



PSICO(PATO)LOGIA

UNA SITUACIÓN DENUNCIADA ANTE LA LOCURA



UNA SITUACIÓN DENUNCIADA ANTE LA LOCURA

Teresa Gil Ruiz / José Luis de la Mata





ALTERNATIVAS ANTIPSIQUIÁTRICAS. RECUPERACIÓN DIALÉCTICA DEL MODELO PSICO(PATO)LÓGICO DINÁMICO

O. La situación denunciada

Han sido, en bastantes ocasiones, los propios “antipsiquiatras” los que han equivocado sobre el alcance real de su movimiento. Con un discurso no exento de ribetes humanitaristas nos han presentado o han permitido que los mass media presentaran su obra o como exaltación de la locura o como pura reacción a las consecuencias inhumanas de la manera de tratar los psiquiatras a los locos. Pero hay que dejar, de entrada, las cosas claras: sólo se es anti-psiquiatra en la medida en que se combate contra un modelo determinado. Que es un modelo político de poder, institucional de asistencia, ideológico, moral y ético; pero que también, y como rasgo encubridor más efectivo, es teórico. En sus líneas más populares, a veces como consecuencia de la necesidad de combatir los hechos más represivos, el poder más políticamente comprometido, importantes corrientes de la antipsiquiatría han olvidado ese rasgo. Y lo han olvidado a pesar de que tal olvido tenía consecuencias políticas indudables. Como la que representaba la actitud de los grandes patrones médicos que descalificaban popularmente a la oposición, diciendo que se trataba de gente que no sabía psiquiatría... Y, desgraciadamente, en la mayor parte de las ocasiones tenían razón.

Esto es, el movimiento antipsiquiátrico frecuentemente ha adolecido de un espontaneísmo radical, antiteoricista; no siempre ese antiteoricismo se ha puesto al servicio radical de un proyecto no jerarquizado. Se ha pretendido que todo el mundo estaba ya capacitado para ser terapeuta, pero ni ha existido una política auténtica de cuestionamiento de la medicalización de la locura, ni se ha pretendido oponer, vinculado a las posiciones políticas e ideológicas, un modelo de teorización completa de la explicación y asistencia a la locura.

Consideramos que este punto tiene una gran importancia. No sólo porque representa uno de los factores esenciales de combate contra el modelo médico dominante, sino también porque es la única vía de concitar ese apoyo popular que tanto se ha buscado en los movimientos de Alternativa. La credibilidad es un factor que tiene rasgos políticos, pero también científicos.

1. Época clásica: médicos y locos

Como tantos autores han demostrado, en la época clásica indigencia, vagancia, ocio, desempleo, locura... eran considerados bajo una misma culpabilidad: la falta de razón, la decadencia social y moral. En 1790 Pinel libera a los alienados de la represión y de la tortura comunes: “... si el alienado está



privado de las funciones del entendimiento, es insensible al castigo, por lo que éste es entonces una crueldad absurda; si conoce la falta, se crea en él un resentimiento profundo por los golpes que ha recibido y su delirio se recrudece o se exaspera por el deseo de venganza”; “... tengo la convicción de que si los alienados son tan intratables, es porque se les priva de aire y libertad”.

Foucault en el “Gran Encierro”(1964) muestra la situación a la que estaban sometidos los enfermos, pues atenderlos implicaba tratarlos de manera autoritaria, en lugares retirados, manteniéndolos en “casas de locos”, asilos que se convertían en reservas, en las que la ley era la marca represiva tanto policial como familiar.

En el mismo momento en que la burguesía, por razones políticas, abandona su laicismo, la religión asegura el imperio de la razón sobre la locura; la moral se impone al sujeto con el único objeto de refrenarlo, reprimirlo..., pero no de “curarlo”. El médico no era sólo el encargado de legitimar con su palabratécnica la exclusión social, el expolio familiar sobre el loco: es también un representante del orden moral, con poder sobre el aparato judicial y policial, en estrecha relación con ellos, representante de una ideología justiciera, con poderes de tortura y de prisión. Reinado del terror y antecedente claro de la tortura, que define lo bueno y lo malo y lo juzga sin que al loco le quede otra posibilidad de apelación.

