

¿Qué es la psiquiatría?

“Nadie trata de conservar para sí mismo, todos esperan el fructificar del don de todos, del compartir entre todos. Y efectivamente nada es todavía más fructífero. Cuando hoy veo espíritus, en otros aspectos notables, que se muestran tan celosos de su propia autonomía y tan manifiestamente decididos a llevarse a la tumba sus pequeños secretos, me digo que se ha retrocedido y que, en lo que les toca, piensen lo que piensen, no están en el buen camino.”

Andrè Breton

En 1948, Jean Paul Sartre en su ensayo “*¿Qué es la literatura?*” (*Situations II*, Gallimard, París) escribe, entre otras cosas, que “las ideologías son libertad mientras se hacen, opresión cuando está hechas”. Esta precisión sobre el hecho de quedar fijado en esquemas preestablecidos de lo que ha nacido como negación de una realidad dada, debe encontrar el sentido de su continua renovación justamente en la realidad, para no transformarse en opresión de sí misma; es la premisa en que se basan las discusiones y los ensayos que formulan todos una sola pregunta: ¿qué es la psiquiatría?

Esta pregunta, -de por sí provocativa- quiere ser sólo una invitación al debate. Ella nace del estado de malestar real en que nos encontramos, oprimidos por una ideología psiquiátrica cerrada y definida en su papel de ciencia dogmática que, en cuanto al objeto de su búsqueda, sólo ha sabido definir su diversidad e incomprensibilidad, traduciéndolas concretamente en una estigmatización social.

Los diagnósticos psiquiátricos han asumido un valor ya categorial, en el sentido de su correspondencia con un etiquetamiento, una estigmatización del enfermo, más

allá de las cuales no hay ya posibilidad alguna de acción o de resolución. En el momento en que el psiquiatra se encuentra cara a cara con su interlocutor (el “enfermo mental”), sabe que cuenta con un bagaje de conocimientos técnicos con los cuales -partiendo de los síntomas-, estará en condiciones de reconstruir el fantasma de una enfermedad; teniendo, sin embargo, la clara percepción de que, apenas haya formulado el diagnóstico, el hombre escapará de su visión, en cuanto definitivamente codificado en un rol que, ante todo, sanciona su nuevo status social. Se ingresa a una suerte de pasividad que el “científico” llega a asumir ante el fenómeno y que lo lleva a resolverlo a través de una rutina técnica -claramente elegida por él-, cuya finalidad parece ser la separación entre lo que es normal y lo que no lo es. Su participación en esta operación es nula, porque los parámetros en que la psiquiatría ha construido su sistema, lo ponen al resguardo del carácter problemático de la situación. De modo que en esta relación de dos, no existe ni el entrevistador (que no está “situado”), ni el entrevistado (que es borrado en el momento en que se lo codifica).

La necesidad de la participación directa en la situación de parte del investigador es analizada por Sartre en la *Crítique de la raison dialectique* (Gallimard, París 1960), cuando afirma que:

... “la posición del experimentador de-situado tiende a mantener la Razón analítica como tipo de inteligibilidad; su pasividad de científico respecto del sistema le revelaría una pasividad del sistema respecto de sí mismo. La dialéctica se revela solamente a un observador situado en el interior, es decir a un investigador que vive la propia investigación como una contribución posible a la ideología de la época en su integridad, o como praxis particular de un individuo, definido por su suerte histórica y personal en el seno de una historia más vasta capaz de condicionarla”.

Esta distancia del investigador respecto del terreno de su propia búsqueda es particularmente significativa en el caso de la psiquiatría, si se coteja la fractura en acto entre el riguroso nivel técnico de las disertaciones científicas (con el enorme complejo de clasificaciones, subclasificaciones, precisiones y bizantinismos noseográficos) y la realidad a la que esas disertaciones se refieren: el enfermo mental, así como se presenta - después de años de hospitalización - en nuestros asilos psiquiátricos. Por un lado, entonces, una ciencia empeñada en la búsqueda de la génesis de una enfermedad a la que reconoce como "incomprensible"; por el otro, un enfermo que, por su presunta "incomprensibilidad", ha sido oprimido, humillado, destruido por una organización asilar que, en lugar de actuar sobre él con el papel protector de una estructura terapéutica, ha contribuido a la gradual, y a menudo irreversible desintegración de su identidad.

