



Historia de la crítica de los modelos clásicos en Psiquiatría.

La crisis ideológica actual en el terreno de la renovación psiquiátrica: incapacidad para encontrar unos fundamentos teóricos que definan el objeto de la intervención científica y no meramente técnica de la psiquiatría. El hecho de la inclusión de la psiquiatría en el ámbito de la medicina desde Pinel (fines del XVIII y comienzos del XIX) y su posterior inclusión en el campo de las especialidades médicas, se convierte en el principal factor de renuencia a su transformación.

(ver Saurí, Foucault y Castel)

Los alienistas franceses y alemanes compiten desde el primer momento en la creación de clasificaciones nosológicas, descripción de síntomas y síndromes y conceptualizaciones diagnósticas y terapéuticas de lo que se manifestaba como "comportamientos extravagantes y peligrosos de algunos individuos". Por supuesto, falta una concepción de base de la personalidad que no sea la proporcionada o por el esquema ideológico dominante o por la comprensión de la enfermedad desde el planteamiento organicista. Para unos, esto fue un acierto (= avance científico que posibilitaba la "curación", rehabilitación - "encierro" – de individuos afectados por "enfermedades mentales). Para otros, fue el origen de un nuevo tipo de opresión, bajo el pretexto de una "enfermedad" del sistema nervioso.

Esta alienación no fue primeramente denunciada por psiquiatras. Artaud en 1.925 dirigía su "Carta a los directores de los Asilos de locos" que es todo un modelo paradigmático de denuncia y queja. Esas se mantienen hoy en lo fundamental, como lo demuestran continuas críticas y denuncias realizadas desde todas las perspectivas. La alineación, el diagnóstico, el encierro, las técnicas de tortura ... coinciden en caracterizar el fenómeno cómo un complejo proceso de factores políticos, económicos, ideológicos, represivos, autoritarios. Quizás el intento de denuncia profesional más interesante es el que procede de ese ámbito caótico llamado "Antipsiquiatría".

A) El punto de partida de la crítica antipsiquiátrica.

Pero, ¿por qué "Antipsiquiatría" precisamente? ¿Expresa esa etiqueta el rechazo de la "enfermedad", de la psiquiatría misma o de algunos de los modelos operantes?. Quizás el primer problema, en base a desmitificar a esa corriente, sea el de afirmar que ese movimiento no posee una coherencia única: hay en cierto sentido, un cuestionamiento teórico-práctico de algunos de los modelos oficialmente operantes en la práctica psiquiátrica y ese cuestionamiento abarca tanto la dimensión etiopatogénica (lo que entraña una crítica a los supuestos teóricos) como a la ideológica-social. Pero ni en la epistemología ni en los modelos propuestos hay una coherencia superior (pensemos en lo que separa a un Laing de un Basaglia, por ejemplo). El tema, pues, se inscribe en las necesidades:



- *fundamentación teórica de los modelos de partida,*
- *encontrar el instrumental codificador que nos permita acceder a la comprensión-conceptualización de las manifestaciones del llamado disturbio conductual,*
- *cuestionamiento del escenario económico, político, ideológico, interaccional, en una palabra, en el que aparecen esos acontecimientos que llamamos "trastornos",*
- *en último término, cuestionamiento del trastorno mismo, precisamente en la medida en que el sistema de las conductas representa la manifestación productiva-reproductiva de una personalidad,*

y todo ello con sus propias repercusiones político-institucionales económico-funcionales que nos obligan a comprender la estrategia del poder, las estrategias de la dominación. Desde la valoración técnica a sus repercusiones sociales, el aislamiento, el encierro, la castración de un sujeto que es aneentizado hasta su consunción final.

Por supuesto, un planteamiento semejante implica una política total (y no sólo o, mejor dicho, no en absoluto una medicina preventiva de estructura sistemática, ordenada en torno al pseudo concepto de "salud mental"). El problema hay que plantearse desde lo que llevo dicho, no tanto como el examen de unas técnicas (siempre eficaces) ni de su utilización etc. Ubicar a la "enfermedad" en sus parámetros críticos, lo que representa rastrear una etiopatogenia en una situación social contradictoria, en un contexto de socialización dominado por el conflicto irresuelto, en unas leyes de interacción que facilitan la represión-bloqueo, en unas técnicas represivas. Se trata, como tantas veces se ha dicho, de totalizar eso que llamamos "locura" y que no hay por qué llamar de otra manera.