Lucha en la que la medicina pretende obtener la carta de naturaleza legítima que implicaba su reconocimiento como ciencia natural; lucha también de la psiquiatría por conseguir un status-legitimado, incluyéndose en el seno de la medicina. Representante laico de la moral dominante, el psiquiatra no depondrá su papel de vigilante, por más que poco a poco renunciará a las armas más groseras. No eliminará la represión física, pero, poco a poco, establece su poder en la mirada (=”mirada médica” que clasifica) y en la palabra. Autoridad del que “no está loco” que define y defiende la cordura. Instauración del miedo.

El problema tiene sus raíces en la situación económica-política de la Europa burguesa. El confinamiento surge no como preocupación por la enfermedad, sino como una medida particular para mantener, en esta esfera de la degradación moral, el orden social imperante. Combatir la mendicidad y la desocupación como focos de infección social y, también, en otras ocasiones, como medio de asegurar la productividad burguesa de fortunas que, de otra manera, podrían ser usadas contra el recto juicio de las clases dominantes. La Iglesia sometida ya, jugará un importante papel en esta obra represiva. Al mismo tiempo, la posibilidad de obtener una fuerza de trabajo barata.

Desde el siglo XVIII surge la necesidad de dar a los locos un régimen especial, distinguiéndolos del resto de confinados y estableciendo las primeras normas de clasificación de los incapacitados para el trabajo y la vida colectiva.

2. La consolidación médica

Pinel y Tuke con mejores o peores resultados inician la reforma del asilo. Por una parte, la necesidad



de lavar la cara a las condiciones infrahumanas del confinamiento; por otra, la necesidad de reconvertir el estatuto médico del alienista. Se convierte al médico en la figura esencial y protagonista. Como cobertura, la racionalización del discurso sobre la locura y así se pretende, con la nueva política de confinamiento, descubrir en el “temperamento” del alienado las razones de su enajenación. El “acercamiento” al paciente lo realizará el médico desde sus roles indiscutidos de padre, representante familiar y juez. De esa manera, el sentido profundo de la reforma de Pinel y Tuke hay que encontrarlo en la formación y legitimación de la estructura médico-enfermo como célula esencial de la locura, célula construida analógicamente respecto a las estructuras jerarquizadas del resto de la sociedad.

Desde ese momento, la justificación técnica se resuelve en intentar buscar aquella causa orgánica que dé cuenta de la locura. Pero, a la vez, como en los procedimientos de las ciencias-naturales biológicas, hay un tremendo esfuerzo clasificatorio. No sólo se intenta ordenar en cuadros cada vez más complejos a los síntomas; además, se establecen correlaciones entre la enfermedad mental y la sífilis, se localizan presuntas anomalías-cerebrales, se insiste en la importancia del factor hereditario y se busca la reducción material-energetista del supuesto humano (Griessinger, Meynart, etc.).

Formal y conceptualmente, se “construye” la locura desde bases físico-biológicas. En 1816, Esquirol diferencia los déficit intelectuales congénitos de otros adquiridos, con lo que aparecen las “demenias”. Con ellas, se abre paso la idea de una degradación de las facultades del sujeto, con pérdida del juicio, imposibilidad de comunicación y reaparición de conductas instintivas que son auténticas perturbaciones de la vida social del sujeto. Morel habla de personas aquejadas de “demencia estúpida” mientras que Haecker designará como “hebefrenia” un “debilitamiento mental” que surge entre los 20 y 30 años. De aquí, Kraepelin obtendrá su “dementia precox”, insistiendo en la importancia involutiva de esta afección y en su origen hereditario. El delirio y sus ideas “incoherentes y extravagantes”, las alucinaciones... confirman, fuera de cualquier otra indagación, la precisión de la categoría nosográfica.

