

Eje temático:

Las Neurociencias: alcances y perspectivas

Cuestiones de la técnica: fundamentos de sus modificaciones en la práctica actual

El psicoanalista y el dilema de medicar

El psicoanálisis y el tratamiento psicofarmacológico.

Dra. Claudia Selener, Dr. Eduardo Mydlarski, Dr. Guillermo Bruschtein,

Dr. Rafael Groisman Asociación Psicoanalítica Argentina

Como grupo de investigación nos interesamos en las diversas situaciones clínicas que nos enfrentan muchas veces con la posibilidad de implementar el recurso psicofarmacológico.

Nos surgen algunos interrogantes, relacionados con los paradigmas clásicos que sustentan nuestra práctica clínica.

Los pioneros del psicoanálisis debieron reafirmar nuestras teorías y prácticas clínicas enfrentando serias resistencias, - algunas de las cuales perduran aún hoy - , tanto en el plano cultural como científico.

Creemos que el haber enfrentado adversidades fortaleció la identidad de nuestra disciplina, posiblemente provocando un sentimiento reactivo a lo ajeno.

Actualmente, agregaríamos el hecho de que durante mucho tiempo los psicoanalistas nos hemos resistido a incorporar los avances y descubrimientos en el campo de la psiquiatría, que podrían beneficiar los procesos psicoterapéuticos dentro del marco psicoanalítico.

En este sentido, los analistas nos debemos a la tarea de continuar debatiendo la posible interacción con otras disciplinas, con la finalidad de ampliar los logros terapéuticos, sin que esto empobrezca un determinado proceso psicoanalítico. Cabe aclarar, que dado que este trabajo excede la discusión sobre lo que entendemos por proceso psicoanalítico, daremos como entendido que llamamos de esta manera al trabajo con un sujeto en transferencia a lo largo de un periodo de tiempo.

En esta oportunidad intentamos desarrollar dos aspectos de la interacción entre el psicoanálisis y los psicofármacos.

El primero de ellos está relacionado con las características clínicas de los pacientes.

A lo largo de su obra, Freud se interesó por describir los cuadros clínicos en los que la instauración de un tratamiento psicoanalítico rindiera los mejores resultados. Desde esa perspectiva, las psicosis serían inapropiadas para el psicoanálisis. (Freud 1905)

Si bien los desarrollos de los autores posfreudianos han permitido el abordaje de cuadros severos, nos parece interesante señalar que es justamente en el tratamiento de estas patologías en donde existiría un consenso más generalizado de intervenir psicofarmacológicamente. Freud ya vislumbraba, en Esquema de psicoanálisis, que las psicosis podrían ser tratadas con otras terapéuticas.

Por el contrario, se despliegan controversias si pensamos en la implementación transitoria del fármaco en pacientes con otras estructuras, dado que clásicamente el campo de acción del psicoanálisis son las neurosis de transferencia (Freud 1932). Somos conscientes de la influencia de la medicalización, que vinculada a la cultura de la inmediatez, promueve el uso del fármaco como un objeto más de consumo, pero en determinadas situaciones acompañadas de intenso sufrimiento psíquico, la indicación del fármaco nos parece conveniente.

Pensamos que en estos pacientes, este tratamiento combinado estaría justificado en algunas situaciones. Por ejemplo, hay momentos en los que los intentos por interpretar y así posibilitar algún tipo de significación de experiencias traumáticas vividas por el sujeto, resultan ineficientes. El paciente, “entiende pero no entiende”, no pudiendo acceder al registro discursivo que el analista propone. ¿Se trataría de un déficit simbólico limitado? No se trataría de un quite de colaboración de tipo conciente por parte del paciente, sino que nos referimos a sujetos que carecen de la capacidad de “procesar los pensamientos” (Bion), o presentan este fenómeno transitoriamente en

algún momento de sus vidas. La angustia que padecen es invasiva, dominante y desorganizante.

