

## TRATAMENTO COMBINADO: PSICOFARMACOLOGIA E PSICOTERAPIA

## COMBINED TREATMENT: PSYCHOPHARMACOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

### Resumo

De uma posição conflitante em direção a uma posição de maior integração, a psicoterapia combinada com a terapêutica medicamentosa vem obtendo mais psiquiatras praticantes. Eles têm caracterizado sua prática clínica por uma abordagem não dicotômica entre a Psiquiatria Biológica e a Psiquiatria Psicodinâmica.

O objetivo deste trabalho é revisar a evolução de aspectos psicodinâmicos e psicofarmacológicos envolvidos no tratamento combinado.

Na segunda parte, é apresentar um modelo psiquiátrico terapêutico integrativo. A origem remonta a história de cada uma dessas vertentes, sendo o resultado consequência da capacidade do psiquiatra. Ele deve integrar diagnóstico clínico com diagnóstico estrutural, bem como usar técnicas distintas.

Para melhor entender como o modelo funciona, o autor incluiu duas ilustrações clínicas.

**Palavras chaves:** Tratamento Combinado, Psicofarmacologia, Psicoterapia.

### Summary

From a position of conflict to a position of greater integration, psychotherapy combined with medication is attracting more psychiatric practitioners.

Their clinical practice has been characterized by a non-dichotomous approach using both psychodynamic and biological psychiatry. The objective of this paper is to review psychodynamic and psychopharmacological evolution when involved in a combined treatment programme.

The second part of this paper presents an integrated therapeutic psychiatric model.

The history of both these two approaches goes back to their origins with subsequent consequences in psychiatric capacity and skills.

The psychiatric practitioner should integrate a clinical diagnosis with a structural diagnosis as well as using distinct techniques.

To better understand how this model functions the author has included two clinical illustrations.

**Keywords:** Combined Treatment, Psychopharmacology, Psychotherapy.

### INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve origem em uma mesa redonda sobre o tratamento dos transtornos ansiosos, realizada no XVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1997. Naquela ocasião, foram apresentadas duas abordagens distintas do transtorno ansioso, quais sejam a vertente psicodinâmica e a farmacológica. Posteriormente, essa exposição conjunta foi publicada na Revista de Psiquiatria RS.

Nas duas oportunidades, os autores<sup>1</sup> salientaram que tais modalidades terapêuticas psiquiátricas eram frequentemente vistas como antagônicas, isto é, uma prevalecendo sobre a outra. Este enfoque dicotômico pode ser explicado de diferentes formas. Por exemplo, quanto aos objetivos manifestos do tratamento, o farmacológico visa a redução dos sintomas e o psicodinâmico a origem dos sintomas; portanto o primeiro busca o alívio sintomático e o segundo o desenvolvimento pessoal do paciente. Por outro lado, o tratamento medicamentoso é pautado pelo diagnóstico clínico. No psicodinâmico, além da constelação clínica, interessa muito o diagnóstico caracteriológico, em termos dinâmicos (como o paciente funciona).

Segundo o CID -10<sup>2</sup> são seis os principais transtornos de ansiedade: fobias específicas, fobia social, transtorno do pânico, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, reação a estresse grave e transtorno misto de ansiedade e depressão. Nas décadas de 60 e 70, a ansiedade era tratada como uma dimensão, ou seja, a ansiedade leve era tratada com tranquilizantes menores ou benzodiazepínicos e a ansiedade grave ou psicótica era tratada com antipsicóticos. A partir dos anos 80, o enfoque passou a ser mais



categorico. Conforme a categoria diagnóstica instituía-se o tratamento. A importância das categorias ficou evidente quando estudos demonstraram que o tratamento da ansiedade; no transtorno do pânico, por exemplo, era diferente do tratamento da ansiedade no transtorno obsessivo-compulsivo. As teorias biológicas, relativas aos transtornos de ansiedade, desenvolveram-se a partir de estudos pré-clínicos: 1) Com modelos de animais; 2) Pacientes e determinação de fatores biológicos; 3) Aumento do conhecimento na área das neurociências; 4) Ação dos medicamentos.

