

El medicamento psicotrópico y el dispositivo farmacéutico al origen del nuevo paradigma de la psiquiatría moderna

The psychotropic drug and the pharmaceutical apparatus at the origin of the new paradigm of modern psychiatry

Diego Enrique Londoño Paredes¹

Resumen:

Es a partir de la idea de “paradigmas” en psiquiatría, formulada por el psiquiatra G. Lanteri-Laura, que proponemos la tesis del paradigma actual de la psiquiatría, éste es el que predomina en la nosología, la epidemiología, la clínica, la teoría y los tratamientos del campo “psi”. Siguiendo la presentación de la tesis de Lanteri-Laura de los tres primeros paradigmas que él identifica, se propone, por hipótesis, la existencia de un “cuarto paradigma”, que es dependiente de la aparición del primer medicamento psicotrópico, la psicofarmacología y de lo que llamamos el “dispositivo farmacéutico”. Este reajuste producirá nuevas concepciones de los “trastornos”: “trastornos fármaco-modificados” y “trastornos fármaco-deducidos” o “nuevos síndromes”. El dispositivo farmacéutico y la brecha abierta por los cambios socio-económicos van también rediseñar y permitir el surgimiento de nuevas formas de psicoterapia y van a inspirar una nueva racionalidad en la gestión de riesgos. La incidencia de la medicina de pruebas sobre la psicoterapia y el nacimiento en los últimos veinte años de las terapias empíricamente sustentadas (terapias cognitivo-conductuales en su mayoría), darán lugar a la entrada de una corriente de pensamiento psicoterapéutico específica al cuarto paradigma.

¹ Psicólogo clínico. Doctor en Psicología clínica y psicopatología. Miembro grupo de investigación Psyconex Universidad de Antioquia, y miembro asociado del Laboratorio de investigación en psicopatología "Recherches en psychopathologie: nouveaux symptômes et lien social" de la Université Rennes 2, Rennes, Francia. Email : delp81@yahoo.com

Palabras clave: paradigma, psiquiatría, psicofarmacología, psicoterapia, epistemología

Abstract:

According to the idea of “paradigms” in psychiatry, formulated by psychiatrist G. Lantéri-Laura we propose the thesis of the current “paradigm” of psychiatry, which predominates in the nosology, the clinics, the epidemiology, the theory and the treatments of the psychological field. Following the thesis and the presentation of Lantéri-Laura of the first three paradigms he identifies, we formulate, by hypothesis, the existence of a “fourth paradigm”, which is a result of the appearance of the first psychotropic drug, of psychopharmacology and of what we call the “pharmaceutical apparatus.” This overhaul will produce new types of “disorders”: “pharmaco-modified disorders” and “pharmaco-derived disorders” or “new syndromes”. The “pharmaceutical apparatus” and the breach opened by the socio-economical changes will also redesign and allow the emergence of new forms of psychotherapy and a new rationality inspired by the management of risks. The incidence of evidence-based medicine on psychotherapy and the rise in the last twenty years of empirically supported therapy (mainly cognitive behavior therapies) will result in the entry of a school of psychotherapeutic thought that belongs to the “fourth paradigm”.

Keywords: paradigm, psychiatry, psychopharmacology, psychotherapy, epistemology

Introducción

Después de la concepción, por Georges Lantéri-Laura, de los tres "paradigmas" contrastados en psiquiatría, nos interesamos durante nuestra tesis doctoral en la postulación, por hipótesis, del paradigma actual que organiza la psiquiatría

mayoritariamente. Se interrogará a las orientaciones contemporáneas predominantes, su importancia en la nosología, la teoría, la clínica y los tratamientos del "campo psi". Tras la presentación de la tesis de Lantéri Laura—psiquiatra y epistemólogo—de los primeros tres paradigmas que propone en su libro (Lantéri-Laura, 1998), nosotros formulamos la existencia de un cuarto paradigma el cual sería el resultado del primer medicamento psicotrópico moderno, la clorpromazina (Thorazine ®), del crecimiento del poder de la psicofarmacología y de lo que llamamos el “dispositivo farmacéutico”, los cuales tendrán efecto en la psicología clínica y la psicopatología así como en la medicina general.

Esta nueva era dentro del campo “psi”, llegó a dominar gradualmente como aquello que Thomas Kuhn llamó la *ciencia normal*, es decir, la actividad empírica, predictiva y productiva que se basa en un paradigma aceptado por un grupo de la comunidad científica. Se define un paradigma como un conjunto de creencias, valores y técnicas reconocidas que son comunes a los miembros de un grupo determinado. Por otro lado, esta expresión se refiere a un solo elemento de este conjunto: las soluciones prácticas a los enigmas, empleadas como modelos o ejemplos, y que pueden reemplazar las reglas explícitas como base para soluciones a los enigmas que permanecen en la ciencia normal. Es la entrada en crisis de un sistema de conocimiento que ya existe, que se prosigue de una fase de pre-ciencia, poco estructurada y desorganizada, que termina más tarde en el detenimiento de la comunidad científica sobre una matriz disciplinaria, es decir, todos los supuestos teóricos generales, leyes y técnicas que permiten aplicarla (Delmas-Rigoustos, 2009).

