



Patricia Johansson-Rosen*

El DSM-IV, el medicamento y el psicoanálisis¹

En los años 80, cuando el DSM² todavía no estaba en uso en Francia pero la psiquiatría biológica ya comenzaba a ganar terreno, me inicié en los rudimentos de la nosografía psiquiátrica francesa con el Prof. Lebovici, psicoanalista de la IPA. Luego, encontré en el Hospital Sainte-Anne algunos jóvenes psiquiatras mucho más entusiastas. Fue el entusiasmo y el interés por la clínica de las psicosis de esos asistentes e internos, formados en la clínica en ese mismo lugar por el Dr. Lacan, que acababa de morir, lo que me orientó decididamente hacia el psicoanálisis lacaniano.

Elegí seguir a Lacan por el abordaje que propone de las psicosis, y también por los efectos transferenciales de su enseñanza sobre la práctica de algunos psiquiatras, psicoanalistas y sobre sus pacientes. Para Lacan, la clínica, aunque fuese psiquiátrica, es siempre una clínica bajo transferencia. El médico debe saber hacerse soporte de ella, ya que es a él a quién se dirige la demanda del paciente.

Mi práctica psiquiátrica, durante mucho tiempo hospitalaria y actualmente privada, está orientada por sus proposiciones. Recibo a muchos psicóticos en mi consultorio, y cada vez más, porque el sector psiquiátrico público no tiene más tiempo para dedicarles. A veces les prescribo medicamentos, pero me intereso sobre todo por aquello que tienen para decir a la "psiquiatra", quien intenta suspender todo juicio, interpreta lo menos posible -porque ellos lo hacen mejor que yo-, les plantea preguntas y les propone ayudarlos a encontrar sus *way of life*.

El Doctor Jacques Lacan era psicoanalista, pero fue también psiquiatra hasta su muerte. La locura le interesaba particularmente. Su tesis³ -El caso Aimée- es para los psiquiatras una elaboración formidable de un caso de paranoia esclarecido por los

* Patricia Johansson-Rosen es psiquiatra, psicoanalista, miembro de l'École de la Cause freudienne.

¹ Conferencia del Campo freudiano en la Agencia Estatal de salud mental en Riga; Letonia, 2 de junio de 2006.

² Manual Diagnóstico y Estadístico de las Trastornos Mentales.

³ J. Lacan, De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad, Seuil-Points, Paris, 1980.

4D/F

4S/F

1-497

(1)

C1 - F497

conceptos freudianos. Como lo testimonian las presentaciones clínicas de enfermos que realizó regularmente cada quince días en el Hospital Sainte Anne hasta el año 1980, a Lacan le interesó la psicosis toda su vida. Sus interrogantes sobre ella evolucionaron mucho. Según los testimonios de la época, al final de su vida, Lacan se formulaba la siguiente pregunta: “¿Por qué no somos todos psicóticos?”⁴

Abordar el problema de la enfermedad mental desde ese punto de vista, en un movimiento inverso al del DSM que sólo toma en cuenta trastornos que habría que reducir, o incluso abolir, es apasionante y esencial para el psiquiatra. La práctica psiquiátrica orientada por la clínica psicoanalítica de Freud, re-explorada por Lacan, permite diagnosticar una estructura psicótica mucho más finamente que cualquier DSM o escala de evaluación conductista, a menudo incluso antes del estallido del delirio. Desconfiemos de aquello que los seguidores del DSM llaman ataque de pánico o ansiedad generalizada, incluso estado depresivo. No es raro descubrir, si sabemos buscar con las herramientas epistémicas lacanianas, una estructura psicótica sin desencadenamiento. Adiferencia del DSM, este enfoque permite una exploración fina de toda la clínica psiquiátrica, desde las neurosis hasta las psicosis, pasando por la perversión, para aislar, por una parte, los incidentes, los accidentes, o incluso las fracturas estructurales causadas por el mal encuentro con aquello que nosotros llamamos el goce y, por otra, la solución singular encontrada por el sujeto para remediar ese acontecimiento siempre traumático. La solución subjetiva es una solución sintomática que, bajo ese título, compete a la neurosis histérica u obsesiva, a la psicosis paranoica, esquizofrénica o distímica, o aún a la perversión. El sujeto hablante mantiene esa solución aunque se queje de ella: “El psicótico ama su delirio más que a sí mismo” escribía Freud.

