

ACERCA DEL USO DE PSICOFARMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS

Pedro Luis Montagut.-

El presente trabajo tiene por objeto ubicar la psicofarmacología en el lugar que creo más justo en el tratamiento de los pacientes diagnosticados como psicóticos y border-line y por supuesto, según mi conceptualización, para toda perturbación psicológica.-

Partiendo de las inquietudes técnicas planteadas por Jaques Lacán en su libro "DE LAS PSICOSIS PARANOICAS EN SUS RELACIONES CON LA PERSONALIDAD" (Siglo XX, 1976), donde plantea refiriéndose al tratamiento psicoanalítico de la psicosis:

"En efecto, el problema espinosísimo que la técnica le plantea al psicoanalista es el siguiente: es de absoluta necesidad corregir las tendencias narcisistas del sujeto, mediante una transferencia tan prolongada como sea posible. Por otra parte, la transferencia sobre el analista al despertar la pulsión homosexual, tiende a producir en estos sujetos una represión en la cual la doctrina misma nos hace ver el mecanismo más importante de eclosión de la psicosis. Este hecho puede poner al analista en una postura delicada. Lo menos que puede ocurrir es el abandono rápido del tratamiento por parte del paciente. Pero en nuestros casos la reacción agresiva se endereza con mucha frecuencia contra el psicoanalista mismo y puede persistir durante largo tiempo, incluso después de la reducción de síntomas importantes y con gran asombro del enfermo mismo.-"

"Por esas razones muchos psicoanalistas proponen, como condición primera, la cura de esos casos en clínicas cerradas (Simmel, 1928). Observemos, sin embargo, como una antinomia más del problema del psicoanálisis de la psicosis, que la acción de este tratamiento implica hasta aquí, la buena voluntad de los enfermos como condición primera.-"

"Y aquí aparece una tercera antinomia, consistente en el hecho de que el progreso curativo de un psicoanálisis está esencialmente ligado al despertar de resistencias en el sujeto. Ahora bien, el delirio mismo expresa a veces de manera tan adivinatoria la realidad inconciente, que el enfermo puede integrarle de golpe, como otras tantas armas nuevas, las revelaciones que el psicoanalista aporta sobre esta realidad. Cuando menos es eso lo que ocurre en tanto que las fijaciones narcisistas y las relaciones objétales del sujeto, no hayan encontrado un equilibrio mejor. Por eso, en opinión nuestra, el problema terapéutico de la psicosis hace más necesario un psicoanálisis del yo que un psicoanálisis del inconciente, lo cual quiere decir que deberá encontrar sus soluciones técnicas en un mejor estudio de las resistencias y en una experiencia nueva de su modo de operar.-"

Es innegable que desde que el Dr. Lacán escribió estas líneas ha pasado mucho tiempo y se han ensayado muchos medios de abordaje a la psicosis; y es también innegable que el hedió más característico ha sido la aparición y pronta vulgarización de los psicofármacos, que en algún momento y con intenciones muy disímiles fueron erigidos como salvación para el paciente; c, en el mejor de los casos, como formas de corregir las antinomias que el Dr. Lacán planteara con tanto genio ya en la década del treinta. O sea, modificar a través de la acción química sobre la conducta, aquellas situaciones que se presentaban de difícil manejo para el abordaje psicoterapéutico del paciente psicótico.-

Centrándonos ya en la problemática de la psicofarmacología en el tratamiento de la psicosis, y en forma general, diré: que en mi concepción los psicofármacos están destinados a cubrir falencias del contexto y por su acción obstruyen el proceso de cura, abortando la posibilidad terapéutica y llevando a los pacientes a estados restitutivos, que se mantendrán mientras las condiciones del medio se adecúen a las demandas del paciente y éste a las del medio; y mantendrán los vínculos adictivos con el psicofármaco y con el medio. Cuando digo, el medio, incluyo no solamente al entorno familiar sino también al medio terapéutico y cuando es menester al medio institucional. -