Finalmente, hay una revolución científica cuando ocurre una maduración una vez establecida la ciencia normal; se dice *normal* ya que se trata de aplicar esta ciencia como una norma, por lo que los debates fundamentales cesan, y desde el nuevo modelo se guiará a la comunidad de investigadores hacia los mismos objetivos.

Según Kuhn, entre un paradigma y el siguiente hay por consiguiente una inconmensurabilidad patente, lo que no significa necesariamente que nos movemos del error a la verdad, o de una mala aproximación a una mejor aproximación,

simplemente es un cambio radical en todo el sistema del saber, en el seno del cual ocurre una reorganización de la ciencia normal, porque ésta ya no era capaz de responder a los nuevos interrogantes que se le planteaban. Influenciado y adaptado a las necesidades del nuevo Estado, este nuevo paradigma de la psiquiatría que se propone, es el resultado de la confluencia del discurso de la ciencia y de la seguridad del político. El maestro en psiquiatría, Georges Lantéri-Laura, había tomado esta noción de Kuhn y la idea que éste se hacía del concepto de paradigma, para esbozar los diversos periodos de la historia de la psiquiatría en donde un paradigma, en el sentido de un modelo y una escuela, organizaba en torno a él toda la ciencia normal. Lantéri-Laura ve cómo cada paradigma se organiza de una manera particular alrededor del objeto locura o de su acepción médica de afección mental, y cómo se nombran a partir de la idea que se tiene de este objeto en ese periodo.

1. Los paradigmas de la psiquiatría según Georges Lantéri-Laura

El maestro en psiquiatría habla de un primer paradigma que él llama la *alienación mental*, es el que iría de Philippe Pinel, con la publicación de su tratado en el hospicio de Bicêtre en 1800 hasta 1850-1860 con J.-P. Falret, crítico de la unidad patológica y la publicación de su artículo: *De la no-existencia de la monomanía*. El segundo paradigma es el de las *enfermedades mentales*, en plural, a partir de la publicación de Falret hasta el siglo XX, más específicamente el año 1926, cuando se celebró en Ginebra el Congreso de Eugen Bleuler sobre los grupos de esquizofrenia, concepto que no es asequible sino a partir del termino de estructura psicopatológica. Y, finalmente, un tercer paradigma que sería el de las *grandes estructuras psicopatológicas*, que se extiende desde el Congreso de Ginebra hasta la muerte en 1977 de Henri Ey.

Sin embargo, esta adaptación del paradigma de Kuhn en psiquiatría no sucede de la misma manera que en las ciencias duras y está lejos de ser evidente de adaptar a la psiquiatría. El primer paradigma era una mirada unitaria de la locura, “Pinel distingue claramente cuatro aspectos que puede tomar, donde la manía es la más

significativa, junto a la melancolía, la demencia y la idiotez; pero no se trata en ningún instante de cuatro enfermedades irreductibles entre sí: por el contrario, son apariencias que manifiestan de manera diferente esta alienación mental y de las cuales se debe identificar las variedades, para no hacer caso omiso de esta alienación, variedades que también pueden sucederse las unas a las otras en el mismo sujeto.” (Lantéri-Laura, 1998, p. 63).

El segundo paradigma, el de las enfermedades mentales, cree que la locura no es una enfermedad única, opuesta a todas las otras enfermedades de la medicina. Este espacio mental se compone de una variedad de entidades mórbidas, autónomas e irreductibles las unas con las otras o siendo las simples variedades de una enfermedad canónica. Finalmente, el paradigma de las estructuras psicopatológicas considera a partir de Bleuler y de Freud que se puede constituir en la descripción de las afecciones conceptos de orden psicopatológico, y no estrictamente semiótico, y que no mantiene un significado sino dentro de una psicopatología bien determinada. La psicopatología puede ser un tipo de metalenguaje en el cual la psiquiatría clínica y terapéutica sería el lenguaje-objeto (Lanteri-Laura, & Del Pistoia, 1994).

De manera pragmática, este paradigma aplica una distinción específica que organiza en psiquiatría todo lo que no corresponde a una lesión cerebral evidente o a factores exógenos indubitables, remitiendo a los conceptos básicos de esta disciplina. Fue la oposición pertinente entre las *estructuras neuróticas* y *estructuras psicóticas*, oposición que el psicoanálisis había puesto de manifiesto, sobre todo en la obra de K. Abraham... quien tiende a sugerir una especie de aplicación biyectiva entre las principales diferencias de la psiquiatría clínica y las etapas sucesivas del desarrollo de la libido—libido de objeto y libido del ego.

Por lo tanto, reforzado por los aportes de la concepción de S. Freud, sino también otros elementos, en particular el modelo facilitado por la neurología

globalista y la filosofía fenomenológica, el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas podría funcionar llenando un papel dual y logrando con éxito conciliar dos exigencias que pudieran parecer contradictorias: el mantenimiento de una diferencia de origen más psicopatológica que clínica, con la oposición del dominio psicótico al dominio neurótico, por un lado, y por el otro, mantener un valor pragmático y efectivo de la exigencia de la totalidad (Lantéri-Laura, 1998, p. 181).