B) "Existenciales" y "existenciarios": la enfermedad y su "doble" ideológico y técnico.

Hay que considerar el hecho de partida: la psiquiatría, la enfermedad, la curación. Muy especialmente, ésta última es imposible. El psiquiatra no puede considerarse existente sino ante el fenómeno definitivo de la "enfermedad". El aniquilamiento el "enfermo", en tanto que sujeto, es la condición imprescindible de la conservación del dominio del técnico sobre la "enfermedad". En ese sentido, sólo en ese sentido, la Antipsiquiatría debe ser algo mucho más complejo que una simple especialidad técnica, arropada con unas ciertas pretensiones humanistas. Existe una práctica existencial que nos pone ante el entramado ocultado de un sistema ordenado de quiebras. No se trata de otra cosa que de la existencia de un sistema sujeto/medio/personalidad, en donde los procesos de circulación económica, política..., las cadenas de estabilidad, entropía, deshistorización, retroalimentación de férreas cadenas causales desbordan el estricto



marco de una consideración humanista. La "enfermedad" verdadera adquiere su rostro único: hecho complejo no psicológico, sino social.

La psiquiatría, el asilo, la "curación". Algún día hablaré de un terrible síndrome: el hospitalismo que impregna muchas prácticas, no necesariamente vinculadas a la hospitalización. Como esa terrible ley de que la piedra siga siendo piedra tiene múltiples formas deshumanizantes de expresión. La "curación" como un imposible. El sistema llega a vertebrar, a la subjetividad, a la que aniquila radicalmente. El "loco" como el "lugar" de la carencia de las carencias. El loco como esa mujer o ese hombre que ha sentido, pensado, querido, que sufre y no puede expresarse. Toda violencia a la manifestación del deseo (con su posibilidad de acceso necesario) es la violencia fundamental.

"Pienso, como Uds., que no es posible entender la dolencia psíquica desde afuera, a partir del determinismo positivo o reconstruir, mediante una combinación de conceptos que se mantienen exteriores a la enfermedad vivida, esa modalidad del ser que es la carencia de ser. Creo también que no se puede estudiar ni curar una neurosis sin un respeto fundamental por la persona del paciente, sin un esfuerzo constante por captar la situación básica, sin un proceso que trate de encontrar la respuesta de la persona a la situación y pienso (según Uds., me parece) que la enfermedad mental es la salida que el organismo libre, en su unidad total, inventa para vivir una situación no vivible"

(Sartre a Laing y Cooper).

Sí, creo que es necesario el esfuerzo por comprender la situación vivida de la violencia en nombre de la curación. Pero habría otras cosas en las que no puedo estar de acuerdo con Sartre, sobre todo desde esa substancialización que se hace de la persona. Pero quiero hablar ahora de la cierta crisis (pensada, mal ejercida) de un modelo determinado, del nuevo lugar que se quiere adscribir a la locura.

C) La influencia existencialista de la antipsiquiatría.

1.965 Philadelphia Association (Laing) = la organización interesada en el desarrollo de la comparación teórica y del enfoque práctico de los problemas que, según Laing, han sido creados especialmente al ser definidas ciertas formas de conducta y experiencias humanas como sistemas de enfermedad mental. "¡La enfermedad inventada!. En uno de los artículos se dice: "Pretendemos cambiar el modo en que los "hechos" de la "salud mental" y de la "enfermedad mental" son vistos por muchas personas. Esto va más allá de una nueva hipótesis inserta dentro de un plan de investigación y terapia: es una propuesta de cambio de nuestra forma total de ver los acontecimientos". Es decir, interés por la interacción, por las situaciones, por la comunicación, por la constitución de la personalidad y su expresión fallida, como se da en la locura.,