En 1900, Bleuler introduce el término “esquizofrenia”: lo describe como un espíritu desgarrado, escindido. El síntoma principal es el “spaltung” (=desarmonía, separación, quiebra). Desarmonía afectiva que incide sobre la vida intelectual y tan intensa, que se convierte en un auténtico deterioro de la eficacia psíquica. Y disociación de la unidad intrapsíquica, de forma que el esquizofrénico pierde la unidad de su personalidad.

Se registran con cuidado de naturalistas los rasgos sintomáticos más estrictos: disociación de movimientos, de ideas, de sentimientos. Tendencia a separarse de la realidad (=autismo) y a insertar en ésta lo imaginario irracional. Incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad lo que da lugar a esa triple categorización de “discordancia-disociación- disgregación”. El cuadro clasificatorio se completa, pues.

El fluir no normalizado de eso imaginario, el delirio, también se le adscribe como culpabilización. Un delirio que no está sistematizado; la disociación que se descubre en el plano del discurso, como un trastorno de las asociaciones verbales, en el que todo carece de fin “lógico”. El pensamiento escindido, extravagante, abrupto, sin ser dueño de él. Como si “lo Otro” “se hablara” a través de él.



Bleuler insiste en la ambivalencia afectiva: ama y odia, teme y desea. Y esto le lleva a una inhibición, a una incapacidad de acción. Ambivalencia que tiene también su expresión en el cuerpo, habitado como si de un extraño se tratara; con una mímica y una gestualidad polivalente, expresando los más contradictorios sentimientos simultáneamente.

El autismo como segunda manifestación esencial: distanciamiento de la realidad, repliegue existencial. Se trata, a la vez, de una evasión y de una absolutización precaria de la vida "interior. Así, la vida imaginaria es como un sueño exaltado, en el que la pesadilla inunda constantemente el mundo "real".

La alucinación es una prolongación de ese sueño de la razón: las voces imaginarias son vividas como reales. Pero no se crea que Bleuler conceptualiza estos factores como expresión distorsionada, pero evidente, de creatividad. El esquizofrénico ha perdido todo poder sobre sus producciones y el desarrollo evolutivo de la enfermedad nos lo mostrará en un estado constante de incapacidad, de inconstancia, de indiferencia que lo sumen en una absoluta inoperancia.

Bleuler (1911) comprende que la introducción del factor psicológico complica la serenidad de este cuadro taxonómico. Está inclinado a conceder crédito a Freud; se convence que el factor evolutivo de la enfermedad (quizás el pilar donde descansaba toda la coherencia del modelo) queda cuestionado por la introducción de la perspectiva psicológica... Pero la reacción médica es instantánea y rigurosa: no se le puede despojar de "su" loco (Mannoni 1970). Bleuler, después de una presión importante, no dudará en sacrificar toda posibilidad de causalidad psíquica y devolverá la esquizofrenia como pensada desde su causalidad orgánico-cerebral.

Este ha de ser uno de los grandes temas de la antipsiquiatría. La esquizofrenia es una categoría construida desde el modelo médico y como coartada técnico-ideológica de su poder. La psiquiatría no podía obtener otro título de legitimidad que el que le otorgara la adopción de un continente orgánico sobre el que pudiera operar con los métodos comprobados de las ciencias naturales. Esta insistencia antipsiquiátrica que denuncia siempre la superchería médica, no ha tenido, sin embargo, ningún momento en el que haya denunciado esta raíz epistemológica.

3. El psicoanálisis: una reacción incierta

Freud intenta, en lo que llamamos su segundo período, una reacción que, por sus vacilaciones ideológicas, en la práctica no llega a combatir al modelo médico en sus raíces institucionales e ideológicas.