Durante este paradigma se consagra la entrada de una intencionalidad para los signos clínicos, de un significado detrás de los síntomas que el sujeto vive y da a conocer, está íntimamente ligado y es el precursor de sus experiencias internas e inconscientes, lo cual es la base de la estructura psicopatológica. Es también gracias a Freud y al psicoanálisis que se puede constituir una nueva antropología verdaderamente cercana a la vida humana, con un enfoque riguroso basado en una experiencia controlada y reproducible, y que puede ser confirmada o refutada por las observaciones ulteriores. Freud describe los mecanismos (proceso primario) que determinan el comportamiento y por lo tanto el actuar en los seres humanos. “Esa es la razón por la cual la contribución real a la antropología no se reduce a demostrar que, contrariamente a la opinión popular, los lapsus, los actos fallidos o los sueños pueden revelar un sentido, si uno sabe cómo interpretarlos, sino que describiendo las estructuras del pensamiento que funcionan dentro de estas manifestaciones, descubrimos la psique que S. Freud llamó el proceso primario y que constituye el modo específico de operación de todo tipo de aspectos del pensamiento humano” (Lanteri-Laura, 1991, p. 104).

2. Hacia un cuarto paradigma

Además de los tres paradigmas de la psiquiatría que describe Lantéri-Laura, proponemos la existencia de un cuarto "paradigma" o paradigma actual, el cual,

aunque difícil de demostrar y captar, nos permite examinar los problemas contemporáneos que se forman en torno a los dispositivos introducidos durante los últimos cincuenta años en el campo de la psicopatología y la psiquiatría (y la medicina en general) para poner a prueba la validez del tratamiento, los cuales, lejos de ser la consecuencia son más bien la causa. Los *mental disorders*, a base de síndromes y síntomas del DSM-III y posteriores, serían este cuarto paradigma. Ya Lantéri-Laura lo había sugerido en su libro sobre los paradigmas, pero lo había rechazado ya que para él la definición general y aceptada del síndrome, como se indica en el DSM-III, no cumplía con las condiciones o criterios del sentido actual del término "síndrome". Por lo tanto, para él, este candidato no pasaría de ser o no merecería ser honrado con la etiqueta de paradigma. Esto ha puesto como problema el hecho de que nos enfrentemos a la decisión de continuar en la dirección de Lantéri-Laura, con la indicación y el seguimiento de su tesis, y por lo tanto desistir definitivamente de considerar los *mental disorders* como un paradigma en sí, o, ver las cosas desde otro punto de vista, aceptar las fallas y debilidades del concepto de "síndrome" transmitido por el DSM-III, y sin embargo darse cuenta de que estos vacíos en la significación se encuentran resueltos por los campos relacionados con la psiquiatría, como la biología molecular, las neurociencias, el conductismo o la genética. Estos defectos, en cuanto a la remisión del síndrome a múltiples etiologías y procesos, se ven superados rápidamente.

Por lo tanto, las nuevas tendencias, las nuevas miradas de la nosología y la psicopatología, las nuevas técnicas psicoterapéuticas y médicas, son en gran parte consecuencia de la aparición del primer psicotrópico moderno en 1952, la clorpromazina. Pero no es tanto la droga en sí la causa de esta transformación, o del paradigma actual, que consideramos como el de los trastornos mentales y los manuales que los sostienen: DSM-III y posteriores. Ellos son los vehículos y los representantes principales de la aplicación del cuarto paradigma.

2.1. El contexto socio-económico, el dispositivo farmacéutico y la conmoción del campo psiquiátrico

La concepción psicofarmacológica ha tenido éxito en establecer un precedente en el campo “psi”. Se trata de un precedente difícil de borrar y que se superpone como garante del carácter científico y de la búsqueda de una verdad biomédica sin igual. Este precedente tiene dos caras, una cara que regula y supervisa la producción de la industria farmacéutica y la de la investigación médica—con un objetivo de seguridad—que trata de proteger a los consumidores; pero tiene otra cara que se extiende por todo el campo de la psicopatología y la clínica, la cual se desdobra en otra lógica que responde al discurso de la ciencia y del capitalismo, a la de la cifra y la objetividad, la eficiencia y el cálculo racional (véase la tesis de Max Weber).

Esta cara es lo que llamamos el “dispositivo farmacéutico” y la cual ha experimentado un crecimiento sostenido en los años que siguieron a las enmiendas del Congreso de los EE.UU. en 1962 (Healy, 2002). En esencia, este dispositivo tiene un elemento que le da su forma y su fundación, hablamos de los ensayos clínicos aleatorizados controlados (*randomized controlled trials*). Los ensayos clínicos fueron requeridos para proteger al público de las sustancias peligrosas y para obligar a la industria farmacéutica a evaluar y a probar la peligrosidad de las moléculas que ponían en el mercado, enseguida se trató de probar su eficacia mediante este método; antes de finales de la década de los 30 la industria no era en realidad sujeta a un control estricto.