Tem sequência no trabalho 'A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica', no qual os autores<sup>3</sup> destacaram o que se segue abaixo:

Freud, inicialmente, um neuropatologista, desenvolveu no final do século XIX – um método de tratamento psíquico, que revolucionou o entendimento da mente humana e que denominou de Psicanálise. Mesmo sem ter uma base neurofisiológica para os transtornos mentais, Freud<sup>4</sup> já aludia – na obra 'Sobre o narcisismo: uma introdução' – a uma provável integração biopsíquica ao declarar: "Nós devemos recordar que todas nossas ideias provisórias da psicanálise serão, presumivelmente, um dia baseadas em uma subestrutura orgânica!". Durante a primeira metade do século XX, houve um grande avanço no estudo da teoria psicanalítica, sendo esta terapia a predominante na época. Entretanto, contrariando as próprias ideias de Freud, a pesquisa do somato (cérebro, corpo orgânico) desenvolveu-se dentro da Psiquiatria, dissociada da Psicanálise (mente, psique).

Neste período, alguns psiquiatras tentaram integrar as teorias cérebro/mente, em especial Adolf Meyer<sup>5</sup>, pioneiro do modelo 'biopsicossocial', que defendia o estudo do paciente 'como um todo'. Na década de 50, surgiram os primeiros medicamentos psicotrópicos e, nas décadas seguintes, ao mesmo tempo em que as drogas entravam na prática ambulatorial (até então domínio dos psicanalistas), também aumentava a polarização entre Psiquiatria biológica e Psiquiatria dinâmica. Com o avanço das diretrizes diagnósticas e da metodologia das pesquisas, a medicina cada vez mais passou a ser baseada em evidências, território no qual os estudos com psicofármacos muito se desenvolveram, o que não ocorreu com a Psicanálise e com a Psicoterapia de orientação analítica.

De fato, as diversas razões pelas quais se advoga uma linha de tratamento ou outra (posição reducionista) são baseadas primariamente em argumentos teóricos e ideológicos e não em dados empíricos. Durante muitos anos, os psicanalistas entendiam as neuroses como exclusivamente psicológicas, considerando os tratamentos biológicos como inapropriados ou indesejados, pois suprimiriam apenas os sintomas, paliativamente, e, portanto, obs-

truiriam a exploração do problema real. Desta forma, a medicação agiria não a serviço da cura, mas a favor da resistência. Especialistas em farmacoterapia, por sua vez, afirmavam que a psicoterapia era desnecessária ou até mesmo danosa, pois mantinha os pacientes preocupados com assuntos carregados de conflitos insalubres.

Hoffman<sup>6</sup> sustentou a necessidade de um modelo unitário de tratamento, uma vez que os transtornos mentais ocorriam permanentemente sob uma matriz psicológica e biológica. Revisando o uso adjuvante da medicação na psicoterapia, Marmor<sup>7</sup> e Karasu<sup>8</sup> concluíram que as medicações eram mais úteis no alívio dos sintomas em curto prazo, permitindo que o paciente se tornasse mais acessível à exploração psicoterapêutica. Bellak e cols.<sup>9</sup> salientaram que, para algumas formas de psicoterapia e mesmo para algumas formas modificadas de psicanálise, as medicações faziam o papel dos anestésicos na cirurgia: eles representam as condições que permitem a intervenção. Karasu<sup>8</sup> concluiu, ainda, que cada modalidade teria diferentes ações e agiria em diferentes tempos durante o tratamento. As drogas teriam sua maior eficácia na formação dos sintomas e nas alterações afetivas, e fariam efeito mais precocemente, enquanto a psicoterapia influenciaria mais diretamente nas relações interpessoais e no ajustamento social, com efeito, mais tardio e mais prolongado.

Marcus<sup>10</sup>, em seu estudo sobre o tratamento combinado em transtornos de personalidade e depressões, argumentou que os antidepressivos melhoram dramaticamente a rapidez e eficácia da psicoterapia, atuando em funções autônomas do ego, como a regulação e a modulação do afeto. Referiu, ainda, que essas melhoras das funções do ego poderiam fazer a diferença entre uma relação terapêutica negativa, que poderia destruir a psicoterapia, além de modificar a transferência de um nível quase psicótico para níveis neuróticos de organização e intensidade.

Donavan e Roose<sup>11</sup> realizaram interessante estudo sobre integração terapêutica, no qual, de início, enviaram a todos os analistas didatas do Centro de Treinamento e Pesquisa Psicanalítica de Colúmbia, EUA, a seguinte pergunta: "Quantos pacientes tomaram medicação durante o curso de seu tratamento psicanalítico?".