Teóricamente, como ya se ha expuesto, por supuesto que la Psicopatología de Freud constituye la ruptura con el continente físico-organicista. Pero, por la ideología subyacente de carácter naturalista y por la imperiosa necesidad de Freud de ver su psicoanálisis consolidado en un plano institucional científico, no hay en él una decidida oposición antipsiquiátrica (= "antipsiquiátrica", recordamos, como oposición epistemológica). Freud –y esto no puede negarse– no hizo nunca gala de su talento polémico para enfrentarse a la estructura del poder médico entonces constituido. En los momentos más potentes de la expansión psicoanalítica, de alguna manera busca y consigue la coexistencia (ha-



bría que preguntarse si su renuncia activa a tratar psicóticos no pudiera tener alguna razón de esta clase, aparte ya de las razones técnicas que empleó... Razones técnicas que se ven contradichas por su obra en este su 2º período y que no frenará la inversión psicoanalítica, en una de sus ramas, en la comprensión y tratamiento de los psicóticos).

Freud verá en el esquizofrénico al sujeto que precisa un mundo imaginario como el único donde el deseo puede ser dicho. Incapaz de pensar contra una idea cargada de afecto, pero inconsciente, no puede realizarla, porque iría contra ella. Todo lo que va contra esa idea es fuertemente reprimido y lo que va en su dirección es negado, extraño, desconocido. El individuo se retrae del mundo y acaba por no tener otro refugio que el mundo omnipotente del narcisismo de la fase oral.

Freud que, en un primer momento, plantea al yo como un sistema corporal, sometido, por tanto, a las leyes del crecimiento evolutivo, llega en esta 2ª fase a comprender el origen imaginario de esa “formación” que tiene su “correspondencia” en la imagen del cuerpo, precisamente como núcleo del yo. En las alteraciones del conflicto esa imagen se disgrega, regresa a estadios arcaicos, de forma que el cuerpo y sus órganos son vividos como extraños, como si no le pertenecieran al sujeto. La confusión respecto de su cuerpo no sólo le provoca sentimientos de extrañeza existencial, sino disoluciones, por las líneas de clivaje o “soldaduras” constitucionales. Necesita distanciarse de su cuerpo, de lo que le es extraño, lo que supone una retracción del mundo y de sus objetos. El cuerpo se descatetiza, como sistema de relaciones a lo otro que es. Hay una inversión de la energía y toda ella, como única defensa, se invierte en ese núcleo narcisista donde cree que al fin encontrará la paz.

Desde la consideración clínica del síntoma y del sueño, Freud llega al descubrimiento más importante: lo que hoy llamaríamos la existencia polivalente de distintos códigos. Como pretendía Saussure, una ciencia que agrupara los distintos sistemas de signos, así Freud encuentra distintas claves de expresión, cada una de las cuales tiene que tener no sólo su propio registro representacional, sino también su propia lógica y, por lo tanto, sus distintos requerimientos de verdad.

Desde ahí, es consecuente que el psicoanálisis no analice ni el discurso neurótico ni al psicótico desde los marcos inmodificables de la lógica comunicacional de la circulación social. Como la lógica de un pensamiento mitológico, mágico que no es ni “primitivo”, ni “prelógico” (como se dice cada vez que se emprende una investigación etnográfica desde la “superioridad” del pensamiento occidental). Que posee lógica propia, distinta; que es más concreto y activo; que busca siempre equivalentes simbólicos más que abstracciones esquemáticas conceptuales. Lógica que él llama del Inconsciente y que preside las producciones del “proceso primario” (con las características de la condensación, el desplazamiento, la simbolización, los conceptos contrarios, es decir, la falta del principio de no contradicción, la ausencia del tiempo lógico...). De alguna manera es como si lo inconsciente pudiera hacerse consciente en la esquizofrenia.