Empero, este método no sólo se mostraría prometedor para el control estatal de la industria farmacéutica, sino que se convertiría gracias a toda una serie de circunstancias cercanas a los imperativos de los significantes amo del capitalismo de seguridad y de la ciencia (Gori, & Del Volgo, 2008), en todo un proceso para evaluar

la eficacia, la calidad y la utilidad, no sólo de los medicamentos, sino de la práctica médica, del diagnóstico y del pronóstico (Medicina Basada en la Evidencia, *Evidence-Based Medicine*), así como también de la psicoterapia. Y más allá, la armonización de los criterios diagnósticos y la objetivación extrema se forjan con el modelo ofrecido por la estandarización de la producción industrial, y el dispositivo científico y farmacéutico se ha beneficiado de esto; es decir, el dispositivo es toda la batería de pruebas, escalas y procesos (el mercadeo y las hipótesis neurobiológicas y neuroquímicas, los modelos animales) que rodean a estos ensayos, que se requieren para que puedan ser homogeneizados y burocratizados, así que ésta tuvo que responder a un cálculo racional y objetivado. Este dispositivo dio lugar a una universalización de los criterios diagnósticos y de los criterios para mejorar cualquier condición (y de los fundamentos del proceso psicoterapéutico, al menos en lo que se refiere a las TCC—terapias cognitivo-conductuales), utilizando los mismos criterios para la creación, evaluación y comercialización de fármacos. La cultura política y económica que traza el ambiente de estos años (1960-2000) está marcada por cambios importantes. Uno de ellos fue la introducción del neoliberalismo en la economía norteamericana y la globalización, los cuales afectaron todos los campos del saber humano, y también contribuyeron en la transformación de la subjetividad y la ontología, la concepción del hombre como ser-en-el-mundo (*in-der-Welt-sein*). La introducción de nuevas ideologías políticas y económicas aumentó la individuación del hombre en la que éste se convierte en un “empresario de sí mismo”, autogestionado y abierto a la competencia y al desempeño, a la instrucción; pero al mismo tiempo es amo de sí mismo, puede producir comportamientos previsibles y cumple con las normas establecidas por el consenso social y el poder político, por lo tanto, se trata de un ser humano “normalizado”. Sobre este hombre y empresario “neuro-económico” recae el nuevo orden económico y social. E. Roudinesco habla de un nuevo hombre, “el hombre comportamental” (Roudinesco, 1999), proveniente de la lógica positivista y utilitaria que tiñen la psiquiatría contemporánea, una idea que no está lejos de la de la del estadista y

astrónomo L. A. Quetelet, quien en el siglo XIX habló del “hombre promedio” como un valor central en torno al cual una medida característica humana se agrupaba de acuerdo a una curva normal.

Pero no necesariamente hay que ver en esto una pérdida de la subjetividad o de la libertad en el hombre, y mucho menos una deshumanización de la psicología y la clínica. La subjetividad no puede ser eliminada, sino que puede ser ignorada y descartada. En este nuevo mundo el tercer paradigma, según Lanteri-Laura, no tenía lugar de ser. Pero estas razones que hemos señalado anteriormente son sólo efectos extrínsecos y menores, aunque sean pertinentes y que el dispositivo farmacéutico derive en parte del discurso neoliberal económico y político. Vemos la crisis del tercer paradigma en la llegada del primer medicamento psicotrópico y en todas las medidas y dispositivos que la acompañan hasta hoy, y cómo una parte de la psiquiatría que estaba decepcionada por las modas del psicoanálisis del tercer paradigma, los llevaría a reconstituir una nueva psiquiatría materialista. En una tesis similar a la nuestra, R. Gori y M.-J. Del Volgo postulan un nuevo orden o paradigma donde la psiquiatría ha ampliado su ámbito de aplicación a partir del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. “Este nuevo paradigma surge del nicho ecológico de una cultura en la que la psiquiatría ha aumentado su magister en el gobierno de las conductas cotidianas, mientras que debe negociar con las coacciones económicas y los imperativos de la filosofía neoliberal. Esto introdujo el desmembramiento de las grandes estructuras psicopatológicas...” (Gori & Del Volgo, 2008, p. 265-6).

Pero para que este orden titánico pudiera ganar la batalla y coronar la ciudadela psiquiátrica habría tenido que usar un subterfugio para burlar el discurso psicoanalítico y el tercer paradigma psicopatológico que funcionaban como barrera. El dispositivo farmacéutico y los medicamentos fueron el caballo de Troya para entrar en la ciudadela y revivir el organicismo, estableciendo así un discurso biológico y naturalista que parecían apagados y discretos desde hacía un cierto tiempo. Este dispositivo va a generar un cambio en este campo, transformándolo,

remodelando sus contornos y desencadenando la ruptura con los elementos anteriormente establecidos por la psiquiatría clásica y el psicoanálisis presentes durante el tercer paradigma. Este reajuste producirá nuevas concepciones de los “trastornos” mentales, es lo que llamamos “trastornos fármaco-modificados” y “trastornos fármaco-deducidos” o “nuevos síndromes”. Entonces, los trastornos ya existentes quienes serán modificados en sus propiedades nosológicas y conceptuales, para los primeros, como el caso de la depresión y la maniaco-depresión (ahora ampliada al trastorno bipolar), y los trastornos deducidos a partir de los primeros experimentos con psicotrópicos y que han logrado lo que Donald Klein habría llamado una “disección farmacológica” (Klein, & Rabkin, 1981), es decir que es la droga la que revela la verdadera naturaleza de la enfermedad; para este último tipo de trastorno vemos el caso del trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada. A partir de las experiencias de Klein con diferentes fármacos, se asumirá que la neurosis de angustia de Freud ya no tiene razón de ser y debe ser dividida en múltiples enfermedades de la ansiedad, distintas e irreductibles entre sí, las cuales responden a fármacos específicos. Esto es lo que permitirá la evacuación de la visión y el diagnóstico estructural del tercer paradigma en favor de un retorno a un diagnóstico medicalizado donde priman las enfermedades autónomas y con un supuesto origen biológico y molecular.

