

MANUAL CRÍTICO DE PSIQUIATRÍA

*

PEQUEÑO DICCIONARIO RAZONADO DE PSIQUIATRÍA

Giovanni Jervis

Título de la edición original: *Manuale crítico di psichiatria*
Giangiacomo Feltrinelli Editore. Milano, 1975¹

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Capítulo Primero BIENESTAR, ENFERMEDAD, SISTEMA SANITARIO

PREMISA. LA SALUD

- Enfermedades viejas y nuevas
- Contradicciones, consolaciones y falsas consolaciones
- La integración entre asistencia sanitaria y asistencia social
- Bienestar y malestar; las enfermedades ocultas
- Qué es el sistema sanitario
- El sistema sanitario, el paciente y la ideología médica
- La respuesta posible

¹ Traducción: Joaquín Jordá, Nuria Pérez de Lara y Ramón García (cap. 6)

Capítulo Segundo

BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA

PREMISA. DESVIACIÓN Y ENFERMEDAD EN LAS SOCIEDADES
PREINDUSTRIALES

- El nacimiento del sistema manicomial
- Terapia psiquiátrica y «educación de la voluntad»
- El «tratamiento moral»
- La psiquiatría positivista
- Positivismo psiquiátrico y clases sociales
- El fracaso del modelo médico de la enfermedad mental
- El psicoanálisis
- Después de Freud
- Psiquiatría social e integración social
- Los psiquiatras en la oposición

Capítulo Tercero

DESVIACIÓN, TRASTORNOS MENTALES E IMAGEN DE LA LOCURA EN LA SOCIEDAD

PREMISA. QUÉ SIGNIFICA DESVIACIÓN

- Los intentos de negar o reducir el problema de la locura
- Algunas definiciones posibles y algunas profundizaciones sobre el trastorno mental en general
- La imagen habitual de la locura en la educación y en la familia
- «Razonabilidad» y conformismo
- El rechazo de la locura como factor de normalización del grupo
- Algunos aspectos de la rigidez de los comportamientos en los grupos
- Grupo y poder
- La locura como violación de las reglas del grupo
- Delirio confuso y delirio lúcido como modelos diferentes de violación de las reglas del grupo
- Trastorno del individuo y trastorno del grupo
- Una utilización política reaccionaria del concepto de enfermedad mental
- La ideología médico-asistencial y la ilusión de la omnipotencia terapéutica

Capítulo Cuarto

LA PSIQUIATRÍA COMO ASISTENCIA Y REPRESIÓN

PREMISA. EL MANICOMIO

- Algunas consideraciones sobre las funciones y estructura general del manicomio
- Quién es internado y por qué
- El manicomio y la ficción médica
- La inversión de causas y efectos en la explicación manicomial del comportamiento
- Disciplina y terapias
- La psicosis institucional
- Especificidad y no especificidad del manicomio
- La renovación manicomial
- La comunidad terapéutica
- La política de bajas y los intentos de vaciar los manicomios
- Las estructuras públicas de asistencia psiquiátrica fuera de los manicomios
- La crítica general a las estructuras de asistencia psiquiátrica extramanicomial
- Asistencia extramanicomial y prevención. La experiencia de Reggio Emilia
- Los límites generales de las experiencias psiquiátricas «alternativas»

Capítulo Quinto

LA CURACIÓN Y LA TERAPIA

AMBIGÜEDAD DE LA IDEA DE CURACIÓN COMO DESAPARICIÓN DE LOS TRASTORNOS

- El trastorno mental como crisis de la existencia
- El trastorno mental como adaptación
- La curación «por defecto»
- La curación como superación de la crisis y como maduración
- Diversidad y carácter heterogéneo de los principios y de los métodos de tratamiento
- El problema del mandante de la intervención terapéutica
- Aspectos políticos del mandato
- Terapia y toma de consciencia
- Terapia y visión del mundo
- Terapia de los terapeutas
- Psiquiatrizar y despsiquiatrizar
- Terapias de mantenimiento: intervenciones breves y prolongadas

Capítulo Sexto LA NORMALIDAD Y SU CRÍTICA

PREMISA. LA DESIGNACIÓN DE NORMALIDAD

- La normalidad como modelo
- La falsa consciencia
- Necesidad y deseo. Las falsas necesidades
- Conflicto de clase y política de la vida cotidiana
- Subjetividad y racionalidad en la consciencia revolucionaria

PEQUEÑO DICCIONARIO RAZONADO DE PSIQUIATRÍA

- Agotamiento nervioso
- Alcoholismo
- Alucinación
 - Introducción
 - Algunos aspectos de la percepción normal
 - Representación mental y alucinación
 - Cuerpo y alucinación
- Anorexia mental
- Ansia
- Autismo
- Ciclotimia
- Confusión mental
- Consciencia, como trastornos del estado de consciencia
- Deficiencia mental
- Delirio
 - Introducción: el delirio según las descripciones clásicas
 - El conocimiento del mundo cotidiano y el sentimiento de familiaridad.
El reconocimiento
 - Los trastornos más simples del sentimiento de familiaridad
 - El nacimiento del delirio. La pasividad y el aislamiento: opresión y exclusión
 - El delirio como explicación

- Esclarecimientos y ejemplos sobre algunos mecanismos originales del delirio
- La proyección
- Dignidad del delirio
- Algunas consideraciones finales
- Demencia
- Depresión
 - Premisa
 - Regulación y desarreglos del tono del humor
 - Depresión y respuesta social
 - Los diferentes aspectos de la condición psicológica del deprimido
 - El duelo. Duelo y depresión
 - Depresión y moral autopunitiva. Las terapias
- Diagnóstico psiquiátrico
- Distimia
- Distonía neurovegetativa
- Epilepsia
- Esquizofrenia
 - Definición del término
 - Autonomía y no autonomía
 - El autismo
 - La no consciencia de la opresión como parte de la opresión
 - Comprensibilidad de la esquizofrenia
 - Itinerarios y terapias
- Estupefacientes
- Fobias y obsesiones
 - Definición. Introducción al mecanismo obsesivo
 - Dinámica de la fobia y la obsesión,
 - La ética fóbico-obsesiva y el «espíritu» del capitalismo
- Frenastenia
- Histeria o histerismo
- Manía
- Melancolía
- Neurastenia
- Neurología

- Neurosis
 - Premisa
 - El ansia neurótica
 - Origen de las neurosis
 - Neurosis y práctica médica
 - Desmedicalizar para tratar la neurosis
- Oligofrenia
- Parálisis progresiva
- Paranoia
- Personalidad psicopática
- Perversión
- Psicoanálisis
- Psicofármacos
- Psicología; psicopatología
- Psicosis
- Psicósomática
- Psicoterapia
 - ¿Existe una psicoterapia no profesional?
 - La psicoterapia profesional
 - Estructura de la relación psiquiátrica
 - Algunas formas de psicoterapia
- Regresión
- Socioterapia
- Terapias físicas
- Toxicomanía

Nota bibliográfica

A Stefano, Anna-Valeria y Leonardo

“Exactamente al revés de lo que ocurre en la filosofía alemana, que desciende del cielo a la tierra, aquí se sube de la tierra al cielo. Es decir, no se parte de lo que los hombres dicen, imaginan, suponen, ni de lo que se dice, se piensa, se imagina, se supone que sean, para llegar desde allí a los hombres vivos; sino que se parte de los hombres realmente actuantes y sobre la base del proceso real de su vida se explica también el desarrollo de los reflejos y de los ecos ideológicos de este proceso de vida. También las imágenes nebulosas que se forman en el cerebro del hombre son necesarias sublimaciones del proceso material de su vida, empíricamente verificable y vinculado a presupuestos materiales.

Las ideas dominantes no son otra cosa que la expresión ideal de las relaciones materiales dominantes, son las relaciones materiales dominantes entendidas como ideas: son, por consiguiente, la expresión de las relaciones que convierten a una clase determinada en la clase dominante, y son, por consiguiente, las ideas de su dominio.”

K. Marx, F. Engels, *La ideología alemana*

INTRODUCCIÓN

Este libro nace de los textos de las clases celebradas semanalmente en Reggio Emilia para el personal del Servicio psiquiátrico provincial. Algunas partes proceden de textos mecanografiados que han circulado entre unos pocos compañeros y colegas; otras recogen y reelaboran temas y argumentos ya publicados en libros y revistas en el curso de los últimos quince años. En su conjunto, sin embargo, la redacción del volumen ha sido hecha enteramente *ex novo*, con la preocupación de convertirlo en orgánico y unitario. Todos los textos han sido escritos por segunda vez; sólo en un caso he transcrito pasos enteros de un artículo ya publicado.

Hay que tener en cuenta el origen de este libro para entender sus límites. Uno de ellos procede posiblemente de su tono coloquial. Pero resultará evidente al lector que un límite mucho más grave reside en su carácter introductor y sintético o (por usar un término más preciso y también más sincero) en su superficialidad. Se afrontan muchos temas y muchos argumentos; pero no todos los problemas han sido tratados de manera suficientemente articulada y amplia. Para conseguir ser más sistemático y completo habría debido escribir un volumen de una extensión mucho mayor; pero en tal caso habría asumido unas características enteramente distintas. Por dicho motivo, he procurado remitir a lecturas posteriores y a fuentes originarias.

La historia de las clases y de los seminarios de Reggio Emilia contribuye a explicar el especial corte político y cultural del volumen.

Nuestra experiencia psiquiátrica «en el territorio» se inició a partir de los temas de 1968. Opuestos a las instituciones, la ciencia burguesa, las jerarquías y la autoridad, queríamos comprobar si y hasta qué punto era posible un trabajo psiquiátrico alternativo, ya no en el manicomio, en el hospital, sino en los barrios, en los pueblos, entre la gente, en el centro del tejido social.

El pequeño grupo inicial comenzó a trabajar, en 1969, con el apoyo de la administración local en una zona sensible a los problemas cívicos, y en un momento en que la clase obrera italiana se planteaba vigorosamente el problema de la defensa de la salud y del bienestar en la fábrica y en la vida cotidiana. El grupo comenzó a promover, junto con algunos estudiantes, una encuesta entre las obreras de una fábrica sobre el problema de la neurosis obrera; se sumó a la contestación al manicomio local (cosa que granjeó una serie de denuncias por la «invasión» del mismo); trató en su propio domicilio a los primeros pacientes psicóticos; inició las primeras reuniones públicas en los pueblos y en los barrios.

A medida que aumentaba el número de operadores, se planteaba el problema de su formación. Ahí surgieron algunas dificultades. Había quien sostenía, en primer lugar, la necesidad de llevar a cabo un trabajo de valerosa «*despsiquiatrización*» de los problemas humanos y sociales. Si era cierto que debíamos precavernos de caer en el tecnicismo terapéutico y asistencial, y si era justo desconfiar de las teorías y de las técnicas psiquiátricas habituales, el primer deber resultaba el estudio de textos políticos, y no de libros de psiquiatría. Este punto de vista podía ser el resultado del extremismo de alguno, pero la dificultad era más general. El propio personal psiquiátrico de base (es decir, en la práctica, los enfermeros del servicio), constituido enteramente por individuos politizados, activos y combativos, reaccionó con cierta hostilidad a la propuesta, hecha por médicos y psicólogos, de instituir cursos y seminarios: esta propuesta fue vista inicialmente como un intento de adoctrinamiento por parte de intelectuales escasamente vinculados a los problemas de las masas.

Por otra parte, las discusiones sobre los casos de las personas asistidas planteaban en todo momento problemas *técnicos*. (En psiquiatría, los problemas «técnicos» son generalmente todas las nociones y los varios «saber hacer» específicos de esta disciplina; en sentido más limitado son las técnicas terapéuticas: principalmente las técnicas psicoterapéuticas individuales, el uso de los psicofármacos, y las técnicas de interpretación y de conducción de pequeños grupos.) El hecho de trabajar siempre en parejas y de decidir colectivamente el trabajo impedía que la situación se estancara; el debate, rechazado como discusión «cultural» formalizada, renacía de manera informal, bajo el impulso de una necesidad sentida por todos. Se trataba de decidir y de comprender muchas cosas: si era realmente cierto que se podía prescindir de técnicas específicas (de gestión de grupo, de enseñanza, de interpretación, terapéuticas); si cuándo debían ser evitados los conceptos tradicionales de la psiquiatría, comenzando por los más simples («decir que una persona tiene unos problemas *psicóticos* ¿no equivale a decir que está loca?, ¿no es descalificarla con una etiqueta? ¿Qué significa que una persona *tiene delirios*? ¿No sería más correcto comenzar por decir que tiene miedos y se crea fantasías?», y así sucesivamente); ¿cuáles eran las técnicas terapéuticas que había que privilegiar? («¡la psicología de grupos típico ejemplo de una ideología que quiere ocultar los auténticos problemas de poder! ¡el psicoanálisis es una mistificación burguesa!

Poco a poco, a lo largo de la discusión, el trabajo se iba efectivamente tecnicizando, y quizá también es cierto que se iba perdiendo algo del primitivo entusiasmo. Pero este cambio conducía asimismo a una real maduración colectiva. Todos nosotros cambiamos. Habíamos aprendido poco a poco que los problemas de la psiquiatría son menos sencillos de cuanto se nos antojaba en mayo de 1968; habíamos aprendido que es posible utilizar ciertos instrumentos técnicos sin caer en la adhesión acrítica a una ideología (por ejemplo, a la ideología psicoanalítica); poco a poco, todos vimos con mayor claridad que la psiquiatría no es una incomprensible técnica manipuladora en manos de los psiquiatras, y que las técnicas de grupo y la psicoterapia también pueden servir, a veces, para algo.

De 1970 a 1972, el desarrollo del trabajo buscó una identidad propia luchando contra dos peligros de signo opuesto: el espontaneísmo y el tecnicismo. De momento, no siempre aparecían claros los términos del enfrentamiento. El espontaneísmo antitécnico, antipsiquiátrico y antiintelectual se enmascaraba de posiciones políticas aparentemente rigurosas, intransigentes, igualitarias, «avanzadas»: tanto que parecía a veces que todos los problemas psiquiátricos podían resolverse con una combinación genérica de sentido común y de lucha de clases. Por otra parte, el tecnicismo terapéutico, eficientista, psicologizante y antipolítico presentaba sus propias posiciones como humanitarias, neutrales y no menos igualitarias: por ejemplo, dentro de esta óptica, la psicoterapia era presentada en ocasiones como un «encuentro con el otro» de tipo autoritario y un poco evangélico, planteado, pues, como alternativa al «mundo de la política tradicional». Si la actitud espontaneísta fue derrotada en último término, también los principios tecnicistas fueron criticados, en favor de posiciones políticas e ideológicas más correctas, a la vez que más dúctiles y articuladas. Primero se aceptó el asesoramiento de un psicoanalista, y después de muchas discusiones se rechazó; comenzaron reuniones de estudio y de debate, clases y cursos; se iniciaron encuentros y visitas con otros operadores, tanto italianos como extranjeros; en conjunto nació una nueva conciencia de los problemas técnicos, científicos y culturales inevitables también en el interior de un trabajo psiquiátrico concebido siempre en términos esencialmente políticos. En los últimos años, los momentos de encuentro, de verificación y de enseñanza se han convertido en la mejor defensa contra las incitaciones a un activismo asistencialista rutinario y falsamente eficiente.

En este contexto, quien ha tenido las mayores responsabilidades de enseñanza ha sido estimulado a reflexionar, criticar, autocriticarse, profundizar. Una de las necesidades surgidas ha sido la exigencia de sencillez y de claridad: la exigencia, entre otras cosas, de resultar comprensible a los enfermeros, es decir, a unas personas carentes de un título de estudios superiores, pero llenas de experiencia y de ideas. Se han llevado a cabo muchas verificaciones; las teorías y las técnicas de la psiquiatría contemporánea han sido confrontadas con las exigencias planteadas por los asistidos y con la búsqueda de nuevos modos de hacer trabajo psiquiátrico, en un debate muchas veces cerrado; la propuesta de una «nueva psiquiatría» ha dejado de ser genérica, y ha comenzado a articularse en una serie de hipótesis teóricas y prácticas.

Sin estas experiencias, sin la contribución de todas estas personas, sin los debates y las discusiones y los enfrentamientos ideológicos, este libro no habría nacido, o sería algo muy distinto.

Ahora querría explicar por qué, en el ámbito de esta experiencia, he escrito este libro tal como es, y para qué espero que pueda servir. La palabra «manual» en su título indica que el libro se ha fabricado para ser, en primer lugar, un texto conciso de enseñanza y de estudio. (A este respecto, aconsejo inmediatamente al lector que consulte con frecuencia el índice, que es una especie de mapa para orientarse dentro de él.) La palabra «crítico» se refiere a algo más complejo. Este texto se opone a muchas opiniones prevalecientes; ofrece puntos de arranque; no quiere proporcionar respuestas definitivas a todos los problemas que plantea; no defiende y mucho menos exalta la dignidad de la psiquiatría, ni la de los psiquiatras. Podría decirse más bien que la psiquiatría en su conjunto se sienta en el banquillo de los acusados.

Conviene, además, advertir al lector de que este «manual» es polémico, y privilegia una serie de argumentos en detrimento de otros. Recorta e interpreta muchos problemas de una manera que es literalmente discutible: de la que el autor asume, directa y exclusivamente, la total responsabilidad. En su conjunto, las indicaciones que contiene son funcionales con la intención de ofrecer instrumentos de reflexión. Para conseguirlo, el libro contiene tanto datos sobre la psiquiatría más «vieja» (es decir, tradicional) como sobre la «nueva» (es decir, sobre algunas corrientes que se han desarrollado en estos últimos años), tomando claramente partido, sin embargo, en favor de esta última, y desarrollando sus temas.

Existe el intento de utilizar el mínimo posible de nociones secundarias, y de vocablos técnicos y poco comunes. Ese esfuerzo de claridad responde evidentemente a una exigencia de legibilidad. Pero también responde a una convicción: y es la de que la psiquiatría aparece más fácilmente por lo que es cada vez que se intenta depurarla de su jerga insoportable, cada vez que se intenta liberarla de su parcelario y farragoso (y muchas veces viejo e inútil) aparato conceptual y de sus artificiosos «distingos», cada vez que sus conceptos son referidos de manera coherente a conocimientos psicológicos, sociológicos y políticos claros y comprensibles. En psiquiatría con más frecuencia que en otras disciplinas, la utilización de un *tecnicismo jergal* que se convierte en *lenguaje psiquiátrico* (el «psiquiatrés», el «psicoanalés») sirve para oscurecer los conceptos en lugar de para dar una definición rigurosa de ellos.

