

SOBRE LA POSICIÓN ESQUIZOPARANOIDE RESPECTO A LA PSICOFARMACOLOGÍA. EL ARTE DE LA FLEXIBILIDAD

Jaime J. Gómez Alamán¹

RESUMEN

En el trabajo clínico encontramos innumerables momentos que no tienen respuesta correcta. Implican un ejercicio de integración del conocimiento teórico, el conocimiento del paciente y el momento presente del encuentro, que debe hacerse desde la flexibilidad y tolerar *no saber*. Tal vez a menudo falta conocimiento psicoterapéutico a muchos farmacólogos, y experiencia farmacológica a muchos terapeutas.

Palabras Clave

Controversias, Medicación, Fármacos, Farmacoterapia, Antidepresivos, Antipsicóticos, Psicoanálisis, Psicoterapia, Integración.

SUMMARY

In clinical work we encounter innumerable moments that do not have a correct answer. They involve an exercise of integration of theoretical knowledge, knowledge of the patient and the present moment of the encounter, which must be done with flexibility and tolerance of not knowing. Perhaps many pharmacologists often lack psychotherapeutic knowledge, and many therapists lack pharmacological experience.

Key words

Controversies, Medication, Drugs, Pharmacotherapy, Antidepressants, Antipsychotics, Psychoanalysis, Psychotherapy, Integration.

A propósito de mi formación como psiquiatra y como psicoterapeuta *de-formación* psicoanalítica se me invitó a participar con un artículo en esta revista. Las instrucciones para la redacción era hablar sobre aspectos complejos de integrar en la práctica habitual, bajo el título *La profesión imposible*. Siguiendo la línea del libro de Janet Malcolm, se pensaron aspectos cotidianos controvertidos y que deberían estar periódicamente sujetos a revisión.

Como era de esperar, hablar de controversias es controvertido. El colectivo psicoanalítico en toda su extensión es tan amplio que es imposible catalogarlo de manera uniforme. Teniendo en común empezar estudiando a Freud, hay una miríada de sociedades varias, cada

¹ Psiquiatra y psicoterapeuta psicoanalítico. Trabaja en Valencia, consulta privada de niños, adolescentes y adultos; jaimegizo@gmail.com.

una con sus peculiaridades, y en cada sociedad, surgen obviamente grupúsculos variados. Esa diferencia, funcionando como un grupo de trabajo, puede ser profundamente enriquecedora. Pero alcanzar ese estado de colaboración grupal requiere del esfuerzo permanente y consciente de los miembros por no estancarse en los supuestos básicos grupales bionianos. En ocasiones, el diálogo psicoanalítico se convierte en una discusión religiosa, como la que podían tener los rabinos en la sinagoga o las que pueden desatarse en los concilios vaticanos, y se agarra férreamente a las *sagradas escrituras* (nótese cómo Freud a menudo se cita con una minuciosidad próxima a las citas bíblicas, casi en capítulos y versículos, y siempre desde la edición *estándar* de Amorrortu), para desde ahí dar importancias o rechazos de intensidades variables a sus distintos profetas (Klein, Winnicott, Lacan, Ferenczi, Jung, Bion, Reich, Castoriadis-Aulagnier y ponga aquí cada cual su favorito).

La invención de la teoría psicoanalítica, como explica Freud en el artículo “Una dificultad del psicoanálisis” (1917), supuso una herida narcisista por mostrar que el hombre no era dueño de su alma. O dicho de manera más prosaica, que sabemos lo justito de nosotros mismos. Esto invita a una actitud de desconfianza hacia uno mismo y hacia lo que piensa, invitando a pensar la existencia de contradicciones habituales, a no fiarnos ni de nuestra sombra en lo que a asertos de uno mismo se refiere. Sin embargo, como colectivo, de manera contradictoria con esta saludable actitud autoanalítica y cayendo en un supuesto básico grupal mesiánico, a menudo confiamos de manera integrista en lo que transmitan *las sagradas escrituras y los profetas aceptados*, con su peculiar jerga, ininteligible para el lego.

Quizá esto surge de un fuerte deseo de trabajar bien, tan fuerte que lleva a identificarse con el Yo ideal y, como le sucede a un maníaco, a instalarse ahí y rechazar todo lo que atente contra ese estado ideal. Ya no se puede dudar. No se pueden plantear cosas nuevas que sean contradictorias. Vaya. Qué poco científico suena eso. Si el pensamiento psicoanalítico fuera esto, igual iban a tener razón las críticas al psicoanálisis sobre su (ausencia de) científicismo.

Los textos de Freud comienzan en 1886 y terminan en 1939. Es decir, que tienen entre 83 y 135 años de antigüedad. En esos años la psicofarmacología, la neurociencia, la radiología, la terapia electroconvulsiva, las nuevas escuelas psicológicas, los métodos de experimentación... han ido complementando y enriqueciendo el conocimiento que se tenía hace (insisto) entre 83 y 135 años. Obvia y afortunadamente. Solo una postura integrista, esquizoparanoide, rechazaría integrar los aportes de Freud con los aportes posteriores. *Integrismo e integración* están tan cerca en raíz léxica como lejos en el resultado. Como tiene que haber de todo, porque una muestra suficientemente grande tiende a una distribución gaussiana, hay núcleos defensores a ultranza de la mayor de las ortodoxias psicoanalíticas (a sus ojos, porque cada cual tendrá su versión de lo que es ortodoxo) como detractores a ultranza del conocimiento analítico, y bienvenidos sean, porque en su cruzada por la desautorización de este corpus teórico se obtienen a veces razonamientos válidos y críticas enriquecedoras. El psicoanálisis actualmente es una teorización que intenta englobar el funcionamiento del psiquismo, en la normalidad y en la patología, e integrar los estados presentes del sujeto con las vicisitudes de su desarrollo, creando un paraguas conceptual muy amplio. Como teoría, debería estar sujeta a permanente evaluación y ajuste.

