resistencias, fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

Tomar en cuenta estas “dinámicas”, teniéndolas presentes conscientemente, posibilitará realizar una mejor práctica psiquiátrica.

## Bibliografía

1. **Freud S.** Sobre psicoterapia. Conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Viena en 1904. En: Freud S. Obras Completas, versión en CD-ROM. Argentina. Context Informática Documental. 1995.
2. **Laplanche J, Pontalis JB.** Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1996.
3. **Cabannis DL.** Beyond dualism: Psychoanalysis and medication in the 21st century. *Bull Menninger Clin* 2001;65: 160-170.
4. **Swoislin MH.** Further thoughts on dualism, science, and the use of medication in psychoanalysis. *Bull Menninger Clin* 2001;65(2):171-178.
5. **Nevins DB.** Psychoanalytic perspectives on the use of medication for mental illness. *Bull Menninger Clin*, 1990;54(3): 323-329.
6. **Probst E.** La pervisión de la psicofarmacología. *Rev Psiquiatr Urug* 1987;52: 1-7.
7. **Viñar M.** El aporte del psicoanálisis a la psiquiatría. *Revista Temas de Psicoanálisis* 1993;19:52-56.
8. **Klein M.** Algunas conclusiones sobre la vida emocional del bebe. En: Klein M. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós, 1987. Volumen 3.
9. **Klein M.** El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. En: Klein M. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós, 1987. Volumen 2.
10. **Klein M.** Envidia y gratitud. En: Klein M. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós. 1987. Volumen 3.
11. **Klein M.** La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En: Klein M. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós, 1987. Volumen 2.
12. **Klein M.** Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: Klein M. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós, 1987. Volumen 3.
13. **Winnicott DW.** Objetos Transicionales y Fenómenos Transicionales. En: Winnicott DW. Realidad y Juego. Buenos Aires: Granica, 1993.
14. **Bion WR.** Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós, 1970.
15. **Bion WR.** Experiencia en Grupos. Buenos Aires: Paidós, 1963.
16. **Bion WR.** Volviendo a pensar. Buenos Aires: Horme, 1970.
17. **Glover E.** The therapeutic effect of inexact interpretation: a contribution to the theory of suggestion. *Int J of Psychoanal* 1931;12:397-411.
18. **Kandel ER.** A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):457-469.
19. **Weisse CF.** El síntoma entre el psicoanálisis y la psicofarmacología. *Revista de Psicoanálisis. Número Especial Internacional* 2001;8:373-391.
20. **Kandel ER.** Biology and the future of Psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999;156(4):505-524.
21. **Gutheil TG.** The Psychology of Psychopharmacology. *Bull Menninger Clin* 1982;46(4):321-330.
22. **Swoislin MH.** Psychoanalysis and medication: Is real integration possible? *Bull Menninger Clin* 2001;65(2):143-159.
23. **D'Ottone A.** Pacientes en psicoterapia: lugar de los psicofármacos en el programa terapéutico. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 2002;4:(2):73-82.
24. **Roose SP.** Does Anxiety Obstruct or Motivate Treatment? When to Talk, When to Prescribe and When to Do Both? In: Hollsdale NJ. Anxiety as symptom and signal. Analytic press. 1995;155-169.
25. **Hyland JM.** Integrating psychotherapy and pharmacotherapy. *Bull Menninger Clin* 1991;55(2):205-215.
26. **Winnicott DW.** Preocupación materna primaria. En: Winnicott DW. Escritos

- de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia, 1981.
27. **Winnicott DW.** Deformación de yo en términos de ser verdadero y falso. En: El proceso de maduración del niño. Barcelona: Laia, 1975.
  28. **Winnicott DW.** El uso del objeto y la relación por medio de las identificaciones. En: Realidad y juego. Buenos Aires: Gediza, 1972.
  29. **Pascale A, Askenazi S y col.** La actividad psicoanalítica como actividad hospitalaria. La influencia del encuadre institucional en el proceso terapéutico. (Primera comunicación). Revista Temas de Psicoanálisis 1993;20:79-83.
  30. **Pascale A, Askenazi S y col.** La actividad psicoanalítica como actividad hospitalaria. La influencia del encuadre institucional en el proceso terapéutico. (Segunda comunicación). Revista Temas de Psicoanálisis 1996;23:91-93.
  31. **Karasu TB.** Psychotherapy and Pharmacotherapy: towards an integrative model. Am J Psychiatry 1982;139(9): 1102-1113.
  32. **Ostow M.** Drugs in Psychoanalysis and Psychotherap. New York: Basic Books, 1962.
  33. **Khan D.** The Psychotherapy of Mania. Psychiatric Clin N Am 1990;13:229-240.
  34. **Loeb FF Jr., Loeb LR.** Psychoanalytic observations on the effect of lithium on maniac attacks. J Am Psychoanal Assoc 1987;35(4):877-902.
  35. **Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ and Chevron ES.** Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984.
  36. **Pilowsky D, Bellinson J.** Psychotherapist, Psychiatrist, and Patient. J Psychother Pract Res 1996;5:26-34.
  37. **Freud S.** El Fetichismo. En: Freud S. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1980. Vol 21:147.
  38. **Acevedo de Mendilaharsu C.** El fetiche en la transferencia. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 60:21-30.
  39. **O'Brien J, Perlmutter I.** The effect of medication on the process of psychotherapy. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 1997;6(1):185-196.
  40. **Gabbard G.** The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? Am J Psychiatry 2001;158(12):956-1963.
  41. **Keller MB, Mc. Cullough JP, Klein DN y col.** A comparison of nefazodone, the cognitive behavioural-analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 2000;342(20):1462-1470.
  42. **Kocsis JH.** New strategies for treating chronic depression. J Clin Psychiatry 2000;61 suppl. 11:42-45.