Es decir, tanto en la teoría como en la práctica la psiquiatría debe ser *despsiquiatrizada*: y entonces se nos muestra en gran parte como un fetiche o quizá más exactamente como un muñeco, un artefacto técnico que carece de vida propia. Este muñeco puede ser útilmente examinado y desmontado.

No ha sido mi intención presentar como más lineales de lo que son los tortuosos problemas del psiquiatra, ni presentar como fácil algo que no lo es: creo haber escrito un libro claro, pero no un libro siempre facilísimo. No he pretendido en absoluto hacer obra de divulgación, ni mucho menos de «popularización»: respecto a los habituales manuales de psiquiatría, he intentado hacer notar al lector que algunos problemas fundamentales son *menos* simples de lo que él tiende a creer: sobre otras cuestiones, por el contrario, he efectuado deliberadas simplificaciones. Mi intención ha sido la de demostrar que tras los tecnicismos, tras las clasificaciones y los infinitos diagnósticos y subdiagnósticos de enfermedad se ocultan otros problemas: y éstos son los problemas humanos de la vida cotidiana, que son problemas políticos.

La psiquiatría es un problema político no sólo porque los manicomios son –como es obvio– un problema político, ni porque las personas y las familias se enfrentan a dificultades sociales, es decir, a dificultades relacionadas con la política: sino también y sobre todo porque la propia vida cotidiana es un problema político; porque lo que es personal es político.

La distinción entre problemas privados y personales (no políticos) y problemas colectivos (de carácter político) es una distinción falsa, y un instrumento de defensa del sistema social en que vivimos. La vida cotidiana, la vida privada, la vida afectiva, son el lugar donde el capitalismo ejerce más eficazmente su poder; son el lugar donde se forman y se practican el engaño y la violencia, y el hábito al engaño y la violencia; son el lugar de donde parten muchas de las opciones y de las esperanzas sobre las que se forman los temas de la política «grande», es decir, de las luchas a nivel de masas. Los problemas psiquiátricos, es decir, los sufrimientos psicológicos, las contradicciones y las dificultades personales e interpersonales, son un aspecto importante de la *política de la vida cotidiana*. Y aquí no basta referirse a los grandes temas de la lucha de clases; es preciso entender también cómo funcionan determinados mecanismos psicológicos.

Pero querría insistir sobre un punto. Como todos los problemas, también los problemas de la psiquiatría no pueden ser *aprendidos* (cosa que constituye un contrasentido): para poder ser resueltos, deben ser primeramente *comprendidos*, y referidos a una práctica. En este libro, he intentado comprender y hacer comprender. Quien lo leyese buscando prioritariamente el aprendizaje de unos conceptos acabaría por chocar con un trabajo inútil y aburrido, y no adelantaría mucho en el camino de entender de manera crítica los actuales problemas de la psiquiatría.

El libro es útil para estudiantes de psicología, de medicina, de sociología, para asistentes sociales y administradores y, espero, para jóvenes y cuadros de partido. Creo que será legible, por otra parte, para cualquier persona de cultura media. Pero mi esperanza más viva es que también pueda ser leído, estudiado y discutido por los trabajadores psiquiátricos de base.

Estoy convencido de que hoy es un error escribir cualquier libro de psiquiatría que sólo resulte comprensible a un técnico especializado del ramo, o a una persona de cultura superior.

Escribir para los intelectuales siempre es—si se puede evitar—un error político; y también, probablemente, una forma de privilegio que se oculta tras un respeto abstracto por la ciencia. La escritura *difícil* (que, en psiquiatría y sobre todo en determinadas corrientes del psicoanálisis contemporáneo que pasan por «avanzadas», es frecuentemente una escritura *oscura* y a veces una escritura *confusa*) es en primer lugar un acto de presunción. La barrera que separa esta presunción del esnobismo intelectual más elitista no siempre es palpable.

En sociología, en psicología, en psiquiatría, en medicina, las castas de privilegiados retienen para sí conocimientos y poder. Las dificultades técnicas y teóricas de su disciplina no siempre justifican este privilegio. Entre todas ellas, la psiquiatría es una disciplina particularmente poco científica, imprecisa, tan insegura que pueden discutirse casi todos sus aspectos principales. En cambio, el poder que recoge es enorme. En su presentación más tosca e inculta, está constituida por un torcido castillo de nociones que casi hay que aprender de memoria (en el supuesto de que se quiera hacer), hasta tal punto es escasa la posibilidad de captar sus relaciones con la realidad. En sus corrientes más sofisticadas, cultas, e inteligentes (como las de derivación psicoanalítica) tienen aspectos complejos, pero que pueden ser estudiados, entendidos e incluso (y eso es lo más importante) criticados, con tal de que se disponga de experiencia psiquiátrica y de paciencia, incluso sin una preparación general de alto nivel. Si la psiquiatría es privilegio de pocos, esto se debe en último término a la división del trabajo, y a la división en clases de la sociedad. En su práctica y en su teoría, la psiquiatría es un instrumento de poder de la clase dominante. Por otra parte, la burguesía culta utiliza correctamente, y con naturalidad, el lenguaje y los instrumentos interpretativos de la psiquiatría y del psicoanálisis; sabe *naturalmente* cómo manipular los comportamientos ajenos; es sutil y está preparada para captar, con una vasta gama de instrumentos culturales, los problemas psicodinámicos. La psiquiatría, en cuanto conjunto articulado de capacidades operativas y de conocimientos, es –en suma– homogénea a la cultura de la clase privilegiada: y éste es otro motivo por el que permanecerá en sus manos.

Es probable que en esta sociedad no resulte posible abolir la psiquiatría ni siquiera «invertirla», para convertirla en un instrumento enteramente funcional para un fin revolucionario. Pero para muchas personas, incluso no pertenecientes a las élites burguesas de la cultura y del poder, es posible conocer bien qué es y cómo funciona este instrumento: bien para defenderse, o bien para dominarla y utilizar algunos aspectos y algunas técnicas, que sería estúpido ignorar. (E incluso aquellos que se consideran de la izquierda revolucionaria deberían conocerla, sin atrincherarse en un rechazo dogmático de lo que a veces llaman «inútiles psicologismos».) Pero comprender la psiquiatría parece difícil. Un motivo específico procede de la dificultad de comprender el significado de un lenguaje complejo, que además suele ser impreciso, y muchas veces también contradictorio. Otro motivo reside probablemente en el respeto mitológico con que se rodea al «técnico del alma» junto con su «ciencia».

Algunas manifestaciones recientes de la psiquiatría y las críticas asestadas a esta disciplina en el curso de los últimos años acentúan la impresión de su crisis profunda, y esto tampoco facilita la tarea de quien quiere orientarse. Es difícil, especialmente para un joven, saber dónde comenzar, y qué itinerarios seguir. Aparece en especial un hueco, un vacío, que separa por una parte la crítica «política» de la psiquiatría, y por otra todo aquello que se presenta como simple noción psiquiátrica.

De este modo, el paso entre una genérica contestación «antipsiquiátrica» y la búsqueda de una psiquiatría conceptual, tranquilizadora y «técnica» puede parecer largo, pero también puede resultar muy corto. La causa de ello debe buscarse en la escisión que existe muchas veces entre una crítica poco operativa y una operatividad pobre de crítica. Y todo ello agravado por el hecho de que, sin embargo, rara vez sucede que quienes critican la psiquiatría tradicional «desde la izquierda» cuenten lo que hacen, y digan lo que en su opinión debe hacerse en el campo psiquiátrico.

Más de una vez he comprobado los límites y los daños de ciertas simplificaciones. Quisiera dar un ejemplo. Yo creo que Ronald Laing es la persona que ha aportado la contribución teórica más importante a la evolución y a la crisis de la psiquiatría en estos últimos años. Pero no todo lo que ha escrito Laing es válido. Entre otras cosas, quien se forma una idea del problema psiquiátrico sólo a través de sus textos acaba fácilmente por creer que en ellos se resumen todos los problemas de esta disciplina. Además, Laing propone orientaciones ideológicas que si bien parecen «destructivas» no por ello son reconocibles como *políticas* por quien se esfuerza en operar en una perspectiva revolucionaria.

Para muchos lectores de Laing, el problema psiquiátrico será un problema ilusoriamente simplificado. Otros lectores (en especial si trabajan cotidianamente en instituciones psiquiátricas y con pacientes psiquiátricos) descubren esta simplificación, y regresan a quien les ha aconsejado leer a este autor con una exigencia típica: «Bien, ya he leído a Laing, tengo unas ideas, pero dame un libro donde pueda aprender la psiquiatría». No es que no hayan entendido a Laing: lo han entendido perfectamente. Pero estas personas, al tener que trabajar en un hospital o en unos ambulatorios, y queriendo luchar contra la psiquiatría dominante, descubren que necesitan conocer mejor el lenguaje y las armas de esta disciplina: y están en lo cierto. Llegados a este punto, hay que darles habitualmente, a falta de otra cosa, tratados y manuales tradicionales y reaccionarios: pero en ellos encontrarán enumeraciones acriticas de teorías

y de autores, términos técnicos abstrusos, imágenes médicas esclerotizadas de la locura. Ni en Laing, ni en otros autores modernos, ni en los tratados y manuales tradicionales hallarán con facilidad, por ejemplo, una explicación clara y comprensible de lo que significa curar un trastorno psíquico, de qué se entiende por «normalidad», o de cómo nacen y qué son las alucinaciones. A no ser que se dedique mucho tiempo a la lectura de muchos textos y que se intenten orientaciones nuevas a partir de una experiencia personal de terapia psiquiátrica, muchas de estas preguntas permanecerán sin respuesta. (Y los estudiantes, confundidos, no saldrán de la ignorancia.)

Considero que en nuestra sociedad la psiquiatría es opresión y mistificación más que instrumento terapéutico. Sin embargo, *también* es instrumento terapéutico, y se rige por un poder técnico, por teorías a veces inteligentes e ingeniosas, por una sólida implantación de instituciones. Pero la psiquiatría se rige también, fundamentalmente, sobre una delegación: los problemas colectivos de la salud, del bienestar, del equilibrio psíquico, son considerados problemas puramente técnicos, además de individuales y privados, y son confiados ciegamente a doctores que sirven sus propios intereses y los intereses del poder.

La psiquiatría no es algo simple e intuitivo, algo de lo que todos puedan apoderarse (aunque *cualquiera*, si quiere, puede aprender a conocer sus temas y sus problemas); además, tratar a un paciente psiquiátrico requiere experiencia y estudio. Pero esta disciplina podría ser más y mejor conocida. Los problemas de la salud y de los trastornos psíquicos aparecen en centenares de escritos de divulgación, pero en la mayoría de las ocasiones van estúpidamente trivializados bajo forma de buenos consejos, o presentados una vez más bajo la forma de la alusión a un mundo mágico y misterioso. Ahora bien, las causas principales de los trastornos psíquicos son causas históricas, que actúan a nivel de masas; los horrores –que subsisten– de los manicomios y los engaños de los manipuladores de la mente son problemas que conciernen a todo el mundo; y en último término nadie carece personalmente de problemas psiquiátricos. Es preciso, pues, luchar por la más amplia difusión de algunos temas, y por una reapropiación crítica de la psiquiatría por parte de todos, comenzando por quien trata personalmente –por motivos profesionales– con pacientes psiquiátricos. Más exactamente, hay que luchar por una reapropiación política colectiva del problema psiquiátrico.

De ahí, de una correcta *crítica a la psiquiatría*, podrá nacer quizás una *psiquiatría crítica*, una psiquiatría que cuente entre sus características con la de no nacer del cerebro de unos pocos intelectuales, sino de la práctica y de la reflexión de muchos: de enfermos, de asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras, sindicalistas, estudiantes, cuadros políticos y administrativos de base, pacientes y ex pacientes. Si bien es cierto que en los últimos diez años se han formulado muchas críticas a la psiquiatría, también lo es que con excesiva frecuencia nacían afectadas de intelectualismo, externas, genéricas, carentes de concreción. Es esto, probablemente, lo que ha impedido el nacimiento de una auténtica psiquiatría crítica, es decir, de una psiquiatría menos dogmática, más autocrítica, menos *totalmente* ligada a las exigencias del poder burgués, capaz de ofrecer *también* unos instrumentos de operatividad y de reflexión para quien se sitúa «a izquierda» y contra el poder dominante: es decir, una psiquiatría más consciente de las propias contradicciones, y más ampliamente utilizable a nivel de base y de masas. Todavía no existe una psiquiatría crítica perfectamente formulada: debería ser capaz de examinar sistemáticamente si tiene sentido tratar personas dotadas de atributos de «locura», y cómo tratarlas; si tiene sentido, y cuál, hablar de psicosis, o de neurosis, o de histeria, o de manía; si, y en qué sentido, el delirio va ligado a una situación de opresión; qué deben hacer concretamente médicos, psicólogos y enfermeros, más allá de una «negación de su propio papel», y así sucesivamente. Y esta es la aspiración profunda de este libro: quiere ser una propuesta, y un intento, de pasar de una crítica a la psiquiatría a un esbozo de psiquiatría crítica.

Es cierto que la psiquiatría no se aprende únicamente en los libros, sino en primer lugar confrontándose de manera modesta y paciente con la situación y los problemas humanos de quien, muchas veces contra su voluntad, es objeto de atenciones psiquiátricas. En dicha situación, conviene siempre ir guiado por personas con mayor experiencia. Además, hoy son extremadamente útiles, y quizás indispensables, formas de aprendizaje que excluyen la lección entendida en sentido tradicional. *Pero también es absolutamente necesario estudiar.*

No es éste el lugar para discutir acerca del modo en que se imparte habitualmente la enseñanza de la psiquiatría. Conviene, sin embargo, destacar un punto referente a los médicos en general. La psiquiatría, disciplina ambigua, no debería ser considerada —por motivos que aparecerán con evidencia a lo largo de este libro— como una rama de la medicina. Esto no excluye que los médicos no especializados *deberían* conocer la psiquiatría.

Casi todos sus pacientes tienen problemas psiquiátricos; gran parte de sus pacientes tienen esencialmente problemas psiquiátricos (sobre todo neurosis leves y trastornos psicossomáticos); incluso en los casos psiquiátricos más graves, la primera persona a quien suele llamarse es el médico.

La imagen de nuevas filas, o ejércitos enteros, de operadores psiquiátricos especializados ya es por sí misma suficientemente espantosa: pero programar un aumento de operadores psiquiátricos es incluso absurdo, si no se piensa en mejorar la preparación psiquiátrica de los médicos. En realidad, durante mucho tiempo los médicos no especializados seguirán siendo responsables de muchísimos casos psiquiátricos.

A este respecto, me he preguntado a veces si en Italia no gozamos de una situación en cierto modo afortunada. A los jóvenes estudiantes de medicina la psiquiatría no se les enseña en absoluto (dado que no es materia obligatoria) o se les enseña tan poco que, en general, cuando salen de la universidad están prácticamente en ayunas. De este modo, los médicos italianos tienen la suerte de no aprender las porquerías que los mandarines de la psiquiatría nacional (que, además, son en su mayoría neurólogos) pueden enseñarles. Así pues, los jóvenes médicos más inquietos comprarán los libros extranjeros traducidos –hay muchos– y (en el supuesto de que acierten con los buenos) aprenderán algo. Otros (una minoría, aunque cada vez más numerosa) buscarán un específico adiestramiento psiquiátrico, útil para su práctica médica genérica: por ejemplo, a través de los «grupos Balint».

El problema reside, sin embargo, en que los médicos mejores (los peores, que son la mayoría, no se plantean estos problemas) son educados en la creencia de que un discurso sólo es *serio* si se refleja sin manchas en el espejo indestructible de la ciencia; y que sólo es científico lo que se basa en el laboratorio. El hecho de que de los laboratorios salga una ciencia que rara vez se asemeja a Minerva, y mucho más frecuentemente a una prostituta, lo atribuyen a marginales debilidades de los científicos. A los médicos apenas se les ocurre la idea de que se puedan formular discursos no sólo serios sino también científicos –en el mejor de los sentidos– sin recurrir necesariamente al laboratorio. Por dicho motivo, me temo que este libro no les interesará mucho: aparte de contener algunas críticas hacia ellos, está escrito en un lenguaje que, en general, no aprecian.

En el fondo, existen dos maneras de entender la psiquiatría, de adueñarse de sus instrumentos técnicos, y de intervenir profesionalmente. La primera es la tradicional, que es estricta y ferozmente individualista. El interesado (y es típicamente un profesional, un doctor) se adueña *por sí mismo* de conocimientos y de técnicas curativas, para adquirir una credibilidad que significa dinero, poder, prestigio, carrera y satisfacciones. A quien no está suficientemente cualificado, es decir, a los operadores no médicos y no psicoanalistas, les corresponde en esta lógica funciones estrictamente delimitadas, en el ámbito de una «colaboración de grupo» que asigna a los subordinados, a medida que desciende la escala jerárquica, funciones cada vez más claramente ejecutivas, y una dosificada exclusión de la cultura, de las informaciones, y por tanto del poder.

La otra manera consiste en preguntarse cuáles son las necesidades y las tareas más urgentes, quiénes deberían ser los protagonistas, los dueños, los agentes de la psiquiatría, y en favor de quiénes se debería trabajar fundamentalmente. De este modo, en dicha óptica, no basta disponer con «avanzados» métodos personales de tratamiento, sino que es prioritario saber quién decide y quién dispone, y quién no, de estos métodos de tratamiento; y, entre los pacientes, quién se beneficiará de ellos y quién será excluido. Del mismo modo, habrá que preguntarse si a veces no es más útil y más urgente atacar el poder psiquiátrico dominante en lugar de añadirle de repente reformas y composturas. En efecto, la lucha contra el sufrimiento *psiquiátrico* no pasa primariamente a través de la posesión y la depuración de las técnicas terapéuticas: antes que éstas, que también son necesarias, existe la lucha contra las causas del sufrimiento, o sea, el problema de la prevención; y hay que afrontar la cuestión espinosa, de la que dependen muchas cosas, del *modo* en que se organiza la asistencia psiquiátrica pública y privada en un determinado país y en un determinado territorio.