Obviamente, las diversas teorizaciones sobre el funcionamiento de la mente no suelen salir de un experimento o de un ensayo clínico, sino que comienzan en la práctica cotidiana, en consultas pequeñas con un número razonablemente limitado de pacientes. Se teoriza algo y luego se intenta demostrar. El modo clásico de demostrar era “confirmar la teoría” en la práctica clínica. Este proceder en ocasiones llevaba a bloquear el conocimiento, a atacar el pensamiento del paciente, pasando de estar en la recomendable postura de “sin memoria ni deseo” para ver lo que surge... a mostrar un flagrante deseo de confirmación de lo teorizado. Y esto sí que no es falsable, por cierto. Es un conocimiento parcial (la teoría puntual) que se intenta hacer general de una manera poco flexible (forzando su confirmación). Y es una pena, porque el psicoanálisis sí es falsable, la falsabilidad está en lo que sigue a la respuesta consciente tras la interpretación. Dicho de otro modo: si afirmamos con rotundidad y convicción inamovible

lo que le pasa al paciente, no somos falsables; pero si lanzamos una hipótesis y escuchamos primero la respuesta consciente y después la asociación de fondo que hace el paciente, sí podemos falsar la teoría. Y muchas veces nos sorprendemos. Hay que dejarse sorprender. Muchas veces, lo que trae el paciente no es, ni de lejos, lo que pensábamos que iba a ser (para presumible escarnio de nuestro narcisismo profesional).

Este proceso, tan interesante en casos individuales, es muy difícil de llevar a muestras grandes por las dificultades evidentes de réplica metodológica dado que el inconsciente y consciente de cada terapeuta interactuarán de manera distinta con cada paciente, y viceversa. No hay dos terapeutas iguales. Un solo terapeuta no puede tratar a suficientes pacientes a lo largo de su vida profesional como para sacar conclusiones universales con significación estadística. No da para tanto el horario laboral.

Sin embargo, en psicología y medicina se han ido parcializando aspectos del funcionamiento mental para estudiarlos, comprobarlos y demostrarlos de manera replicable. Y eso está muy bien. Porque así el corpus teórico no se fundamenta en opiniones personales o conjeturas de un autor, sino en una comprobación contrastada experimentalmente por diferentes autores de una misma idea. Es un conocimiento mucho más sólido.

Lo bueno del caso es que lo que se va demostrando no suelen ser ideas incompatibles con el pensamiento psicoanalítico. Cuando se habla de estudios sobre la oxitocina, por ejemplo, cuya presencia aumenta en situaciones de proximidad física afectuosa como caricias, abrazos, orgasmos y en el parto (para las contracciones uterinas y probablemente para asegurar que el parto no se recuerde excesivamente malo...), resulta que tiene un efecto modulador de la agresividad y reforzador de la cohesión de grupo (Burkhart et al., 2022). También se sabe que la oxitocina interviene en la poda neuronal que ocurre tras el nacimiento, y en los procesos plásticos neuronales, y su administración se ha relacionado con mejorías en funcionamiento interpersonal en pacientes autistas (Zinni et al. 2018). Teniendo esto en la cabeza, resuena bastante con la observación psicoanalítica de

la teoría del apuntalamiento, con el valor inmenso que se da a la primera vinculación madre-bebé, y encaja con las observaciones de Spitz en las que el valor de la presencia cálida y tierna de un cuidador pasaba de ser recomendable a ser absolutamente indispensable para la vida (Spitz, 1946). O si por ejemplo revisamos una escala evolutiva del desarrollo (Secadas, 2011), observaremos un pormenorizado análisis observacional de los distintos eventos que acontecen en el desarrollo y que *casualmente* coinciden con las teorizaciones sobre el desarrollo psíquico, la individuación, la discriminación de uno mismo... que damos por sentadas en la teoría psicoanalítica. Esto está muy bien, insisto. Porque así nuestras ideas no se sostienen sobre unas observaciones individuales de un profesional en su consulta hace casi 100 años, sino que se respaldan por el trabajo de muchos profesionales de manera experimental. En concreto, la publicación del Dr. Secadas se sostiene sobre la integración de varias tesis doctorales dirigidas específicamente sobre cada año de edad de los 0 a los 17.