Ante una tal verificación de la realidad, no es posible entonces eximirse de preguntar qué es la psiquiatría y cuál es su campo de investigación. Es decir, si se ocupa del enfermo mental o, limitando su contribución a una elaboración puramente ideológica, solamente se interesa por los síndromes en los cuales lo encierran; y, en este caso, si reconoce en el enfermo mental el objeto de su investigación, cuál es su justificación en el momento en que se examinan sus resultados: lo institucionalizado de nuestros asilos. Nos preguntamos, en definitiva, si los hechos insignificantes que a menudo hacen caer íntegros sistemas teóricos (en nuestro caso, los enfermos que vegetan en los asilos) no han entrado, desde hace mucho tiempo, en conflicto con la teoría a la que la psiquiatría recurre, y si no se trata de que la teoría se haga a un costado, para dejar hablar a los hechos. Es esto lo que se pregunta un grupo de enfermos mentales, médicos, enfermeros, psicólogos y administradores, todos comprometidos en el campo de la institución psiquiátrica. Pregunta que nace del malestar real, vivido en todos los niveles, cuando se pone en discusión la validez, y al mismo tiempo, la arbitrariedad de la

relación autoritario-jerárquica en que toda la vida de los asilos está tradicionalmente fundada.

En el momento en que se examina el significado global de este tipo de organización, y las finalidades de los distintos roles que en ella actúan, a la luz de las actuales posibilidades terapéuticas en relación al enfermo, es imposible no llegar a la conclusión de que nos encontramos ante un conjunto de fenómenos que tiene en sí algo de paradójico. El complejo hospitalario parece tener en sí mismo sus propias finalidades, en el sentido de que el trabajo que lo une parece servir solamente para mantenerlo con vida, sin orientarse por otro lado hacia algo que justifique su función. Si después nos acercamos a él, como para individualizar los distintos niveles que interactúan en el interior del sistema, la primera impresión global quedará confirmada por la ausencia de roles reales evidentes. Lo que se comprueba rápidamente es que el enfermo no existe (aunque él sería el sujeto de la finalidad de la institución íntegra), fijado como está en un rol pasivo que lo define y a la vez lo suprime. Pero lo que además no se logra individualizar, es el rol del psiquiatra y del enfermero. Si se deja de lado el rol de la autoridad y el poder, de los cuales por lo general ellos son investidos, y que forma parte de una cadena de imposiciones que se han perpetuado de un nivel al otro, hasta cerrarse con la agresividad enferma que exige ser contenida, no se logra justificar su presencia.

Así se llega a comprender cómo, más allá del nivel de la vigilancia, su acción requiere quedar continuamente superada en la autoridad que los distancia y que, a la vez, enmascara a sus propios ojos la nulidad que les resulta imposible reconocer. Si en los hechos la finalidad de la institución no es explícitamente la figura del "enfermo", la organización íntegra es vaciada de todo significado: significado que, en el momento en que al enfermo se le reconozca un rol, es inmediatamente reasumido. En esta perspectiva, el primer paso indispensable consiste en el achicamiento de la distancia que lo separa de los otros roles, achicamiento que

actuará sobre él como el símbolo del reconocimiento de su propio valor. Sobre esta base, es posible instaurar con el enfermo una relación real a partir de una reciprocidad que hasta ahora le ha sido negada.

Entonces, será esta reciprocidad la que pondrá en discusión el papel autoritario del enfermero y del médico que, contestada por un enfermo que los hace salir de sus roles privilegiados, deberán ir a la búsqueda de una función real capaz de sustituir aquella, ficticia y a menudo de mala fe, conferida solamente por la autoridad y el prestigio de una posición jerárquica. Si la reciprocidad de los roles tiende a negar toda jerarquía, entonces, abrir tal tipo de relación con el enfermo significa minar el principio autoritario-jerárquico sobre el cual se basa toda la organización hospitalaria, para orientarse hacia un organismo en el que cada polo de la realidad busque, a través del otro, su propio significado. En este sentido, si la liberación del enfermo se realiza a través de la acción del psiquiatra y del staff hospitalario, el psiquiatra y el staff encuentran su liberación a través del enfermo, el único capaz de proporcionarles el rol que todavía no han tenido.