Psiquiatría debería ser luchar para restituir a todo el mundo el derecho de disponer de sí mismo, y de no ser oprimido y engañado –aunque sea en nombre de la psiquiatría–. La pregunta que se formulan los chinos en sus autocríticas: «¿A quién sirve mi trabajo, mi acción? ¿A quién debe servir?», también puede constituir una guía eficaz en este caso. En la práctica, todos los que trabajan profesionalmente en el campo psiquiátrico deberían preguntarse y ser capaces de contestar: «¿Quién eres? ¿Por qué haces este trabajo?». La repuesta no puede ser ni una vaga definición del propio papel profesional (dado que es justamente esto lo que debe explicarse), ni una declaración de voluntarismo humanitario y asistencial, ni tampoco una pulcra perorata

psicológica o psicoanalítica sobre las propias motivaciones inconscientes, que a nadie interesan. Lo que importa realmente son las motivaciones que se refieren al poder social y la voluntad de poder del operador psiquiátrico, o sea, sus reales motivaciones ideológicas y políticas. En otras palabras: «¿Al servicio de qué rey, bufón?».

La actual difusión de libros de psicología, psiquiatría, psicoanálisis, es prueba de un notable interés también entre los «no profesionales». La mayoría de estos lectores, aunque no hayan entrado nunca en un hospital psiquiátrico, se interesan por lo que leen. Ahora bien, habría que preguntarse si no carecen de las nociones más simples, y de los instrumentos críticos más básicos para *valorar* todo lo que encuentran escrito. Puede parecer un juicio severo. Pero, por ejemplo, es posible comprobar fácilmente que la mayor parte de los compradores de estos libros no saben explicar con un mínimo de claridad qué diferencia existe entre psicología, psiquiatría y psicoanálisis. La *divulgación* psicológica, psicoanalítica y psiquiátrica, en cuanto *objeto de consumo*, no se preocupa de aclararlo.

Uno de los resultados de esta situación es la difusión de un tipo de conocimiento presuntuoso y superficial, que navega distraído e inconscientemente por aguas controvertidas, desviado por la ignorancia de las nociones de los instrumentos críticos más elementales, y oscurecido por el vano narcisismo de quien aspira a manipular alguna secreta llavecita de la psique, junto a informaciones técnicas «de alto nivel». La inflación producida en el mercado cultural europeo (y en especial en el francés) por el gusto hacia las citas rebuscadas, el «estilo pretencioso-alusivo», y lo que Bleuler calificó de «pensamiento autista-indisciplinado» completa el panorama de la psiquiatría y del psicoanálisis «de moda».

Psicología, psiquiatría, psicoanálisis son consumidos al nivel de cultura media con tanta mayor facilidad en cuanto parecen temas «interesantes», pero no necesariamente conectados a la realidad; sugestivos, no científicos; originales, pero no auténticamente serios; «avanzados» pero no políticamente aprovechables; «revulsivos», pero –ciertamente– no revolucionarios.

De este «consumo» han bebido también las críticas a la psiquiatría académica, a los manicomios, a la «psiquiatría de sector». La indignación por los manicomios ha acabado por convertirse en un fenómeno de masas a nivel de la alta y media burguesía. Bien, cuando esta contestación se ha llevado a la práctica, en relación con problemas políticos muy reales.

Pero en el plano de la toma de consciencia del problema y de la discusión, el nivel político y cultural de las críticas ha dejado muy frecuentemente mucho que desear.

Ya sería gran cosa que algunas críticas a los manicomios y a la psiquiatría tradicional no se expresasen a veces de manera moralista, escandalizada, apresurada, genérica o reductiva, y que a la crítica seria y ponderada no la sustituyese, por una parte, la evasión en forma de refinamientos filosófico-literarios y, por otra, la formulita brillante y demagógica, e incluso el intento de descalificar personalmente al adversario. Es fácil negarse a entrar en la discusión, y rechazar en bloque, con maximalismos y sarcasmos, los argumentos de los psiquiatras conservadores con los que no se está de acuerdo: así se aparece infaliblemente como «avanzado», y no se corre el menor riesgo al no entrar jamás en la discusión de los problemas puestos sobre el tapete. Esta actitud podía tener alguna justificación en 1968, pero hoy es política, e intelectualmente, incorrecta.

En estos años ha sucedido muchas veces que fueron precisamente los intelectuales, los técnicos expertos y sagaces de la psiquiatría, quienes fingieron querer abandonar toda técnica, al explicar que la psiquiatría es una ciencia burguesa y por lo tanto algo que no debe estudiarse, por lo que el único deber es luchar contra ella y contra los manicomios.

Una actitud de ese tipo es peligrosa y equivocada, y no porque la psiquiatría no sea una ciencia burguesa, ni porque no se deba luchar contra los manicomios. Esta actitud es equivocada porque implícitamente crea ilusiones sobre la facilidad de derrotar adversarios que en la práctica *no* son «tigres de papel»; es equivocada porque se presta al peligroso error de considerar que la sociedad burguesa pueda renunciar a cárceles y manicomios (o a instituciones equivalentes); esta actitud hace concebir ilusiones, además, sobre la posibilidad –para el operador– de prescindir de instrumentos de técnica terapéutica para ayudar a quienes sufren trastornos psíquicos. Y es una actitud equivocada, en último término, porque consiste una vez más en una crítica ideológica genérica, que se permite el lujo de ser extremista hasta el momento en que se mide con la experiencia. En definitiva, esta crítica permanece totalmente externa a su objeto.

El resultado es que la psiquiatría permanece intacta porque es negada verbalmente, pero no examinada seriamente ni combatida en su práctica y en sus teorías. Criticar la psiquiatría dominante al identificarla de manera simplista con sus aspectos más escandalosos, débiles, atrasados y deteriorados, significa en la actualidad permitirle la renovación de sus detalles y apariencias, sin cambiar en absoluto la sustancia. La opresión y la mistificación psiquiátricas vuelven a introducirse, a veces con nuevos atuendos modernizados, tecnificados, «psicodinamizados» cumpliendo como siempre, y mejor que antes, el papel exigido por el poder. De esta manera, la psiquiatría restaura una vez más su vieja y falsa fachada: es decir, la tradición de una disciplina «científica», cauta, compleja, a la que no hay más remedio que recurrir con confianza, después de tantos discursos, cuando verdaderamente se necesita ser tratado.

Pero quien se permite discursos y actitudes genéricamente antipsiquiátricos, antitécnicos y antiintelectuales casi nunca reniega realmente de lo que critica. Quien, en cuanto psiquiatra experto, dice que hay que acabar con la psiquiatría, conserva en realidad conocimientos y experiencias que sigue utilizando en su propio beneficio. Siguen estando permanentemente en condiciones de inferioridad quienes parten de menores conocimientos, menor cultura, menores instrumentos técnicos. En efecto, quien se halla en tal condición no sólo no conoce bien lo que es invitado a criticar (y por consiguiente tiene una imagen falsa del adversario –la psiquiatría tradicional–), sino que sobre todo sigue sin tener acceso a conocimientos que podría utilizar ventajosamente en la propia batalla. Preparación política, conocimientos teóricos, capacidades técnicas, instrumentos culturales son instrumentos de lucha indispensables: no basta con estar «de la parte justa» para poder prescindir de ellos.

Pero, una vez más, la respuesta no es el conceptualismo, el aprendizaje de una jerga. Confío en que este libro no tenga como resultado principal la difusión de unas simples nociones de «nueva psiquiatría», ni un superficial memorismo terminológico y conceptual. En una famosa clínica privada francesa he conocido a enfermeros que se expresaban como psiquiatras, y habían aprendido a hablar en la jerga de los psicoanalistas lacanianos. Pero su sueldo era el de enfermeros, no el de médicos; su poder en la institución era, en último término, ilusorio; sobre todo, se habían adherido a una ideología que (como ocurre a los pequeñoburgueses promovidos a un rango de prestigio superior) no eran absolutamente capaces de juzgar o de criticar.

El libro está dividido en dos partes. La primera examina algunos de los problemas generales de la psiquiatría, tanto considerando sus interioridades teóricas como, especialmente, las soluciones prácticas. La segunda, aunque extensa, es auxiliar y complementaria a la primera, y se trata de un diccionario razonado de los principales términos y problemas técnicos de la psiquiatría, considerados bajo una perspectiva crítica que tiende a revelar especialmente sus aspectos políticos: es decir, lo que –en mi opinión– constituye su *auténtica realidad*.

Unas últimas advertencias. Quisiera insistir sobre el hecho de que éste es un texto elemental e introductor, y, por consiguiente, no sustituye otros estudios más profundos, necesarios en especial a quien quiera asumir responsabilidades terapéuticas. Además, en el curso de la exposición, las referencias explícitas a autores y escuelas psiquiátricas están reducidas al mínimo, y ello se debe a una opción precisa. Siempre que se escribe un ensayo o una contribución a cualquier tema psiquiátrico (como puede ser el problema de la esquizofrenia, de las alucinaciones olfativas, o de la ergoterapia) existe la costumbre bastante superficial de compilar al comienzo, a modo de homenaje conceptual, una lista de los restantes psiquiatras que se ocuparon previamente del problema junto a breves citas de las frases pronunciadas por ellos en tal ocasión. Pero la psiquiatría y el psicoanálisis, quizá más que cualquier otra disciplina, forman parte integrante de la tortuosa historia de la cultura occidental, y de su ideología: no pueden escindir de ellas. Citas y referencias concisas, y a veces incluso apresuradas, a la opinión de un autor o estudioso determinado, en ocasiones no demasiado conocido, no ofrecen en sí ninguna información (sobre todo en un texto que pretende ser breve e introductor), a menos que no se complete en cada ocasión con una información crítica, ni somera ni superficial, sobre el autor, sobre su tiempo, sobre sus concepciones científicas, sobre su ideología. Sólo así se puede entender el sentido de la opinión de ese estudioso. Por dicho motivo me he limitado, para no lastrar todo el libro, a reagrupar en una serie de notas tanto la bibliografía esencial como los textos a consultar para situar históricamente los problemas y para obtener informaciones más detalladas sobre datos y experiencias. En este ámbito, he debido remitir también al lector a algunos textos míos ya publicados: y ello únicamente con el fin de no repetir cosas ya dichas, y de indicar en qué textos se exponen de manera más documentada y articulada algunas opiniones.

Confío, pues, al lector este libro que es parcial, en los dos sentidos del término: no pretende ser completo, y está escrito desde una perspectiva determinada. Expone y desarrolla una tesis, que es una tesis política. Honestamente, sin embargo, creo que obedece a un escrúpulo de verdad más que al amor por la polémica. Quizá pueda garantizarlo el hecho de que surge de una práctica psiquiátrica que, si bien se ha separado de las vías tradicionales, siempre ha intentado buscar una confirmación en la realidad.

No conseguiré expresar aquí mi gratitud a todas las personas que me han ayudado y han contribuido directa e indirectamente a este libro. Mi primer agradecimiento va hacia Paul Sweezy: no he olvidado que fue el primero, en el ya lejano 1967, en exhortarme calurosamente a escribir un libro de este tipo. Pero también otras personas, en años todavía anteriores, me impulsaron y ayudaron de manera determinante a ocuparme de los problemas ideológicos y sociales de la psiquiatría, de los manicomios, de la psiquiatría como problema político; quiero recordar aquí con afecto a Ernesto De Martino y, sobre todo, a Raniero Panzieri. A Franco Basaglia le debo la oportunidad y las enseñanzas de dos años de trabajo en común.

Como ya he explicado, este libro es fruto en buena parte de lecciones y discusiones: mi gratitud va hacia todos los trabajadores de los Centros de Higiene Mental que han participado en estos encuentros.

Entre aquellos que trabajaron conmigo, quisiera dar las gracias especialmente a Stefano Mistura por los varios problemas de política institucional y de clínica; a Adelmo Sichel, de quien he utilizado algunas válidas contribuciones de psicopatología; a Yvonne Bonner, por su contribución al problema de las necesidades, en el capítulo sobre la normalidad; a Maria Ponsi, por la psicodinámica y la psicoterapia de la familia. Vaya también mi agradecimiento a Renato Rozzi, por sus contribuciones y discusiones, en especial, sobre el problema de la subjetividad; a Letizia Comba, que me ha ayudado en la psicología de la familia y con una serie de observaciones; a Vittorio Capecchi, por el problema de la desviación; a Mario Miegge y a Guido Davide Neri, por su contribución sobre algunos problemas más estrictamente filosóficos; a Giulio A. Maccacaro, por varios problemas referentes a las relaciones entre psiquiatría y práctica médica; a Ferruccio Giacanelli, por algunas cuestiones no marginales de historia de la psiquiatría.

G. J.

Reggio Emilia, mayo de 1975

Capítulo Primero

BIENESTAR, ENFERMEDAD, SISTEMA SANITARIO

Premisa. La salud

La salud se entiende habitualmente como simple ausencia de enfermedad. La tarea de la medicina sería la de combatir las enfermedades mediante los tratamientos, para devolver al paciente la salud. En este marco, la psiquiatría es considerada muchas veces como un mero ramo de la medicina, y vista, por tanto, como la disciplina que trata las enfermedades mentales.

Es justo partir de estas formulaciones: pero se trata de formulaciones insuficientes que inmediatamente deben ser criticadas y superadas. La salud no es únicamente ausencia de enfermedad: es, en cambio, posibilidad de utilizar al máximo las aptitudes físicas y psíquicas del organismo, o sea, capacidad de usar el propio cuerpo de manera óptima. En el preámbulo del Acta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se afirma, en efecto, que la salud no es únicamente ausencia de enfermedad, sino también «el estado de bienestar completo, físico, mental y social». Además, la tarea actual de la medicina no es sólo tratar, sino sobre todo prevenir, es decir, desterrar las causas de enfermedad. La medicina es, o, mejor dicho, debería ser, derecho a la salud: o sea, lucha para que todos los hombres puedan disponer de las propias energías para unos fines comunes. En cuanto a la psiquiatría, se puede decir inmediatamente que es dudoso considerarla como una rama de la medicina, si se considera la medicina en sentido tradicional; en ningún caso su papel actual se limita, de hecho, a tratar lo que se conoce bajo el nombre de enfermedad mental. Más adelante veremos con mayor profundidad el significado de estas afirmaciones. Pero en primer lugar es necesario examinar cuál es actualmente el significado de la enfermedad.

Enfermedades viejas y nuevas

Una persona que lleva años sufriendo del hígado, de diferentes trastornos crónicos, de obesidad o de artrosis, casi nunca se considera enferma, porque su vida transcurre casi normalmente: pero no puede decirse que goce de buena salud. Alguien puede haber estado sometido a varias intervenciones quirúrgicas, por motivos diversos, y durante el resto de su vida ya no será «como antes»; o bien sufre una invalidez grave procedente, por ejemplo, de

un accidente de trabajo. Otra persona lleva años sufriendo de insomnio; tiene frecuentemente períodos de «agotamiento» en los que se siente desplazada, angustiada, y no consigue trabajar. Todos éstos no son ejemplos de enfermedad tradicional, pero tampoco de salud.

El discurso debe ser llevado más lejos, y no siempre se refiere, claro está, a los trastornos «leves». Si salud es el pleno goce de las propias capacidades físicas y psíquicas, no goza en absoluto de salud quien por motivos de miseria y de ignorancia come de manera insuficiente o poco apropiada; no goza de salud quien vive en ambientes malsanos, quien trabaja en condiciones ambientales que destruyen progresivamente su físico; y tampoco goza de salud la persona de mediana edad que, siempre mal curada de las más diversas enfermedades, camina hacia una aceleración de la propia decadencia, tiene una vejez enferma, y muere antes de hora.

En la actualidad, las condiciones más frecuentes de no salud son de este tipo. Unas décadas atrás, el problema de la salud era más sencillo: la defensa de la salud se refería especialmente a las enfermedades infecciosas graves. En la era preantibiótica las amenazas principales eran, en efecto, las enfermedades bacterianas agudas: la pulmonía, el tifus, la difteria y algunas epidemias. También la tuberculosis era una enfermedad mucho más aguda. Estas amenazas iban acompañadas de las consecuencias de una grave falta de higiene en la infancia, y constituían en general hechos ampliamente imprevisibles; eran, además, hechos limitados en el tiempo: quien enfermaba, o moría o sanaba, pero si sanaba volvía a ser la persona de antes.

Hoy la situación ha cambiado radicalmente, si bien persiste falsamente una *imagen habitual* de la salud y de la enfermedad igual a la de ayer. Las enfermedades infecciosas agudas han sido vencidas en gran parte, y rara vez son mortales. Han aumentado, en cambio, los estados crónicos de no salud. Estos no siempre son –sobre todo al comienzo– auténticas enfermedades: son insuficiencias de órganos y aparatos, lesiones parcialmente anuladoras, o bien estados de dolencia de curso lento e inadvertidos durante años, pero cuyas consecuencias pueden ser fatales. Han aumentado la arterioesclerosis, las enfermedades cardíacas, los tumores, los trastornos llamados nerviosos. Los venenos del aire, de las comidas, de las drogas voluptuosas, como el alcohol y el tabaco, y las propias medicinas cumplen a este respecto un papel fundamental al propiciar, determinar y mantener un estado de no salud.

Las enfermedades se tratan con sistemas que tal vez son más eficaces, pero esto sólo significa casi siempre el derecho de no morir inmediatamente: rara vez significa volver a la normalidad. (Hace unos pocos años, al aludir a esta situación, se decía: hoy se muere menos, pero se está mal más tiempo. Pero hoy ni siquiera es cierto que se muera menos: en los países industrializados de Occidente la duración media de la vida ha dejado de aumentar, y hay varios indicios que demuestran un aumento de las enfermedades potencialmente mortales.) El número de personas crónicamente no sanas ha aumentado en las últimas décadas, no ha disminuido; caminamos hacia un universo de inválidos. El coste social de esta situación es altísimo: la cantidad de sufrimiento que determina permanece de hecho enmascarada, pero se hace explosiva con el transcurso de los años. La cura de la infinita mayoría de estos estados de sufrimiento físico crónico (pero también de los estados de sufrimiento psíquico) se reduce a paliativos.

La prevención de estas enfermedades, o sea, la lucha contra las causas de enfermedad, es la única respuesta correcta. Si la medicina debe ser sobre todo prevención, es porque las enfermedades dominantes tienen unas causas precisas, identificables una a una, y fabricadas por el mecanismo social; pero también porque esta misma patología dominante es (casi siempre) tratable, pero no curable, una vez que se ha instaurado. Una prevención total implica un cambio radical de las causas que determinan los modos de vida colectivos e individuales, y con toda seguridad no es realizable en el sistema social en que vivimos.