Demonstrou que 62% deles tinham pacientes em uso de psicotrópicos nos últimos cinco anos, o que correspondia a 20% do total dos pacientes tratados; e, para a grande maioria dos pacientes, os analistas julgaram efetiva a ajuda da medicação, inclusive para o processo analítico. Mais recentemente, Guimón e cols.<sup>12</sup> conduziram uma pesquisa avaliando os métodos de tratamento dos psiquiatras suíços e evidenciaram que o uso associado da medicação e psicoterapia era conduzido por 91,9% dos psicanalistas e 95,8% dos psicoterapeutas.

## MODELO PSIQUIÁTRICO TERAPÊUTICO INTEGRATIVO

Este modelo é composto por três itens básicos:

- 1) Questões técnicas iniciais;
- 2) Formulação de um diagnóstico integrado;
- 3) Utilização de técnicas distintas;

### 1) Questões técnicas iniciais.

Os tratamentos medicamentosos e psicoterápicos podem ser utilizados sob a forma de tratamento combinado ou em co-terapia. No primeiro, o mesmo Psiquiatra conduz ambas as modalidades, no mesmo paciente. Na co-terapia (split treatment, na literatura internacional), o paciente consulta dois profissionais, um para a psicoterapia e outro para a medicação. Esta é, naturalmente, uma decisão que depende, por um lado, de cada psiquiatra, segun-

do sua preferência ou domínio dos dois tipos de tratamentos. Por outro lado, depende do paciente, de acordo com sua preferência ou tipo de patologia.

Para Busch e Gould<sup>13</sup>, o triângulo terapêutico (paciente, psicoterapeuta e psicofarmacologista) pode ser altamente recompensador para todas as partes, conquanto possa também promover um campo fértil para o desenvolvimento de transferências negativas e respostas contratransferenciais de ambos profissionais. De fato, segundo Bradley, o encaminhamento pode ser em parte um **enactment** contratransferencial para lidar com um impasse na psicoterapia. Nesta fase, sentimentos transferenciais negativos em relação ao psicoterapeuta podem resultar em uma dissociação, em que o psicofarmacologista, pela sua posição mais ativa e diretiva, somada ao alívio dos sintomas pelo fármaco, torna-se o objeto bom e idealizado. Portanto, o papel de cada terapeuta deve ser claramente definido desde o início. São também importantes as

### Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



**10.000m<sup>2</sup> de area verde**

**CLÍNICA JORGE JABER**  
www.clinicajorgejaber.com

**Atendimentos**  
INTERNAÇÃO  
HOSPITAL - DIA  
INDIVIDUAL  
GRUPO  
PROGRAMA FAMILIAR  
AMBULATORIAL  
DOMICILIAR

**Tratamentos**  
PSIQUIÁTRICO  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA  
PSICOLÓGICO  
TABAGISMO  
TRANSTORNO ALIMENTAR

**Convênios**  
AMAFRERJ  
AMIL  
BNDES  
BRADESCO SAÚDE  
CABERJ  
CAMARJ  
CEPEL  
CNEN  
ELETROBRÁS  
ELETRONUCLEAR  
EMBRATEL  
FIO PREV  
FURNAS  
GAMA SAÚDE  
GOLDEN CROSS  
INB  
IRB  
MEDSERVICE  
MÚTUA MAGISTRADOS  
NOTREDAME  
PETROBRÁS  
REAL GRANDEZA  
SULAMÉRICA  
UNAFISCO  
UNIMED  
VALE DO RIO DOCE

**CENTRO DE RECUPERAÇÃO**  
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ  
Rua Elísio de Araújo, 263  
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354  
CEP: 22783 - 360

**CONSULTÓRIOS**  
Leblon - Rio de Janeiro - RJ  
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105  
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056  
CEP: 22440-034  
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ



discussões periódicas, em especial no início do tratamento, para que os profissionais não atuem a favor da dissociação do paciente.

Greene<sup>14</sup> publicou um caso de análise em que praticara a terapia combinada e concluiu que existem casos em que é crucial que o analista prescreva a medicação, pois nesta modalidade pode ocorrer um 're-enactment' transferencial específico, mais importante do que a medicação per se. Nos casos em que o mesmo terapeuta conduz a psicoterapia e o tratamento farmacológico, a via comum destas forças é a transferência. Assim sendo, tanto a ação farmacológica pode modificar a transferência, assim como a transferência pode modular a experiência subjetiva da ação do medicamento. Outro ângulo técnico importante, durante a terapia combinada, é a diferença da 'distância ótima' entre terapeuta e a experiência emocional do paciente. Na prática psicoterápica – como é sabido – o terapeuta mantém uma proximidade maior com a vida emocional do paciente do que ocorre na psicofarmacoterapia. Nesse sentido, na terapia combinada, Hamilton e cols.<sup>15</sup> sugeriram que o terapeuta inicie a sessão com uma posição mais distante, com o objetivo de revisar as doses, sintomas, efeitos colaterais, etc. e vá se aproximando no decorrer da sessão.