2.2. El dispositivo y la nueva antropología del saber "psi"

El dispositivo farmacéutico podría haber inducido una permeabilidad social y médica en la forma en cómo se conciben los signos clínicos y se objetivan los trastornos mentales, y cómo se conceptualiza con fines de naturalización y de capacidad de prueba diagnóstica, de tratamiento, etc. En el cuarto paradigma se supone que para hacer ciencia se debería reducir y objetivar una serie de conceptos psicológicos para que sean fáciles de manejar y configurar por medio de escalas y pruebas que provienen a su vez de visiones e ideologías propias y pertenecientes a

una escuela o a una manera de abordar “objetivamente” los conceptos psicológicos. Cada escala de evaluación o de diagnóstico se encuentra en cualquier tipo de ensayo clínico o de estudio comparativo, corresponde a las expectativas de una escuela de pensamiento a expensas de lo que podría ser más relevante para otra corriente psicoterapéutica. La multiplicación de estas escalas y la objetivación vienen entonces, como lo hemos señalado anteriormente, no sólo del descubrimiento de los medicamentos psicotrópicos y de la invención de los ensayos clínicos, sino también de la aparición de las teorías cognitivo-conductuales. Estas orientaciones se emparejan a la perfección con este dispositivo farmacéutico gracias a los textos y a su manera protocolaria y generalizada de manifestarse y de prescribirse. Las escalas pertenecientes a estas escuelas o a la psiquiatría farmacéutica responden a la misma lógica: “la de permitirle al sujeto a identificar sus estados mentales normales discerniéndolos de las variaciones, sin tener que referirlas a las circunstancias que las motivan o a las razones de tenerlas o de no tenerlas” (Castel, 2009, p. 148). La idea es eliminar cualquier intencionalidad, cualquier subjetividad, debemos de-mentalizar y de-moralizar para poder probar, configurar y evaluar la eficacia de las técnicas, “sólo los estados mentales abstractos de esta manera pueden ser tratados por los estadistas” (Castel, 2009, p. 148). Fue necesario crear una división clara entre lo normal y lo patológico, una manera de identificar y diagnosticar fácilmente a través de métodos aparentemente objetivos y fiables.

Y es esto, en gran medida, en lo que se ha traducido la decepción de muchos médicos y pacientes por el psicoanálisis y las terapias del tercer paradigma ya que no respondían con las expectativas del discurso médico, es decir, que no cumplían con los criterios de diagnóstico, y especialmente con aquellos de la curación de este discurso: restaurar el estado previo a la enfermedad mediante la erradicación de los síntomas y los estados mórbidos, y de no interferir con lo que el paciente sanado hará enseguida con su salud. Ahora bien, el psicoanálisis no trata de restaurar el estado anterior a la enfermedad ni la erradicación de los síntomas, éste apunta hacia otro estado, apunta hacia un cambio de posición subjetiva en cuanto al síntoma y la

existencia, una nueva forma de ser-en-el-mundo. En esta confusión surgieron las terapias cognitivas y conductuales, que respondían a estas preocupaciones, al discurso médico, y al dispositivo farmacéutico. Si el segundo paradigma había aplastado la subjetividad con la fenomenología y la semiología médica, el cuarto apunta hacia una clínica prefabricada, un molde en el que se vierten los signos patognomónicos y enseguida se observa si se ajustan adecuadamente para así aplicar el tratamiento correspondiente. Las nuevas técnicas psicoterapéuticas, del cuarto paradigma, responden a este argumento y a la imperiosa demanda de atención, siempre encuentran una solución y una respuesta específica a las quejas subjetivas. Se copió el modelo de antibiótico y de las *magic-bullets* (es decir los fármacos que tienen un efecto orientado sobre una enfermedad específica, una formación patogénica que se busca erradicar de forma selectiva, sin alterar ningún otro sistema del organismo). Con esto, la explosión de nuevas técnicas terapéuticas traerá consigo la aparición de nuevas formas de psicoterapia, provenientes del dispositivo farmacéutico y las teorías cognitivo-conductuales; esto es lo que se llamara de su sigla en inglés EST (*empirically supported treatment*—tratamiento empíricamente sustentado o validado) (O'Donohue et al., 2000). Son el resultado de una fragmentación de la taxonomía una vez el diagnóstico estructural puesto a un lado; más la taxonomía DSM multiplica las entidades más estas psicoterapias son numerosas y específicas. La llegada de estas nuevas psicoterapias y de corrientes clínicas son también el resultado de los ensayos clínicos aleatorizados controlados, de las nuevas políticas, del abordaje de la queja psíquica a partir de un discurso corriente y banal donde uno tiene una respuesta para todo; una vez liberados de las ideas estructuralistas, estas nuevas terapias se apoderaron de los efectos rápidos y visibles del fármaco y de las teorías provenientes del conductismo y el cognitivismo, para convertirse en *las* psicoterapias del cuarto paradigma. Más que de psicoterapias se trata de técnicas cortas y orientadas de eliminación de quejas molestas en la cuales se agrupan segmentos de la población. Y esta población a su vez se identifica

plenamente con lo que el dispositivo de homogeneización del campo psicólogo le ha designado como una posible explicación de sus desgracias.