En fin, la formación como médico y posteriormente como psiquiatra, el hábito de utilizar medicaciones para tratar cuadros de sufrimiento significativos y la observación de sus efectos llevan a desdibujar las fronteras entre lo que sería *psicoanalítico* y lo que no. O sobre lo que sería correcto psiquiátricamente o no. En muchos casos puede considerarse negligente desechar el uso de medicación en un cuadro de sufrimiento mental significativo. También existe la arraigada postura de que el uso de medicación concomitante con un tratamiento psicoanalítico, o psicodinámico, es perjudicial para el proceso. También, a menudo, se transmite la idea de que utilizar medicación es casi una mala praxis o un atentado contra el principio de *primum non nocere*. Recientemente, ha resultado sorprendente encontrarme con reputados terapeutas, grandes profesionales, que tienen esta idea como una verdad indiscutible. El origen de este rechazo tiene, probablemente, varios focos, cada uno con su respuesta:

- *El tratamiento debe darse en abstinencia*: el terapeuta no debe mostrar deseo, y facilitar un fármaco o remitir a que se lo faciliten implica manifestar un deseo y una expectativa de la anulación de unos síntomas. Estos síntomas, teóricamente,

desaparecerán cuando dejen de ser necesarios y haya un cambio evolutivo.

- *Respuesta:* De acuerdo con lo de la abstinencia como principio general. Y lo de los síntomas que desaparecen cuando dejan de ser necesarios también es algo poco discutible como generalidad. Pero otras tantas veces, el nivel de malestar es tan elevado que dificulta la integración de lo que se habla en terapia, y la administración de una medicación facilita el proceso terapéutico, que de otro modo sería muy complicado o prácticamente imposible.
- *La abstinencia también se refiere al paciente:* en cuanto a que si se satisface un deseo, se frena la pulsión que lleva a la generación de pensamiento. Si das leche siempre antes de que la pida el bebé, no llegará nunca a sentir la ausencia, a alucinar el pecho, a buscarlo, a pedirlo y a ser consciente ulteriormente de que lo que quería era leche y cariño.
 - *Respuesta:* Es seguramente cierto. No hablamos de medicar indiscriminadamente, sino de integrarlo en la terapia. De utilizar la medicación cuando el malestar es insostenible, no permite el sostenimiento del tratamiento o dificulta la integración de lo hablado. A veces una interpretación resuelve mucho, pero otras resbala sobre la capa de *teflón de angustia* que reviste la psique.
- *Primum non nocere:* la medicación vista como una castración de la libertad del individuo, de respetar sus tiempos, de aceptar su malestar. Además, los efectos adversos puede ser terribles.
 - *Respuesta:* Por supuesto, mi querido amigo. Así es. Por eso no debe medicarse para tapar un síntoma y que el paciente *no moleste*. En un uso psicoterapéutico de la medicación lo que se busca es facilitar el proceso. Siguiendo el *Primum non nocere*, conviene recordar que no tratar también puede ser dañino. Podría considerarse mala praxis omitir un tratamiento contrastado, a sabiendas, por una creencia *religiosa*. Y respecto a los efectos

adversos, evidentemente, *tratar bien* implica evitarlos en la medida de lo posible, buscar las combinaciones que generen mayor alivio y mejor tolerabilidad, que los pacientes también son personas y hay que tratarlos con dignidad (nótese la ironía). Este rechazo a los efectos adversos a menudo se apuntala en casos extremos, más que en algo habitual.

- *Medicar complica la transferencia por introducirse nuevos elementos en el encuadre, especialmente si medica el mismo terapeuta.*
 - *Respuesta:* es verdad. Puede complicarla. Puede que el paciente vislumbre al terapeuta como alguien que se coloca en una posición omnipotente, por ejemplo. O que le vea como alguien que le quiere castrar. O como su único asidero a la salud mental. O muchas otras posibilidades. O que si se deriva a otra persona, se haga una escisión de la transferencia, poniendo una parte en el terapeuta y otra en el psiquiatra que medique. Y por eso, medicando psicoterapéuticamente, se necesita un psiquiatra que sepa de psicoterapia y con el que haya una comunicación fluida y constante para poder integrar lo que se escinda (Busch & Gould, E, 1993). A menudo estos diálogos conducen a un conocimiento más profundo del problema del paciente. Y si es el mismo terapeuta quien medica, todo lo relativo a la medicación se tratará como un elemento más de la transferencia: los olvidos, la ambivalencia, la desconfianza en los efectos (deseables o adversos), etc. Como ejemplo, una paciente llevada dos años en psicoterapia dos veces por semana, con buena evolución, en determinado momento refirió notar muchas dificultades para dormir por estresores coyunturales que hasta ahora no había comentado. Se le facilitó Clonazepam 0.5mg (una dosis muy baja, equivalente a 5mg de diazepam o 1mg de lorazepam), con los que consiguió dormir bien y advirtió un cambio en su estado basal, notándose más tranquila y siendo consciente de que habitualmente tenía