Contradicciones, consolaciones, y falsas consolaciones

Las causas se identifican a menudo con el «progreso». En efecto, es corriente afirmar que la patología contemporánea es patología «del progreso». En realidad, no es el «progreso» en sí mismo el objeto de la acusación. Es un cierto tipo de progreso, pero sobre todo, en nuestra sociedad, es la ley de la producción capitalista y de su consumo: es la ley de la explotación. La mayoría de los tumores malignos se deben probablemente a factores químicos de origen industrial; arterioesclerosis y lesiones degenerativas crónicas de órganos y aparatos se deben a tóxicos y hábitos de vida resultantes del desarrollo capitalista.

Al hablar de «daños ecológicos» se olvida fácilmente, entre otras cosas, que los factores tóxicos producidos por una tecnología avanzada en un país de economía capitalista no son iguales para todos: el máximo de contaminación aparece –con gran diferencia– en las fábricas, en los barrios obreros de las grandes ciudades, en la vida cotidiana y en el consumo de los trabajadores industriales y agrícolas. El estado de salud y de bienestar físico de las personas de renta baja (en general y *sobre todo de mediana edad en adelante*) es desastrosamente peor que el de las personas de clase social más elevada. En efecto, en la edad juvenil el daño a la salud permanece muchas veces encubierto, y todavía no se manifiestan las desigualdades de clase, en términos de bienestar físico, que se hacen evidentes después de los 35-40 años.

La degeneración del ambiente sustrae a todos algunos beneficios, tradicionalmente considerados como universales y naturales, para devolvérselos a quien puede permitírselos, como derechos *privados*. A partir del hecho de que ya no es muy fácil coger fruta o comer carne que no esté impregnada de pesticidas, o pescado que no esté infectado de mercurio, a partir del hecho de que el campo, el río, o el mar no son accesibles o ya no son fuente de salud a causa de la contaminación, se crean nuevos privilegios. Se restringe al poseedor de medios, tiempo y cultura, la posibilidad de seguir obteniendo un alimento menos contaminado, un aire sano, un agua limpia en la que nadar, un lugar donde los hijos puedan jugar, crecer, o hacer gimnasia.

También la asistencia médica «para todos», aspecto central del sistema de seguridad social, se resuelve en una asistencia degradada para los pobres: en Italia, quien quiere una asistencia eficaz debe volver a pagársela. Así pues, la enfermedad y su tratamiento son fenómenos de clase. Son de clase las causas de enfermedad, y la propia enfermedad va ligada a variables de clase, tanto en su manifestación como en su probabilidad de ser curada eficazmente. Cuando una persona es diagnosticada como aquejada de una enfermedad cualquiera, sus probabilidades de curación dependen, al menos, tanto de su condición social como de la gravedad del desequilibrio interno de su organismo. Por dicho motivo, dos personas con quemaduras extensas a causa de un accidente de carretera, o dos mujeres que sufren de endometritis hemorrágica, *no tienen la misma enfermedad* si una es de clase social elevada y la otra de clase proletaria: el tratamiento y la prognosis serán, con toda seguridad, claramente diferentes.

Se añade a esto un mecanismo ulterior: nace una nueva competición. La búsqueda de aire sano es perseguida (en los retazos de tiempo y en los días festivos para quien no puede permitirse vacaciones más largas) con el coche y la autopista que no puede decirse precisamente que sean sanos. Los acondicionadores de aire, las vitaminas, la defensa del stress mediante los tranquilizantes y los superalcohólicos, los esfuerzos y los sacrificios de años para posteriores ganancias, para obtener más acondicionadores, más coches, más alcohólicos, o bien para beneficios marginales y consoladores (rara vez gozados verdaderamente) como «un trozo de tierra en el campo», son causas posteriores de malestar físico y psíquico. Estos difíciles espejismos y estas consolaciones, modesto privilegio de la pequeña y media burguesía y de una parte de los trabajadores industriales, producen menos beneficios que los que destruyen.

Muchos proletarios, que ni siquiera pueden permitirse esta competición, quedan inexorablemente rezagados, víctimas de una salud que se deteriora y con médicos que les tratan mal; otros se ilusionan con la promesa de beneficios cada vez más distantes. El coste psicológico (pero también el coste sobre la salud física) de esta competición es difícilmente valorable.

Se puede observar cómo se sitúan en este marco el alcoholismo de los licores (que aumenta por doquier), los accidentes de carretera de motos super-veloces, y el uso de estupefacientes como la heroína. Estos tres factores de enfermedad, aparentemente diversos entre sí, responden en realidad a causas análogas. Son: la promoción comercial del producto nocivo; la ideología capitalista de la consolación en el consumo y en la evasión; el desánimo respecto a las alternativas políticas frente a una vida cada vez más difícil, envilecedora y llena de frustraciones.

La integración entre asistencia sanitaria y asistencia social

También el sistema sanitario asume un significado reparador y consolador. Por una parte, el peligro para la salud y el riesgo de enfermedad aparecen *quizá* disminuidos por la presencia de la asistencia médica; por otra, siguen estando presentes, e incluso reaparecen como una amenaza cada vez mayor. Estar enfermo, no estar bien, estar fastidiado o cansado, o simplemente ser viejo, significa una pérdida de productividad que en la práctica se identifica con la pérdida de la contractualidad social. La forma más típica de la pérdida de contractualidad social (o sea, de *valor* y de *poder* respecto a los demás) es la invalidez, temporal o permanente.

Cada vez con más frecuencia, la enfermedad es vivida actualmente no sólo y no tanto como sufrimiento físico o amenaza aguda para la vida, cuanto con relación al riesgo de la descualificación implícita en el estado de invalidez.

Se ha dicho que el tipo de enfermedad preponderante ha cambiado. Pero, al mismo tiempo, la asistencia médica se enfrenta a una situación nueva: se le pide a la medicina que se una a la asistencia social. Cabría observar justamente que tratar a una persona enferma de complejos trastornos crónicos (y éstos son fundamentalmente los trastornos actuales) no debería significar el mero suministro de unos antibióticos para hacer desaparecer, por ejemplo, una bronquitis recidiva, sino enfrentarse a una situación difícil de vida. Actualmente la medicina *debería* intervenir paciente y metódicamente, a diferentes niveles, para ayudar las capacidades de defensa, la dignidad, la contractualidad social, y el deseo de vivir, de personas cuyo problema principal no es nunca la enfermedad en sí misma sino, desde el inicio, la invalidez incluso momentánea respecto a las exigencias del ambiente. El problema es evidente en lo que se refiere a las personas de mediana o avanzada edad de condición social no privilegiada. En tal caso —si estamos dispuestos a invertir los términos tradicionales— no podemos dejar de ver el *efecto estrictamente curativo del dinero*, de la posibilidad económica y social de vivir decentemente en familia y en el propio ambiente, de la pensión, de la nutrición, del espacio, o bien de la posibilidad de acceder a una útil y significativa vida social extrafamiliar. Por consiguiente, no podemos dejar de ver cuál es de hecho la función *asistencial, psicológica y social* de las medicinas, de la posibilidad de disponer de una enfermera, o de un hospital para enfermedades breves.

En la actualidad, la asistencia médica ya es en parte todo esto, o sea, intervención sobre las necesidades complejas del individuo, asistencia social, tratamiento de los trastornos crónicos, rehabilitación. Pero es preciso observar que este mecanismo de fusión entre medicina y asistencia social, tal como se efectúa en la práctica, es contradictorio, ineficaz y mistificante. La medicina sigue anclada a concepciones superadas: la intervención médica más «técnica» (como, por ejemplo, la administración de medicinas o el internamiento hospitalario) es usada —sin claridad— con fines sólo oficialmente terapéuticos, pero que en realidad son muchas veces psicológico-sociales y consoladores. La medicina actual como práctica sanitaria de masas sigue refiriéndose al viejo y superado concepto del *acto médico*, entendido como intervención providencial, temporalmente limitada, en una situación de enfermedad aguda. La medicina de masas, sin embargo, tiende a inflar esta

intervención terapéutica tradicional, este «acto médico», convirtiéndolo en deficiente y somero en el plano técnico y utilizándolo como medida ambiguamente consoladora. Para enfrentarse a las necesidades de personas aquejadas de miseria, falta de higiene en el ambiente, hábitos de vida inadecuados, insuficiencias, trastornos crónicos, el «acto médico» tiende a repetirse al infinito como tal, como consuelo universal, sin cambiar de significados y contenidos. Las necesidades de intervención global, de tutela íntegra del bienestar y de la salud, de prevención, de rehabilitación, de defensa social, son traicionadas.

Bienestar y malestar; las enfermedades ocultas

No es posible trazar una línea de demarcación entre las reales y auténticas enfermedades y los estados de invalidez, el malestar, la incapacidad general de desarrollar en las relaciones con los demás los recursos potenciales del propio organismo. Se ha visto cómo una persona puede ser declarada oficialmente «curada» de una enfermedad, y no estar bien: este «no estar bien» es al mismo tiempo un problema biológico y un problema social; pero, en último término, es un problema social.

Gran parte de los trastornos que sufren actualmente los proletarios son inextricables estados de dolencia psicofísica, en los que intervienen trastornos psíquicos, trastornos psicósomáticos, afecciones crónicas y recidivas, frustraciones, temores e inseguridades complejas.

En realidad, el significado del «no estar bien» es mucho más amplio de lo que hemos examinado hasta ahora. Un obrero metalúrgico llegado a la jubilación puede estar (aunque es raro que ocurra) en buenas condiciones físicas: pero hallarse, al mismo tiempo, en una situación social y psicológica tal que ya no tenga muchos motivos válidos para vivir: puede no tener ocasiones posteriores para explicitar energías y afectos de los que se siente capaz. Entonces es como un inválido: e, incidentalmente, es muy probable que en tal situación se convierta de hecho, en el término de poquísimos años, en una persona en malas o pésimas condiciones de salud.

Puede darse otro ejemplo. Un joven técnico regresa del trabajo extenuado y nervioso, y se refugia ante la televisión negándose a la relación con los demás: no está, en términos precisos, enfermo de cuerpo ni de mente, pero tampoco es una situación que pueda considerarse de salud real y de bienestar.

Más aún: la condición del ama de casa, especialmente si es de una clase social subordinada, es la de una persona a la que se le impide utilizar y disfrutar el propio cuerpo y la propia mente, y de hecho uno y otra se disgregan en el transcurso de unos años de servidumbre al marido y a la cocina, al cuidado de los hijos, en la consunción de la propia inteligencia en todas las consolaciones pequeñoburguesas que hoy invaden incluso la vida privada del proletariado.

Un niño que por clase social, tierra de origen o color de la piel sea discriminado en la escuela, se convierte muchas veces en la práctica en un *insuficiente*, y por otra parte se convence rápidamente de que éste es su propio límite y su propio destino. Respecto a sus posibilidades iniciales, no sólo tendrá al comienzo de la edad adulta el puesto que corresponde a un subordinado, sino también muchas veces la *mente* de un desventajado. Es impresionante la cantidad de talento, inteligencia e imaginación que la escuela y la educación actuales destruyen en los niños de las capas sociales no privilegiadas. En ocasiones puede demostrarse «en lo vivo» siguiendo el destino social y psicológico de algunos niños proletarios desde el parvulario a la enseñanza media. En algunos casos, la destrucción de sus capacidades mentales, en el transcurso de cinco o seis años, es tan inmensa que hace pensar –por analogía– en un trastorno psíquico en el sentido tradicional.

El sistema sanitario es una estructura compleja que no obedece a la finalidad primaria de tratar a los enfermos, sino a otras finalidades totalmente diversas, que determinan sus características.

El sistema sanitario tiene una función y un peso crecientes en la sociedad y en el Estado capitalista, y absorbe un presupuesto que actualmente tiende en general a crecer más rápidamente que la renta nacional. Es, en primer lugar, un sector muy importante del desarrollo de la industria. La industria farmacéutica, la de los instrumentos de análisis biológico y de investigación y terapia clínica, la industria constructora hospitalaria, constituyen sectores de desarrollo capitalista de altísima tasa de beneficio. Los intereses industriales contribuyen de manera preponderante a orientar una serie de opciones: hay que vender determinados productos. De este modo aparece el consumo creciente de fármacos por día de enfermedad, la promoción publicitaria y la venta de fármacos «de mostrador» (es decir, no sometidos a prescripción médica, como la aspirina, las vitaminas, etc.), la preferencia concedida al desarrollo hospitalario respecto al ambulatorio en la planificación sanitaria, la utilización de instrumentales costosos pero muchas veces no indispensables, y así sucesivamente. Todas estas cosas no se hacen en interés del enfermo (y,

en realidad, casi siempre *en contra* de su interés) sino en interés de la industria.

En segundo lugar, el sistema de la asistencia médica pública constituye uno de los instrumentos de que dispone el Estado para planificar y regular el gasto público: permite una planificación a largo plazo, e introduce un instrumento de intervención y de regulación respecto a las empresas y las instituciones de investigación y de asistencia.

En tercer lugar, el sistema sanitario es (sobre todo en países como Italia) un sistema de instituciones parasitarias (las instituciones mutualistas y aseguradoras, las instituciones hospitalarias, etc.) que tienen presupuestos muy elevados, intereses propios que defender, posibilidad de inversiones autónomas y considerable peso político. La situación concreta de la asistencia sanitaria obedece ampliamente a los intereses de quienes dirigen estas instituciones parasitarias.

En cuarto lugar, el sistema sanitario está en manos de una corporación, la médica, extremadamente cerrada, extremadamente privilegiada, con enorme poder tanto en el seno de la comunidad local como por la influencia que ejerce en los órganos supremos del Estado. En los países de capitalismo avanzado, la corporación médica está asumiendo un poder político cada vez mayor, y se sitúa regularmente en posiciones ideológicas reaccionarias. A este respecto, se puede observar que el sistema psiquiátrico, aunque ligado también a estructuras de poder que no tienen nada que ver con la medicina (como la policía, la magistratura, etc.), reside firmemente. en su aspecto ejecutivo y en su operatividad local, en manos de a corporación médica.

En su conjunto, el sistema sanitario capitalista no tiene como finalidad real la producción de servicios, es decir, de prestaciones terapéuticas y asistenciales, sino la producción de rentas y beneficios para la industria y para una serie de organismos parasitarios y de categorías profesionales. La producción de prestaciones terapéuticas y asistenciales es el *medio* para obtener esta finalidad, pero es falsamente presentada como *fin*. Un hospital civil, por ejemplo, no es –como, sin embargo, parece– una empresa productora de servicios, sino en primer lugar una institución parasitaria: del dinero público gastado en esta institución sólo una pequeña parte se traduce en servicios útiles, y sirve sobre todo al mantenimiento y a la expansión de la propia institución, y de quien vive y especula sobre ella. Los intereses inmediatos de quien trabaja en la institución o la dirige, y por consiguiente la utiliza como

fuente de lucro, como zona de maniobra política y clientelar, como fuente de poder y de prestigio, etc., concuerdan con los intereses y los beneficios –mucho mayores– de las industrias que utilizan el hospital como mercado para los propios productos: fármacos, instrumentos, construcción especializada. De este modo, el hospital es el anillo de conjunción entre instituciones, clientelas y capas parasitarias y de subgobierno, y la industria moderna, que cada vez invierte más en el campo sanitario. Los enfermos son el instrumento básico de esta operación. Las opciones concretas efectuadas por la institución (admisión de personal, compra de instrumental, utilización de fármacos, expansión organizativa y física, etc.) casi nunca son calibradas, en efecto, a partir de los intereses de los internados y de la población, sino de las *finalidades reales* de la propia institución.

El sistema sanitario, el paciente y la ideología médica

Las funciones del sistema sanitario en un país capitalista no se limitan a la defensa de los intereses inmediatos de quienes especulan con la salud. Si el sistema sanitario puede ampliarse, y extender el propio poder, es porque desarrolla, en estrecha unión con el sistema judicial, el sistema psiquiátrico y el sistema de la asistencia social, una función decisiva de control social.

La intervención médica terapéutica repara (en parte) los daños producidos en el individuo por el sistema social y, ocupándose de quien tiene una descompensación física inhabilitadora, lo reinserta en la producción después de los oportunos retoques; pero contribuye asimismo a alejar de la producción mediante indemnizaciones, tratamientos prolongados o pensiones, a quien ya no es útil o a quien sobra respecto a la situación contingente del mercado del trabajo. La asistencia sanitaria de masas dispensa además consolaciones individuales bajo forma de vitaminas, tranquilizantes, «reconstituyentes», otros fármacos de *confortación*, períodos de «reposo domiciliario» por enfermedad, internamientos clínicos para «curas de sueño» o para «curas por agotamiento orgánico». En los casos más graves, el sistema prescribe la entrega definitiva de pedazos del propio cuerpo al cirujano, o de pedazos del propio cerebro o de la propia mente al psiquiatra. Este mecanismo funciona también como advertencia a la disciplina y a la cautela, y como garantía de «seriedad» del poder constituido respecto al enfermo y los familiares. El sistema sanitario tranquiliza sobre el hecho de que nadie es socialmente responsable de los casos graves, porque existen motivos «altamente científicos» para secuestrar el cuerpo de cualquiera, junto con sus problemas, en ambientes técnicos

especializados. Estos ambientes se pretenden capaces de *escindir el mal del cuerpo y de la vida del enfermo*.

El sistema sanitario de masas no trata *demasiado poco*, trata, por el contrario, *demasiado* y mal: interviene tardíamente, pero con internamientos inútiles o inútilmente prolongados; convierte en crónicas las enfermedades que serían curables en menor tiempo; procede con la inflación de la propia intervención –por ejemplo, con la inflación de las medicinas– a asumir una serie de exigencias que no tienen ninguna relación auténtica con el tratamiento del cuerpo.

Frente al malestar y al sufrimiento físico y psíquico por las condiciones ambientales en la fábrica, por la organización del trabajo en las oficinas, por la absurdidad de la vida conyugal y familiar cotidiana, por la situación de opresión sin salida aparente en que se encuentran –por motivos sociales– muchísimos jóvenes y casi todas las mujeres, la medicina de masas ha conseguido seducir a todos con su mitología falsamente científica, apolítica y estrictamente individualista. El problema colectivo del malestar y del sufrimiento se ha convertido en un problema de salud individual, incluso en un problema privado: ha quedado reducido al caso concreto de la enfermedad y del «agotamiento». Consideraciones análogas se aplican a la utilización de las disciplinas psicológicas (psicología, psiquiatría, psicoanálisis) en la sociedad capitalista contemporánea.