En esta perspectiva el uso de psicofármacos debe incluirse tanto de parte del paciente como del terapeuta, dentro de lo que el Dr. José Valeros define como "vínculo de coerción"; en el sentido de promover el borramiento de la sintomatología como forma de adaptación a las posibilidades técnicas del terapeuta. De parte del paciente, el psicofármaco funciona como una coartada frente a la necesidad de asumir su responsabilidad en cuanto a las exigencias de la vida y el reconocimiento de su realidad, constituyéndose en un beneficio secundario de la enfermedad y, en consecuencia, en la búsqueda de un régimen de excepción.-

Las neuronas no se contactan entre sí, sino a través de los mediadores químicos, especialmente neurotransmisores, que de esta manera permiten el pasaje de información de una neurona a otra merced al impulso nervioso con sus características de excitación o inhibición. De esto se desprende un concepto que es que en la transmisión de la información, intervienen las neuronas con sus prolongaciones, el impulso nervioso y los mediadores químicos. El ámbito de acción en que se da este proceso se denomina sinapsis. Falta aquí considerar a la totalidad de la persona en su relación con el medio como fuente generadora del impulso a partir de su propio metabolismo. Lo que la persona recibe por medio de su sistema de percepción, no es energía que luego transmite al exterior, sino información que al ser decodificada, merced a las propias estructuras de decodificación, y al ser encodificada se transforma en significativa para la persona. Poniendo en movimiento la energía del propio metabolismo orgánico que se transformará en respuesta (G. Batenson, Espíritu y Naturaleza, 1983). Todo este proceso no es conciente para la persona, para quien solamente una pequeña parte de información significativa se

hace conciente, o sea, que entra dentro del espectro de la atención.-

En todo este ciclo en el que se incluye la transmisión del impulso nervioso, con intervención de los neurotransmisores a partir de la información recibida y procesada por la persona y la respuesta, se pueden diferenciar por lo menos dos niveles lógicos de complejidad: a) el nivel informacional o mental, de mayor complejidad; y b) el nivel biológico, de menor complejidad relativa. Posiblemente en el nivel a) mental, las relaciones se establezcan desde pautas cualitativas; mientras que en el nivel b) biológico, las relaciones se establezcan desde pautas cuantitativas y, en consecuencia, caracterizables en términos de energía.-

Siguiendo este razonamiento y restringiéndonos a la información con relevancia afectiva, podríamos pensar que en el nivel a) dicha información se realiza merced al uso de un código analógico; mientras que en el b) sería preferente el empleo de un código digital; en el nivel a) sería imprescindible para caracterizarse la información, la articulación de figura y fondo; o sea, la articulación de la señal que produce el cambio, con el estado anterior al de la llegada de la señal; en el nivel b) habría restricción a la señal de excitación o inhibición.-

Tomando en cuenta estrictamente el modo de acción de los psicofármacos, creo acertada la frase del Dr. Julio Moizeszowicz, cuando expresa: "se puede esquematizar la acción de los psicofármacos, como una interferencia que abarca desde la formación hasta la degradación de los neurotransmisores". Por consiguiente: "el Sitio de acción de los psicofármacos es la sinapsis. Cada uno de los diferentes neurotransmisores puede ser alterado por los psicofármacos, consiguiéndose así inhibir o excitar las neuronas de acuerdo con el fármaco utilizado."

CONTENIDOS PSICOLÓGICOS, NEUROTRANSMISORES Y PSICOFÁRMACOS

Difícil es considerar en este momento del desarrollo de las ciencias del hombre, a la persona y, en consecuencia, al paciente mental, sólo en su individualidad.-

Es ya moneda corriente que no se puede aislar conceptualmente al individuo de su medio, so pena de cometer una arbitrariedad y de falsear la realidad del ser humano. Es pertinente pensar el ser humano en tanto capaz de contener estados psicológicos y de comunicarlos, y en este sentido debe tenerse como unidad más pequeña, si cabe este forzamiento de la realidad, a la persona y su entorno como una unidad funcional capaz de flexibilizaciones y cambios acordes con las necesidades de los eventos de la vida.-