Todos conocemos las vicisitudes del modelo psicoanalítico, su aventura por el descubrimiento de las relaciones objetales, su insistencia en comprender psicológicamente las características del vínculo. No insistiremos en ello. Ni siquiera en mostrar el rastro de una coexistencia pacífica que, sobre todo en el plano institucional de la asistencia, convierte de hecho al psicoanálisis en un colaborador, malgré lui, del modelo médico.



Esa ambigüedad de origen incluso se manifiesta hoy cuando, ante las críticas positivistas, el psicoanálisis defiende su estatuto de “saber”(?) y no de ciencia. Afirmación tanto más peligrosa cuanto se presenta con menos rigor epistemológico, evitando toda discusión sobre la definición del estatuto de las ciencias.

4. ¿Herencia freudiana en la antipsiquiatría?

La complejidad del desarrollo psicoanalítico, su ambigüedad política, la temporalidad enorme de sus tratamientos... han limitado su influencia en el campo de la reacción antipsiquiatra. De todas formas, hay que hablar de ese espontaneísmo que, en muchas ocasiones, se ha convertido en una actitud “anti-toda-teoría”, así como del eclecticismo que imponía una concepción activista de la práctica. Cuando no ha sido más profundamente una aceptación de las corrientes fenomenológicas y existenciales.

En autores que oscilan entre las aportaciones psicoanalíticas y comunicacionales, la huella freudiana se puede encontrar, aunque modificada. Así se manifiesta en la oposición no sólo a la nosografía kraepeliana, sino también en la revisión de afirmaciones tales como que el deterioro esquizofrénico lleva aparejado una progresiva perturbación del pensamiento. Son muchos los que lo niegan actualmente, insistiendo en que son las condiciones ecológicas en las que se trata al esquizofrénico las que producen esa perturbación.

Se considera que el esquizofrénico actúa ideas y representaciones que son profundamente reprimidas por el neurótico. El yo queda bajo el dominio de las pulsiones instintivas del Ello que en un primer momento, tratan de abrirse camino hasta el yo; en un segundo, mediante el delirio, el yo reconstruirá una nueva “realidad”, conforme a los deseos del Ello. Si se quiere, esta reconstrucción de la realidad no es sino la creatividad (?) de la locura, mediante la cual aún intenta mantener sus vínculos con los objetos de la realidad.

La esquizofrenia será vista como una retirada de la catexia de la realidad; ruptura entre el yo y el exterior, momento en el que se producen las alucinaciones y en donde comienza a perderse el juicio de la realidad. Hay una transposición permanente entre el adentro y el afuera, de manera que se pierde la posibilidad de la posición tética de la percepción.

Para Freud, tales alucinaciones no son, en su mayor parte, placenteras, no son, como el sueño, simple realización de deseos; por el contrario, son penosas y persecutorias. El sujeto vive toda la angustia de la alucinación. La realidad repudiada se empeña en mantenerse y las alucinaciones no sólo son una manifestación de la huida del yo, sino también un testimonio del fracaso de esta huida.

El delirio, por otra parte, surge no tanto como una representación equivocada de la realidad, sino como una representación-imaginaria, basada en el mecanismo de la proyección. Delirios del Ello, del yo, del superyo, como manifestaciones de los vínculos de dependencia afectiva, cognitiva o de ideal (puede verse el excelente trabajo de Stierlin 1979). Delirios de persecución y delirios superyoicos, como defensa contra esos mundos del valor destruidos. Delirios en los que el deseo se manifiesta en



toda su terrible magnitud, aunque el precio de su “realización” sea la negación de la realidad.

La crisis aparece entonces como regresión a un narcisismo primitivo. El yo se convierte en el objeto de un amor exagerado y, por qué no, falso. El sujeto se pretende omnipotente, megalómano. Para Freud, la negación del deseo y su posterior realización imaginaria constituye el mecanismo fundamental de la psicosis.