un nivel de ligera angustia de fondo casi constante, se le hacía *normal*. Se había dado cuenta al tomar el fármaco. Al día siguiente, aunque se levantó especialmente contenta, sintió un gran enfado hacia el terapeuta. Este enfado aparentemente era por “ser la terapia algo tan limitado que una pastilla le había producido más alivio que dos años de tratamiento”. La misma paciente, habitualmente vista por videoconferencia por vivir en otro país, acudió en sus vacaciones a la ciudad del terapeuta y pudo hacer una visita presencial; al terminar la sesión, saliendo por la puerta, comentó “¿esta no es tu casa, no? porque qué mal gusto... la decoración es rancia, es todo antiguo”. Investigado en la siguiente visita, resulta que se había sentido muy cómoda en la sesión presencial y le molestaba que no pudieran ser presenciales habitualmente. Del mismo modo, la medicación le había ayudado, aunque solo la había necesitado unos días, pero saber que contaba con eso si en algún momento lo precisaba le hacía sentirse mejor. En realidad ambos ataques se daban ante cosas buenas que le daba el terapeuta: una herramienta farmacológica y un encuentro acogedor; por lo que se interpretó como envidia del pecho, o dicho en términos menos kleinianos, que sentir que algo bueno le venía de otra persona le hacía sentir incompletud, insuficiencia, anhelo y, por lo tanto, vivía lo bueno que venía como un ataque a su narcisismo que la hacía sentir frágil y eso le despertaba miedo, y con el miedo entraba en un estado breve de ataque-fuga que le hacía sentir rabia, especialmente hacia el mensajero que le transmitía esa incompletud. Esto dio lugar a una serie de asociaciones con otros momentos de su vida en los que habían ocurrido cosas similares y había atacado rabiosamente a gente que le estaba cuidando o que sentía que necesitaba. Este es un ejemplo de utilizar la medicación integrada con la psicoterapia.

Como las críticas al uso de medicación, así como su ensalzamiento, corren el riesgo de quedarse en opiniones personales y argumen-

taciones filosóficas, citaré un trabajo (Donovan & Roose, 1995) en que se preguntó a 45 psicoanalistas sobre su número total de pacientes en los últimos 5 años y cuántos de ellos habían sido tratados con medicación psicotrópica. El 18% fueron tratados (51 de 277), de esos, 43 presentaban una depresión unipolar, y la sensación de los analistas entrevistados es que mejoró el trastorno del ánimo y también se facilitó el proceso terapéutico. Ese trabajo era una réplica de uno previo con el mismo trasfondo (Roose & Stern, 1995): se preguntó a 27 candidatos a analista sobre sus seguimientos, la presencia de patología de eje I del DSM-III (el de la época), y 11 de ellos refirieron al menos un caso con medicación, 10 de ellos tratados por el mismo terapeuta psiquiatra y uno derivado. De 56 casos referidos en total, se medicaron 16, aunque solo se medicaba al 67% de los que se diagnosticaban como trastorno afectivo. De los 16 casos medicados, en 3 era demasiado pronto para sacar conclusiones sobre la medicación (los fármacos tienen un periodo de latencia, especialmente los antidepresivos); de los 13 restantes, 11 presentaron una mejoría significativa en el ánimo y el proceso analítico se vivió como facilitado. En dos casos se sintió que la medicación no había hecho efecto y que fue un elemento deletéreo para el proceso analítico. Son números bastante razonables. En el artículo plantean qué impulsa a medicar, ya que es distinto que un psiquiatra-terapeuta medique sintiendo que es algo complementario al trabajo terapéutico y que no necesariamente un abordaje va antes que el otro, o medicar sintiendo que la terapia se bloquea o que hay dificultades transferenciales.

Los *imágenes farmacológicas* del terapeuta, por así decirlos, son muy importantes. No es lo mismo vivir la medicación como un elemento extraño y potencialmente dañino que vivirla como una herramienta útil. Cómo la viva el terapeuta y cómo se explique al paciente es clave. Quizá es razonable explicar que la medicación es un mejorador de la tolerancia al estrés, mejora también el ánimo en el caso de los antidepresivos, y mejora la angustia intensa, la rabia y la impulsividad en el caso de los antipsicóticos. Al mejorarse el ánimo, a veces las reacciones de rabia y la angustia disminuyen; al mejorar la angustia, a veces el ánimo mejora; con lo que no hay claramente una relación “esta medicación es para esta patología” de manera estricta.

Y los estabilizadores del humor, con sus múltiples diferencias entre sí, también regulan el ánimo, la impulsividad, la rabia... En realidad es un escenario flexible y que hay que evaluar individualmente. Como tal, está sujeto a cambios y combinaciones. Conviene explicar al paciente que el objetivo es reducir el malestar, bajar en intensidad las emociones que desbordan y no dejan pensar, para poder pensar mejor y construir un andamiaje más sólido. La medicación no es *la cura*, sino una herramienta para facilitar la resolución de su malestar.

Porque, ¿a qué nos dedicamos si no? El objetivo de Freud inicialmente era reducir el sufrimiento de los pacientes y encontrar tratamiento para dolencias que se quedaban desatendidas. Esa es la labor de un médico o un psicólogo desde la perspectiva clínica. El desarrollo de la investigación aparece al chocar con los límites del conocimiento y precisar ampliarlos. Tener medios disponibles, conocimientos accesibles, herramientas útiles y no utilizarlos se aleja de la función de reducir sufrimiento; y si la finalidad es profundizar el conocimiento en un campo, debería advertirse al paciente que se están rechazando a sabiendas opciones terapéuticas válidas y fiables, no excluyentes, en favor del desarrollo de un único método, sin garantías. Está claro que en ningún caso hay garantías, pero “a Dios rogando y con el mazo dando” a priori da más posibilidades de éxito que “a Dios rogando solamente”.