El sufrimiento individual está compuesto inescindiblemente de varios factores; sobre todo en las clases sociales subordinadas. Es sufrimiento corporal, ansia y sufrimiento psíquico, inseguridad social, preocupación por las dificultades objetivas, envilecimiento por las miserias de la vida cotidiana. Todo esto es escindido artificial y claramente en dos partes: el sufrimiento *normal* «que soportar», y el sufrimiento (el único del que –dentro de ciertos límites– se consiente la lamentación) institucionalizado en la *enfermedad*. Las causas (sociales) del sufrimiento-enfermedad son atribuidas, no obstante, a la fatalidad, ocultas por las propias palabras del doctor («puede ocurrirle a cualquiera»), escondidas tras la pantalla misteriosa de la terminología médica, por los exorcismos terapéuticos y también por el egoísmo inevitable del enfermo que, «mientras», espera curar. Los problemas sociales son mistificados por el significado mágico de las medicinas que el propio paciente exige, multicolores y numerosas, lo más numerosas posible, como exorcismos y resarcimientos por un malestar complejo. En esta situación, la dependencia respecto al médico es absoluta: el médico se apodera del cuerpo del enfermo,

tiene la llave de la ciencia, el poder. Pero también esto es poder burgués, y el peor de todos, porque fuerza al paciente a la alienación de la comprensión de sí mismo y de los propios intereses, a la dependencia y a la gratitud, y a la ruptura de la solidaridad con los compañeros.

En el fondo, el paciente proletario sabe perfectamente que ha sido dañado por el mismo sistema que produce las medicinas con las que quiere tratarse: pero todo contribuye a que sea más fácil ocultar este conocimiento. Lo que el paciente no siempre puede saber es que al tomar estos fármacos no sólo refuerza el mismo sistema social que le ha hecho enfermar, sino que en general no se favorece a sí mismo, puesto que la mayor parte de las medicinas que se le recetan son de hecho inútiles o perjudiciales para su organismo. Lo que no sabe es que gran parte de los internamientos hospitalarios son técnicamente injustificados o nocivos, y lo mismo ocurre con muchísimas intervenciones quirúrgicas. No sabe que el *check up*, los exámenes clínicos de masas mediante instrumentos automatizados, el «rastreo» periódico de las enfermedades, no sólo son técnicamente irracionales y poco eficientes (además de totalmente ilusorios respecto a la promesa de «curar todas las enfermedades en su origen»), sino que contribuyen, por añadidura, a difundir una mentalidad individualista respecto a la enfermedad. «En la visita de este año tampoco me han encontrado nada en los pulmones, esto significa que estoy bien, no hay que pedir más, ojalá siga igual»; pero si hay polvo en la fábrica el patrono está contentísimo de pagar para que se realice cada año la «visita preventiva», porque esta visita divide a los trabajadores, y les impide luchar unidos por la única prevención auténtica, que es la que concierne a las causas del polvo y a la organización capitalista del trabajo. (Es significativo, por otra parte, que cuando una enfermedad como la silicosis aparece en una radiografía normal «de rutina» ya es demasiado tarde: la silicosis, al igual que la bronquitis crónica y muchas otras enfermedades de contaminación, es incurable y el obrero acabará por ir muriendo poco a poco y lejos, en casa, en el hospital, fuera de la fábrica, donde otros, sin saberlo, volverán a enfermar. Muchos ejemplos análogos podrían confirmar este mecanismo.)

Conviene repetir que la medicina contemporánea curativa es ampliamente ineficaz respecto al tipo de patología que hoy predomina: pero su tarea también es la de borrar la consciencia de la relación entre sufrimiento individual y contradicciones sociales. La medicina capitalista se niega obstinadamente a un discurso colectivo, y a una lucha en el campo de la *prevención*: en este campo, que es un campo político, la relación entre contradicciones sociales y sufrimientos individuales surgiría con evidencia. El mismo sufrimiento individual

es una contradicción social: pero esto aparece oculto en el momento en que este sufrimiento es recluido en un «espacio técnico» aparentemente neutral. Esta *reclusión* es lo que proporciona la fuerza, y el chantaje, para referir falsamente el malestar, el no pleno disfrute de las propias capacidades, a una condición *natural*, no social, de enfermedad; o sea, a una condición enteramente física, enteramente referida al cuerpo como mecanismo, castrada de todas sus valencias políticas. El problema de la salud queda reducido a una suma de destinos privados inescrutables.

Muchas situaciones de malestar, de sufrimientos incluso graves, cuando no alcanzan la condición de enfermedad aguda fácilmente curable, son liquidadas actualmente como «sistema nervioso» (o bien, simplemente *negadas*, sólo porque las «placas» o «los exámenes» son normales) con fórmulas como «no tienes nada, te digo que estás más sano que un bebé». Y es significativo que esta última fórmula se exprese muchas veces aunque uno de hecho *esté mal*: pero este estar mal no existe, no tiene derecho a existir, si la ciencia médica no lo reduce al único parámetro al que sigue refiriéndose, el del proceso morboso naturalmente objetivable. (También en este caso, sin embargo, con dinero se encuentra el médico que atiende pacientemente incluso al enfermo que «no tiene nada» –pero que, claro está, tiene *algo*, alguna contradicción, una dolencia real, aunque quizá no una enfermedad como la pulmonía– y también está dispuesto a curarlo.)

Los avances técnicos de la medicina, pero sobre todo su *utilización social* (que a su vez guía su avance técnico por canales preferenciales de investigación) tienden a reducir la persona del paciente a un *cuerpo pasivo*. De este modo acaba por ser superfluo, hasta desaparecer, el papel de la *subjetividad* del paciente, o sea, de cómo se siente y de qué piensa el paciente. Cómo se sienta y qué tenga por decir es algo sin mucha importancia: incluso la visita al cuerpo del enfermo tiende a ser sustituida por una serie de exámenes técnicos impersonales. A veces esto constituye una forma de abuso o de auténtica negligencia, especialmente hacia los pacientes pobres: en general, sin embargo, este aspecto acompaña a todo el sistema sanitario contemporáneo. La preponderancia –irracional y anticientífica– de los exámenes de laboratorio «en serie» (es decir, de los exámenes clínicos no «mirados»), así como el abuso de los fármacos «que sirven para todo» (por ejemplo, los antibióticos de efecto prolongado) son funcionales tanto al beneficio capitalista en el sector sanitario como en la utilización social del sistema sanitario con fines de control social. La negación de la subjetividad del enfermo le aleja de la posibilidad de entender la relación que puede existir

entre «cómo se siente» y «cómo funciona su cuerpo», impide una relación personal con el médico, dificulta la contestación de su intervención, y finalmente tecnifica el «estar mal» separando falsamente su aspecto biológico (o sea, la enfermedad interna del cuerpo) de su aspecto social (o sea, la invalidez, la pérdida de contractualidad social). Todo esto tiene consecuencias especialmente graves cuando el mal es colectivo, y con causas perfectamente identificables: es el caso de los daños inferidos a la salud de los obreros de una fábrica, en relación con las condiciones de trabajo. En tal caso, negar el valor de la subjetividad (verificada, por añadidura, como subjetividad *colectiva*) significa negar valor al estado de sufrimiento de los obreros, y por consiguiente impedirles reivindicar este sufrimiento como primera y principal unidad de medida de su salud. Una vez más, aparece el paciente *individual* tratado de un modo técnico que lo aleja de los demás.

Si a continuación el paciente es internado en las naves del hospital, pierde de golpe la pizca de contractualidad respecto al médico que conservaba cuando era tratado a domicilio. El reglamento hospitalario, la disciplina, la falta de informaciones comprensibles sobre la propia salud, el ansia por los exámenes y los tratamientos, la prisa de los médicos, contribuyen a remacharle, sobre todo si es proletario, la imagen de su impotencia cuando está solo, es decir, de su total subordinación a un férreo sistema de intervenciones técnicas y burocráticas. Se ve forzado a adaptarse a este sistema y forzado asimismo a creer en él, a contar con él, esperando únicamente, con un poco de oportunismo y de suerte, unos beneficios individuales.

No es posible considerar el significado del sistema psiquiátrico si no se examinan estas características del sistema sanitario. En efecto, el sistema psiquiátrico posee gran parte de las características de la medicina en general, además de otros aspectos específicos que acentúan sus funciones ideológicas. Además, no hay que olvidar que la gran mayoría de los casos psiquiátricos son llevados directa y exclusivamente por los médicos no especialistas.

La respuesta posible

La respuesta al carácter parasitario, inflacionario, ineficiente y opresivo del sistema médico en la sociedad burguesa (y, en especial, en Italia, que posee un sistema sanitario pésimo) no puede consistir en absoluto en la exigencia de un aumento de las prestaciones sanitarias: esto equivaldría a exigir que se hinche y refuerce el sistema médico tal como es, acentuando tanto su poder

como su degradación. Tampoco cabe pensar, por otra parte, que la respuesta correcta sea únicamente técnica y organizativa. Por ejemplo, los hospitales poseen a menudo instrumentos y aparatos técnicos modernísimos, que casi siempre se usan poco, mal y a veces incluso con fines mistificantes, es decir, entre otros con el fin de reforzar la imagen tecnicista de la medicina. Es cierto que los problemas organizativos son más importantes que los estrictamente técnicos, pero no es correcto considerar que se puedan resolver como meras cuestiones de gestión empresarial: por el contrario, también aquí se trata, en último término, de problemas políticos. Basta pensar en la excesiva autonomía de la corporación médica respecto a las administraciones sanitarias, en la excesiva autonomía de las administraciones sanitarias respecto a las fuerzas y organizaciones políticas democráticas y de base, en el papel hegemónico de los centros de poder constituidos por los hospitales, las clínicas universitarias y las asociaciones médicas. En este campo habría que hacer un discurso aparte sobre las reivindicaciones sindicales de los operadores sanitarios, muchas veces típicamente corporativas.

El problema es fundamentalmente político, y está relacionado con el problema de la prevención. La actual organización sanitaria ofrece —en el mejor de los casos— un simple resarcimiento parcial respecto al daño a la salud provocado por la explotación capitalista. Si aceptamos, en cambio, que el problema de la salud debe afrontarse al nivel de las causas del malestar y de la enfermedad, es a partir de ahí que hay que abrir los términos de una lucha colectiva. Esta sólo puede dirigirse a las fuentes de la enfermedad: la lucha debe llevarse en las fábricas, en los barrios obreros, en los barrios pobres en general, en el campo, para abrir y guiar reivindicaciones estrictamente ligadas a encuestas colectivas sobre la salud y sobre la nocividad. Encuestas y reivindicaciones son gestionadas desde la base, por los propios interesados (aunque con las necesarias ayudas técnicas) y deben tratar sobre el problema de las causas nocivas (polvo, venenos, etc.), sobre la epidemiología (cuántos sufren, en una fábrica o en un barrio, determinados trastornos; cuáles son las condiciones de los antiguos trabajadores de una determinada fábrica después de dos, cinco, diez años de estar jubilados por razón de edad; cuántos hospitalizados hay, y así sucesivamente) además de sobre la situación de la asistencia sanitaria en la fábrica y en la comunidad.

El papel de la clase obrera en esta batalla, tanto dentro como fuera de la fábrica, debe ser un papel de dirección: y ello tanto por las condiciones de vida y de salud de los propios obreros como por su fuerza organizada y su preparación política.

Por otra parte, la ideología médica, con su invitación al individualismo y con sus enmascaramientos tecnistas, debe ser combatida asimismo desde el seno de la clase obrera, que en la práctica ha sido colonizada por ella. Las luchas por la salud sirven también para madurar una toma de consciencia colectiva del problema: si las causas del malestar son sociales, la respuesta también debe serlo, y de manera consciente. La clase obrera no puede limitarse en absoluto a pedir unas simples mejoras técnicas y más prestaciones médicas, médico-sociales o psiquiátricas aparte las existentes. Es evidente, en especial, que los diversos intentos de basarse fundamentalmente en respuestas tecnistas y venidas desde arriba (con campañas, por ejemplo, de «diagnóstico precoz» para las más variadas enfermedades) constituyen una línea equivocada, tanto porque de hecho ocultan la necesidad de una lucha contra las causas de las enfermedades como porque impiden una participación *activa* en el problema de la salud por parte de la población y de los usuarios concretos.

La lucha por la salud no es, pues, únicamente lucha política contra el patrono que emponzoña la fábrica y el territorio, sino es lucha contra el sistema médico burgués, contra su ideología, contra su poder, para denunciar su estructura y sus abusos y obligarle a formas de control político cada vez mayores, para condicionar aunque sólo sea parcialmente sus opciones y su intervención técnica. Y, finalmente, esta lucha no sólo es defensa contra las enfermedades y ataque al sistema sanitario, sino batalla en favor de un más amplio bienestar físico y psíquico, y por tanto reivindicación de lugares y posibilidades y años de vida, de ocio y de estudio.

En este contexto se debe situar también la batalla por una asistencia psiquiátrica diferente. No se trata aquí de sumar mecánicamente, a la defensa contra las enfermedades «físicas», una campaña en favor de la defensa contra las «psíquicas»; y mucho menos, multiplicar ambulatorios o —peor aún— centros de internamiento psiquiátrico. Se trata, por el contrario, de entender el concepto de salud de manera global, y ampliada, como bienestar físico y psíquico combinados.

De este modo, en un sentido sanitario ampliado, hay que remontarse, con una toma de consciencia colectiva, del malestar a sus causas, rechazando la reducción del sufrimiento a problemas susceptibles de respuestas técnicamente terapéuticas. Así pues, también frente a una creciente «medicalización» de la asistencia psiquiátrica, la toma de consciencia a que nos referimos es básicamente una *desmitificación* de la medicina y de la psiquiatría.

Esto será posible, a nivel de masas, no tanto mediante la «educación sanitaria», la «educación asistencial», o la «educación psiquiátrica», como mediante luchas políticas que tengan por protagonistas a los trabajadores, las mujeres, los jóvenes, y cuyas reivindicaciones sean la desaparición de las causas de un malestar, que es global, y el derrocamiento de un sistema asistencial que es parasitario y opresivo.

Notas

No faltan actualmente textos válidos y documentos sobre el problema general de la asistencia sanitaria y sobre la situación actual de la salud en los países de capitalismo avanzado. Véanse: Massimo Gaglio, *Medicina e profitto*, Sapere, Milán, 1971; AA.VV., *La salute e il potere in Italia*, De Donato, Bari, 1971; G. Bert, *Il medico immaginario e il malato per forza*, Feltrinelli, Milán, 1974; A. Del Favero, *La formazione del medico*, en AA.VV., *Crii della medicina*, Editori Riuniti, Roma, 1974; G. Berlinguer, *Medicina e politica*, De Donato, Bari, 1973 (en especial el capítulo 3: *Il capitale come fattore morbigeno*). Entre los textos no italianos son interesantes: Jean-Claude Polak, *La médecine du capital*, Maspero, París, 1971 (trad. cast. *La medicina del capital*, Laia, Barcelona), y la antología a cargo de D. Mechanic, *Politics, Medicine and Social Science*, J. Wiley & Sons, Nueva York, 1974. Siempre sobre los mismos problemas véase todo el año 1974 de la revista *Sapere*.

Sobre el hospital, véase también, de AA.VV., *I diritti del malato*, Feltrinelli, Milán, 1975. En 1973-1974 han aparecido muchos artículos documentales sobre la situación sanitaria italiana en la tercera página del *Corriere della Sera*.

Sobre el efecto de los productos industriales sobre la salud, y en especial sobre la epidemiología tumoral, *cfr.* siempre el año 1974 de la revista *Sapere*.

Sobre el mercado farmacológico, sobre los fármacos inútiles y dañinos y sobre la patología de los fármacos, *cfr.* A. Del Favero y G. Loiacono, *Farmaci salute e profitti in Italia*, Feltrinelli, Milán, 1974 (bibliografía); además del texto de A. Del Favero citado anteriormente; y de S. Scarpa y L. Chiti, *Di farmaci si muore*, Editori Riuniti, Roma, 1975.

Sobre la enfermedad como institucionalización del sufrimiento me he referido a las observaciones de L. Carrino; véase también U. Cappelli, *L'igiene mentale e i medici*, en AA. VV., *Crisi della medicina*, citado.

Capítulo Segundo

BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA

Premisa. Desviación y enfermedad en las sociedades preindustriales

Para entender qué es la psiquiatría, es preciso recorrer su historia en la edad moderna. La psiquiatría siempre ha tenido una doble cara. Por algunos de sus aspectos aparece como una rama de la medicina (por lo cual algunas personas voluntaristas creen posible afirmar que tanto ahora como entonces las enfermedades mentales «se tratan igual que las demás enfermedades»); por otros aparece como un instrumento de represión y de control de los comportamientos *desviados*, independientemente de cualquier finalidad médica o terapéutica.

Esta ambigüedad existe bajo formas diversas desde los tiempos más antiguos y puede hallarse en todas las civilizaciones. Las civilizaciones preindustriales se caracterizan por la presencia de interpretaciones mágico-religiosas de la locura (se trata, esencialmente, de la interpretación de la locura como posesión) y por la presencia de actitudes tolerantes hacia las personas desfavorecidas e improductivas. Además, en lo que se refiere al problema psiquiátrico, las civilizaciones preindustriales se caracterizan por la presencia de sistemas *rituales* de internamiento de determinados sujetos considerados desviados. En dichas civilizaciones, la ausencia de las contradicciones sociales típicas de nuestra sociedad, y la existencia de grandes peligros naturales en la lucha cotidiana por la vida, determinan un tipo de problemática psicológica y psiquiátrica diferente de la que encontramos en las culturas urbanas de Occidente.

Sin embargo, también en las civilizaciones preindustriales, y desde la antigüedad, la interpretación mágico-religiosa de la locura ha coexistido con su interpretación «médica». Posteriormente, ambas interpretaciones se han prestado diversamente a tratamientos basados en la «ayuda a la persona» o en la «defensa de la sociedad». En todas partes (y –conviene subrayarlo– también entre los «primitivos» y en la antigüedad clásica) a determinados individuos –que no eran necesariamente siempre los mismos– se les atribuía la etiqueta de «enfermos del espíritu», o «del alma», o incluso más brutalmente de «enfermos de la cabeza».

La teoría psiquiátrica moderna ha nacido cuando ha entrado en crisis la interpretación mágico-religiosa de la locura, y cuando se ha comenzado a querer utilizar criterios sistemáticos para distinguir más claramente, en el interior del vasto magma de los comportamientos considerados desviados, los que incumbían a la religión, los que incumbían a la represión judicial, y los que eran de incumbencia médico-psiquiátrica.