*El médico y el psiquiatra
en tiempos del dinamismo farmacéutico*

La medicina experimental apareció en Francia a principios del siglo XIX. La investigación fundamental permitió distinguir lo normal de lo patológico y aisló los

⁴ E. Leguil, “La Section clinique”, La Cause freudienne 20, Navarin/Seuil, Paris, 1992, p.120.

procesos fisiológicos susceptibles de esclarecer la patogénesis. Sin embargo, en ese enfoque existe una dificultad que toca los fundamentos de la gestión científica.

Para el psicoanálisis, el ser humano viviente no es un animal, ni un cadáver, ni un tubo de ensayo, así como tampoco una computadora. Es un cuerpo que habla y, hablando, goza. El goce del que se trata no es del orden del placer, sino de lo que Freud llamó el más allá del principio del placer. En efecto, el placer es lo que disminuye la tensión, a nivel del cuerpo. El goce, por el contrario, es la dimensión donde el cuerpo sufre*; por ejemplo, en el síntoma. El goce es siempre del orden de la tensión, del empuje, del gasto, del esfuerzo. Indudablemente, hay goce en el nivel en donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solamente en ese nivel del dolor, que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que, de otra manera, permanece velada. Tal es el caso de esos fenómenos de goce del cuerpo –alucinaciones de todo tipo, angustias, alteraciones del humor, obsesiones...- y de las creaciones sintomáticas que presentan nuestros pacientes, sujetos del inconsciente. Hace más de un siglo, Freud, que era neurofisiopatólogo, inventó el inconsciente, concepto que Lacan retomó, especificando que estaba “estructurado como un lenguaje”. La invención de Freud venía en respuesta a aquello que la ciencia producía y con lo cual no siempre sabía qué hacer. Dicha invención apuntaba a tomar en cuenta y a tratar el residuo producido por el proceso científico, el sujeto efecto del significante, o sea, el sujeto del inconsciente. Para Lacan, el sujeto del inconsciente es el sujeto producido y rechazado por la ciencia. Es en ese sujeto que se interesó el psiquiatra durante mucho tiempo.

La industrialización es concomitante de los progresos de la ciencia sobre los cuales reposa. Actualmente, la salud se transformó en asunto de los poderes públicos, porque el costo y la eficacia de la asistencia médica tocan muy de cerca a la economía pública. Las nociones de Higiene pública y luego la de Salud pública, nacieron cuando la sociedad industrial se interesó en las masas de trabajadores que paraban las fábricas reivindicando un “derecho a la felicidad”. Como no evocar aquí la curiosa definición de la salud dada por la OMS: “Es el estado de completo bienestar físico, moral y social, que no consiste sólo en la ausencia de incapacidad o de enfermedad”. En suma, la salud equivaldría a la felicidad. Para quien es desdichado, algunas pastillas resolverán el

* N. del T: *éprouver* es tanto sufrir como experimentar.

asunto. En efecto, la industria farmacéutica tomó mucho vuelo. Maneja costos faraónicos. Las pruebas y protocolos para poner en el mercado nuevos medicamentos representan importantes inversiones y necesitan, para que las píldoras se vendan bien, el establecimiento de nuevas categorías clínicas, consideradas más prácticas para el prescriptor en potencia en el que se transformó el médico. Para la psiquiatría, el DSM-IV es un perfecto ejemplo de ello.

Durante mucho tiempo, el médico ha sido un hombre de prestigio y autoridad. Al prescribir, el médico se prescribía a sí mismo, se prestaba a ser parte del tratamiento. En el presente, provisto de nuevos poderes de investigación, el médico se enfrenta con nuevos problemas. "El médico es requerido en la función de sabio fisiólogo, pero experimenta además otros llamados: el mundo científico tiene entre sus manos un número infinito de nuevos agentes terapéuticos, químicos o biológicos, que pone a disposición del público, y exige al médico, como a un agente distribuidor, que los ponga a prueba. ¿Dónde está el límite que el médico debe trazar y a qué debe responder? A algo que se llama demanda."⁵ En la medida en que el poder generalizado de la ciencia brinda a la mayoría de la gente la posibilidad de ir a pedir al médico un alivio inmediato, se dibuja la originalidad de una dimensión que llamamos demanda.

"Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo, donde está la chance de sobrevivir de la posición propiamente médica."⁶ Fuera de las situaciones de extrema urgencia, un médico sabe que aquel que viene a consultarle no espera pura y simplemente la curación. "El enfermo somete al médico a la prueba de que lo saque de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, porque eso puede implicar que esté totalmente atado a la idea de conservarla. A veces viene a solicitarnos que lo autentifiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene, del modo más manifiesto, a pedir que se lo preserve en su enfermedad, que se lo trate de la manera que le conviene, que se le permita continuar siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad."⁷ Es aquí donde se mide la distancia que hay entre aquello que llamamos demanda y el deseo. El sujeto demanda aquello que no desea. Se trata aquí del deseo inconsciente. Olvidar esto, incluso negarlo, es hacer equivaler al médico a un simple

⁵ J. Lacan, "La place de la psychanalyse dans la médecine", Conferencia y debate en el Colegio de Médecine de la Salpêtrière, *Cahiers du Collège de médecine*, 1996, p.761-774

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

distribuidor de medicamentos. Vistos los resultados de la informática, hay una fuerte apuesta a que el médico puramente prescriptor sea sustituido muy pronto por la máquina, más eficaz para calcular los costos. En Francia, es notable cómo muchas entrevistas médicas han sido reducidas al mero ejercicio de completar escalas de evaluación.

Por mucho tiempo el psiquiatra fue aquel que se interesaba especialmente por el loco. Lo esencial de su formación tenía lugar en esos espacios de segregación tan particulares que eran los asilos de alienados. Se elegía, entonces, ser psiquiatra. La especificidad de la psiquiatría (CES y residencia específica) tenía su lugar en el plan de estudios médicos. Hoy, desapareció totalmente de ellos. En Francia, observamos desde hace algunos años una reducción del número de psiquiatras que actualmente linda con la escasez. En el ámbito de los poderes públicos, ¿acaso se ha imaginado que bastaría con que no haya más especialistas en locura ni instituciones específicas para que no haya más psicóticos? Quizá entonces la calle o la prisión sean soluciones económico-sociales dignas de nuestras sociedades.

La clínica del DSM-IV

En su tercera versión, el DSM había hecho desaparecer la entidad estructural de la neurosis. En el DSM-IV, le tocó el turno a la psicosis, erradicada en provecho de un *patchwork* de trastornos. Efectivamente, un psicótico puede estar ansioso, tener trastornos somatoformes, facticios, disociativos, de disfunción sexual, de identidad sexual, de conductas alimenticias, del sueño, del control de impulsos, etc... Pero, la neurosis también, ¿no es cierto? La noción de comorbilidad y algunos datos estadísticos dan un barniz científico a este catálogo de trastornos yuxtapuestos. Hace cuarenta años, en su "Breve discurso a los psiquiatras", Lacan ya subrayaba que la psiquiatría había sido absorbida por la medicina general, ya que se encontraba tomada por el "dinamismo farmacéutico" ¿Será ésta la palabra clave de la historia?

El DSM reduce la solución sintomática, pacientemente encontrada por cada uno de nosotros para soportar la vida, a trastornos que convendría erradicar. Toda la