Nuestra realidad es, entonces, el internado de los hospitales psiquiátricos, para quien la psiquiatría todavía no ha encontrado sino soluciones negativas, viviendo su incomprensible psicopatológico como una monstruosidad socio-biológica que debe ser expulsada y excluida. Pero si el estudioso de psicopatología puede encontrar legítimo el hecho de seguir buscando la solución teórica para una tal monstruosidad, manteniéndose alejado de la realidad que no está ante sus ojos, el psiquiatra que forma parte de una organización hospitalaria, inevitablemente se encuentra obligado a una decisión inmediata. Ó, en un primer caso, acepta los parámetros de la psiquiatría tradicional y, entonces, hará adherir por ellos al enfermo y los síntomas con que ha sido etiquetado, superando el conflicto entre teoría y práctica solamente en favor de la teoría (y así instaura con él la obvia relación jerárquico-autoritaria que su rol le exige). Ó, por otro lado, se acerca al

enfermo tal como es, tratando de comprender en qué se ha convertido a causa de esos parámetros que han sancionado su diversidad -como con una marca- dando precedencia esta vez a la realidad, como única forma de verificación. La alternativa oscila, entonces, entre una interpretación ideológica de la enfermedad que consiste en la formulación de un diagnóstico exacto, obtenido a través del encasillamiento de los distintos síntomas en un esquema sindrómico preconstituido; o, en caso contrario, en el abordaje del “enfermo mental” sobre una dimensión real donde la clasificación de la enfermedad tiene y no tiene peso, dado que el nivel de regresión que lo une a los otros internados, está ligado a una serie de comunes circunstancias institucionales -las que Goffman llama “contingencias de carrera”- más que al síndrome en sí: no se trata entonces solamente de regresión enferma, sino también de regresión institucional.

L. Binswanger (1) ya había puntualizado el peligro con que se topa un método de abordaje científico que “alejándose de nosotros mismos, lleva a una concepción teórica, a la observación, al examen, al desmembramiento del hombre real, con la finalidad de construir científicamente una imagen suya”. Realmente, sólo es provisto de una serie de imágenes y de categorías preconstituidas de esa naturaleza, que el psiquiatra se encuentra frente al enfermo mental; obligado a poner entre paréntesis la enfermedad, el diagnóstico, el síndrome en que ha sido etiquetado, si quiere llegar a comprenderlo y ante todo a actuar sobre él, dado que queda destruido, más que por la enfermedad, por lo que la enfermedad ha sido considerada y por las medidas de seguridad que esa interpretación ha impuesto.

Sin embargo, en el momento en que se pone en discusión, la psiquiatría tradicional - y al haber asumido como valor metafísico los parámetros en que se funda su sistema - se revela como inadecuada a su objetivo, se corre el riesgo de caer en un impasse análogo, cuando llega a sumergirnos en la práctica, sin mantener un nivel

crítico al interior de la misma práctica, lo que podría hacer de- situarse al mismo psiquiatra.

Ello significa que, si se desea partir del “enfermo mental”, del internado de nuestros institutos como única realidad, existe el peligro de acercarse al problema de modo puramente emotivo. Invirtiendo, en una imagen positiva, lo negativo del sistema coercitivo – autoritario del viejo manicomio, nos arriesgamos a exceder nuestro sentido de culpa en relación a los enfermos en un impulso humanitario, solamente capaz de confundir nuevamente los términos del problema. Liberado de su promiscuidad con el delincuente; encerrado en una cárcel no menos dura que la precedente; etiquetado en un rol no muy diverso de aquel del culpable castigado; alejado y aislado en cuanto reconocido por la ciencia como psicológica y biológicamente incomprensible; el enfermo corre el riesgo de convertirse ahora en el “pobre enfermo” que ha pagado por todos, para el cual se necesita proyectar nuevas estructuras de carácter fundamentalmente reparador. El enfermo “malo”, cuya tutela debía ser confiada a un sistema carcelario, también corre así el riesgo de convertirse en el enfermo “bueno”, al que se trata de reintegrar a la sociedad a través de nuevas estructuras terapéuticas, pero conservando el sistema de privilegios, abusos, miedos y prejuicios que la caracterizan. Es decir, mediante un complejo de instituciones que siga preservándola y salvaguardándola de la diversidad que la enfermedad mental representa todavía. Además, en un mundo maniqueísta, la figura del “enfermo mental” no puede ser vivida como un problema que lo pone en crisis: a lo sumo, podrá cambiar el rol del sistema mismo, cuya tranquilidad, ante todo, debe ser salvaguardada.