¿Cómo estar seguros de que lo estamos haciendo bien como profesionales? ¿Cómo confiar *plenamente* en nuestra escuela de formación, nuestras ideas, si inevitablemente se cae en contradicciones técnicas cuando vemos aportes de otras escuelas y también nos resultan razonables? Sin salir del ámbito psicoanalítico, hay infinidad de situaciones así. Por ejemplo, sobre la conveniencia o no de incluir a los padres en el tratamiento de niños y adolescentes: desde una posición kleiniana ortodoxa, esto sería inaceptable, por ser una intrusión en el espacio del niño/adolescente y poder ser la repetición de algo traumático que impida la expresión del psiquismo del paciente libremente; sin embargo, para un intersubjetivista, sería impensable actuar como un kleiniano porque se perderían aspectos clave para entender el cuadro y ayudar a su resolución, y los padres son los que más tiempo pasan con el paciente o más influyen en su mundo

cotidiano, con lo que resultaría esencial incluirlos en el tratamiento. De hecho, en el tratamiento con adolescentes resulta más que razonable incluir periódicamente a los padres, en alianza terapéutica con el adolescente, para facilitar la vinculación entre otras cosas (Kerry Novick & Novick, 2019). Realmente no parece que haya ninguna escuela que lo pueda explicar todo. El conocimiento de la mente humana es una ciencia en formación, bastante “en pañales”, y los distintos abordajes tienen su parte de verdad, de parcialidad y de errores. Estamos describiendo a un elefante desde distintos ángulos, que parecen a veces contradictorios, pero son complementarios.

El psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, la sistémica, la Gestalt, la mentalización, la psicología del Yo, la farmacología, la neurociencia, etc. son diferentes aproximaciones a una misma realidad. Son elementos cercanos, que deberían intentar integrarse. Por ejemplo, el *condicionamiento instrumental* implica la creencia de que a partir de una acción nuestra se produce una consecuencia en la realidad, aunque no necesariamente estén vinculados entre sí. Esto tiene ese nombre desde el conductismo, y en psicoanálisis se le podría considerar parte de una *omnipotencia de pensamiento*, o *de actos* (como los rituales, las supersticiones o el clásico “no lo nombres que lo gafas”). En ambos casos se viene a explicar que somos animales que intentan manejarse en la naturaleza y entender sus normas, y para ello pasan por un proceso de ensayo y error que permite construir unas reglas de funcionamiento que muchas veces serán erróneas, y que a menudo preferiremos reglas erróneas a una vivencia de incertidumbre.

Entonces, ¿por qué hacerse de una escuela o de otra? Normalmente por cuestiones coyunturales: el lugar donde nos formamos nos surte de recursos para conocer el mundo, y adentrarnos en esa “ciencia”, donde teorizamos e intentamos comprobar la teorización para reformularla después. En cada lugar se usará un lenguaje distinto para describir el mundo. Y como ese lenguaje nos ha permitido conocer mucho, nos aferramos a él y, a menudo, desdeñamos otros lenguajes o sistemas de conocimiento. Los ataques de una escuela a otra suelen basarse en falacias (véase una contraargumentación al clásico “el psicoanálisis no es científico” (Blasco, 2018)). Las fala-

cias no son mentiras, sino premisas verdaderas que hacen incurrir en una conclusión errónea. Por ejemplo, a partir de críticas concretas, legítimas y verdaderas, se infiere que la otra escuela no sirve “en su globalidad”. Y por el camino se pierde todo el aporte de la misma. En nombre de “la ciencia” se destruye la ciencia. Así que, abandonados en la búsqueda de conocimiento a menudo taponamos el acceso a dicho conocimiento.

El acceso al conocimiento está limitado por nuestro propio lenguaje. El lenguaje es una herramienta para ordenar el mundo que percibimos y, paradójicamente, ese mismo orden que facilita la comprensión del mundo también limita lo que conocemos de él. Aquello que no tiene palabras para representarse no se puede pensar. Se queda como una experiencia sensorial no definible, no pensable, no evocable y de la que no se puede extraer un aprendizaje fácilmente. Es cierto que a base de encontrar la misma circunstancia numerosas veces, le acabaríamos viendo unos elementos comunes que nos llevarían a definirlo hasta crear una representación-palabra de la misma. Pero va a ser un proceso mucho menos eficiente que conocer la palabra, encontrarse con el suceso, recuperar la palabra y aprehenderlo.

Por eso, parece sensato mantener una mente abierta a otros sistemas de conocimiento, a otras escuelas, y cuestionarse constantemente el significado y utilidad de las herramientas de la propia escuela para enriquecer el conocimiento.

Difícil encontrar profesionales cuyos métodos de trabajo aprendidos relativos a técnicas, encuadres, actitudes, explicaciones del psiquismo, etc. no les han fallado nunca, ni les han llevado a ninguna controversia, y les han sido siempre eficaces en la ayuda a sus pacientes. Más probable será toparse con profesionales que, a pesar de trabajar desde un esquema, en muchas ocasiones se lo saltan porque sienten que la situación así lo requiere. En el mejor de los casos, se preguntarán qué les ha impulsado a actuar de ese modo para aprender de la experiencia.

En el trabajo de “psiquiatra-psicoterapeuta psicoanalítico” este dudar de la definición de límites es una constante. No hay manera

de saber con certeza si se está haciendo bien. Y aparece la obligación constante, individualizada para cada caso, de replantearse la conveniencia de la actuación. Podemos poner varios ejemplos con diferente conclusión, por supuesto, debatible.