El tema más recogido por las tendencias antipsiquiatras será el del predominio de lo imaginario en el psicótico. Se insistirá en la necesidad de recurrir y respetar el testimonio del enfermo sobre la vivencia de su propio sufrimiento. No se reconoce tanto el orden simbólico, como etapa de constitución personal. El tema edípico, la imposibilidad del esquizofrénico de atravesar esa etapa y resolverla, lo rompiendo así el círculo cerrado de la simbiosis original, no se plantea tan estrictamente. Las necesidades políticas de alianza con las familias debilita este apartado teórico.

En cierta medida y como ya indicó Jervis(1978), se produce en distintos colectivos antipsiquiátricos una posición de sospecha ante el psicoanálisis. Se tiende más a la sociología de las estructuras y los procesos institucionales y se considera menos la dinámica estrictamente subjetiva de la alienación.

En ocasiones, hay como una confrontación teórico-política entre necesidades y deseos. Si en psicoanálisis el énfasis recae sobre la superación de la simbiosis casi biológica entre madre y niño, como lo único que permitirá a éste abrirse al mundo, en la medida en que esa superación le permita estructurar la dinámica de su deseo y dirigirlo hacia los objetos. En la antipsiquiatría el tema se centra más sobre las estructuras de la liberación y el gozo.

Esa preocupación renovada que busca en los avatares de la dinámica familiar las raíces del problema de la autonomía, no posee en la antipsiquiatría un tratamiento demasiado específico. Desarrollos como los que precisa para su constitución el sujeto no tienen un tratamiento estricto. Así, toda la temática que considera la necesidad de la diferenciación, cuando el niño es objeto del amor materno, pero donde el niño queda anulado, castrado en su propia posibilidad deseante. Diada de la simbiosis que es vivida como un anegamiento angustioso y ambivalentemente, ya que entran en contradicción las satisfacciones de la regresión y el deseo de autonomización.

Angustia y ambivalencia que se refieren conjuntamente al mismo peligro: el del aniquilamiento. Disociación entre el gozo incestuoso y la angustia de la culpabilización. En esta diada el padre quedará fuera de escena, desaparece ante el deseo materno en lo que Lacan llama “forclusión” (=exclusión) del nombre del padre, de la ley del padre. Pero todo esto para resaltar que el delirio tiene un sentido y que constituye la expresión simbólica de los deseos bloqueados del sujeto.

La antipsiquiatría deja de lado muchos de estos problemas. En los casos de los capos de fila (Laing, Cooper, Basaglia...) no puede decirse que no se inscriban en líneas de formación definida. Pero no prolongan esta formación. Jervis (o.c.) ha insistido en este tema, como una razón fundamental para explicar el callejón sin salida al que llegaban muchos y muy valiosos profesionales que, sin querer renunciar a la lucha política, ideológica e institucional, planteaban la necesidad de un conocimiento que les permitiera integrarse específicamente en los grupos de salud pública.



La no aceptación de modelos alternativos puros y la incapacidad para proponer otros nuevos ha conducido en los últimos tiempos a la situación que denunciaba, con su disolución, el Reseau, o que han manifestado tantos profesionales jóvenes en los últimos Congresos de Psiquiatría, de Psicología y de Psicopatología. Las necesidades de la atención no pueden hacer olvidar las necesidades de “curar”. Porque el tema ya no es el de conseguir unas mejores condiciones, “vivibles” o democráticas, para los sujetos de sufrimiento psíquico: el tema sigue siendo, cómo se presentaba en la “obsesión” de Freud, “curar”. Esto es, ayudar a una persona a encontrar las claves que le permitan una inserción activa en el medio ecológico propio donde tendrá que construir y conducir su vida.

Esta, entre otras razones, es la clave que nos ha llevado a conceder tanto espacio a las corrientes actuales y a sus raíces. Hemos constatado que las discusiones estructurales no niegan la importancia de dar cuenta del conflicto que entraña la locura. La esquizofrenia no es el anuncio de una vida mejor: es el hundimiento en la nada, la aniquilación total.

Teresa Gil Ruiz / José Luis de la Mata
Madrid, 1982