En ese sentido creo que los neurotransmisores y, en consecuencia, los psicofármacos, se encuentran incluidos en un nivel lógico inferior en relación a las vicisitudes de la interacción, y por lo tanto, de los contenidos psicológicos que considero su correlato. Partiendo de esta premisa, propongo pensar que las variaciones en el tono de los neurotransmisores son consecuencia de las variaciones de los contenidos psicológicos y sus componentes afectivos; pudiendo pensarse que en las situaciones donde la persona se encuentra expuesta a un contexto con determinadas características y por un tiempo suficientemente prolongado y correspondiendo a las primeras etapas del desarrollo, aparecen peculiaridades del mencionado tono neuroendocrino concomitantes con peculiaridades de respuesta de esa persona al medio y mantenidas por las características de los vínculos establecidos, que son expresión de los estereotipos personales y del medio (autoplastia).-

Así puede decirse que una alteración en la esfera afectiva de una persona, expresa una modalidad de relación particular de esa persona con su mundo externo e interno y que, coexistentemente con dicha alteración, se encontrarán variaciones en el tono neurotransmisor que podrán ser características de dichos estados afectivos y que podrán entenderse como un esfuerzo de la persona al nivel organismo, para adaptarse a la peculiaridad de la interacción con el medio.-

Corroborando esta postura, quiero hacer especial mención de una comunicación personal del Prof. de la U.B.A. Dr. Ricardo Rozados, respecto a sus investigaciones en relación a la "Modificación de los Ejes Neuroendocrinos en individuos normales voluntarios bajo Hipnosis". En dicha experiencia se llegó a la regresión hipnótica a nivel niñez, adolescencia, adultez; observándose en esta última etapa y en el momento de la evocación del orgasmo, un aumento de prolactina; en el momento de la evocación del parto no se hicieron dosajes, los que volvieron a repetirse durante la evocación del amamantamiento en que volvió a ascender la prolactina durante todo el transcurso de la evocación, registrándose una curva típica.-

Se repitió la prueba con la administración de Parlodel (2 br. alfa ergotriptina),

agonista dopaminérgico, no produciéndose el incremento de prolactina; lo que sugiere que la modificación que se logra bajo hipnosis, podría estar mediada por la interacción con los receptores dopaminérgicos. Con la orden hipnótica disminuye el tono dopaminérgico.-

Esto hace pensar en la relación directa entre contenido psicológico (orden hipnótica) y el tenor del neuromediador (incremento de prolactina) y consecuentemente permite intuir que en un contexto con características particulares donde los vínculos están estereotipados en interacciones que por su grado de dependencia adquieran características hipnóticas, esto es, de dependencia extrema, los niveles de los mediadores neuroquímicos podrían tener alteraciones crónicas concomitantes con esta modalidad de funcionamiento (cuando me refiero a la dependencia extrema, lo hago como sinónimo de vínculo de adicción o vínculo de aferramiento).-

Tomando en cuenta estas consideraciones, cabe hacerse el siguiente planteo: si se establece un orden de jerarquización según niveles de integración, el nivel más complejo y en consecuencia el más abarcativo, correspondería a la unidad funcional de interacción, persona-medio, en el cual se dan las formas de interacción y los grados de pertenencia dependencia que varían para cada unidad y que podrán ser rígidos o flexibles según los niveles de integración psicológica de sus participantes, y en consecuencia de la unidad funcional. Los niveles de integración psicológica se tornarán menos flexibles cuanto mayor sea la dependencia-aferramiento-simbiosis de sus integrantes. La rigidez en la unidad funcional persona-medio demandará para su mantenimiento un esfuerzo de adaptación en un segundo nivel, nivel organismo, que deberá modificar el tono de sus neurotransmisores para permitir una adaptación funcional en correspondencia con las exigencias afectivas que imponga la unidad persona medio. Esto permitiría comprender no solamente las variaciones del tono afectivo, sino también las modificaciones autoplásticas del organismo que corresponden al capítulo de las enfermedades psicosomáticas (D. Liberman y otros).-

De acuerdo a este planteo, la administración de psicofármacos, tratando de modificar las variaciones de tono de los neurotransmisores de manera tal que desaparezcan las manifestaciones conductuales que se juzgan sintomáticas, no hará más que rigidificar el sistema evitando toda posibilidad de cambio y, como consecuencia, todo camino a la salud.-