¿Qué significa todo esto?. Un confuso movimiento de oposición: una lucha espontánea (pocas veces radicalmente política) que trata de invertir la orientación dominante de la Historia de la locura. Hasta ahora ha primado el punto de vista del psiquiatra. ¿Invertir los términos?, ¿Adoptar el punto de vista del psiquiatrizado?. Pero ambos puntos de vista se complementan, porque, en realidad, definen una única relación de poder. Incluso la mitología de la esquizofrenia que llevará a complementarse en la oposición. La locura (lo dicen también algunos psiquiatras) es producida por los psiquiatras. Pero se entiende por esto la instrumentación de unas técnicas al servicio de unos intereses económicos, políticos, ideológicos. "Síntomas", "trastornos", "síndromes"... la Historia de la Medicina dice que fueron creados por los propios médicos. Entidades imaginarias de terrible efectos productivos ... Y, sin embargo, este esfuerzo de la antipsiquiatría es parcial, porque lo cierto es que la locura, la desorganización, la entropía subjetiva existen. ¿Cómo pensarlas?.

Hay una represión, una violencia psiquiátricas que son complementarias de la violencia económico-política de la clase dominante. La teoría y la práctica que determina el "modelo médico" contribuyen a la reproducción las condiciones que los psiquiatras presuntamente pretenderían curar. Condiciones predominantes en los grandes hospitales, en el personal clínico y sanitario, para los que el sufrimiento vivido en último término no es sino manifestación parcial del síntoma que es necesario erradicar. Como los inquisidores con su amplio poder para interrogar, decidir, encarcelar, torturar, la psiquiatría desarrolla una nueva forma de violencia institucionalizada (= electroshocks, quimioterapia, lobotomias ...

D) Crítica de la ideología psiquiátrica.

Críticamente, términos como "enfermedad", "tratamiento"... son elementos de profunda inconsistencia. ¿Qué es la locura?. La medicina aprovecha su prestigio para hacer pasar por evidentes (o existentes) referentes que sólo poseen consistencia ideológica, institucional y clasista. Hablar de "locura" sin referencia a un sistema normativizador de relaciones interactivas, sin una referencia axiológica a términos de libertad, independencia, responsabilidad, sin referencia a un espacio social de economía precisa y poderes concretos, carece de consistencia. Por otra parte, gran parte de los diagnósticos de locura se fundan no tanto sobre lo que alguien hace o intenta hacer, sino sobre lo que pretende decir. La ideología dominante es el gran motor de muchas etiquetas. Ello representa la "inflación" de muchas categorías presuntamente científicas. Un antiguo inquisidor hoy perfectamente podría realizar el papel de psiquiatra. Sin embargo, la locura existe. El problema es cómo pensarla.

Laing, atendiendo a los factores que en esta sociedad producen la esquizofrenia, nos da una sencilla estadística: en el tiempo de Bleuler (que acuñó el término de "esquizofrenia") se decía que, por cada paciente ingresado, existían 10 sin diagnosticar. En los países europeos, actualmente, la posibilidad de ser diagnosticado como esquizofrénico y, por tanto, de ser ingresado en un hospital, es hasta los 45 años de un

1%. Es decir, todos tenemos la más alta probabilidad de que nos ingresen en un manicomio y esta posibilidad depende:

- de la *tendencia personal del diagnosticador,*
- de la *tipificación sociojurídica de ciertas conductas,*
- de la *cantidad global de pruebas mentales a las que seamos sometidos.*

Si, además, nos enfrentamos a los niños, a los jóvenes sin trabajo, a los maduros en paro, a los pobres, a los subnormales ... más del 80% de la población puede ser diagnosticada de loca. El problema, por otra parte, consiste en que a medida que se avanza más y más es una mayor cantidad de personas los que se colocan en la rúbrica de anormalidad. Los enamorados y los que abandonan la seguridad ... Hay un hecho válido para toda Europa, dadas las prerrogativas jurídicas de que gozan estos técnicos: cada vez tenemos más a ese personal sanitario que a "su" propio loco. Pero esto es más una invalidación de la psiquiatría que un terror ante los psiquiatrizados. Sin embargo, el problema es que la locura existe. ¿Cómo, pues, pensarla?.