El nacimiento del sistema manicomial

El problema principal nunca ha sido de tipo curativo. Ya en el siglo XVII, y más aún en el siguiente, el Estado se vio enfrentado a la necesidad de *administrar* algunas categorías de personas difícilmente diferenciables entre sí que, aún no siendo directamente clasificables como delincuentes, amenazaban de igual manera la tranquilidad social y la estabilidad del orden constituido. Estas personas, debido a sus características especiales, eran más o menos groseramente consideradas como *anormales*. Desde el principio, la tarea fue doble: por una parte se trataba de ofrecer a estas personas algunas formas de asistencia caritativa individual (y —secundariamente— de tratamiento); por otra se trataba de proteger al Estado con un sistema de control colectivo y represivo.

La asistencia se concibió esencialmente como concentración y reclusión en lugares aislados, y como tutela y gestión en condiciones de pura supervivencia, de personas que no estaban capacitadas para vivir a no ser en tales condiciones que amenazaban el orden y la tranquilidad social. Así pues, la asistencia psiquiátrica quedó inescindiblemente ligada a la represión. Desde el principio, la disciplina que hoy llamamos psiquiatría recibió una definición manicomial: es decir, recibió una investidura que no tenía nada que ver con la ciencia. Los hospitales psiquiátricos acogían a determinadas personas, cuyo destino era definido por la razón de Estado, y los médicos que trabajaban en estas instituciones se las ingeniaban después en comprender cuál era su tarea, y de qué índole debía ser su actividad «científica».

Los piadosos hospicios de internamiento (transformados después parcialmente en hospitales), las casas de asistencia y de caridad para los pobres y abandonados, los institutos para inválidos y para viejos, las cárceles, las cárceles para deudores y vagabundos, las leproserías, los manicomios, acogieron en los siglos XVII y XVIII a una multitud de personas cuyo ingreso en una u otra de esas instituciones quedaba ampliamente confiado al azar y a criterios variables según los períodos y los lugares. El desarrollo de la

revolución industrial entre finales del siglo XVIII y comienzos del XIX provocó la formación de nuevos estratos de marginados, y contemporáneamente introdujo nuevas necesidades de organización y de racionalización social también en la gestión de la desviación. El fuerte desarrollo del sistema manicomial en la segunda mitad del siglo XVIII y en la primera del XIX obedeció a exigencias político-sociales, pero correspondió también a una tarea bastante ardua: la de separar al culpable del enfermo según criterios de humanidad, de razón y de derecho.

Nadie tenía claro hasta qué punto personas como el vagabundo, el manirroto, el alcohólico, el exaltado, el visionario, el violento, el epiléptico, el débil mental eran considerados enfermos, y enfermos mentales. (Y ni ahora –podríamos añadir– está claro.) La distinción entre culpa y enfermedad permaneció ampliamente incompleta, tanto por la carencia de criterios objetivos de enfermedad como por la dificultad en aceptar la idea de que la atribución de la etiqueta de *enfermo mental* hacía al individuo *irresponsable* del desorden del propio comportamiento.

La época siguiente a la Revolución francesa introdujo ambiguamente el principio, psicológico pero también moral, de una responsabilidad del loco. Si bien éstos no eran culpables de su propia locura, y por consiguiente no podían ser castigados por el hecho de ser locos, eran sin embargo *en cierto modo* responsables y responsabilizables de sus propias acciones.

Terapia psiquiátrica y «educación de la voluntad»

Con el iluminismo y a comienzos del siglo XIX el trastorno mental fue considerado, mucho más que en nuestros días, enfermedad y alteración de la capacidad moral, perversión de la *voluntad*. «Esta alteración moral es tan constante –escribía Esquirol–, que se me antoja la característica esencial del trastorno mental.»

Antes del iluminismo, en los siglos XVII y XVIII, la alternativa «curativa» a la pura y simple restricción física, al confinamiento en nombre de la razón de Estado, a la «puesta en situación de no hacer daño», seguía siendo buscada en métodos médicos empíricos de tratamiento que tendían a anular los hipotéticos elementos físicos y palpables de la enfermedad del cerebro y de la médula que originaban –según los médicos– la locura.

A fines del siglo XVIII y a comienzos del XIX el tratamiento de las enfermedades mentales se hizo más complejo. Se transformó en una mezcla inextricable de tratamientos «médicos» tradicionales (purgas, sangrías, ayunos, reposo, baños calientes o helados, y así sucesivamente) y de tratamientos *educativos* y reeducativos. Esta concepción de procedencia iluminista dominó toda la primera mitad del siglo XIX. Hay que observar que los criterios que entonces predominaban para la educación de la infancia en las familias y los colegios, así como las concepciones preponderantes en el campo de la rehabilitación social de los delincuentes comunes, se basaban en una idea muy precisa, y en aquellos tiempos indiscutida, de la *disciplina de la mente*. Tanto los jóvenes educandos como los presos o los enfermos mentales eran sometidos a formas de tirocinio represivo con el objeto de modelar y reestructurar rígidamente su ánimo, en función de una sumisión completa a la autoridad. Los horarios detallados, los durísimos reglamentos, la regla del silencio, el aislamiento, el trabajo (concebido a menudo –de manera totalmente intencionada– como trabajo fin en sí mismo, y por tanto inútil, como cavar agujeros y después recubrirlos), el aprendizaje memorístico de infinitos nombres, los castigos corporales meticulosamente establecidos por adecuados reglamentos disciplinarios, la obligación de participar en aburridísimas e interminables funciones religiosas, no eran más que la base normal de cualquier tipo de educación a comienzos del siglo XIX. En algunas instituciones, por otra parte, estos principios y métodos siguen existiendo.

La «pedagogía de los locos» se dotaba además de un rigor especial, es decir, de formas de disciplina y de terrorismo (como, por ejemplo, los casi ahogamientos en bañeras adecuadas, la explosión repentina de pólvora, la amenaza con hierros candentes) que tenían el expreso objetivo de someter la voluntad del enfermo y de quebrar en la raíz la perversión de su mente.

Puesto que, evidentemente, cualquier mínima opción y cualquier mínimo acto de voluntad podían ser fuente de perversión, había que reducir primeramente la mente a una tabla rasa, a una hoja en blanco sobre la que escribir cosas nuevas y sanos principios. Los remedios físicos idóneos para calmar a los maníacos (como la restricción física y el aislamiento), poner en marcha los pensamientos y las acciones de los melancólicos (como el trabajo forzado), distraer a los individuos aquejados de ideas fijas (como los sustos), se subordinaban a una exigencia más general: la de reconstruir el hábito a la disciplina.

El «tratamiento moral»

En el ámbito de estas orientaciones, aparecieron poco a poco intentos menos represivos, más humanitarios y «liberales». Según estas nuevas ideas se trataba sustancialmente de hacer absorber más confiadamente a los enfermos mentales una autodisciplina y autorrepresión personal; también a ellos podía enseñárseles la comprensión de las reglas democráticas, la asimilación disciplinada de la tolerancia recíproca, el desarrollo de la bondad cívica, sin pasar por el terror, la humillación y la violencia. Esta fue la evolución del «tratamiento moral» de la locura de Vincenzo Chiarugí y de Pinel en adelante. Nació en polémica contra la psiquiatría más destructiva y opresiva, pero a partir de principios no sustancialmente diferentes. Véase este pasaje:

«No puede existir duda sobre el hecho de que el principio del *miedo* en la mente humana, cuando es suscitado moderada y juiciosamente, como sucede mediante la aplicación de leyes justas e igualitarias, tienen un efecto saludable sobre la sociedad. Se trata de un principio ampliamente usado en la educación de los niños, cuyo imperfecto conocimiento e imperfecta capacidad de juicio hacen que sean menos influenciables por otros factores. Pero cuando el miedo es suscitado de manera excesiva, o cuando se convierte en el principal motivo para actuar, tiende ciertamente a impedir la comprensión, a debilitar las disposiciones benignas, a envilecer la mente.»

Así escribía Samuel Tuke, en *Description of the Retreat* (1813) bajo el título harto significativo de *Sobre los medios de ayudar al paciente a controlarse a sí mismo*.

Si Pinel pasó a la historia por haber quitado las cadenas a muchos enfermos mentales a fines del siglo XVIII en nombre del humanitarismo médico iluminado por la luz de la razón, a Tuke en Gran Bretaña alrededor de finales de siglo, a Benjamín Rush en Filadelfia y a John Connolly, también en Inglaterra (de 1839 en adelante), les correspondió el mérito de realizar los primeros intentos conscientes y fructuosos por abrir las puertas de los pabellones psiquiátricos y de aplicar el principio de la «no restricción física», en nombre de una actitud más humana y de una justificada confianza en el autocontrol comunitario de los internados. A mediados del siglo pasado, el «tratamiento moral» en los manicomios, con el sistema de las «puertas abiertas» y de la «no contención», había alcanzado considerables victorias respecto a los rigores psiquiátricos más tradicionales.

La psiquiatría positivista

En la segunda mitad del siglo pasado prevaleció nuevamente el intento de los médicos de conducir el problema de la locura a un concepto naturalista de *proceso morbo*, es decir, de enfermedad. Esto sucedió a través de la progresiva y fatigosa distinción entre diferentes trayectos clínicos típicos, y por tanto entre «entidades» patológicas dotadas respectivamente de una prognosis adecuada y susceptible de futuros tratamientos apropiados. Se comenzaba a establecer las etiquetas, a hacer clasificaciones; se comenzaba a distinguir entre sí con algo más de claridad la locura y la insuficiencia mental, la melancolía y el delirio; con Morel y después con Kraepelin fueron reagrupados una serie de «casos» psiquiátricos bajo el concepto de «demencia precoz», lo que hoy llamamos esquizofrenia.

La ideología ochocentista de la ciencia, el desarrollo del método anatómico-clínico y los grandes éxitos de la medicina contribuyeron al desarrollo de la ideología médica positivista en la psiquiatría. Esta no constituyó un auténtico factor de comprensión del trastorno mental, ni un elemento de liberación respecto a la opresión ejercida sobre los internados en los manicomios. Hasta aquel momento, los principios del «tratamiento moral» habían dejado la puerta abierta a una concepción de la enfermedad mental como extravagancia y desviación de la moral y de la voluntad, y por consiguiente como hecho que se debía condenar y reprimir; sin embargo, estos principios habían mantenido vivo, al mismo tiempo, el concepto de una crisis todavía humana, y habían favorecido, por tanto, la idea de un itinerario psicológico reeducable a través de la dignidad, el trabajo, la relación interpersonal, el llamamiento a la responsabilidad. El nuevo modelo médico-positivista de enfermedad mental, por el contrario, no dejaba resquicios: de la misma manera que una enfermedad infecciosa producía manchas rojas en la piel, la enfermedad mental producía síntomas psiquiátricos. El enfermo mental ya no era una persona que se *comportaba* de manera anómala, sino sólo un organismo que *funcionaba* mal, *segregando* movimientos desordenados, posturas aisladas, frases fragmentarias, alucinaciones y delirios carentes de cualquier significado.

El comportamiento del enfermo psiquiátrico volvía a ser incomprensible: una eventual comprensibilidad quedaba fuera de lugar, no tenía interés ni sentido. En el momento en que la psiquiatría reagrupaba los síntomas y los trayectos clínicos, cristalizaba en su interior, suprimiendo su imagen, cualquier atisbo de drama humano y cualquier residuo de problemas históricos.

El determinismo de la filosofía positivista seguía su férrea lógica y la enfermedad debía adaptarse a ella: el trayecto de esta última indicaba un *destino*, no unas posibilidades, y era casi siempre un destino maligno.

El «tratamiento moral» entraba en crisis: en la segunda mitad del siglo XIX, los hospitales psiquiátricos volvían a ser lugares cerrados, gobernados esta vez por la disciplina sanitaria. La locura en su forma más típica —la demencia precoz— se consideraba una afección progresiva e incurable.

Positivismo psiquiátrico y clases sociales

El determinismo mecanicista y el pesimismo fueron más allá de la psiquiatría: la medicina positivista de la segunda mitad del siglo tendía a interpretar también casos humanos considerados hasta entonces de competencia no psiquiátrica. El vagabundo, el visionario, el pordiosero, pero sobre todo el criminal, *debían* ser el resultado de un oscuro determinismo análogo al de la locura, debían ser el resultado del desarrollo temporal de un mecanismo fatal, inserto en la misma constitución física de aquel individuo.

Así pues, la sociedad debía defenderse de ellos, apartar estos sujetos de su seno, en espera de encontrar los medios para curarlos. De hecho, a partir del momento en que esta sociedad rechazara, las propias contradicciones políticas, no podía considerarse responsable de los frutos malos que nacían, ya extraños, en su inferior.

El desarrollo y la represión de los conflictos de clase, la formación de estratos de burguesía media horrorizados ante la aparición de la violencia proletaria, el intento de formular nuevas justificaciones ideológicas al predominio de las clases en el poder, estuvieron entre los factores que favorecieron la difusión de un «racismo de la ciencia» (pero también, en los Estados Unidos, de una embrionaria ciencia del racismo) seguro de sí mismo y vinculado a la visión del mundo y a los privilegios de los nuevos ambientes burgueses.

El desprecio hacia la inferioridad de los enfermos mentales, de los asociales, de los criminales, de los pueblos coloniales, hacia Los pordioseros de las clases subordinadas, iba acompañado de la imagen triunfante del derecho histórico y biológico del burgués blanco dominador y colonizador, de su cultura, de su moralidad intachable y compacta.

Las causas de las enfermedades psiquiátricas se buscaban en la predisposición hereditaria, en la degeneración biológica, o bien en una desconocida afección progresiva del cerebro. La reducción del enfermo a enfermedad y por tanto su pretendida extrañidad a las contradicciones históricas, la extrañidad del «caso» a los problemas civiles, su quedar reducido a un mecanismo roto, a pura negatividad, dejaban inevitablemente abierta la puerta a una gestión puramente represiva —ni curativa ni «científica»— de la locura. El autoritarismo punitivo respecto al enfermo mental ya no era ejercido en nombre de la religión, como en la Edad Media, de la razón de Estado, como en el siglo xviii, o de la moral iluminista, como después de la Revolución francesa: sino en nombre de la ciencia y del progreso.

Al loco, a este organismo roto, a este conjunto de síntomas ya no humanos, podía convenirle la segregación, pero también la dureza del palo. El rechazo respecto al *chiflado*, imagen de lo no humano, volvía a impregnarse de moralismo. Pero esta vez era un moralismo sin reeducación ni rescate.

A partir del momento en que se borraba cualquier responsabilidad colectiva, la locura, la marginalidad social, y el comportamiento antisocial volvían a ser puros *males* biológicos, resultado y causa al mismo tiempo de actos contra el orden civil y la sociedad. La moralidad y el orden constituido eran *orden natural*; y la ciencia se encargaba de ofrecer, además de justificaciones, nuevos instrumentos de defensa. Las causas de los trastornos mentales y de la «degeneración» individual eran precisas. La disipación de la inteligencia y de los bienes, el ocio, la masturbación, el alcoholismo, el libertinaje, y, en general, las costumbres intemperantes, siendo ya los actos que violaban más claramente el orden «natural» y la moral natural de la civilización, eran al mismo tiempo la *prueba* y la *causa* del destino de ese individuo y de sus hijos: ser *tarados*. Incluso el *pauperismo*, la miseria, sólo podían ser el resultado de una selección biológica natural («los malos merecen su suerte») pero también, indisolublemente, de culpas morales («son unos degenerados, esclavos de sus vicios, ni siquiera saben utilizar los dones de la beneficencia, jamás aprenderán»).

No valdría la pena insistir sobre estas orientaciones ideológicas, si no siguiesen presentes y vivas —ya no de manera explícita, sino oculta— en la práctica psiquiátrica: es decir, si no condicionasen las actitudes y la manera de comportarse de la mayoría de los psiquiatras hacia sus pacientes proletarios.

El fracaso del modelo médico de la enfermedad mental

El descubrimiento del origen sifilítico de la parálisis progresiva pareció indicar el modelo ideal para el desarrollo de la psiquiatría positivista. Finalmente se había descubierto la naturaleza de una enfermedad mental, existía un germen que infectaba el cerebro, tenía unas causas (¡y también unas culpas morales!), una evolución, una anatomía patológica, y unas consecuencias hereditarias. En la actualidad, muchos psiquiatras siguen pensando que éste es el único camino a seguir: el problema de la esquizofrenia consistiría en buscar un bacilo. En conjunto, sin embargo, la esperanza de fundar una psiquiatría totalmente interna a la medicina ya quedó frustrada en el siglo XIX.

Ante la imposibilidad de construir la psiquiatría como una ciencia meramente naturalista, los esfuerzos de los psiquiatras se habían desahogado en la elaboración de un sistema basado en la clasificación de los comportamientos. Los comportamientos, enumerados uno a uno, separados de cualquier contexto y convertidos en objetivos, fueron denominados *síntomas psiquiátricos*, y sustituyeron a las alteraciones orgánicas cerebrales que, prefiguradas con gran seguridad por los médicos de los siglos XVII y XVIII, nadie acababa de encontrar ahora en el cuerpo del enfermo mental.

A comienzos del presente siglo el *modelo médico* del trastorno mental experimentó, sin embargo, una crisis decisiva: y esto contribuyó al paralelo cuestionamiento de la pretendida incomprendibilidad (o, mejor dicho, la pretendida falta de sentido) de la locura. Uno de los motivos de esta crisis ha sido provocado, ciertamente, por el fracaso práctico de la psiquiatría médica y biológica. En contra de las esperanzas, no sólo no se han encontrado en este siglo las causas biológicas de las psicosis y de las neurosis sino que ni siquiera se ha descubierto ningún método de tratamiento biológico decisivo. El shock insulínico, inventado en 1935, fue considerado durante algunos años un tratamiento decisivo contra la esquizofrenia, hasta que se descubrió que, además de ser peligroso, procuraba únicamente mejoras temporales: hoy ha sido abandonado en la mayoría de los países. De la misma época datan la lobotomía, casi universalmente considerada no curativa (además de inhumana) y el electroshock, cuya eficacia actualmente se cuestiona mucho y cuyos abusos se subrayan justamente. Los psicofármacos, difundidos a partir de los años cincuenta, son fundamentalmente unos sedantes y unos medicamentos sintomáticos, y no auténticos curativos.