3. El razonamiento detrás del cuarto paradigma y la gestión de riesgos

Pero para que nuestro dispositivo (empapado de ciencia) adquiriera el prestigio y el peso considerable, se tuvo que construir sus bases y fundamentos a partir de lo que el resto de la medicina le ofrecía como modelo de la enfermedad: la especificidad, la enfermedad bacteriana y los antibióticos; por lo tanto la psiquiatría se plegaría a un modelo centrado en la enfermedad—modelo del cual habla Joanna Moncrieff—. Se trata de una visión en donde la droga está en el centro de las aprehensiones de la afección mental, y donde esta misma droga podría actuar sobre las causas subyacentes de los trastornos o en las condiciones tales como la esquizofrenia, así como en los mecanismos patológicos responsables de los síntomas (Moncrieff, 2009). O lo que Lakoff llama la *razón farmacéutica*, es decir, el establecimiento de una racionalidad donde el tratamiento farmacológico es capaz de restaurar al sujeto de manera orientada, en sus condiciones normales de cognición y de volición.

La psiquiatría biológica es la nueva heredera del organicismo, ofreciendo un punto de vista naturalista de las afecciones de la mente, se deja de lado la explicación por el sentido en favor de la explicación causal, preferiblemente fisiológica, de tipo molecular o genético. Si el tercer paradigma pone al centro el diagnóstico estructural, la identificación de lenguaje a través de una filosofía del lenguaje y la puesta en escena de una metapsicología proveniente de S. Freud y de diversas corrientes fenomenológicas, el cuarto hará un regreso a sus inicios, a una casi identificación con el segundo paradigma, donde se ve el número de entidades patológicas multiplicado, intensificado en su forma orgánica pura, a menudo excluyendo toda intencionalidad y la influencia del Otro sobre los signos clínicos, sobre los efectos de la comunicación a otro de los motivos personales mediante la palabra, y es en ese sentido que uno podría imaginar a un paciente decir: “eso ocurre en mi de manera impersonal y

desprovista de intencionalidad... Yo soy la víctima de mi cerebro que falla a nivel molecular y del cual no tengo control....” Sin embargo, no debe considerarse que el cuarto paradigma sea una continuación latente e idéntica del segundo. El segundo paradigma no tenía todos estos avances farmacológicos ni tecnológicos (electroencefalograma, microscopio electrónico, imagen cerebral, electrodos, etc.). Eso le dio una legitimidad de acción a la psiquiatría del cuarto paradigma y le autorizó la imposición de hipótesis etio-patogénicas diversas.

Y es en este contexto que la nueva forma de gestionar las poblaciones se puso en marcha, con una nueva racionalidad política que se ha desarrollado en torno a los problemas de salud la cual está más orientada hacia la gestión de los riesgos que en disciplinar a las poblaciones, como podría haber sido sugerido por Foucault. Como nos lo enseña Lakoff,

(...) este es el origen de la transformación de los intereses del peritaje psiquiátrico: se pasó del estudio del sujeto individual al de la población. [Robert] Castel demuestra que las técnicas de intervención han cambiado. La intervención terapéutica clínica directa pasó a un segundo plano y la atención se centra ahora en la gestión proactiva de grupos a riesgo... Identificar y evaluar los grupos a riesgo implica la creación de técnicas para estandarizar las enfermedades que ocurren en diferentes lugares, y también para convencer a los profesionales en el uso de estas técnicas. Poniendo el énfasis en la fiabilidad, el DSM es una herramienta para identificar a estos grupos, a diferencia del psicoanálisis en el que cada caso es único e inconmensurable. Este nuevo tipo de conocimiento permite a los profesionales de la salud a que provean cifras y a que justifiquen administrativamente las necesidades de recursos; esto implica tanto el riesgo de depresión en una población que el costo promedio anual de la hospitalización de un paciente esquizofrénico o la tasa de suicidio entre los bipolares. Los indicadores de salud pública como los DALY—«Disability-

Adjusted Life Years» (Esperanza de vida ajustada en función de los riesgos de incapacidad)—indican la proporción de una población propensa a sufrir un trastorno mental, el daño económico causado y el ahorro conseguido por un diagnóstico y tratamiento precoces (Lakoff, 2008, p. 208-9).