EL CONCEPTO DE FALENCIA CONTEXTUAL

La atención del paciente psicótico implica tener que asumir, que en el proceso terapéutico se pondrán a prueba las condiciones de integración de la personalidad de los miembros del equipo terapéutico, pasando a constituirse dicha integración, en un hecho básico para la realización de la cura. -

Se constituirá así como elemento esencial, una adecuada realización de la diferenciación YO-NO YO, o sea una adecuada elaboración de la ansiedad de separación y consecuentemente el abandono de las fantasías omnipotentes destinadas a recomponer la imagen especular, o sea recapturar la identidad del terapeuta,-

Esta situación en los miembros del equipo terapéutico, o sea la falla en dicha elaboración, hace intolerable la espera frente a las peculiaridades del proceso terapéutico marcadas por la individualidad del paciente; y excita actuaciones por parte de los terapeutas que generalmente culminan en la administración de psicofármacos, como forma de adecuar al paciente a estas fallas contextuales. De esta manera se establece el "vínculo de coerción" (Valeros, 1983) y como consecuencia una relación adictiva (iatrogénica) entre el paciente y el contexto.-

A esto debe agregarse las fallas en la estructura edilicia y de personal de las instituciones, que lleva a "actuar sobre el paciente" para que éste se amolde a las restricciones del medio terapéutico, siendo los psicofármacos el elemento más versátil. Este concepto puede extenderse al contexto social y las formas de accionar con respecto a la enfermedad mental. -

Es clara la relación implícita con las consideraciones del Dr. Winnicot en cuanto al medio ambiental suficientemente bueno en el proceso de maduración del yo (Winnicot, El proceso de maduración del yo, Laia).-

Cabe destacar, que es frecuente encontrar racionalizaciones tendientes a justificar la utilización de psicofármacos, con lo que se trata de disimular la ansiedad subyacente en los terapeutas.-

Podemos decir que cuando hablamos de falencia contextual, nos estamos refiriendo a situaciones como las antes mencionadas.-

EL CONTEXTO DE DESARROLLO

El trabajo con pacientes psicóticos y border-line, me permiten postular que estos pacientes han carecido en su historia de un contexto de desarrollo lo suficientemente solvente como para poder realizar los procesos de maduración en un sentido de integración creciente. La carencia de este contexto de desarrollo ha obligado a una reestructuración defensiva de la personalidad en base a lo que podemos llamar "vínculos coercitivos" y cuya finalidad es evitar la desintegración frente a la separación (abandono) de lo que podríamos llamar con cierta ligereza conceptual, "el objeto de adicción". Esto equivale a decir que en los pacientes psicóticos y su entorno no se ha instaurado una función mental que se corresponda con lo que en momentos posteriores y en relación con la conflictiva edípica del niño, se denomina "la castración".-

Esta función mental que yo denomino "la triangularidad" es la que llevaría a marcar los límites tanto a las demandas del niño como a las de los padres y que promovería la resolución de la simbiosis con la realización de la diferenciación YO-NO YO, y el ingreso a la conflictiva edípica y el acceso del hijo al rol social.-

La posibilidad de curación del paciente asienta en la capacidad de creación de un contexto de desarrollo terapéutico capaz de solventar las necesidades de desestructuración de los vínculos coercitivos y la estructuración de la personalidad a partir de modalidades más evolucionadas de relación, o lo que podríamos llamar, relación no adictiva. Esto implica la realización de la diferenciación YO-NO YO, con la consecuente cohesión de la personalidad, que permitirá, a través del análisis de los contenidos, darle coherencia a la historia a partir de una nueva perspectiva; o sea, a partir de estructuras semánticas que permitan decodificar los hechos de la realidad desde una identidad que no se mueva entre el par abandono-control y en consecuencia, libre de la ansiedades de desintegración (ansiedad de separación) que se expresa a través de los contenidos persecutorios o de triunfo y dominio, según sea el momento.-

Esto representa el reconocimiento de la "vida propia" y la del objeto, y la instauración de una nueva ética basada en el reconocimiento de sí mismo y del otro (sujeto-objeto), como dos entidades separadas y en consecuencia no basada en el control y el sometimiento.-

EL CONCEPTO DE CONTENCIÓN

Podemos calificar la contención como la función principal del contexto de desarrollo terapéutico; función que en algún momento del proceso terapéutico se instaura en la personalidad del paciente, como una función mental.-

La función de contención puede dividirse, a los fines de esta exposición, en:

- a) contención de las ansiedades de desintegración, y
- b) contención de la violencia.