dimensión propiamente humana de la solución del sujeto, la singularidad ligada a varias generaciones de su historia familiar, sus elecciones, sus amores, sus encuentros, en suma, los acontecimientos de su vida, son simplemente evacuados del manual. En el mismo movimiento, las terapias conductistas vinieron a adaptarse perfectamente a la nueva nomenclatura de los trastornos. Acompañadas con la farmacopea adecuada, las mismas son también prescritas para hacer desaparecer el trastorno. Hacer desaparecer el trastorno sin interesarse en lo más mínimo en su causalidad específica, puede ser extremadamente perjudicial para el paciente. Todos tenemos la cruel experiencia de pacientes a quienes se ha prescrito neurolépticos incisivos y que, a falta de sus alucinaciones, caen en estados depresivos gravísimos, o también, pacientes a quienes se ayuda a dejar el alcohol, o incluso los tóxicos, y que empiezan a escuchar voces... El DSM no se interesa por el ser hablante, sino por el sufrimiento del cuerpo al que priva de toda palabra para medicarlo mejor, haciendo callar lo que excede, un goce que compete al viviente. Para nosotros, un síntoma quiere decir algo del sujeto; y es por esa razón que preferimos darle la palabra. El DSM se interesa mucho más por los medicamentos que por los enfermos. Modificó toda la nosografía clásica en función de la eficacia de aquellos: un medicamento se lanza al mercado porque es eficaz sobre un trastorno cuya existencia está establecida como una entidad aislada, y ante ese trastorno el psiquiatra prescribe evidentemente el medicamento en cuestión. Dado que los medios recaban y difunden esa información, no es resulta raro que, desde hace unos años, sean los mismos pacientes quienes pidan "la pastilla de la felicidad".

El DSM fue redactado por una mayoría de expertos psiquiatras americanos quienes, en los hechos, no son independientes como deberían, sino que son pagos por laboratorios farmacéuticos. Se lo sospechaba desde hace tiempo, y se vio confirmado por los trabajos de una investigadora americana, Lisa Cosgrove y al. (Universidad de Massachussets en Boston), que fueron publicados el 21 de abril de 2006 en la revista *Psycho-therapy and Psychosomatics*.⁸ L. Cosgrove descubrió que la mitad de los psiquiatras expertos que participaron en la redacción del DSM-IV fue paga por la industria farmacéutica. El resultado de esta encuesta muy detallada sobre los lazos de los expertos con la industria muestra que, sobre los 170 miembros de grupos de trabajo que habían participado en la elaboración de este manual, 95 (o sea el 56%) tienen uno o

⁸ 2006, 75;154-160. Ver también B. Carey, "Study finds a link of drugs makers to psychiatrists", *Ney York Times*, 20 de abril de 2006.

varios vínculos financieros con empresas. En ciertos grupos, como el panel sobre los "trastornos del humor", o el grupo "esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas", el 100% de los expertos tienen lazos financieros que los atan a los laboratorios.

Desde hace veinte años, el DSM-IV es objeto de reiteradas críticas por parte de una minoría activa de psiquiatras "clásicos". Ellos acusan a la *American Psychiatric Association* de haber hecho desaparecer a la psiquiatría clínica "en beneficio de clasificaciones que, de modo manifiesto, ya no están basadas en el discurso de los pacientes sobre sus sufrimientos, sino más bien en la eficacia de los medicamentos. Poco a poco, se han eliminado de esta clasificación todas las entidades problemáticas, como las formas deficitarias de la esquizofrenia que, justamente, no responden a los medicamentos"⁹. Un viejo colaborador de un laboratorio farmacéutico reveló que el concepto de "ataques de pánico", clasificado en el DSM-IV, había sido elaborado específicamente por Donald Klein, para el laboratorio Upjohn, que iba a poner en el mercado el Xanax® (Alprazolam). El propio vocabulario psiquiátrico está definido actualmente por los laboratorios. Las críticas y los ejemplos sobran: en el DSM-IV, las psicosis maniaco-depresivas se transformaron en trastornos bipolares, considerados mucho más frecuentes: así, ¡cada paciente puede apropiarse de ese diagnóstico para reclamar un tratamiento a su médico!

*Sobre el uso de medicamentos
en psicoanálisis*

Sin ninguna duda, debemos resistirnos a este pensamiento único, oponiéndonos a cualquier tentativa de uniformización de una definición del ser hablante. El DSM-IV es utilizado especialmente en las conferencias de consenso sobre las patologías mentales: influye profundamente en el modo de pensar, en las decisiones terapéuticas y en las estrategias de salud pública de la mayor parte de nuestros países. Las psicosis, cuando son tomadas seriamente, es decir, abordadas en su dimensión estructural, con la lógica lacaniana del significante y el mecanismo de forclusión aislado por Lacan,

⁹ T. Le Vaguerèse, "Une étude sur les liens des experts du DSM-IV et l'industrie pharmaceutique", 30 de abril de 2006, publicado en 6, 9252

revelan lo que hay de humano en cada uno de nosotros. "La psicosis, dice, es una prueba de rigor"¹⁰. En efecto, ¿cómo arreglárselas en la vida cuando no estamos seguros de que mañana vaya a salir de nuevo el sol? Y sin embargo, ¿quién puede estar totalmente seguro de ello?