En una muy reciente entrevista, (2) J. P. Sartre, retomando el tema que abordara en el ensayo del 47' ya citado, dice algo perfectamente apropiado al discurso hasta ahora planteado, tanto como para considerar oportuno transcribir aquí un

fragmento. Al entrevistador que le replica una afirmación suya de acuerdo a la cual “ningún libro resiste ante un niño que muere de hambre”, J. P. Sartre contesta:

... “entre el hambre del niño y el libro la distancia es inconmensurable. Pero si es la emoción que yo siento ante el hambre lo que me empuja a escribir no es posible llenar el vacío. Para luchar contra el hambre es necesario cambiar el sistema político y económico, y la literatura no puede jugar en esta lucha sino un papel secundario. Pero un papel secundario que no es nulo. Hay una ambigüedad en las palabras: por un lado no son más que palabras, “literatura”; por el otro designan algo y a su vez actúan sobre lo que designan: modifican. La literatura debe jugar sobre esta ambigüedad. Si se pone el acento más sobre uno o sobre otro aspecto, se hace literatura de propaganda o se la reduce a esa nada que no quiere ser... Pero si se mantiene firmemente la ambigüedad, si no se sacrifica ninguno de los dos aspectos de las palabras, ya se estará en el momento justo para hacer verdadera literatura: una contestación que se contesta a sí misma”.

El discurso de Sartre es, una vez más, transferible al nuestro. El “enfermo mental” que encontramos en los asilos psiquiátricos es, efectivamente, la realidad que contesta al psiquiatra, así como el niño que muere de hambre contesta a la literatura. Pero si lo que me empuja a actuar ante el enfermo es sólo la emoción que siento ante él, no resulta posible llenar el vacío que lo separa de la ciencia que debería ocuparse de él. Entonces, ó la palabra conserva su ambigüedad de ser “palabra” que a la vez modifica lo que designa (y entonces la psiquiatría debe ser una ciencia que actúa directamente sobre el enfermo como lo que el discurso psiquiátrico debe designar para modificar) ó, se toma un solo polo de esa ambigüedad y por un lado se hace “literatura” (discutiendo sobre las clasificaciones y subclasificaciones de los síntomas) y, por otro, se hace un análisis

emotivo del “enfermo” y de la deplorable situación en que se encuentra. En cambio, si se rechaza la estéril “literatura” psiquiátrica y la estéril relación puramente humanitaria, se siente la exigencia de una psiquiatría que quiere encontrar constantemente su verificación en la realidad y que en la realidad encuentra los elementos de contestación para contestarse a sí misma.

La psiquiatría asilar debe reconocer, entonces, que ha fallado en su encuentro con la realidad, escapando a la verificación que hubiera podido concretar justamente a través de ella. Una vez que la realidad se le escapó, no ha hecho otra cosa que hacer “literatura”, elaborando sus teorías, mientras el “enfermo” se encontraba pagando las consecuencias de esta fractura, encerrado en la única dimensión considerada como apropiada a él: la segregación.

Pero, así como para Sartre el papel de la literatura en la lucha contra el hambre es secundario, porque “para luchar contra el hambre es necesario cambiar el sistema político y económico”, en nuestro campo, para luchar contra los resultados de una ciencia ideológica, también es necesario luchar para cambiar el sistema que la sostiene. Si la psiquiatría, de hecho, ha jugado su parte en el proceso de exclusión del “enfermo mental”, a través de la confirmación científica de la incomprensibilidad de los síntomas, ella debe ser considerada como la expresión de un sistema que hasta ahora ha creído negar y anular las propias contradicciones alejándolas de sí misma, rechazando su dialéctica en el intento de reconocerse como una sociedad sin contradicciones, así como tratará ahora de atenuar sus asperezas, tratando de reabsorberlas en su mismo seno a través de una psiquiatría de propaganda (justamente la literatura de propaganda de que hablaba Sartre en su entrevista), propuesta como nueva alternativa.

Por ese motivo, el grupo de enfermos, médicos, psicólogos, enfermeros y administradores, aquí presentes con sus discusiones y ensayos sobre la realidad asilar, partiendo de una verificación de la realidad, han emprendido una lucha que

debe moverse a la vez en un nivel científico y político. Si el enfermo es la única realidad a que uno debe referirse, es necesario enfrentar las dos caras que constituyen esa realidad: la de su condición de enfermo, con una problemática psicopatológica (dialéctica y no ideológica) y la de su condición de excluido, de estigmatizado social. Una comunidad que quiere ser terapéutica debe tener en cuenta esta doble realidad -la enfermedad y la estigmatización - para poder reconstruir gradualmente el rostro del enfermo tal como debía ser antes de que la sociedad, con sus actos de exclusión, y la institución por ella inventada, actuaran sobre él con su fuerza negativa.