Para poder establecer los riesgos y gestionar en función de políticas a gran escala, fue necesario cambiar el discurso científico, la manera de hacer ciencia. Es en este orden que la bioestadística ha ganado un lugar prominente en el cuarto paradigma de la psiquiatría y como signifiante del saber de la ciencia. El político y la burocracia condujeron a un cambio en la medicina y la psiquiatría. Como lo señala R. Castel, se hace posible la formación de flujos de la población a partir de criterios de diferenciación, en particular las anomalías físicas y mentales o los riesgos debidos al medio ambiente, las carencias familiares y educativas, etc. Así podemos homogeneizar las poblaciones, ignorando la subjetividad y la singularidad, y se pueden dictar las políticas y los exámenes de salud preventiva, controlar las poblaciones y asegurar la salud colectiva. El regreso del objetivismo médico realmente no ha favorecido en mucho la acción del psiquiatra, pero si ha facilitado la tarea de los administradores de la salud quienes son los que toman realmente las decisiones del sector. “El enfoque médico es tomado aquí a contra pie. La colaboración de las profesiones médico-psicológicas con las nuevas políticas preventivas, se hace a través de la destrucción de su objeto. A medida que éstas trabajan con una política de gestión preventiva, la participación del profesional se reduce a una simple evaluación abstracta: indicar los factores de riesgo. En suma, éste procede como un agente administrativo que constituye una base de datos” (R. Castel, 1981, p. 151).

Desde la década de 1950 y la introducción de nuevas técnicas cuantitativas, de las que el ensayo clínico aleatorizado controlado hace parte, toda la medicina debe funcionar bajo la batuta de la nueva ciencia basada en la evidencia y la epidemiología

clínica, bajo lo que el médico G. Guyatt llamó la *Evidence-Based Medicine* o medicina basada en las pruebas (alias medicina factual).

Conclusión

¿Hasta qué grado las fuerzas políticas, económicas, sociales y productivas del saber tienen que ver con la aparición de nuevas expresiones de malestar? ¿Hasta qué punto estas fuerzas han empujado hacia una medicalización empedernida de la mente? Los reformadores terapéuticos², como les llama H. Marks (1999), ayudaron en la fabricación del dispositivo farmacéutico, dispositivo que tiene un papel importante en este proceso, en esta transformación. Pero no hay que ver en todo esto una forma de conspiración, un dispositivo creado para extraer dinero de los pobres inocentes, deshumanizante y motivado en su totalidad por el discurso de la codicia capitalista. Ante todo, esto permite que el “sufriente” sea reconocido en la misma forma en que Ernst Lanzer (el Hombre de las ratas) fue capaz de reconocerse en los escritos de Freud, de ser reconocido de una forma u otra, que se llame TOC (hoy) o neurosis obsesiva (hace treinta años o más), psicastenia (hace cien años), o monomanía razonante (doscientos años atrás). Después de todo, cada denominación pertenece a una época y a las características de cada paradigma, de lo que está hecho y lo que lo constituye, es decir a lo que Foucault (1969) llamó su tabla de especificación (*grille de spécification*); pero el paciente no necesita saber esto, él quiere ser escuchado y reconocido en su queja y sus síntomas (en el sentido psicoanalítico y médico). Y antes que nada este dispositivo también es el fruto de transformaciones antropológicas,

² “Reformadores terapéuticos” es el término utilizado por el historiador de la medicina H. Mark para referirse a un grupo diverso de personas, pero muy influyente, que piensa que es mediante el uso de experimentos controlados que podemos dirigir correcta y objetivamente las prácticas médicas. La experimentación controlada—que hoy en día se reduce a los ensayos clínicos aleatorizados controlados—, según estos reformadores, sería el único método científico para juzgar los resultados de prácticas y tratamientos médicos. Estos reformadores son en su mayoría investigadores en farmacología y fisiología, los médicos y no médicos que se especializan en disciplinas cuantitativas, como las estadísticas y la epidemiología, por lo tanto bio-estadistas y epidemiólogos, funcionarios de instituciones de control y editores de revistas científicas.

como la profundización del individualismo en las sociedades occidentales, donde la autonomía y el *self* (*self-help*, *self-governance*, etc.) se convirtieron en las nuevas directrices del hombre y el ciudadano común. Y donde la noción de *empowerement* (empoderamiento) lleva al individuo a hacerse dueño de su vida y de su salud, a exigir a ser escuchado y a exigir a ser tratado de la manera que más le convenga, de ahí el éxito rotundo de las asociaciones de pacientes y la presión que ejercen éstas sobre las administraciones locales y sobre las corrientes médicas.

Si el primer paradigma era un mirada unitaria de la locura, de la corriente sensualista y los ideólogos de finales del siglo XVIII, las enfermedades mentales son la consecuencia de una ruptura epistemológica en la medicina y la psiquiatría con la entrada de un discurso medicalizado centrado en la identificación y la distinción de los signos clínicos y el desarrollo de la semiótica, en un enraizamiento de la psiquiatría en el discurso médico; las grandes estructuras psicopatológicas son el resultado de la introducción del estructuralismo en varias disciplinas del conocimiento médico y las humanidades. Finalmente, el último paradigma es el resultado de una confluencia de nuevas miradas psicopatológicas provenientes de los fármacos psicotrópicos modernos, los dispositivos que los enmarcan y que le dan su especificidad, y la llegada de las ciencias cognitivas y su fusión con las prácticas behavioristas. Así que el concepto de paradigma en psiquiatría, en el sentido de Kuhn, no es suficientemente estable. La inconmensurabilidad entre paradigmas no es algo que se adquiera. Si Lanteri-Laura lo utiliza es para trazar de una forma estructurada y organizada la historia de la psiquiatría, la epistemología del objeto principal de las aprehensiones científicas, y la investigación y las críticas de su saber. El paradigma de Kuhn era en principio para las ciencias exactas, como la física o la astronomía. La Tierra es redonda y no plana, la Tierra gira alrededor del Sol y no al revés; tan pronto como se hicieron estas constataciones se abandona el sistema de saber previo y se pasa a conceptos, estudios y análisis más relevantes que ayudan a comprender mejor los enigmas planteados a la ciencia normal. En psiquiatría, está