El papel del loco en todo esto es cada vez más intensamente dramático. Se extiende socialmente también esa tendencia hospitalista y sintomatizadora: el vivido del sufrimiento se desprecia. La piedra jamás dejará de ser piedra, de la misma manera que la queja sólo será una manifestación más que rigidificar el diagnóstico. El psiquiatra no puede considerar al individuo de otra manera que como enfermo y, precisamente, como "su" enfermo. Ello representa una toma activa de partido ante la violencia. El médico y su personal utilizan el poder represivo con plena impunidad, hasta el punto de que, también cada vez con mayor frecuencia, el psiquiatra se hace agente directo de la represión política (IIª Guerra Mundial, nazis, Francia, población penal americana, Goulag soviéticos...). En esa calidad, el psiquiatra queda ascendido a la categoría de "buen perro guardián" de la sociedad capitalista, de toda sociedad autoritaria. Funciones de asilación represiva, pero funciones también selectivas (ejército, policía...). La desobjetivización se convierte en un proceso de alta tecnificación y, muchas veces, al menor coste social.

La "realidad" y su construcción objetivo-simbólica: nuestra participación activa en ella. Frecuentemente, "lo externo" es una pantalla sobre la que proyectamos todo lo que llevamos "dentro". Otras veces eso externo es un proyector que nos modela hasta la determinación de nuestras experiencias, conocimientos, deseos, terrores. Por lo mismo, toda palabra posee una denotación, objetiva o no (= primer nivel del lenguaje), denotación que se constela de connotaciones (en función de los distintos contextos de intervención). Barthes llamó al lenguaje de la connotación "mítico", en tanto que al instrumental de la denotación lo denominó "práctico". Viene esto a cuento, ya que es necesario "desmitificar" esa antipsiquiatría.

Pero ¿qué es la antipsiquiatría?. Para los bonzos de la profesión, es la ignorancia de la psiquiatría. Para los utópicos, "un espacio de rehabilitación del enfermo mental". Ya no se lo considera como a un ser anormal

que debe cambiar, ya sea por "su bien" ya para responder a una determinada demanda social. Al contrario, es la víctima inocente de un sistema patógeno que, desde el principio, proviene de su medio inmediato, medio que no manifiesta más que las contradicciones y los conflictos de la sociedad que es, en definitiva, la única responsable, puesto que segrega la locura, para defenderse". Nos encontramos, pues, ante dos posiciones extremas, El problema sigue consistiendo en cómo pensar la locura.

El temor al cambio, a la innovación, a perder los marcos referenciales que han orientado una vida, unas prácticas, unos valores, que han determinado unas situaciones... parece que podría explicar, desde una posición psicologista, la oposición oficial a la antipsiquiatría. Sin embargo, parece que los valores del "humanitarismo" tendrían que encontrar en la burguesía sus más firmes valedores. Consecuentemente no es recurriendo a explicaciones de ese corte como podremos dar cuenta de la oposición oficial.

E) Rasgos de la Psiquiatría dominante.

La caracterización de la psiquiatría oficial habría que buscarla en dos aspectos complementarios: de una parte, su negativa a considerarse una estricta técnica; de otra, la raigambre organicista de esta técnica. Busca en los cerebros, como el substratum que puede recibir la impronta de una perturbación más o menos definitiva. Hay correspondientemente, unos esquemas rígidos de diagnóstico y tratamiento, como integrados en un modelo naturalista que pretende dar razón de la locura como perturbación del SNC. La ley fundamental del sistema, individual, es el de la adaptación, de suerte que la enfermedad no es sino el fracaso en la correspondencia adaptativa de un organismo a un medio. Se pueden llegar a considerar factores de incidencia con carácter social, pero siempre serán coadyuvantes y nunca determinantes. Una locura semejante, un modelo tal, está enmarcado por el desarrollo de la propia medicina.