Outro aspecto técnico diz respeito ao fato de que os programas de residência em Psiquiatria raramente ensinam sobre o tratamento combinado. A supervisão dos residentes, em geral, é dividida (dissociada) nas duas partes do tratamento. Como consequência, é comum encontrar residentes preocupados (culpados) por implantarem o tratamento combinado, pois 'estariam' se desviando do procedimento ortodoxo. Segundo Lipowski<sup>16</sup>, os residentes devem ser ensinados sobre avaliação diagnóstica multifatorial, bem como sobre as diversas modalidades terapêuticas. De qualquer forma, é possível que a realidade do ensino reflita não só a prática usual e atual, assim como a realidade no campo das pesquisas. Kandel<sup>17</sup> argumentou que, embora a Psicanálise tenha sido científica em seus objetivos, não foram assim seus métodos. Isto é, não foram desenvolvidos instrumentos de pesquisa capazes de testar as hipóteses geradas. Drob<sup>18</sup> destaca, a propósito, a teoria da comensurabilidade e a teoria do relativismo (incomensurabilidade). Teóricos da primeira delas defendem que deveria ser provado qual das teorias psiquiátricas seria a mais adequada, tendo por base determinado critério de validade, o que se aproximaria muito da chamada Medicina baseada em evidências. Já os teóricos do relativismo acreditam que, em nenhum momento, qualquer critério de validade deve ser aceito, pois cada teoria depende das hipóteses iniciais sobre a natureza do homem, hipóteses que não estão disponíveis para serem testadas empiricamente. Dessa forma, as hipóteses fundamentais da Psiquiatria seriam incomparáveis e

incomensuráveis. Lipowski<sup>16</sup> – frente ao problema – defende um reducionismo metodológico como estratégia. Ou seja, o pesquisador elegeria pesquisar as variáveis de apenas uma das classes, biológica ou psicológica, na tentativa de estudar a contribuição de cada classe. Mais recentemente, com o surgimento da Neuropsicanálise, estudos estão sendo conduzidos com o objetivo de integrar psicanálise e neurobiologia. Fonagy e cols.<sup>19</sup> estudaram os resultados dos tratamentos psicanalíticos e concluíram que:

- 1) Não há um estudo que demonstre a eficácia da psicanálise em relação a um placebo ativo ou a um método alternativo de tratamento;
- 2) Entre as limitações metodológicas, encontraram o viés de seleção da amostra e a falta de diagnósticos padronizados, de grupo-controle, de indicação aleatória (randomização) e de uma avaliação independente de resultados;
- 3) muitos dos estudos em andamento são metodologicamente mais modernos.

## **2) Formulação de um Diagnóstico Integrado / Utilização de Técnicas Distintas**

No modelo integrado – como era de se prever – o estabelecimento do diagnóstico não seguirá uma ordem prévia, do tipo primeiro o clínico, depois o estrutural. Seguirá, sim, a um plano dinâmico de escuta e de observação dos dados clínicos e do funcionamento do paciente, que lembra muito o modelo psicanalítico. Isto é, de início, valem muito os dados transferenciais e das associações livres do paciente, além dos clínicos. De parte do terapeuta, a valorização da atenção flutuante e das reações contra-transferenciais. Essa atitude receptiva e neutra do terapeuta permite que o mesmo vá construindo, mentalmente, uma hipótese (s) diagnóstica (s), a qual não imporá precedência de um tipo de diagnóstico sobre o outro. Tampouco implicará a necessidade de a hipótese diagnóstica preceder a investigação, a compreensão e mesmo qualquer ideia terapêutica do caso.

Por diagnóstico estrutural pretendo caracterizar, nas palavras de Bergeret<sup>20</sup>, o "modo de funcionar das infraestruturas latentes, tanto no estado normal quanto nas evoluções mórbidas dessas estruturas de base da personalidade". Por conseguinte, "sua classificação não repousa sobre supercategorias manifestas e sua metodologia visa ligações, associações e investimentos que regem os processos de escoamento, representação e satisfação pulsional". O conjunto de quatro elementos organiza essa visão estrutural de cada paciente: 1) Estrutura de base da personalidade; 2) Caracteres; 3) Traços; 4) Sintomas.