Paco es un muchacho de 17 años con una historia trágica detrás. Tras el suicidio de su principal cuidador de manera violenta, se ha desconectado emocionalmente y se encuentra en un aparente estado de anergia y apatía. En el transcurso de una sesión, intentando hacer una elaboración emocional de lo que estaba comentado, refiere un fuerte deseo de matar. Un temor a agredir al terapeuta y a salir y a agredir a alguien. Se explora la fantasía y aparece la idea de matar y no matar, de matar y devolver a la vida, mostrando un deseo de control omnipotente sobre la vida y la muerte que permitiera, entre otras cosas, restaurar la pérdida. Y que permitiera, además, equivocarse o enfadarse tranquilamente por tener capacidad de reparación para cualquier eventualidad (se puede reparar hasta la muerte). Se interpreta. Las ganas de matar se mantienen. ¿Será una interpretación incorrecta quizá de lo que le ocurre? Se plantea que tal vez sienta un miedo al descontrol y que nadie sea capaz de contenerlo y sostenerlo, y se transmite que sí habría capacidad de contenerlo y sostenerlo. Podría tomarse como una invitación al enfrentamiento directo, pero lo entiende como se pretendía y se tranquiliza. Sin embargo, a la hora de terminar, refiere tener miedo de descontrolarse y matar cuando salga. Se explica que, aunque no esté en la consulta, fuera también le van a ayudar a estar controlado y sostenido. De acuerdo. ¿Nos quedamos tranquilos? ¿Va a ser la interpretación un recurso mental suficiente para contener semejante intensidad emocional? Ciertamente no es como para jugársela. De modo que, actuando como si fueran unas urgencias hospitalarias, se le administra una olanzapina 10mg y clonazepam 2mg (antipsicótico y benzodiacepina, respectivamente) y se procede a que espere en la sala de espera hasta que le puedan recoger, asegurando una cadena de custodia. Este paciente tenía otro psiquiatra, colega de plena confianza, encargado de medicarle. Aquí empieza la controversia, porque el rol psiquiatra y el rol psicoterapeuta estaban diferenciados. Se planteó, dialogando con el colega, si haber dado medicación a modo de urgencia fue un *reenactment* de la

demanda de una figura omnipotente que le contuviera (omnipotente por darle las interpretaciones y las medicaciones simultáneamente). Posiblemente también sea así, aunque la sensación no era de omnipotencia, sino de potencia, porque era una actuación que había hecho en otras ocasiones en el trabajo hospitalario y el paciente me sabía psiquiatra, con lo que no es una actuación necesariamente disonante. Con tiempo, habría sido para poderlo pensar. Pero sin tiempo, y con un funcionamiento mental más próximo a un estado psicótico (fuertes escisiones, reaparición de lo escindido de manera brusca y con sensación de descontrol), ¿merece la pena jugársela? Aunque vaya directo a Urgencias del hospital, que es lo que se indicó informe mediante, ¿merece la pena no facilitar una contención farmacológica y transmitir en el contexto la idea de que nadie es omnipotente? ¿o quizá es razonable facilitarla, salvar la situación crítica y luego repensar lo ocurrido?

En otro caso, de otro adolescente de 14 años con un cuadro depresivo con bastante angustia que ya llevaba 150mg de venlafaxina y 30mg de mirtazapina (antidepresivos), se decidió administrar 12.5mg de clorpromazina (antipsicótico) cada 24h. El encuadre con este paciente era mixto de medicación y psicoterapia semanal. En las sucesivas visitas tras la instauración de medicación antipsicótica, se observó una significativa mejoría: se redujo su angustia, se concentraba mejor, acudía más a clase, descansaba mejor, retomó contacto con amigos... Cuando meses después se planteó retirar la clorpromazina, el paciente explicó que en realidad nunca la había tomado. Los antidepresivos sí los tomó, pero los había dejado de tomar hacía semanas. En fin. Igual que con la terapia tendemos a pensar que una interpretación desencadenó una reacción, siempre que se va a medicar hay un sesgo observacional en el que a menudo encontramos el efecto que queremos encontrar, y no necesariamente el efecto observado es relativo a la medicación.

Por otro lado, muchos pacientes en psicoterapia de largo tiempo, algunos con medicación y otros sin ella, en un momento de adición o de cambio de la medicación se ha producido un cambio muy significativo en la terapia. De pronto, todas las interpretaciones y razonamientos que no acababan de aprehenderse, encajan. La pri-