Todavía hoy, la psiquiatría está dominada por los postulados de la psiquiatría clásica germánica. La clasificación hecha por Kraepelin (finales del siglo XIX) sigue aún vigente, aunque sea revisada periódicamente. Kraepelin, inmerso en el espíritu del racionalismo y del positivismo naturalista del siglo pasado, sigue la herencia de su maestro Griessinger, estableciendo una estricta patología de las afecciones somáticas (= el proyecto de Griessinger se instala en un organicismo mecanicista, como intento de liberar a la locura de planteamiento "metafísico" del romanticismo alemán). Como su antecesor, Kraepelin proclama que los trastornos psíquicos son "enfermedades del encéfalo" y piensa que un superior desarrollo de la Anatomía patológica conseguirá poner al descubierto las lesiones cerebrales que causan los síntomas. En esa fase, el gran proyecto estará fundamentalmente orientado por los dos grandes valores: ordenar, clasificar.

Desde ese momento, la medicina alemana, francesa e inglesa competirán en la elaboración de nosologías precisas, mediante las cuales encuadran a las enfermedades mentales. La de Kraepelin se impondrá

por su precisión y rigurosidad, de manera que no se tratará tanto de descubrir lo individual, cuanto de incluir a éste marcos bien definidos. Para Kraepelin, el enfermo es una colección de síntomas.

Como reacción a los intentos mecanicistas del psicofisiólogo Wundt nacen dos corrientes que tratan de fundar una nueva psicología: el psicoanálisis, como una teoría global del psiquismo humano. Atacado por toda la psiquiatría oficial, Freud realiza el intento de comprender y conceptualizar las manifestaciones psíquicas y enjuiciar así su morbosidad. Instrumenta una psicopatología coherente con una estricta causalidad biológica e individual. La segunda vía será la que se inspire en la fenomenología (Jaspers que recoge la influencia de Dilthey, Bergson y Husserl): aquí se estudian estáticamente las manifestaciones psíquicas, dividiéndolas en "comprensibles" (las consideradas "normales" o las simplemente neuróticas) e "incomprensibles" (locos o psicóticos). Estas últimas son producto de una alteración somática, y, por definición, no conectables con los conflictos, deseos ... de la biografía individual. En todo caso, los síntomas poseen un sentido metafísico, filosófico, cuyo principio y fin no implican trascendencia ni conexión con la totalidad histórica del contexto social, cultural. Son en definitiva, un vacío histórico.

Orientado por estos esquemas, el psicopatólogo se acerca al enfermo para descubrir, describir, ordenar los síntomas. Con lo que sólo quedará hacer un correcto diagnóstico clínico. La gravedad de este diagnóstico y su pronóstico determinará el plano mismo de la represión.

La reacción epistemológica actual.

¿Entra en crisis actualmente un modelo semejante?. La complejidad creciente es una característica bien manifestada de los modelos utilizados. La conducta se supone que es un sistema integrado estructural), de factores individuales (psicofisiológicos), interaccionales. Nada puede ser separado, sino es con propósitos descriptivos confiriendo una credibilidad limitada a tales factores aislados. La totalización es la ley de funcionamiento de este sistema. De esa forma, en el enfermar del hombre se produce esta pluridimensionalidad que arroja nuevas dificultades. Devereux dice: *"Indudablemente los factores o fenómenos físicos son mucho más simples que los psicológicos o sociales. Por otra parte, el estudio de los fenómenos físicos está mucho menos trabado por las angustias subjetivas de sus investigadores, por las pretensiones de la metafísica y los supuestos redentores del género humano..."*.

A) Objetividad versus cosificación.

Piaget demuestra que la metodología científico-natural no puede aplicarse válidamente a las Ciencias Sociales, en la medida en que, en ellas, el hombre es sujeto y objeto a la vez del conocimiento. El pensar



dialéctico, que se autocuestiona en un proceso constante, permite, la toma de conciencia de este hecho. Ahora bien, el problema es el de la comprensión tardía del pensamiento dialéctico (comprensión que, por supuesto, también se encuentra muy lejana en Piaget). Digamos que esa incompreensión teórica del objeto de la psico(pato)logía lo que hace es convertir al psiquiatra en un ingeniero-biólogo.