Dois extratos clínicos, a seguir, procuram ilustrar tal modelo:

A **Senhora A**, de 62 anos, profissional liberal de sucesso, divorciada há muitos anos, uma filha solteira, de 33 anos, mesma profissão da mãe, comparece ao consultório, seguindo indicação do Psiquiatra da sua filha. Ao olhá-la, tão logo abriu a porta, pude sentir e observar o grande sofrimento que carregava. Suas roupas eram muito escuras, tinha os olhos congestionados, a face encovada e parecia ser bem mais velha do que sua idade real. Entrou, sentou, deu rápidas olhadelas em volta, fixou-se em mim e, esforçando-se para articular o pensamento, disse ser muito bom o fato de que não me conhecia pessoalmente. Isto era um alívio, já que conhecia muita gente, inclusive Psiquiatras. Já se tratara com três. Veio à consulta obrigada por sua filha e seu irmão, pois já desistira de se tratar outra vez. A pressão dos familiares era relativa ao seu estado depressivo cada vez pior. Sofria, igualmente, de ansiedade crônica, intensa, a ponto de tremer de tal forma que era inevitável pensar em quadro neurológico. Tomava uma porção de remédios e não melhorava. Não queria voltar a tratamento, pois não conseguira nada com seus três psiquiatras anteriores, em longos tratamentos. Com um deles, tornou-se amiga. Com outro também teve que romper, devido os repetitivos atrasos dele. E com o terceiro, desentendeu-se por questões financeiras.

Indagada sobre perdas em sua vida, irrompeu em pesado choro, ao relatar a morte de seu pai ocorrida há dois anos, e o quanto o amara. Quanto mais elogiava o pai ("bonito, elegante, educado, culto...") mais literalmente se desmanchava em compulsivo e desesperado choro. Já aqui, eu 'filtrava' suas informações, aliás, preciosas para um diagnóstico futuro e integrado. Refiro-me a detalhes relativos aos traços de caráter: 1) Ela era carente, mas parecia também sedutora, a ponto de transformar seu anterior Psiquiatra em amigo (traço histérico); 2) Amara o homem mais formidável do mundo, bonito, dotado! (traço narcisista); 3) Não parecia ser somente exigente, mas padecer de orgulho extremado, revelado ao não 'perdoar' seu atrasado Psiquiatra (traço paranóide); 4) Via-se como desprendida, mas interromper com o Psiquiatra por dinheiro fez-me supor traço oral/anal regressivo e impositivo ao self (traço melancólico).

A senhora A – imagine! - sofria de melancolia, causada pelo luto patológico (do pai) e, vi depois, sentimentos de abandono relacionados à filha. Outras perdas poderiam ter ocorrido, assim como era possível doença afetiva familiar e transtorno de personalidade (Narcisista? Paranóide?). Do ponto de vista relacional, parecia carente, exigente e impulsiva.

Não houve tempo (e nem achei indicado), nas primeiras sessões, interrompê-la para saber de sua medicação. Mas, frente à intensidade de seus sintomas e a inclusão de ideias supervaloriza-

das de suicídio (imaginava atirar-se do alto de sua cobertura) em seus relatos, assim procedi. Alterei as doses de Clonazepam e de Topiramato, substituí Escitalopram por Venlafaxina e retirei Mirtifenedato. Aumentei, gradativamente, as doses dos medicamentos; diminuí, depois, a de um deles (Clonazepam) até encontrar a composição ideal, dada pelo duo eficácia máxima/ efeito colateral mínimo. Procurei, também, estabelecer um ponto de equilíbrio entre a resposta medicamentosa e a resposta psicoterápica, já que a paciente demonstrava responder a ambas. Em razão disso, embora de forma muito lenta, sua sintomatologia decresceu e foi sendo possível estabelecer conexões entre fatos de sua vida e suas reações emocionais.

A senhora A completou um ano e três meses de tratamento, em outubro de 2012. No início do tratamento, digamos os três primeiros meses, foi muito importante desenvolver um diagnóstico integrado, pois, graças a ele, pude implantar, gradativamente, o tratamento combinado, que me pareceu ideal e que segue até hoje: três sessões semanais de psicoterapia mais o esquema medicamentoso, descrito acima.