La contención de las ansiedades de desintegración, está directamente relacionada con el miedo a que sobrevenga la "muerte" frente a la separación del medio que hasta ese momento se constituyó en reaseguro de la identidad, merced a técnicas de control del objeto de adicción; el medio familiar, y por supuesto, esto incluye a la necesidad de contener a la familia en sus demandas de igual sentido que las del paciente. Es necesario aclarar a que me refiero cuando digo "miedo a que sobrevenga la muerte frente a la separación"; es difícil pensar que la ansiedad que sufren estos pacientes pueda calificarse como miedo a la muerte, ya que esto implica una concepción elaborada de la finitud de la vida; y más generalmente, una concepción elaborada del paso del tiempo. La experiencia sugiere que la noción de tiempo transcurrido aún no está vigente en estos pacientes, y en su lugar se mantiene la noción de presencia-ausencia del "objeto de adicción". Volviendo a las definiciones de Winnicot, este autor expresa que los estados de pánico frente a la separación, implican una ansiedad que él denomina "ruptura de la continuidad existencial" cuando esto se refiere al bebé y tomando en cuenta las descripciones de W. Bion, podemos asimilar estos estados al "terror sin nombre"; o a la caída en el vacío, merced a la pérdida del doble especular. Puede pensarse que una elaboración posterior de estas ansiedades, lleva a lo que, luego en relación con la finitud de la vida, se transforma en el sentimiento de "muerte". En el renunciamiento consciente de la pertenencia al mundo.-

En relación con esto, se hace necesario respetar cuidadosamente los compromisos adquiridos con el paciente, de manera tal de no provocar ansiedades de pánico innecesarias que muevan a actuaciones, y también debe procurarse mantener estabilidad y seguridad en el contexto, como así también una adecuada presencia física de los miembros del equipo (Montagut, Pedro Luis; C.A.D.E.P.; 1983-Acto e interpretación en el tratamiento de la psicosis). -

Frente a la agresividad y la violencia como respuesta al fracaso de las técnicas coercitivas del paciente, la contención debe privilegiarse en relación con los medios físicos, incluyendo en los casos extremos el uso de la camisa de contención.-

El hecho de que la contención de la agresividad se realice por medios físicos, cuando se agota la instancia verbal, por ejemplo: sujetar los miembros

superiores e inferiores, colocar la camisa de contención, por supuesto que con el máximo cuidado para no dañar al paciente, importa en tanto parecería que hubiera un registro muscular de la presión ejercida por los medios de contención y en el esfuerzo del paciente por librarse de ellos; registro que contribuiría a la constitución de una función mental capaz de poner una pausa entre la percepción del estímulo y la acción (es necesario tener clara la diferencia entre el concepto de contención y su puesta en práctica, y las estrategias de represión entre las que es necesario incluir el uso de psicofármacos). Esta pausa permitiría la emergencia del pensamiento como simulacro de la acción, permitiendo evaluar la consecuencia antes que la acción esté consumada y dando lugar al ejercicio de los sentimientos reparatorios.-

En el mismo sentido se ubica el uso de la contención verbal, en cuanto a la negativa a aceptar intentos coercitivos del paciente; y aquí es de especial importancia que el equipo terapéutico tenga bien en claro esta función de contención como elemento estructurante de la personalidad, para no caer en sentimientos reivindicatorios frente a las "injusticias vividas en la infancia". -

Esta estrategia de contención, aún la contención física, se da naturalmente en la infancia, si es que existe un contexto de desarrollo; pero por supuesto pasa inadvertido tanto para los niños como para los padres. Pero esta situación se complica, cuando la contención debe realizarse en un medio terapéutico. Esta circunstancia supone que la persona (paciente) ha desarrollado una estructura de personalidad defensiva con características narcisistas, con gran valoración de la omnipotencia que supone el éxito en las técnicas de coerción y con una sobrevaloración del YO de estas características. Enfrentado el paciente con necesidades tan primarias como las de contención, se produce un daño narcisista que mueve a la violencia auto-y/o alterdirigida.-