Se podría haber avanzado en un tema. Freud, a medida que profundizaba en su teoría, cuestiona el sentido unidireccional de la relación paciente terapeuta. Los mecanismos de interacción, retroalimentación... van siendo continuamente analizados en el juego y desarrollo de la transferencia y la contratransferencia. Sin embargo, no se da el paso que separa el "¿Qué le pasa al otro?" del "¿Qué me pasa a mí respecto al otro?", ¿Cómo a nivel real y fantástico nos influimos el uno en el otro?". No se advierte la circularidad de la relación, con lo que, en último término, el analista reproduce la estructura social del poder.

Es el desprecio por el vivido de la locura por un sujeto lo que posibilita hechos monstruosos: Egas Moniz (psiquiatra portugués) desde 1.935 se dedica a lobotomizar, esperando "destruir" las enfermedades que se ocultan en el encéfalo de personas diagnosticadas como esquizofrénicas. En 1.955 se le concederá el premio Nobel de medicina por estas experiencias "terapéuticas". Esta fue la constante a la hora de tratar el "desorden" mental y lo peor es que estas ideas siguen siendo dominantes.

Las corrientes que intentan renovar la moderna psiquiatría se interesan por las relaciones Sociedad - Familia - Individuo; es decir, intentan "valorar" esa interrelación, aunque lo dudoso es que haya interrelación por parte del individuo y no sea el efecto sobredeterminado. De tal manera, la propuesta es la de intentar encontrar modelos superiores capaces de explicar la complejidad de la conducta, algunos de cuyos rasgos fueron enunciados parcialmente por Freud. Es aquí donde justamente tendríamos que situar las propuestas de la antipsiquiatría.

Hay otras tendencias (socioanálisis, Psiquiatría democrática de Basaglia ...) que se preocupan más por el entramado económico - político del tema. Esto es, del análisis y crítica sociopolítica de los sistemas más represivos y alienantes del sujeto, en relación con su capacidad psicopatologizante. Pero ahí ya lo político adquiere el sentido que pretendían darle Reich y algunas corrientes dentro de la Contracultura: política de la vida cotidiana, de la subjetividad, política de la necesidad y el deseo. "Pues también el deseo es un hecho esencialmente político, un hecho cuyo impacto simplemente acaba de ser descubierto por la política, en el sentido estricto de la palabra". Ahí se encontrarían propuestas, siempre insuficientes como se ve en Laing, de vincular la Contracultura a la Antipsiquiatría.

B) La construcción médica de la locura.

Como tema vinculado nos encontramos con la acusación de que el psiquiatra "inventa" la locura, o,



al menos, ayuda a configurarla, a establecerla, a mantenerla. Laing dice "hay algunas personas en nuestra sociedad de las que diría que están extremadamente perturbadas, que son desgraciadas, encontrándose a menudo en un estado de gran confusión, aturdimiento, consternadas y con un miedo continuo" El problema es: ¿se puede construir la locura? y ¿quién la construye?. Porque la locura no puede negarse: en todo caso, y antes de pasar a su elaboración conceptual, lo que hay que hacer es fijar crítica, material, históricamente su referente. Y este es el desafío.

¿Cual es la realidad de la antipsiquiatría? ¿Frente a qué realidades se encuentra?:

- *Cuestiona la legitimidad del status psiquiátrico mismo. Por lo tanto, cuestiona las relaciones de poder que el mismo Estado opresor delega en el personal psiquiátrico.*
- *Cuestiona la función de las instituciones asilares, las valoraciones económico-político-ideológicas de la conducta "desviada"*
- *Cuestiona los esquemas de comprensión, la imagen, los tratamientos de la locura.*
- *Enfrenta críticamente la corriente que afirma que la investigación somática es la exclusiva base de edificación de una psiquiatría científica. Combate la tendencia natural mecanicista que establece la "Historia natural de la enfermedad".*
- *Comprende y acepta que la investigación psicológica es la única capaz de comprender las dimensiones auténticas de lo psicológico, su estructura de sentido, su dinámica de superficie y profunda, sus tensiones contradictorias con el medio.*
- *Plantea el tema de la subjetividad misma del enfermo.*
- *Comprende lo específico (pero derivado) de lo psicológico.*

Jose Luis de la Mata