Esse diagnóstico integrado foi feito à medida que as entrevistas de avaliação e tratamento foram se sucedendo. Não houve uma ordem preestabelecida. Tanto chamou minha atenção sintomas produtivos agudos (intensa depressão e ansiedade), assim como uma constante autorreferência. Por exemplo, a senhora A falava tanto de si, de seu sofrimento, que não sobrava nada para os seus objetos, embora aludisse sofrer por eles. Tais dados (clínicos, dinâmicos) fizeram com que eu supusesse uma depressão do tipo melancólica, dentro de transtorno de personalidade prévio (Narcisista?). Quer dizer, era como se seus objetos (perdidos) pertencessem a ela, daí a sua ambivalência em relação a eles: por 'abandoná-la', eles não eram libertados e nem perdoados, sendo atacados nela mesmos. Seu luto, em razão disso, prolongava-se, cronificava-se, tornava-se patológico.

Nas sessões, tratou de seu luto patológico e acrescentou outras importantes perdas, mais recentes, tais como grande perda financeira, assaltos, doença da sua mãe e o fato da sua única sua filha deixar de morar com ela, após 35 anos de convivência simbiótica. É claro que essas últimas perdas (em especial, a última) reacentuaram o luto com o pai. Figuras idealizadas, este pai e esta filha funcionavam como verdadeiros 'self-objetos'<sup>21</sup>, sem os quais não queria mais viver.

A **Senhora B**, de 51 anos, dona de casa, um filho, veio à consulta pressionada por seus persistentes sintomas de ansiedade, tremores e insônia (não referiu depressão). Acreditava ser a causa deles as dificuldades sexuais com seu segundo marido. Em síntese, queixava-



-se da disfunção sexual dele, embora cinco anos mais moço do que ela. Geralmente, ele perdia a ereção ao penetrá-la. Não era assim ao se conhecerem, dez anos atrás, quando ela se encontrava recém-divorciada de um homem rico e maníaco-depressivo, mas com quem sempre tivera vida sexual gratificante. Já seu marido atual parecia tímido, depressivo, retraído e mal sucedido financeiramente. Costumava, ao chegar à casa do trabalho, ingerir algumas doses de wisky, jantar e dormir, sem maiores interações com a paciente, incluindo qualquer aproximação sexual.

O único filho da paciente, de 24 anos, não morava com ela, pois havia preferido residir na casa de seu pai, por ocasião do divórcio (solicitado por ela). Este era igualmente motivo de muita tristeza para ela, apesar dos anos transcorridos. Outra razão de tristeza era a morte de seu pai, ocorrida recentemente. Pai idealizado, como homem e como médico, “que fora sempre bravo e incansável na tarefa de sustentar sete pessoas, educar os filhos e encaminhá-los para a vida”. Relatou, ainda, o péssimo relacionamento com sua mãe, de quem se queixava amargamente por considerá-la inadequada como mãe. Chamou a minha atenção, o fato da paciente não se queixar de depressão, pois era visível tal sintoma. Talvez este fato fosse justificado por certa hipomania.

Perguntada sobre sua vida progressa e família de origem, destacou os seguintes aspectos: 1) Cresceu entre os irmãos homens e era a mais moça deles. Como tal, seguia seus passos e brincadeiras (masculinas). 2) Achava, inclusive, que não se tornou “sapatão” porque teve uma tia que cuidava (‘dos aspectos femininos’) dela, pois sua mãe simplesmente estava sempre envolvida com o marido e seus irmãos. 3) Apesar de seus medos de menina, “seguiu em frente”. Não foi boa estudante e nem teve incentivo para profissão futura. 4) Assim que apareceu o “pretendente rico”, tratou de casar, incentivada pela família. 5) Considerava seu pai uma pessoa muito ansiosa, ora deprimido, ora eufórico. Quanto a sua mãe, via-a como deprimida. 6) Tivera dois tratamentos prévios: O primeiro – levada pela mãe – quando da sua puberdade, por ansiedade e dificuldades escolares. O segundo, por ocasião de seu divórcio.

De início, a senhora B me pareceu apresentar quadro neurótico, ansioso-depressivo e com sintomas produtivos dessa linha: ansiedade, insônia, tremores, apreensão, depressão. Deixei para esclarecer melhor, no correr do tratamento, questões tais como doença afetiva familiar, fobia infantil e traços predominantes de caráter. No plano psicodinâmico, era digno de nota, relacionar seu estado atual com o luto pela morte de seu pai. Tal objeto estaria deslocado para o seu marido ‘morto’ (impotente). Porém, a questão da vida sexual insatisfatória da paciente era prioridade, cujo responsável era o marido!