El psicoanálisis

La contribución principal para la renovación de la psiquiatría en el siglo XX procede de Freud y de su doctrina, el psicoanálisis, la teoría psicoanalítica, nacida entre finales del siglo XIX y comienzos del actual, recogía en una síntesis genial las experiencias y las teorías de Leibnitz y de los psicólogos Herbart y Hartmann sobre el inconsciente, las intuiciones de Nietzsche y las teorías de Groddeck sobre el *Ello*, los estudios todavía hoy fundamentales de Janet sobre la psicodinámica de los trastornos mentales. La concepción freudiana se basó ampliamente en la psicología alemana del siglo XIX, pero no en la psiquiatría ni en la ciencia médica de la época: es decir, se distanció claramente de las orientaciones «organicistas» y anatómico-patológicas del positivismo psiquiátrico.

Cabe atribuir a Freud la introducción de una concepción psicológica y dialéctica del trastorno mental: éste fue visto como el resultado de un contraste, de un desequilibrio de tensiones, de un conflicto irresoluto entre exigencias humanas y sociales contradictorias. El sujeto neurótico adquiría el derecho a su *psicología*, a su vida interior. Lo más importante es que dicha psicología no sólo era comprensible, sino que era fundamentalmente la misma para el sano y para el enfermo: las dinámicas del inconsciente obedecían a leyes universales. El sano veía reflejado su propio malestar en el trastorno mental; el paciente, por su parte, recomenzaba a vivir de su comprensible *razón*, y exigía por tanto el derecho de ser escuchado. La distinción entre salud mental y neurosis acababa en gran parte por desaparecer.

El psicoanálisis, además de ofrecer un válido instrumento interpretativo para algunos trastornos mentales y para la vida psíquica en general, y aparte indicar un nuevo método de tratamiento, constituyó una crítica formidable respecto a las concepciones morales del siglo XIX. Entre otras cosas, entraba en crisis la idea de una respetabilidad burguesa garantizada para siempre. La hipótesis de que los trastornos mentales tenían su origen en la vida sexual, de que la neurosis era sustancialmente un inevitable subproducto de la civilización, de que la represión y, en definitiva, la negación puritana de los deseos *no funcionaban*, significó una general crítica cultural a la ideología «triumfante» de la burguesía colonialista de la Europa del siglo XIX, a su *respetabilismo*, así como a las concepciones psiquiátricas que se derivaban de todo ello.

La cultura burguesa más avanzada de Europa y de Estados Unidos supo acoger y utilizar en los años veinte y treinta el pensamiento freudiano como una nueva visión del mundo. En cuanto terapia e ideología, el psicoanálisis ofreció a una nueva generación de intelectuales y a una nueva clase dirigente los instrumentos para gestionar de manera más dúctil y consciente el propio poder. Renunciando de momento a la recuperación terapéutica y social de los asilados proletarios de los manicomios, y al de los pacientes aquejados de psicosis, el tratamiento psicoanalítico prometía a los sujetos angustiados y neuróticos (y a todos aquellos –incluso sanos– que podían permitirselo) no sólo el mejoramiento de sus fobias, y de sus molestias e inhibiciones neuróticas, sino también y sobre todo un juego de posibilidades psicológicas en las relaciones con las demás personas más libre, espontáneo, articulado y eficaz.

La influencia de las teorías y de las técnicas psicoanalíticas sobre la psiquiatría en general, y en especial sobre la manera de entender y tratar las psicosis (y sobre todo la esquizofrenia) se ha desarrollado en el transcurso de las décadas posteriores a Freud. La actual concepción de las neurosis no es muy diferente de la planteada por Freud; la interpretación más acreditada de las psicosis, en cambio, aún utilizando ampliamente la contribución del psicoanálisis, se diferencia actualmente de manera sustancial de la de su fundador. Más allá de las aprensiones de Freud, que consideraba inaplicable a la esquizofrenia la terapia psicoanalítica, hoy se sabe que no sólo la condición esquizofrénica puede beneficiarse del psicoanálisis y de las demás psicoterapias, sino también y sobre todo que la *relación de comprensibilidad* entre el normal y el psicótico es mayor de lo que se suponía hace veinte o treinta años.

Pese a esto, la penetración del psicoanálisis en los círculos académicos de la psiquiatría, en la preparación de los psiquiatras, y sobre todo en el modo de tratar a los enfermos en los manicomios, ha sido lenta y parcial. En los Estados Unidos, donde se ha producido la máxima fusión entre pensamiento psicoanalítico, pensamiento psiquiátrico e ideología general de la cultura burguesa, y donde la *utilización* burguesa de la psiquiatría ha sido más amplia, el tratamiento reservado a los pacientes manicomiales y, en general, a los pacientes psiquiátricos subprivilegiados sigue siendo el opresivo e impersonal dictado por las concepciones ochocentistas. Esto tiene una motivación precisa. La psiquiatría se ha dividido en dos: para los pacientes subprivilegiados sigue siendo conveniente la vieja psiquiatría opresiva; para los empleados, los técnicos, los intelectuales aquejados de neurosis, el valor de una fuerza de

trabajo cualificada (y, por consiguiente, a *recuperar*) justificaba y justifica una terapia larga y costosa como el psicoanálisis.

Sin embargo, la mayoría de los médicos siguen prefiriendo el modelo biológico positivista de la enfermedad mental, porque es más adecuado al planteamiento tradicional y a la ideología de la propia disciplina. En especial, se ha seguido justificando el significado primariamente represivo y no curativo del manicomio con la imagen clínica funcional para ello: la del loco al viejo estilo, asociaciones corporativas de psicoanalistas, por su parte, han avanzado y siguen avanzando por la línea más segura y garantizada: que consiste en defender de manera rígida el privilegio de poseer la áurea pureza del mensaje freudiano, y de aplicar de manera correcta su terapia, exclusivamente en los divanes de los barrios altos y a cambio de una remuneración adecuada.

Sólo en las últimas décadas, el psicoanálisis como método y orientación de tratamiento ha comenzado a penetrar marginalmente en los hospitales psiquiátricos; pero en situaciones y con pacientes socialmente privilegiados. Existe, sin embargo, una reciente tendencia a utilizar principios psicoanalíticos –más allá de toda preocupación directamente terapéutica– como instrumento útil para la gestión de las relaciones interpersonales en instituciones y organizaciones psiquiátricas, educativas y productivas. Esta tendencia responde a diferentes exigencias, entre las cuales no es la menor el intento tecnocrático de racionalizar las relaciones humanas con la ayuda de métodos, individuales y de grupo, de manipulación de las consciencias y de los comportamientos. Más adelante insistiremos sobre el tema.

No es éste el lugar para discutir los aspectos positivos y negativos de la ideología y de la práctica psicoanalítica. Es más urgente comenzar el debate sobre la relación entre los aspectos biológico-individuales y los interpersonales y sociales del trastorno mental. Este debate es un elemento crítico, y también un factor de desarrollo, de la psiquiatría de nuestro siglo.

Después de Freud

La concepción psicoanalítica de la psiquiatría es más psicológica que médica, pero no exactamente social. El *aparato psíquico* freudiano, con sus fuerzas, con los equilibrios entre Ello, Yo, Superyó, aún sin ser una estructura *anatómico-fisiológica*, es en Freud un aspecto constitutivo de la estructura *biológica* del individuo. La misma dialéctica entre las exigencias de los

instintos individuales y la represión social, que según Freud está en la base del sufrimiento neurótico, es considerada como una dialéctica *perenne, no histórica*, entre unos instintos biológicos siempre iguales y una represión social universal. De la misma manera que se considera perenne la constitución de los instintos del individuo, también se considera inevitable y sustancialmente invariable la exigencia represiva planteada por la existencia de la «civilización».

Bajo este aspecto, la filosofía de Freud seguía planteando el típico modelo ochocentista; existía un hombre universal, dotado de las exigencias que eran evidentes en el macho burgués adulto europeo; de este modo, las formas de la sociedad burguesa seguían siendo consideradas como las únicas posibles, a las que las restantes culturas más primitivas acabarían por adecuarse en el transcurso de un proceso concebido como lineal. El objetivo de la terapia analítica se planteaba y, por tanto, sigue planteándose en la actualidad como la búsqueda de una razonable adaptación a una forma social *determinada*: este último, por muy opresivo que sea, no sólo no puede ser discutido por el paciente o por el analista, sino que ni siquiera puede escapar a la propia naturaleza mediante cambios políticos revolucionarios, explícitamente rechazados por Freud como ilusorios.

Varios factores contribuyeron posteriormente a que el concepto de una «naturaleza humana» biológicamente determinada y ajena a las determinaciones históricas entrara en crisis. Ya a mediados del siglo pasado, Marx había sostenido que la naturaleza humana es un problema histórico y no biológico: el hombre se determina a sí mismo en lo que hace, es decir, en los modos de su *práctica*, entendida como práctica social. Esta última está dominada, en la época capitalista, por las leyes de la economía política y por las formas de la hegemonía cultural burguesa.

En nuestro siglo, el desarrollo de la sociología, el ocaso de la criminología positivista, el nacimiento de la etnología cultural, el desarrollo de la psicología, han constituido factores determinantes que han alterado los típicos esquemas biológicos individualistas y ahistóricos de la psicología y de la psiquiatría ochocentistas, y del mismo psicoanálisis. La imagen de un individuo prisionero de los propios errores y de su dinámica totalmente *interna* se ha hecho añicos. Se ha abierto paso la idea de que el trastorno mental, el sufrimiento psicológico, la anormalidad del comportamiento responden no sólo al mismo modo de funcionar del cerebro, sino, y sobre todo, a las mismas leyes *sociales* que regulan los comportamientos normales. Aún pudiendo ser fruto de molestias y de contradicciones internas del individuo, los comportamientos

«anómalos», al igual que los normales, no nacen originariamente de la *naturaleza* del propio individuo, sino que son el reflejo y la consecuencia de contradicciones de la sociedad.

Entre el final de los años veinte y el comienzo de los treinta, Wilhelm Reich planteó un reto al psicoanálisis: la *miseria* material pero también psicológica de la clase obrera, su parcial sumisión a las mentiras del poder ¿no llevaban acaso a la necesidad de fundar el problema de la neurosis de manera distinta de la que Freud había ido deduciendo a partir de sus pacientes de la alta burguesía? ¿No se debía pensar quizá que la opresión social directa, la obediencia a una moral sexo-represiva, la relación de ésta con la sumisión a la autoridad, eran las causas auténticas de unos trastornos y molestias neuróticas más amplias todavía que los analizados por Freud?

La enseñanza de Reich sigue siendo actual, sobre todo en lo que se refiere a sus textos anteriores a 1935. De igual manera se están revalorizando hoy en día los estudios de la escuela de Frankfurt sobre la familia y los escritos de Horkheimer de aquella década. En el transcurso de los años treinta nació en Alemania, y se desarrolló posteriormente en los Estados Unidos, una corriente de estudios y investigaciones influenciada inicialmente por el pensamiento de Reich y por el marxismo (especialmente en lo que se refiere a Erich Fromm y a los primeros textos de Karen Horney) que propuso una revisión de algunos principios del psicoanálisis freudiano. La escuela «neofreudiana» estuvo formada sobre todo por Fromm, Horney, Sullivan (cuyas geniales intuiciones sobre los aspectos interpersonales de la esquizofrenia experimentan hoy una revalorización) y el antropólogo Kardiner, influenciado también este último por el marxismo; marcó profundamente la psiquiatría norteamericana.

Los neofreudianos negaron la teoría freudiana de los instintos y en especial la teoría de la pulsión de muerte. Al defender que la neurosis no es, como pretendía Freud, el resultado de una lucha entre instintos y represión social, sino el resultado de condicionamientos sociales contradictorios, revalorizaron el carácter *relativo* (o sea variable según las culturas, las épocas y los estratos sociales) de las contradicciones y de las dolencias individuales. Sin embargo, su visión se tradujo en último término en una optimista filosofía de la adaptación y de la recomposición de los conflictos sociales. Los neofreudianos acabaron por oponer a Freud, que había defendido la existencia de una oposición dramática, ineliminable, entre las exigencias del individuo y las exigencias represivas de la «civilización», la posibilidad de salvarlo todo, en una versión «norteamericana» trivial e insulsa del psicoanálisis: bastaba –y

era fácil— que los buenos ciudadanos se adaptasen a la sociedad de manera positiva para que con la voluntad de los individuos y los progresos de la democracia resultasen eliminadas las contradicciones neurotizantes de las costumbres y de las vidas cotidianas.

La ausencia de una real visión de clase (y, por tanto, el hecho de ignorar las contradicciones sociales *estructurales* en el nacimiento de la dolencia mental) impidió a los neofreudianos desarrollar de manera correcta una orientación que, si bien fue sustancialmente justa en su origen, se convirtió en definitiva en un apoyo totalmente funcional a las características de la sociedad estadounidense.

Pese a ello, un juicio de radical condena política respecto a la ideología de los neofreudianos (como el expresado por Marcuse en *Eros y Civilización*) podría resultar excesivo y revalorizar indebidamente la teoría ochocentista y freudiana de los instintos. Respecto a la concepción freudiana del hombre y de la sociedad, todavía ligada a los modelos culturalistas y ahistóricos, los neofreudianos propusieron, en efecto, un modelo interpretativo indudablemente más avanzado. Es característico de la historia y de la misma naturaleza de la cultura burguesa que tanto Freud como los neofreudianos hayan propuesto en épocas diferentes ideas potencialmente subversivas, convertidas posteriormente en funcionales (y no sólo en la *aplicación* de sus teorías sino en las teorías mismas) a las exigencias de estabilización y de desarrollo del capitalismo.

En el transcurso de los años treinta y cuarenta apareció—inspirada parcialmente en Sullivan— una hipótesis interpretativa de los trastornos mentales exclusivamente sociológica, totalmente independiente de concepciones médicas e incluso psicológicas individuales. La anormalidad del comportamiento de la persona identificada como víctima de trastornos mentales ya no es vista, por parte de estas escuelas, como una dolencia *interna* del individuo («interna», claro está, aunque socialmente determinada), sino más bien como un *rol social*, es decir, como un conjunto de comportamientos inducidos y mantenidos en el grupo. Más aún, este rol sólo puede concebirse en términos de comunicación e interacción: no existe en sí mismo, sólo existe como parte de una estructura de relaciones interpersonales.

La idea de que la condición objetiva en que se halla un individuo es causa y no consecuencia de su manera subjetiva de ser y de pensar; el principio según el cual no es *culpa suya* sino culpa de un mecanismo social (que no determina él mismo) si *está mal* objetiva y subjetivamente; la legítima sospecha de que los

factores fundamentales de estas situaciones estén dados por la división en clases de la sociedad y por las leyes de la explotación: todo esto no es, en último término, privilegio de marginales teorizadores filosóficos y científicos sino que entra a formar parte, aunque sea dificultosamente, del patrimonio de una nueva concepción política de la dolencia humana. A partir de ahí, la alternativa es bastante radical. O bien la dolencia psicológica y el trastorno del comportamiento siguen siendo reducidos íntegramente a enfermedad biológica y psicológica, y esta enfermedad es considerada como un evento natural, autónomo y casual, del que la sociedad no es –en el fondo– responsable; o bien dolencias y comportamientos «anormales» se nos presentan como fenómenos socialmente determinados, y dotados, por consiguiente, de su específico significado humano, y de un espesor histórico y social en todos los momentos de su manifestación.

El principal obstáculo teórico respecto al intento de establecer una continuidad real entre psicología normal y psiquiatría (o sea «psicología patológica») reside en el carácter aparentemente incomprensible, irracional e imprevisible del comportamiento y del lenguaje de las personas etiquetadas como *psicóticas*, o bien enfermos mentales. En los últimos tiempos, sin embargo, varias escuelas han desmontado el prejuicio de esta «incomprensibilidad». La psiquiatría de orientación fenomenológica y existencialista, en especial, ha aportado una contribución decisiva a la comprensión del mundo subjetivo del psicótico; por otra parte, también ha colaborado en este proceso la corriente de estudios –de más reciente desarrollo– que se dedica al análisis de la comunicación interpersonal en la familia y en los grupos. También el psicoanálisis y sobre todo las escuelas psicoanalíticas no estrictamente ortodoxas, como la escuela junguiana, las escuelas entregadas al estudio de la psicología del Yo, y la escuela kleiniana, han proporcionado, por caminos diversos, contribuciones fundamentales a la comprensión y al tratamiento de las psicosis.

Pero no puede decirse que las teorías más avanzadas sean mayoritarias. La tendencia preponderante de la medicina occidental sigue atribuyendo todo tipo de trastorno mental a una alteración de tipo médico, o bien –en el caso de los freudianos ortodoxos y de gran parte de las escuelas postfreudianas– a un deterioro psicológico en el interior de la psique del individuo.

La situación de opresión, violencia y miseria de los manicomios, y la distinción (categórica en la práctica) entre la «psiquiatría de los ricos» y la «psiquiatría de los pobres» deben enfrentarse a la vieja ideología médico-psiquiátrica que sigue siendo dominante. Sin embargo, la misma evolución de la psiquiatría en los últimos treinta años ha abierto paso a una afirmación cada vez más decidida de una concepción histórico-social (y por tanto política) del trastorno mental y de sus métodos de tratamiento. Ahora se trata de ver si esta concepción «social» de la psiquiatría es siempre necesariamente *progresista*, y más liberadora que la psiquiatría «médica» tradicional.

Psiquiatría social e integración social

La psiquiatría, nacida en el claustro de los manicomios, actualmente forma parte de la vida cotidiana. Ya no tiene tareas únicamente represivas y curativas, y muchas veces ni siquiera presenta una faz médica. En sus sectores más avanzados, la psiquiatría ha escapado incluso a los médicos, y es gestionada de manera más inteligente y con menos prejuicios fuera de los hospitales y de las clínicas. En estas últimas décadas se ha integrado estrechamente por una parte con el psicoanálisis, y por otra con la psicología de los grupos, para ofrecer eficaces instrumentos de manipulación y de integración social.

El concepto de enfermedad mental *individual* ha entrado en crisis, y con él toda la psiquiatría tradicional. La respuesta parece estar implícita en la crisis: es la psicología social, la psiquiatría de la familia, de los grupos, de las comunidades, la psiquiatría de las dolencias colectivas. Pero, llegados a este punto, conviene preguntarse qué exige el sistema político a la psiquiatría, y si no es posible que las nuevas tareas confiadas a esta disciplina no resulten mucho más importantes y, al mismo tiempo, más peligrosas que en el pasado.