mera conclusión reduccionista sería que la solución ha venido de la medicación y la terapia es inútil. La segunda conclusión reduccionista sería que la terapia ha ido haciendo el cambio y la medicación es un artificio de fondo. Cuando esto mismo sucede varias veces con distintos pacientes, la conclusión integradora sería pensar que la terapia (incluyendo en ella no solo lo que se habla, sino la relación intersubjetiva que se establece y la experiencia reparadora de sentirse escuchado empáticamente por otro sin ser juzgado, de manera coherente, predecible y sostenida) ha dotado de unas herramientas mentales útiles y valiosas y ha producido sus cambios, neuroplasticidad neuronal mediante (Mothersill & Donohoe, 2019), y gracias a la medicación con su efecto reductor de la angustia y mejorador del ánimo y mejorador de la neuroplasticidad por sí misma (Kraus, 2017), (Levy, 2018), se ha podido integrar suficientemente todo lo que se estaba trabajando en psicoterapia. Y mediante el vivenciar continuado de ese nuevo modo de relacionarse con la realidad y con uno mismo, quizá deje de ser necesaria la medicación. O quizá no, según el caso. O lo sea de manera puntual (Begemann, 2020). La estrategia más razonable parece la integradora. Si el sufrimiento del paciente permite trabajar a medio plazo sin medicación, puede optarse por eso, pero no es desdeñable la ayuda que puede producir el uso concomitante e integrado de esta en algunos momentos. Muy recomendable al respecto el libro *¿Tratar la mente o tratar el cerebro?* del Dr. Sanjuan (2016).

Y ya puestos, ¿de qué medicación concretamente estaríamos hablando? Se realizó un extensivo repaso bibliográfico sobre la medicación para *trastornos de personalidad* para un capítulo de libro (Gomez Alaman, 2016), y la conclusión en aquel momento, orientada a estructuras *borderline*, era que, además de recibir psicoterapia, podían beneficiarse, entre otros, de aripiprazol y quetiapina, en el extremo de los neurolépticos, y de valproato, que es un antiepiléptico estabilizador del ánimo, o el litio en la reducción de auto y heteroagresiones (Taylor, Barnes, & Young, 2021, págs. 758-759). Los antidepresivos quedaban peor parados y eran útiles solo si se usaban con tino en momentos depresivos reales, no tanto como medicación de fondo. La elección de uno o de otro dependía de la experiencia

clínica y la aparición de efectos adversos. Hablamos de medicaciones que neuroquímicamente son bastante diferentes, pero que tenían en común una reducción en la intensidad emocional que facilitaba la adaptación y reducía los momentos de desbordamiento.

Con esto en la cabeza, en los algoritmos tradicionales para medicar cuadros no psicóticos (si no remonta un cuadro de aspecto depresivo, por ejemplo, tras combinar antidepresivos, conviene combinarlos con antipsicóticos, antiepilépticos o litio) (Taylor, Barnes, & Young, 2021, pág. 306), no parece descabellado dar antipsicóticos a dosis bajas a alguien con un conflicto aparentemente neurótico. El desarrollo del algoritmo es “para todos los públicos”, para facilitar que no se falle pese a que haya poca formación o poco conocimiento del paciente. Pero se puede personalizar el tratamiento más allá del algoritmo. Las angustias, aunque estén acompañadas de un relato de aspecto edípico, pueden ser tremendamente intensas: el temor a la castración y que esta desemboque en un cuadro de profundo desamparo como muchos casos de funcionamiento hipermaduro, que si fallan no caen a un estado de impotencia sin más, sino a un estado de angustia de intensidad psicótica, con fantasías de caída al vacío, aniquilación o fragmentación. O un fuerte sentimiento de violencia que resulte en la impresión de que el desarrollo de la propia potencia derive en algo terriblemente destructivo y por ello se inhiba el uso de la agresividad al servicio de la vida (en el sentido winnicottiano) y se frene el desarrollo. O el uso de recursos obsesivos de manera desmesurada sin llegar a ser explícitamente delirantes en contenido pero sí en intensidad. O pérdidas de elementos con los que había una parte fusional (trabajos, actividades, objetos, relaciones) que producen una angustia muy intensa a pesar de un funcionamiento global bueno. En muchos de estos casos, un antidepresivo puede ayudar a sobrellevar la situación, o también puede a veces sobreexcitar, o no hacer nada significativamente provechoso; sin embargo, una dosis baja de neuroléptico puede reducir la angustia y facilitar que los recursos maduros operen y se resuelva la situación.

Por otro lado, cuadros más o menos floridos con un componente de agitación importante pueden invitar a hacer uso de neurolépticos,

pero muchas veces esconden un trasfondo afectivo que se resuelve mejor con un antidepresivo, y una vez mejorada la tristeza, desaparecen el resto de síntomas. A menudo, resulta útil combinar antidepresivos y neurolépticos. En otras ocasiones, ni antidepresivos ni neurolépticos consiguen demasiado efecto, y al introducir un estabilizador del ánimo se produce un cambio radical en el funcionamiento, resolviéndose el cuadro.

En muchos casos, ni con medicación, ni con psicoterapia frecuente, ni siquiera con terapia electroconvulsiva se consigue gran cosa. En otros, medicando a otras personas por otras vías que a uno no le convencen se encuentran agradables sorpresas. A veces incluso medicando a la misma persona con el mismo fármaco, pero dando una explicación diferente de lo que se espera de este, se obtienen resultados distintos. Una de las etapas más esclarecedoras de la formación como residente fueron dos meses del final del último año (cuando uno ya se ha hecho sus propias ideas de cómo funcionan los fármacos y cómo se procede en las terapias), pasando consulta con un compañero psiquiatra y otra psicóloga como observador y viendo que hay diferentes maneras de hacer las cosas bien, diferentes ideas sobre los mismos fármacos y los mismos recursos terapéuticos y ayudando a poner una piedra angular del conocimiento posterior: que prácticamente nada está demasiado claro y hay que mantener una actitud abierta y dejarse sorprender.