El éxito del contexto en la contención sin caer o hacer víctima al paciente de técnicas coercitivas, evita que emerjan conductas de violencia o retaliación por parte del equipo terapéutico para con el paciente.-

Si bien estos conceptos son fácilmente expresados, es muy difícil llevarlos a la práctica, porque en ella se pone en juego nuestra autoestima a través de la expectativa que estos pacientes crean y que excitan las fantasías omnipotentes de los terapeutas.-

Debe quedar perfectamente explícito en cada situación, que lo que se hace es lo que se juzga necesario para la curación del paciente, más allá de las demandas de éste y de su familia y aunque nos quedemos con un sentimiento de rigidez que frecuentemente corresponde a nuestra identificación con el niño que pide ser exceptuado de la ruptura de la simbiosis.-

LA FUNCIÓN DEFENSIVA DE LA LOCURA

El estudio minucioso de la sintomatología del paciente psicótico y de las circunstancias vitales a las que ha estado expuesto y de las que ha sido partícipe, nos permite poco a poco ir comprendiendo que a la par de las vicisitudes de la enfermedad, se crea una estructura más o menos conciente que el paciente defiende abnegadamente. Esta estructura se asienta en lo que antes mencionamos como vínculo de coerción y que afecta al área pragmática de la personalidad, y si bien constituye la enfermedad misma, también la defiende y de esa manera se defiende el paciente de lo que sería le la emergencia de una evidencia inaceptable en relación a su existencia. De esta manera la sintomatología se constituye en beneficio secundario de la enfermedad, ya que así el paciente se soslaya como responsable frente a una verdad referente a su vida y la de sus progenitores; verdad que de ser develada lo dejaría frente al engaño y como consecuencia expuesto al odio sin límite. Aimée al intentar herir a la señora Z. estaba hiriendo a su propia madre, podemos pensar, no sin razón, ya que por lo que nos cuenta J. Lacán, también la Mamá era una personalidad delirante, para quien Aimée debió ser un objeto al servicio de sus demandas narcisistas. O de lo contrario frente al vacío intolerable de no haber sido querida; (la madre de Aimée, como Aimée misma, no podía querer sino a sí misma o en función de sus necesidades narcisistas) y como consecuencia frente a la muerte misma.-

Y un Papá que no reivindicó (frente a su propia madre y a la madre de Aimée) el derecho del hijo/hija a la vida, y que en consecuencia abandonó a Aimée en beneficio de su propia demanda narcisista.-

Cruda realidad ante la cual la psicosis se transforma en la coartada que permite el mantenimiento da la ilusión.-

Este drama se repite en cada uno de los psicóticos con las características de la propia historia, y ante este drama el terapeuta con su función de investigación de la verdad sin retaceos es llamado, tal vez por sí mismo ya que allí posiblemente encontrará su propia verdad.-

EL CONCEPTO DEL CAMBIO ESTRUCTURAL

Parecería redundante decir que el sentido de un tratamiento psicoterapéutico es el de dar la oportunidad a una persona que lo necesita, de adquirir la capacidad de vivir en libertad y creativamente. Sin embargo cuando hablamos del paciente psicótico y border-line, este sentido del tratamiento se transforma en una pretensión casi inalcanzable. Es frecuente que nos encontremos con personas que deambulan de consultorio en consultorio buscando una respuesta que parecen no encontrar o que establecen relaciones terapéuticas (iatrogénicas) adictivas que se prolongan a lo largo de la vida repitiendo el estilo adictivo original.-

Frente a esta realidad es necesario plantearnos que de la única forma en que podemos constituirnos en una verdadera alternativa como terapeutas frente a la enfermedad, es si encontramos la posibilidad de ofrecer al paciente la oportunidad de un cambio estructural, que le permita vivir en libertad y creativamente, o sea en el ejercicio de la autonomía necesaria a toda persona.-