La única clínica que vale para nosotros es entonces una clínica bajo transferencia. Es una clínica que toma en cuenta el hecho de que el paciente invierte con una serie de cualidades, positivas o negativas, a la persona del médico. Este es el partenaire, y en muchos aspectos, el secretario del paciente. El psiquiatra no es un puro evaluador, porque el hecho mismo de su presencia modifica los datos clínicos que recoge. Las palabras del paciente se dirigen a él y a ningún otro. De entrada, estos encuentros acarrearán efectos que será necesario esclarecer. Es con esta brújula que el psiquiatra prescribe entrevistas y medicamentos. Actualmente, tenemos a nuestra disposición psicotrópicos no más eficaces que hace veinte años, pero mejor tolerados por los pacientes. Saber diferenciar una estructura psicótica de una neurosis frente a un síndrome depresivo o a una crisis de angustia, permite no responder de entrada y sistemáticamente al síntoma con la prescripción de antidepresivos o ansiolíticos. A veces es preferible no prescribir medicamentos, sino volver a entrevistar rápidamente al paciente. O prescribir de entrada una dosis pequeña de neurolepticos. Cuando el diagnóstico de psicosis está comprobado, y la gravedad del delirio conlleva los riesgos vitales, a menudo la prescripción es necesaria de entrada. Siempre se tratará de apreciar la relación singular del paciente con lo que lo persigue. ¿Cuáles son las coordenadas del desencadenamiento, la lógica de su delirio, sus efectos, etc? Más aún, ¿cómo hará si, bajo el efecto eficaz y esperado del medicamento anestésico que es el neuroleptico, se siente totalmente abandonado en un mundo que ha perdido todo sentido? ¿En qué se transformará ese sujeto si sus voces alucinadas, sus compañeros, ya no se dirigen a él o se callan cuando los llama, si su cuerpo se encuentra deshabitado de todas las sensaciones cenestésicas que lo atravesaban, aunque fueran xenopáticas hasta lo intolerable? ¿Qué suplencia encontrará entonces para sostenerse en la vida? Es en este punto, más allá de los criterios de evaluación de cualquier tipo y de las diversas prescripciones que puedan desprenderse de ellos, donde comienza el trabajo de un psiquiatra, y donde se juega para todos el porvenir de nuestra disciplina. El rechazo

¹⁰ J. Lacan "Conférences dans les Universités Nord-Américaines", Yale University, Scilicet 6-7, Paris, Seuil, 1975, p.7-31.

sistematizado, en el DSM, de la invención freudiana y de los aportes lacanianos, particularmente en el registro de las psicosis, evacúa de nuestro campo al sujeto del inconsciente y a su correlato, la transferencia, y condena a la práctica psiquiátrica a ser sólo una sombra en el reino de la ciencia. Es por esta razón que conviene reaccionar, apoyándose en una clínica seria del caso por caso, que restituya la humanidad de nuestra práctica de palabra. Por supuesto, los medicamentos, pero además... La partida que se juega para cada psiquiatra no está ganada de antemano, pero tampoco está perdida si se acepta el desafío que ofrece una clínica esclarecida por el concepto de inconsciente.

Palabras clave: psiquiatría- DSM- medicamento.

Texto extraído de *Mental, Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée*, Nº 19, *Les psychanalistes et le médicament*, Nouvelle Ecole Lacanienne, mayo de 2007.

PARA USO INTERNO DE LA CÁTEDRA DE PSICOPATOLOGÍA I DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNLP.

Traducción: María Victoria Gutiérrez Meyer

Revisado por: Lic. Nora Carbone