Quanto à paciente, ela se achava menos comprometida do que ele. Afinal, ao contrário do mesmo, dizia-se (e se mostrava) disposta ao encontro sexual, trabalhava com afinco e sucesso em seu negócio de vendas de roupas femininas. Tinha boa aparência, era sociável e alegre entre as inúmeras amigas, com as quais convivia diariamente, na caminhada matinal, chá da tarde e alguns jantares de casais, aos fins de semana. Já o marido era visto como fracassado em sua atividade de economista e consultor de empresas.

Em realidade, a paciente parecia identificada com seu pai ‘vivo’ e (potente), que teve cinco filhos e sucesso profissional como médico. Já o marido abrigava desvantagens: parecia identificado com o pai dele, homem calado, doente e dominado pela mulher.

Ocupamo-nos (duas vezes por semana) com o problema que a trouxe ao tratamento. E, de fato, foi ficando claro para mim que seu marido sofria de uma disfunção sexual. Porém, ao mesmo tempo, percebi que a senhora B sofria de antigos (e atualizados) problemas, dos quais não tinha consciência. Costumava usar ansiolíticos, retirados do marido, e tudo indicava ser uma pessoa ansiosa, independente de sua inquietação com o marido. Era bem possível que esta ansiedade, do tipo fóbico, fosse primitiva. O mesmo se poderia pensar sobre o componente depressivo, que parecia surgir sempre que suas defesas obsessivas e maníacas eram rompidas. Embora sua estrutura de base da personalidade fosse neurótica, provavelmente histérica ou histero-fóbica, vinha tendo dificuldades de se manter equilibrada.

O marido da senhora B se tratava há anos em psicoterapia, sem resultados. Um dia - inconformada com este fato – a senhora B foi falar com o Psiquiatra do marido. Saiu de lá ainda mais desapontada, pois ele lhe dissera: “Na nossa idade, a vida sexual é assim mesmo!”. Como assim, na ‘hossa’ idade, irritada, reclama para mim, à senhora B. “Ele deve ter dez anos mais do que eu e mais uns quinze do paciente dele!”. Sequer deu uns remédios para ele. “Mas aí entendi tudo: um não contava tudo e o outro achava que estava tudo bem!”

Desse material, entendi que a senhora B não resolvera (em seus tratamentos anteriores) boa parte de seus (não tão simples) problemas. E que seu tratamento e psiquiatra atuais - a menos que se tomassem algumas providências – também teriam como resultados, respectivamente, a nulidade e a ineficiência. Corrigi sua medicação ansiolítica (retirei Bromazepam e introduzi Clonazepam e Paroxetina), a fim de combater seus sintomas o mais rapidamente possível, pois a paciente me procurara no fim do ano, aproximava-se o período das minhas férias e já me eram claros que seu equilíbrio era precário, além do fato de se sentir muito aflita com a aproximação de uma reunião familiar, no verão, para tratarem de

(sérios) problemas.

Minha preocupação não se comprovou exagerada. No final de fevereiro, do litoral de Santa Catarina, ligou-me um dos seus irmãos (médico) para me relatar que a paciente tivera uma ‘crise muito forte’. No início de março, acompanhada de uma empregada doméstica, a senhora B compareceu a consulta (antecipada) em um estado deplorável. Tremia, chorava e mostrava pavor incommum. Constatei ter sido ‘crise de pânico’ o que tivera, em meio à semana de reuniões com todos os seus familiares.

Reestruturado o setting e reajustada sua medicação (Paroxetina 20mg: 1comp./café da/manhã; 1comp./almoço; Clonazepam 1mg: 1comp. 3 X dia), as sessões da senhora B, dos primeiros meses, foram utilizadas para tranquilizá-la quanto a novas ‘crises de pânico’ (de fato, não as teve mais) e para entendê-la como uma verdadeira falência de toda sua estrutura defensiva.

Levou alguns meses para dispensar sua acompanhante (terapêutica) e para retornar ao seu estado pré-mórbido. Passado mais de um ano, diminui sua medicação para doses de manutenção. Por mais dois anos, produziu muito, psicoterapeuticamente falando. Reviu a relação com sua mãe, reaproximando-se e se tornando a principal auxiliar na doença dela. Aceitou a idealização/identificação com o pai como manobra para fugir dos sentimentos de abandono em relação à mãe (revividos no último verão). Descobriu-se também uma pessoa fóbica, que ‘mal abria as pernas’ no ato sexual, o que colaborava para a má qualidade e desentrosamento sexual com o marido. Este, por sua vez, deixou seu Psiquiatra e começou novo tratamento com outro, além de consultar um Urologista, tendo tido pleno êxito em ambos. Seu filho casou, teve um filho e aproximou-se da paciente, não sem lhe trazer graves problemas para trabalhar e manter sua família.