Desde esta perspectiva, nos planteamos el cambio estructural como el pasaje de la relación simbiótica especular a una estructura triangular, o sea, una estructura capaz de tolerar una pausa entre la demanda y la satisfacción: o el renunciamiento, sin que esto se transforme en una amenaza a la integridad de la persona y como consecuencia, mueva a tentativas de control y violencia; o se agote en la resignación conciente o inconciente (masoquismo) al sometimiento de un objeto (destino) que lo mansilla despiadadamente . -

Mi propuesta es pensar que la provisión de un contexto de contención capaz de permitir las experiencias de contención referidas, posibilita este cambio estructural, permitiendo que la persona afectada encuentre la capacidad de vivir haciendo uso de su libertad.-

INDICACIÓN EXCEPCIONAL DE CALMANTES

Al hablar de falencia contextual y posteriormente al hablar de contexto de desarrollo, hice mención de mi idea que los psicofármacos están destinados a suplir dichas falencias contextuales y que como consecuencia su uso entorpece las posibilidades que la interacción entre el paciente y su contexto da, de una adecuada integración psicológica.-

En esta perspectiva planteo que la única indicación que considero adecuada de psicofármacos en el tratamiento de la psicosis es, contando con un contexto de desarrollo terapéutico, cuando dicho contexto ha agotado sus posibilidades de contención en los estados emocionales de excitación psicomotriz incontenible. En esos casos se hace aconsejable el uso inyectable u oral de psicolépticos, y como una forma más de contención, bloqueando la hiperactividad del paciente cuando ésta es insostenible.-

Especialmente utilizo aquí la denominación de "calmante" para esta acción, porque de lo que aquí se trata, no es de modificar específicamente el funcionamiento neuroquímico con miras a la curación del síntoma, sino de aumentar las posibilidades de contención actuando químicamente sobre el paciente cuando las posibilidades físicas del contexto han sido sobrepasadas. O sea, que el objetivo que el fármaco cumple es "calmar" al paciente para facilitar la contención.-

Debe estar claro para los terapeutas esta función del fármaco y de la necesidad de encontrar formas personales de contención, a través del contacto personal entre paciente y contexto. Es claro que ejerciendo esta práctica de la relación personal entre paciente y entorno, poco a poco se van encontrando formas de contención que van enriqueciendo el bagaje personal del equipo.-

Es importante destacar que juzgo esencial esta postura en el tratamiento de pacientes gravemente perturbados, si es que se quiere promover un cambio esencial en la estructura psicológica del paciente; aunque es necesario reconocer que esto es una tarea ardua, que demanda del paciente, de la familia, del equipo terapéutico y los demás pacientes, cuando éste se encuentra incorporado a una institución, un esfuerzo superlativo.-

También es necesario destacar que si esta tarea se cumple, la perspectiva de un cambio estructural en una persona hasta ese momento presa de la incapacidad de vivir en su mundo, merece el esfuerzo.-

COMENTARIO FINAL

El Dr. Lacán, mediante un minucioso estudio de las situaciones personales y familiares de Aimée, y su confrontación con las teorías en boga en la época respecto a la paranoia y por extensión la psicosis, rescató de la oscuridad y dio a luz la correlación entre estructura de la personalidad y delirio. Recurrió al psicoanálisis como una forma de interpretar los fenómenos psicóticos y decidió por la técnica analítica la posibilidad de cura; pero también planteó las dificultades técnicas tendientes al logro y mantenimiento de lo que definió como "una transferencia tan prolongada como sea posible" y expuso lo que llamó contradicciones referidas a la teoría y la técnica.-

El uso de psicofármacos produjo un cambio en el curso de las investigaciones respecto al tratamiento de la psicosis, alejando al investigador del paciente, interponiendo al psicofármaco como una instancia moderadora frente a las exigencias que la psicosis planteaba a la ciencia psiquiátrica. La psicofarmacología se transformó así en aliada de las resistencias del paciente y alejó al psiquiatra de encontrar cauces de aproximación a la técnica del tratamiento de la psicosis.-

Como expreso en la introducción de este trabajo, el objetivo del mismo es ubicar a la psicofarmacología en el lugar que creo más justo en el tratamiento de las psicosis, e intentar ofrecer puntos de vista como acercamiento a un modelo técnico.-