Estos estados - verdaderos obstáculos en el proceso analítico - suelen surgir durante un tratamiento que transcurrió hasta ese momento con características transferenciales de registro neurótico. Nuestros diagnósticos son a menudo hechos con posterioridad a un tratamiento de prueba. Es decir, podría tratarse de pacientes diagnosticados como neuróticos que luego comenzamos a pensar como estados límite. Otras situaciones en las que el uso de la medicación podría ser útil incluyen las urgencias, consultas en un momento de crisis severa y con un despliegue sintomatológico que hace dudar al psicoanalista de la gravedad y pronóstico del paciente.

Entendemos al síntoma como un referente para el diagnóstico y para la evolución clínica, aunque lejos estamos de quedar atrapados por diagnósticos clasificatorios y permanentes.

El psicoanálisis nos posibilita la interpretación del síntoma en relación al deseo inconsciente en el que este se sustenta.

El segundo aspecto de la problemática que estamos presentando, son algunos de los diversos efectos que esta intervención produce en el campo transfero-contratransferencial.

El siguiente fragmento de material clínico ilustra algunos aspectos de lo desarrollado hasta aquí

La paciente en cuestión tiene 37 años, soltera y desde hace tres está en terapia psicoanalítica.

Al momento de la consulta padecía desde hacía un mes, un estado de hipomanía, angustia, sensación de extrañamiento.

Sentía que los demás la observaban, pensaba que tenía actitudes que podían llamarles la atención. Suponía que miraba raro o que corría el riesgo de que los ojos se le dieran vuelta.

No conciliaba el sueño; tenía exacerbados los controles obsesivos de limpieza, orden de la casa y exigencia laboral .

Estaba asustada, temía volverse loca y le preocupaba angustiar a su mamá

(con quien vive) y a sus hermanas.

Pensaba que si se alejaba de sus obligaciones y hacia un viaje se podría ordenar y tranquilizar.

Hasta este momento había podido realizar eficientemente sus tareas profesionales como docente y como asistente de un funcionario político.

Describe haber padecido una descompensación a los 18 años. No recuerda los síntomas, pero sí el estado de confusión por el que transitó. Refiere haber estado medicada con Haloperidol, durante un breve período.

Concurre a la primera entrevista acompañada de su mamá y la hermana menor (estudiante de psicología).

La paciente resalta la importancia de que el futuro terapeuta sea un psicoanalista que también indique y ordene la medicación.

Comenta que ya había consultado por tres entrevistas a un psiquiatra y que éste la había medicado con antipsicóticos y antiepilépticos.

Algunos elementos que se pudieron investigar en la primera entrevista.

Positivos: Mantiene una vida organizada en relación a la familia y a sus trabajos.

Es psicopedagoga y estudiante de psicología. Disfruta con el estudio y mantiene buena relación con sus pares, no habiendo presentado hasta el momento alteraciones del ánimo.

Tiene conciencia de enfermedad y supone que arrastra una conflictiva que no pudo resolver.

Negativos: Antecedentes de una crisis emocional a los 18 años como consecuencia de un aborto decidido por ella pero que vivió con mucha angustia y culpa.

Interrogantes que se presentaron: ¿Cuales serían los factores desencadenantes?

Relata mantener una relación de amantazgo con su jefe, que es casado. Deseaba resolver esta situación angustiosa y en esos días le había presentado la renuncia.

El fallecimiento de su padre (hace ocho años)

Por que continuaba viviendo con su mamá?.

La paciente pide que le adelanten un posible diagnóstico. Teme ser psicótica.

El terapeuta tratante le había adelantado un diagnóstico de trastorno bipolar. Le comentó que con la medicación tendría muy buen pronóstico, pero que esta enfermedad no termina de curarse, por lo que debería continuar el tratamiento psicofarmacológico indefinidamente.

Esta problemática fue incluida dentro de un contexto transferencial.

Ya en ese momento se le propuso abrir un interrogante:¿de que le serviría forzar un diagnóstico?¿por que pensaba que estaba condenada a la locura?¿no tenia acaso antecedentes de haber llevado una vida armónica y acorde con sus objetivos?

¿Por que adelantarse a lo que ella misma deseaba investigar?

“Podíamos pensar que algunas cosas de su vida y no todas, no habia podido resolver”.