Sin embargo, solamente teniendo presente la extrema ambigüedad de la situación que estamos viviendo, se podrá evitar la edificación de una nueva ideología: la del hospital abierto, de las comunidades terapéuticas, propuesta como solución al problema del enfermo mental. Nuestra realidad está hundida en un terreno profundamente contradictorio y la conquista de la libertad del enfermo debe coincidir con la conquista de la libertad de la comunidad íntegra. En efecto, se tiende hacia una nueva psiquiatría basada en el abordaje psicoterapéutico con el enfermo y, en cambio, todavía se permanece atrapados en una realidad psiquiátrica ligada a los viejos esquemas positivistas; nos orientamos hacia la construcción de núcleos hospitalarios que tengan en cuenta el juego de las dinámicas interiores a los grupos y el aporte de las relaciones interpersonales, sin tener otros modelos a qué referirse sino los de un sistema autoritario y jerárquico; nos esforzamos por transformar el hospital psiquiátrico en un centro regido dentro de lo posible comunitariamente y, en cambio, a pesar nuestro, estamos insertos en una realidad social de alto nivel represivo y competitivo; se tiende a enfrentar comunitariamente al enfermo mental para hacerlo salir del estado de regresión a que ha sido inducido, y se corre el riesgo de provocar en él un nuevo tipo de inadaptación al clima institucionalizado de la sociedad.

Por el momento, lo que resulta importante es lograr que se mantengan, se enfrenten y se acepten nuestras contradicciones, sin sentir la tentación de alejarlas para negarlas. Por eso, el objetivo de la psiquiatría actual podría ser el de negarse a buscar una solución de la enfermedad mental como enfermedad, sino el de acercarse a este tipo particular de enfermo como un problema que, solamente en cuanto presente en nuestra realidad, podrá representar uno de sus aspectos contradictorios, para cuya solución se deberán plantear e inventar nuevos tipos de investigación y nuevas estructuras terapéuticas.

Ello se ha evidenciado con claridad en las organizaciones hospitalarias abiertas: el internado, ya no aislado y alejado de la vista del médico, se impone como problema siempre presente, es decir como uno de los polos de la realidad que no se puede negar. Pero, ¿es posible que solamente el psiquiatra lo viva como problema, mientras la sociedad sigue queriendo encerrarlo en el papel de enfermo, para no tener que comprometerse a enfrentarlo en su presencia cotidiana? El psiquiatra no puede enfrentar una experiencia tal si la sociedad no se alinea en la misma dirección y la única posibilidad -que no es y no quiere ser una solución- es la de aceptar como parte de nuestra realidad la problemática del enfermo mental. Solamente en el momento en que el problema sea vivido por todos nosotros, la sociedad deberá imponerse soluciones reales a través de la organización de estructuras terapéuticas, como el único modo de hacer frente a su fastidiosa presencia en nuestra realidad. Hasta que -en otros lugares- otros se ocuparán de él, seguiremos negando el problema, delegándolo a otros.

Lo que se va evidenciando en las nuevas estructuras psiquiátricas, todavía restringidas dentro de los límites de la inversión del sistema tradicional, es que el hospital psiquiátrico no es una institución que cura, sino una comunidad que se cura enfrentando las propias contradicciones, dado que se trata de comunidades reales, ricas de todas las contradicciones que caracterizan justamente a la realidad.

Por eso, desde el momento en que el mundo institucional no quede ya encerrado dentro de los confines de una realidad artificiosa, llegará a encontrarse cara a cara con el mundo exterior que, a su vez, deberá aprender y aceptar sus propias contradicciones, al no tener ya un lugar dónde relegarlas. En este sentido, se puede hablar de un encuentro de las dos comunidades (la exterior y la interior), que se ha concretado físicamente ya en la expansión de la ciudad hasta la periferia donde, en un tiempo, estaba confinada la casa de la locura, y en el desenvolverse de la comunidad clausurada que -en su manifestarse una comunidad viva, real y contradictoria- deberá encontrarse dialécticamente con la realidad que la ha parido. Así se podrá minar al mismo tiempo la ideología del hospital como aparato que cura, como fantasma terapéutico, como lugar sin contradicciones, y la ideología de una sociedad que, negando sus propias contradicciones, quiere reconocerse como una sociedad sana.

Franco Basaglia

Notas

- 1) L. Binswanger, *La conception de l'homme chez Freud à la lumière de l'anthropologie philosophique*, en "Evol. Psych.", I, 3, 1938.
- 2) J. P. Sartre *répond*, en "L'Arc", n. 30, 1966.