En resumen, no hay una manera *buena* de actuar. Es imposible saber a ciencia cierta si los cambios en el paciente (o la ausencia de ellos) son por la calidad y forma de nuestra intervención, sea terapéutica o farmacológica. Y es imposible saber cómo hubiera sido el caso con un proceder diferente. Esto, inevitablemente, limita mucho el conocimiento y siembra de minas el acceso a conclusiones fiables. Así que, saliendo de lo esquizoparanoide y entrando en una posición depresiva, integrar conocimientos médicos y psicoanalíticos parece lo más razonable. En esa posición depresiva también aparece la renuncia a la idealización y a la omnipotencia en pos de la colaboración y la integración.

Conclusión

Podríamos terminar haciendo una analogía con el Judo. En Judo (“Ju” es flexibilidad, dejar pasar, aceptar una fuerza; “Do” vía, camino, arte, desarrollo) se ejemplifica la correcta actitud del judoka como la rama de un árbol que, bajo el peso de la nieve, va aceptando el peso y doblándose progresivamente hasta dejarla caer, evitando, de este modo, romperse y volviendo después a su posición. Si la rama fuera excesivamente rígida, se partiría. En la práctica, esto significa que, por un lado, un judoka tiene que conocer muchas técnicas, cada una para una oportunidad diferente: lo que marca la idoneidad de una técnica es la reacción del oponente. De modo que, tras mucho estudio, un judoka debe renunciar a imponer la fuerza sobre el rival y pasar a estar receptivo para que se perciba el movimiento y las fuerzas que ejerce el otro, abriendo la puerta a la técnica apropiada que resuelva la situación. Todo el conocimiento técnico no sirve de mucho sin desarrollar la sensibilidad, el “Ju”, el arte de sentir y aceptar la fuerza del otro. Ante un compañero o rival de carácter conservador o pasivo, el arte está no solo en esperar y sentir, sino en provocar reacciones, en llevar al otro hacia un punto de equilibrio favorable para el desarrollo del encuentro, en estimular el jugar (el *playing* de Winnicott) entre los dos. Si de nuevo el otro reacciona de una manera inesperada, hay que recurrir a esa sensibilidad para captar la variación y adaptarse.

En psicoterapia y en farmacoterapia es parecido. Hay un estado de continua adaptación desde una postura de calma y observación, que interactúan con un bagaje de conocimientos y experiencia clínica, intentando buscar la mejor combinación técnica. Siempre atento a lo que suceda, dejándose sorprender. Con disposición a readaptar el planteamiento continuamente. Si no, la rama se rompe.

BIBLIOGRAFÍA

Begemann M.T. (2020). “To continue or not to continue? Antipsychotic medication maintenance versus dose-reduction/disconti-

- uation in first episode psychosis: HAMLETT, a pragmatic multicenter single-blind randomized controlled trial”. *Trials* 21: 147.
- Blasco J.M. (2018). “La falsabilidad y el psicoanálisis - Freud, Popper y el sentido común”. *Espacio Psicoanalítico de Barcelona - Textos para pensar*. www.epbcn.com
- Burkhart J.C., Gupta S., Borrego N., Heilbronner S.R. & Packer C. (2022). “Oxytocin promotes social proximity and decreases vigilance in groups of African lions”. *iScience* 25: Issue 4, 104049.
- Busch F. & Gould E. (1993). “Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues”. *Hospital & community psychiatry* 44(8): 772-774.
- Donovan S. & Roose S. (1995). “Medication use during psychoanalysis: a survey”. *The Journal of clinical psychiatry* 56(5): 177-179.
- Freud S. ([1916] 1917). Una dificultad del psicoanálisis. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu 17: 125-137.
- Gomez Alaman J. (2016). Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Bellver F., Cabedo E., Renovell M., Trastorno Mental Grave: una visión multidisciplinar*. Valencia: Federico Morillo.
- Kerry Novick K., & Novick J. (2019). *Trabajo con padres y terapia con hijos*. Barcelona: Herder.
- Kraus C. C. (2017). “Serotonin and neuroplasticity - Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression”. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 77:317-326.
- Levy M. B. (2018). “Neurotrophic factors and neuroplasticity pathways in the pathophysiology and treatment of depression”. *Psychopharmacology* 235(8):2195-2220.
- Mothersill D., & Donohoe G. (2019). “Neural Effects of Cognitive Training in Schizophrenia: A Systematic Review and Activation Likelihood Estimation Metaanalysis”. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* Epub, 4(8):688-696.
- Roose S. & Stern R. (1995). “Medication use during psychoanalysis: a survey”. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 43(1): 163-170.
- Sanjuan J. (2016). ¿Tratar la mente o tratar el cerebro? Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Secadas F. (2011) *E. O. D. Procesos evolutivos y escala observacional del desarrollo*. Madrid: CEPE S.L.
- Spitz R.A. (1946). "Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood" *Psychoanalytic Study of Child*. 2: 313-42.
- Taylor D., Barnes T., & Young A. (2021). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Londres: Wiley Blackwell.
- Zinni M., Colella M., Batista Novais A., Baud O. & Mairesse J. (2018). "Modulating the Oxytocin System During the Perinatal Period: A New Strategy for Neuroprotection of the Immature Brain?" *Frontiers in Neurology*, 9-229.