“Debíamos tener en cuenta sus capacidades, que no eran pocas”

Le planteamos que adelantar un diagnóstico iría en contra de lo que en el futuro deberíamos investigar.

Sin embargo le manifestamos nuestra coincidencia con la medicación indicada por el colega, pues a nuestro entender era la adecuada para ese momento, pero luego debería ser reformulada.

La paciente continúa hoy en terapia, la medicación se fue retirando y sólo en un momento de reaparición de la ansiedad como consecuencia de las vacaciones, fue indicada nuevamente en dosis menores.

Por limites de espacio sólo consignaremos que en el transcurso del tratamiento se abordaron diversos aspectos de una problemática de perfiles predominantemente neuróticos, - inscriptos dentro de una conflictiva edípica - en los que prevalecen aspectos infantiles de su personalidad que se manifestaron oportunamente en lo transferencial, y en la posición que adopta como mujer en relación al hombre.

Entre los duelos no resueltos prevaleció lo vinculado con la muerte de su padre, lo que haría que ella aún conviva con su madre ocupando el lugar vacante.

Continúa en terapia a razón de dos sesiones semanales utilizando alternativamente el diván o frente a frente.

Rescatamos la posibilidad de conducir un psicoanálisis en el que el mismo terapeuta decida medicar a su paciente. Incluimos esta implementación dentro del marco de la transferencia con el sujeto del análisis. Consideramos que este recurso favorece la producción discursiva. No siempre será resistencial por parte del analista.

El estudio de esta problemática nos llevó a revisar la relación entre el psicoanálisis y la psiquiatría, las indicaciones del psicoanálisis vinculadas a la cuestión diagnóstica y la identidad de la función analítica.

Conociendo los límites de nuestro método, nos encontraríamos en inmejorable situación para detectar la necesidad de indicar un psicofármaco a un paciente determinado.

Asimismo, nuestra posición y ética, nos posibilita desalentar la demanda del fármaco cuando este ocupa el lugar de resistencia. Muchos pacientes neuróticos acudirán a la consulta psicoanalítica ya medicados (por un profesional, un familiar, automedicados) . Esta situación - cada vez más frecuente - , coloca al analista frente a un futuro desafío. La imposición de la ingesta de psicofármacos sugiere la posibilidad de incluirlos en la trama de significantes a ser analizados.

La alternativa de indicar un psicofármaco llevará al psicoanalista a interrogarse en el campo clínico y teórico. En el primero, por ejemplo, deberá dilucidar si esta idea surge de su imposibilidad de tolerar determinados pacientes. También se verá enfrentado con el "duelo" por los límites de su método, al mismo tiempo que se abrirá la posibilidad de favorecer el desarrollo de un proceso analítico o de recuperar la palabra, en un proceso momentáneamente detenido.

Cómo pensar la implementación de la medicación desde un punto de vista teórico? Diferentes corrientes psicoanalíticas nos brindan algunas alternativas. Si con la escuela americana podríamos pensar en la medicación favoreciendo el funcionamiento yoico, con Lacan podríamos incluir la indicación como un "acto analítico, en el sentido de que esta intervención no respondería a los criterios de la interpretación clásica, sino a la intervención del analista en la cura. Ferenczi aporta otra posibilidad con su concepto de "actividad del analista", y también Winnicott desde la flexibilidad de su encuadre.

Bibliografía

Freud, S 16ª Conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría, Amorrortu editores, tomo XVI pag. 233

Freud, S "Sobre psicoterapia" . Amorrortu editores , tomo VII

Freud, S Esquema de Psicoanálisis, Amorrortu editores, tomo XXIII pág. 174

Freud, S 34ª Conferencia de las Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis" , Amorrortu editores , tomo XXII

Bion , W.R.: Aprendiendo de la Experiencia. Ed. Paidós.1ra.edición, Buenos Aires, 1966.

Nasio, JD " Acto Psicoanalítico" Nueva Visión 1984, pag. 7

Winnicott DW “Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis”, Exploraciones Psicoanalíticas I, Paidós, Buenos Aires, 1991.