Até os dias atuais, a senhora B toma 1 comp. de Paroxetina/dia, às vezes me liga, raramente me consulta. Sua vida - combinados os fatores terapêuticos e fatos de sua vida acima descritos – “tomou outro rumo, recobrei a saúde, a família e o prazer”.

## CONCLUSÕES

Houve época de grande incompatibilidade entre Psiquiatras biológicos e Psiquiatras psicodinâmicos, na qual a valorização de um implicava na desvalorização do outro. Acreditava-se, inclusive, que a utilização de predicados teóricos ou técnicos de uma corrente sobre outra trazia prejuízos ao tratamento do paciente. Cada lado aferrava-se a influência originária, Neurologia e Psicanálise, tornando qualquer discussão estéril, dada a matiz nitidamente

ideológica empregada na sua condução.

Este período – não tão distante e nem tão curto – somente cedeu quando dados empíricos da terapêutica psiquiátrica demonstraram o contrário do apregoado. Ao invés de antagônicas, técnicas distintas podiam ser complementares e muito úteis no combate às doenças psíquicas.

Neste trabalho, a expressão ‘tratamento combinado’ procura consagrar o modelo unitário em detrimento da posição reducionista, bem como o apresenta sob a forma de ‘modelo psiquiátrico terapêutico integrativo’. Baseado num diagnóstico clínico e estrutural, a abordagem do paciente através de técnicas diferentes é exemplificada por dois extratos clínicos.

*Correspondência*  
Luiz Carlos Mabilde  
Rua Tobias da Silva, 99/303,  
90570-020 Porto Alegre – RS  
E-mail: mabilde@terra.com.br

*Não há conflitos de interesse. Não há fontes de financiamento.*



## Referências

- 1. Mabilde LC, Kapczinski F, Ribeiro R, Tocchetto A. Considerações sobre o tratamento farmacológico e psicodinâmico dos transtornos de ansiedade. *Rev. Psiquiatr. RS.* 1999; 21: 41-51.
- 2. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993: 132-149.
- 3. Frey BN, Mabilde LC, Eizirik CL. A Integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26: 118-123.
- 4. Freud S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972; 14: 89-119.
- 5. Meyer A. Progress in teaching psychiatry. *JAMA* 1917; 69: 861-3.
- 6. Hoffman JS. Integrating biologic and psychologic treatment: the need for a unitary model. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13:369-72.
- 7. Marmor J. The adjunctive use of drugs in psychotherapy. *J. Clin Psychopharmacol* 1981; 1: 312-5.
- 8. Karasu, TB. Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *Am J Psychiatry.* 1982; 139: 1102-13.
- 9. Bellak L, Chassan JB, Gediman HK, Hurvich M. Ego function assessment of analytic psychotherapy combined with drug therapy. *J Nerv Ment Dis* 1973; 157: 465-9.
- 10. Marcus ER. Integrating psychopharmacotherapy, psychotherapy and mental structure in the treatment of patients with personality disorders and depression. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13: 255-63.
- 11. Donovan SJ, Roose SP. Medication use during psychoanalysis: a survey. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 177-8.
- 12. Guimón J, Fischer W, Zbinden E, George D. Therapeutic practice profiles, theoretical models and representations of the psychiatrists. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie* 1988; 149: 41-50.
- 13. Busch FN, Gould E. Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 772-4.
- 14. Greene MA. The effects of the introduction of medication on psychoanalytic process: a case study. *J Am Psychoanal Assoc* 1998; 49: 607-27.
- 15. Hamilton NG, Sacks LH, Hamilton CA. Object relations theory and pharmacopsychoterapy of anxiety disorders. *Am J Psychother* 1994; 48: 380-91.
- 16. Lipowski ZJ. To reduce or to integrate: psychiatry's dilemma. *Can J Psychiatry* 1986; 31: 347-51.
- 17. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-24.
- 18. Drob SL. The dilemma of contemporary psychiatry. *Am J Psychoter* 1989; 43: 54-67.
- 19. Fonagy P. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. 2nd revisited. 2002 Feb. Available from: URL.
- 20. Bergeret J. A personalidade normal e patológica. Porto Alegre: Artmed; 1998: 66-116.
- 21. Kohut H. Análise do self. Rio de Janeiro: Imago, 1988: 18-21.