claro que no funciona de la misma manera, los sistemas de saber previos no desaparecen por completo, cada paradigma se apila uno encima del otro, como una brocheta, después cada profesional se sirve de un pedazo de un paradigma u otro de acuerdo a su conveniencia y a sus gustos. Simplemente se puede imaginar que una escuela u orientación se convierte en mayoría por un período más largo o más corto, que atrae a más seguidores y estudiantes, la mayoría de los investigadores y de los profesionales, mientras que otras orientaciones son relegadas a un segundo plano y son a veces señalada y condenadas al ostracismo por no querer unirse a los preceptos de las orientaciones convertidas en mayoría. No hay una verdad única y objetiva en este campo, éste está sujeto a los caprichos de la complejidad de la mente y de la subjetividad de cada sujeto, los discursos prevalecientes a nivel intelectual de una época, la episteme, en el sentido de Foucault (1966), que define las “redes de restricciones imperceptibles” y la estructura formal de la disciplina, en otras palabras, es el trasfondo político, económico, intelectual y cultural quienes participan en la formación de los conocimientos psiquiátricos. Antes de concluir, cabe señalar que el “trastorno mental” del cuarto paradigma es el resultado de la llegada de nuevas miradas biológicas que ofrecen la oportunidad de realizar experimentos científicamente fundados, experiencias calculadas y racionalizadas mediante el establecimiento de escalas de evaluación heurística, por lo tanto sujetas a la experimentación, muchas de las que comenzaron con el lanzamiento de la clorpromazina, así como de las primeras tesis sobre los desequilibrios neuroquímicos. En paralelo, el cognitivismo y el conductismo complementan la constitución, y por lo tanto la “construcción” de nuevos síntomas y de nuevas maneras de encarar estos síntomas con sus experiencias y sus teorías. Esto ha resultado, entre otras cosas, en la deconstrucción de la neurosis freudiana y el establecimiento de una nueva neurosis fármaco-cognitivo-conductual, basándose en los síntomas-objetivo (*target symptoms*), fácilmente identificables y observables, cuantificables y objetivables, y la disección farmacológica que rompería definitivamente los vínculos epistémicos con los paradigmas anteriores.

Revista electrónica

Psyconex 

Psicología, psicoanálisis y conexiones

Departamento de Psicología

Medellín, Colombia • Vol. 4 N° 5 • 2012 • ISSN2145-437X

Referencias bibliográficas

- Castel, P.-H. (2009). *L'esprit malade. Cerveaux, folies, individus* Paris, Francia: Editions Ithaque.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse* Paris, Francia: Les Editions de Minuit.
- Delmas-Rigoustsos, Y. (2009). *Petites leçons d'épistémologie. Comment penser la science et la connaissance?* Paris: Vuibert.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses* Paris, Francia: Gallimard.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir* Paris, Francia: Gallimard.
- Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2008). *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique* Paris, Francia: Editions Denoël.
- Healy, D. (2002). *Le temps des antidépresseurs* Paris, Francia: Les empêcheurs de penser en rond.
[1997. *The Antidepressant Era*. Cambridge, MA, EE.UU. : Harvard University Press].
- Klein, D.F., & Rabkin, J.G. (eds) (1981). *Anxiety: New research and changing concepts* New York, NY, EE.UU.: Raven Press.
- Kuhn, T.S. (1962). *La structure des révolutions scientifiques* Paris, Francia: Flammarion.
[2012. *The Structure of Scientific Revolutions* Chicago, IL, EE.UU.: The University of Chicago Press].
- Lakoff, A. (2008). *La raison pharmaceutique* Paris, Francia: Les empêcheurs de penser en rond.
[2005. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry* New York, NY, EE.UU.: Cambridge University Press].
- Lantéri-Laura, G. (1991). *Psychiatrie et connaissance* Paris, Francia : Sciences en Situation.

- Lantéri-Laura, G., & Del Pistoia, L. (1994) Regards historiques sur la psychopathologie. Widlöcher, D. (ed) *Traité de Psychopathologie* Paris, Francia: PUF. 17-64.
- Lantéri-Laura, G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* Paris, Francia: Editions du Temps.
- Marks, H. (1999). *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)* Paris, Francia: Les empêcheurs de penser en rond.
- [1997. *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States (1900-1990)*. New York, NY, EE.UU.: Cambridge University Press].
- Moncrieff, J. (2009). *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. Londres, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- O'Donohue, W. et al. (2000). Characteristics of empirically supported treatment. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 69-74.
- Roudinesco, E. (1999). *Pourquoi la psychanalyse?* Paris, Francia: Flammarion.
- Weber, M. (2004). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* Paris, Francia: Gallimard.