La ideología dominante en nuestra sociedad expresa exigencias muy precisas de poder, mediante instrumentos que apelan de manera directa a la psiquiatría. En los Estados Unidos, los psiquiatras y psicoanalistas más importantes llevan tiempo teorizando y practicando las nuevas tareas políticas de la psiquiatría, como instrumento de modificación individual y colectiva del comportamiento, más allá de cualquier preocupación terapéutica. Desde la utilización casi universal del tratamiento psicoanalítico en los estratos de la alta burguesía, a la publicidad, a la propaganda, a la política nacional e internacional, a las técnicas de control de los movimientos raciales,

a la educación, a la «reeducación» de los presos, la psiquiatría se encuentra actualmente en el centro de la tecnología del poder en los países de capitalismo más avanzado.

Por otra parte, algunas de las características fundamentales de la ideología del capitalismo maduro tienden a coincidir con la ideología moderna de la psiquiatría. Podemos enumerar aquí la tendencia a ocultar los problemas sociales tras los individuales y privados (y a desprender los primeros de los segundos); la tendencia a negar los conflictos objetivos (como los que existen entre las clases) presentándolos como conflictos psicológicos; a explicar los hechos sociales (y a intentar modificarlos) recurriendo a las motivaciones irracionales del inconsciente más que a la consciencia y a la razón; a valorizar la intercambiabilidad de los individuos en nombre de complejas cuantificaciones que pretenden ignorar los problemas del valor; a reducir a abstractas «dinámicas de grupo» los problemas concretos de poder que irrumpen entre las personas y en las masas; a reducir el problema colectivo de la libertad a la adaptación individual («creativa» por supuesto) a una realidad socio-ambiental inevitablemente preconstituida, y controlada desde arriba.

Psicología, psiquiatría, psicoanálisis son actualmente *ideologías y técnicas* invitadas a ofrecer interpretaciones de problemas sociales muy vastos. Por una parte, estas disciplinas difunden a nivel de masas una cierta manera de *interpretar* la realidad, en términos no políticos; por otra, tienden a recluir en un ámbito técnico sectorializado cualquier posibilidad de *transformar* esta realidad. Toda la ideología burguesa tiende a ocultar y reprimir las posibilidades de intervención política de las masas, presentando los problemas políticos como problemas neutralmente científicos, y delegando, por tanto, la política a los técnicos. De este modo, la ideología burguesa tiende a obligar a los individuos a concebir su libertad como una «dimensión privada» donde una vez más serán los técnicos de la manipulación psicológica quienes apartarán los obstáculos más molestos, con instrumentos que van de la utilización sistemática y masiva de las píldoras tranquilizantes, a la propuesta continua (y muchas veces engañosa) de interpretaciones psicologistas y evasivas de las dolencias «políticas» individuales, hasta la aplicación de sofisticadas técnicas manipuladoras.

La psiquiatría más moderna y actual ha entendido perfectamente una cosa: en último término, los trastornos mentales no son más que comportamientos indeseables. Si bien es cierto que curar los trastornos mentales no significa borrar una enfermedad, ni «suprimir los síntomas», sino conducir y reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables, también lo es que, casi automáticamente, esta finalidad ya no se aplica únicamente a los enfermos mentales sino a todos los seres humanos. A partir del psicoanálisis, las técnicas psiquiátricas modernas parecen ser más eficaces sobre los sanos que sobre los enfermos: el poder estatal, que debe enfrentarse a nuevas exigencias de previsión y de control del comportamiento a nivel de masas, hace actualmente buen uso de ello.

El problema principal ha pasado a ser el de prevenir, descubrir precozmente, y reprimir —ya no con la tosca represión de la tradición policíaca sino con métodos científicos— cualquier comportamiento indeseable. Y, secundariamente, ha surgido la exigencia de utilizar instrumentos científicos no sólo para evitar comportamientos indeseables, sino también para obtener comportamientos bien regulados y óptimos por parte de cualquier persona en el trabajo, en la escuela, en el ejército, e incluso en los momentos de ocio y de consumo. El fin de la psiquiatría coincide actualmente con el fin de la psicología humana, de la educación, de la reeducación, de la «ingeniería humana»: es la manipulación racional del comportamiento.

Sería erróneo pensar que todo esto sucede de manera sistemática y preconcebida: las iniciativas son diversas, y, por consiguiente, también las técnicas utilizadas son muchas veces heterogéneas. Nuevas técnicas psicológicas basadas en el conductismo son cada vez más utilizadas actualmente para construir, desmontar y reconstruir científicamente el comportamiento de los niños en la escuela, de los soldados de los «cuerpos especiales», de los jóvenes «inadaptados», de los presos «con tendencias antisociales», de los trabajadores industriales; el psicoanálisis es utilizado en la educación, en las instituciones; la psicología pavloviana es usada para torturar y *reacondicionar* a los prisioneros políticos; las diversas técnicas de grupo son aplicadas un poco por doquier; y actualmente se llega a hablar incluso de formas refinadas de psicocirugía para el control de la conducta.

Los departamentos superiores de los servicios de seguridad de los principales Estados capitalistas se están convirtiendo en el lugar donde estas diferentes escuelas, tendencias e iniciativas tienden a unificarse, y donde es más estricta la colaboración entre iniciativa política, represión policíaca, y psiquiatría.

Opresión y readaptación, «intervención precoz» y refinada manipulación de la opinión pública, cálculo psicológico y al mismo tiempo político de las posibilidades de acción en defensa del orden constituido, y selectiva brutalidad en el golpe: todo esto está a punto de formar parte de un único proyecto político-científico, basado en la búsqueda indiscriminada y pragmática de la mera eficiencia, en la que colaboran activamente (en especial en los Estados Unidos) psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas, a la vez que sociólogos, antropólogos y especialistas de la informática.

Los psiquiatras en la oposición

En este momento de su historia, la psiquiatría ha llegado a una crisis: es, sobre todo, una crisis de la terapia psiquiátrica, pero también el fin de la ilusión de su neutralidad. El descubrimiento y la denuncia, en las últimas dos décadas, del carácter antiterapéutico y psicológicamente destructivo del hospital, es decir, del internamiento psiquiátrico, simboliza y resume un fracaso más amplio. No sólo la psiquiatría ha perdido su inocencia, no sólo la real eficacia terapéutica de todos sus sistemas de tratamiento ha sido dramáticamente redimensionada, sino que también ha comenzado a aparecer como un peligro, es decir, como una fuente de opresión para una minoría de sujetos considerados desviados, y de mistificación para toda la sociedad. Así pues, de la propia crisis de la psiquiatría ha nacido una crítica, una oposición a la psiquiatría, pero también un cierto intento de «psiquiatría en la oposición» respecto al poder social y a los valores dominantes. Esta oposición se ha desarrollado de manera evidente en el decenio 1960-70, y hoy es un hecho político y cultural que supera ampliamente el restringido número de los «profesionales» de las disciplinas psicológicas.

Es interesante observar cómo las corrientes de oposición a la psiquiatría dominante han nacido tanto fuera como dentro de la psiquiatría. Las críticas asestadas a la psiquiatría desde fuera han aumentado siempre en los momentos de crisis de la cultura occidental. De la primera «antipsiquiatría» del movimiento surrealista hasta las exigencias antiautoritarias y anti-institucionales de los situacionistas y después de los estudiantes del *mayo francés*; de la sociología alemana de izquierdas de los años veinte y treinta hasta los estudios de sociólogos como Goffman, Scheff, Lemert y Garfinkel sobre los aspectos psiquiátricos de las dinámicas sociales de la desviación y de la exclusión; del «Sexpol» de Wilhelm Reich a las más recientes propuestas de volver a fundar una «política de la vida cotidiana»: toda una serie de

solicitaciones han venido a sacudir el viejo edificio psiquiátrico, proponiéndole una nueva definición.

Mientras tanto, dentro de la psiquiatría, hipótesis y experiencias no siempre originales han crecido hasta vaciar de sentido certidumbres aparentemente bien garantizadas. Algunas dudas vienen de lejos: por ejemplo, la crítica al concepto tradicional de «enfermedad mental» circulaba por la psiquiatría de los Estados Unidos mucho antes de los años treinta. Partiendo de los estudios de Sullivan sobre el trastorno mental como problema interpersonal, del desarrollo de la psicología de los grupos, de algunas teorías sobre la comunicación y la lógica formal, Bateson y la escuela californiana de Palo Alto proponían en los años cincuenta modos más articulados de reformular los problemas psiquiátricos como relaciones interpersonales en el seno de la familia. A partir de la confluencia de estas investigaciones con la enseñanza de las escuelas existencialistas europeas, Ronald Laing y otros proponían en Inglaterra entre los últimos años cincuenta y los primeros sesenta nuevas interpretaciones decididamente inconformistas de la condición conocida como esquizofrenia.

Con el nombre genérico de «antipsiquiatría» se identificaban en el decenio 60-70 una serie de tendencias que ponían en discusión todos los dogmas de la «ciencia» psiquiátrica tradicional. En los Estados Unidos, las teorías de Szasz sobre el «mito de la enfermedad mental» y las interpretaciones puramente sociológicas de algunos investigadores (en especial Scheff) del comportamiento psicótico; en Inglaterra, los libros de Laing, Cooper, Esterson, Berke; en Italia, *La institución negada* de Basaglia; en Francia, más recientemente, la defensa filosófica de la esquizofrenia (o la defensa de una esquizofrenia filosófica) por parte de Deleuze y Guattari: todas estas teorizaciones y testimonios tendían y tienden a negar los derechos tradicionales de la «ciencia» psiquiátrica y del poder psiquiátrico, planteando, por el contrario, sus problemas en términos que quieren ser políticos.

Contemporáneamente, de la discusión de los manicomios y de la experiencia británica de la «comunidad terapéutica» nació una serie de intentos de garantizar a la locura los derechos negados por las instituciones psiquiátricas públicas. En Londres, como la libre «contrainstitución» de internamiento de Kingsley Hall, iniciada por Laing y otros en 1965, seguida por otros centros «alternativos» y asociaciones «no profesionales» de ayuda psiquiátrica; en los Estados Unidos, con una serie heterogénea de vivísimas iniciativas de base (aparecidas en su mayoría en los años 1968-69) para neuróticos, psicóticos y

toxicómanos; en Alemania, con el «Colectivo estudiantes-pacientes» (SPK) de Heidelberg.

Pero una mirada más atenta no permite siempre una clara identificación de la naturaleza política de todas estas propuestas teóricas y experiencias prácticas, así como tampoco su real colocación «fuera y contra» la «psiquiatría del sistema».

De todos modos, es imprescindible afirmar que la única persona que ha propuesto de manera explícita y coherente una «antipsiquiatría» ha sido David Cooper. Aunque no siempre es fácil estar de acuerdo con lo que afirma en sus libros, acredita una línea «antipsiquiátrica» de oposición a la normalidad dominante que le lleva a los límites dramáticos del aislamiento personal y de la dolencia. Pero, en los restantes casos, parece lícito observar que la etiqueta de «antipsiquiatra» ha sido distribuida a personas heterogéneas, y sobre todo –y esto va a favor de su honestidad– no siempre con su conformidad. Thomas Szasz, por ejemplo, que quizás ha sido el primer «antipsiquiatra» célebre de estos años, se enfrenta en muchos libros con el mito de la enfermedad mental, y contra la psiquiatría del sistema, como moderna estructura represiva de características feudales. Pero, en realidad, pese a su vivaz y simpática falta de prejuicios, Szasz es un sólido conservador norteamericano. Basa sus teorías antipsiquiátricas en una práctica privada constituida por neuróticos, hasta el punto que a veces parece haber olvidado la existencia de trastornos de tipo psicótico; por otra parte, no se cansa de proponer, como remedio único y definitivo a la opresión psiquiátrica, la abolición de todo servicio psiquiátrico público y la reducción de la psiquiatría a la práctica privada, para pacientes voluntarios, «por su cuenta», y obviamente solventes. Además, Szasz también se ha manifestado negativamente respecto a la antipsiquiatría, acusada por él más de una vez de ser de izquierda. Los demás antipsiquiatras anglosajones (entre los que descuellan Laing y Cooper) son, a diferencia de Szasz, unos líderes de la «contracultura» juvenil: su evolución (y quizá más aún la evolución política de sus países) les ha llevado a convertirse más en santones que en teóricos o activistas políticos.

Por otra parte, ni Laing ni los demás han abandonado sus vínculos concretos con la práctica psiquiátrica o psicoanalítica: y además tampoco faltan entre los menores quienes gozan fama de antipsiquiatras pero persiguen políticas de poder dentro del *establishment*, quienes trabajan en clínicas y hospitales donde se emplean la insulina y el electroshock, e, incluso, quienes no han tratado nunca directamente con personas con trastornos psíquicos sino

únicamente con discursos hechos por los que se ocupan concretamente de ellas.

Pero ¿por qué escandalizarse? Nadie, psiquiatra o antipsiquiatra, está inmunizado ante ambigüedades y compromisos, y aunque deban hacerse las necesarias distinciones, lo importante no es ocuparse de las personas y sí, más bien, de las ideas y de las experiencias. Así pues, no debemos mitificar la antipsiquiatría, y mucho menos, claro está, los antipsiquiatras: aunque éstos ya van siendo deteriorados por las modas y la fama.

Ronald Laing, que quizá sea el más importante y más digno intelectualmente de todos, ha rechazado recientemente el título de «antipsiquiatra» y ha afirmado que es un psiquiatra, añadiendo (justamente, en mi opinión) que «no porque los médicos arrastren por el fango esta profesión, tratando a la gente sin amor, sin caridad, sin simpatía, hay que dejarles el monopolio del término».

No es fácil comprender, pues, en la gran crisis y confusión de la psiquiatría contemporánea lo que va contracorriente, lo que es vanguardia, y lo que simplemente forma parte de una dialéctica «interna» enteramente funcional al sistema dominante. Por otra parte, sería fácil y estúpido ser pesimistas: lo que, con razón o sin ella, se ha denominado «antipsiquiatría» (o también, más suavemente, «psiquiatría alternativa»), además de ser una elaboración teórica no siempre trivial, ha aportado en determinada época, entre 1967 y 1970, una contribución a un cambio de hábitos, a tomas de consciencia a nivel de masas, a críticas y luchas políticas: y en el fondo esto sigue siendo cierto en la actualidad, sobre todo a nivel de los temas que se debaten entre los jóvenes y en unos pocos movimientos políticos organizados. (Y también es justo y natural que muchas cosas hayan sido absorbidas, hayan caído algunas ilusiones, y otras se hayan automarginado en el curso de los últimos años.)

Cabría añadir, probablemente, que a veces asistimos a la tendencia –sobre todo en Francia e Italia– de atribuir un significado político y científico indebido o excesivo a operaciones puramente culturales con un vago sabor «antipsiquiátrico», sin ninguna relación con experiencias prácticas concretas, o bien a intervenciones –muy concretas en tal caso, pero en absoluto revolucionarias– de racionalización y modernización de las técnicas terapéuticas y los principios organizativos de las estructuras de la asistencia psiquiátrica pública.

En Italia, la «psiquiatría en la oposición» ha tenido una doble característica. Por una parte, se ha desarrollado en un país caracterizado por un fuerte atraso administrativo y organizativo en el campo de los servicios públicos (así como por un específico atraso científico-cultural); por otra, ha estado más decididamente politizada que en Francia, Inglaterra o los Estados Unidos.

No es éste el lugar para efectuar un análisis de la situación de la psiquiatría italiana en los últimos años, y hay que limitarse a unas cuantas observaciones. Los esfuerzos de renovación de la psiquiatría, iniciados especialmente en Perugia y en Gorizia, se difundieron en Italia después de 1968, concretándose en numerosas iniciativas, pocas veces ligadas entre sí, en diferentes regiones. En 1969-70, en el auge de la contestación juvenil, la clase obrera italiana y sus organizaciones se planteaban con decisión el problema político del bienestar, de la salud, de la gestión social de la escuela y de los servicios. Administraciones públicas gestionadas por los partidos de izquierda favorecían las iniciativas psiquiátricas innovadoras. Enfrentada al viejo y al nuevo *establishment* manicomial y universitario, la psiquiatría italiana ha comenzado a ser europea. Por una parte, con la transformación de las estructuras organizativas, y por otra, con la importación de los más modernos modelos terapéuticos (psicoanálisis, psicoterapia de grupo, terapia relacional), la psiquiatría italiana ha cambiado más en estos últimos cinco años que en los treinta precedentes. No han faltado, en este ámbito, algunos intentos de subordinar el trabajo psiquiátrico a las perspectivas de la lucha de clases: y las mejores experiencias han sido las que han tenido menos publicidad. La tardía modernización terapéutica y organizativa de la psiquiatría italiana se ha mezclado de manera indisoluble con temas políticos más o menos genuinamente revolucionarios.

A diferencia de lo que ocurre en los países anglosajones (y en parte en Francia y Alemania), la joven psiquiatría «de izquierda» italiana no ha pretendido la constitución de pequeñas «contrainstituciones» autónomas. La línea predominante en Italia ha sido la de luchar para que de las fábricas, de la población de los barrios obreros, de los trabajadores sanitarios, surgiesen luchas políticas de masas capaces de producir *también* consignas avanzadas y esfuerzos concretos en contra del poder psiquiátrico dominante y en favor de una gestión social «alternativa» de los problemas del bienestar y de la salud. En este aspecto reside, por una parte, el específico valor y superioridad de las experiencias italianas respecto a las de los restantes países; pero también, por otra parte, uno de los motivos de posibles compromisos entre las exigencias innovadoras «de ruptura» y las meramente reformistas.

La experiencia italiana en el campo de la «nueva psiquiatría», aunque politizada, no siempre ha estado caracterizada por la búsqueda de una correcta línea de clase. En 1968, las temáticas antiinstitucionales y anti-autoritarias habían constituido la elección precisa (y –conviene añadir– extraordinariamente eficaz) de un terreno de verificación para algunas «ciencias» falsamente neutrales. Se examinaron la pedagogía y la psiquiatría, pues se negaban a dar por supuesto que tuviesen en sí mismas sus propias justificaciones: el auténtico significado de estas disciplinas aparecía en toda su poco apetecible realidad precisamente en las *instituciones*, o mejor dicho en los *institutos* de internamiento y en el espíritu autoritario que los animaba. Manicomios, colegios y orfanatos, examinados con mirada despiadada, no sólo revelaron su propia miseria, sino también la miseria de las disciplinas que pretendían justificarlos, y de sus sacerdotes.

Ahora es lícito expresar la hipótesis de que después de 1968 una parte de la burguesía italiana se adueñó de algunos de los temas propios de esta revuelta, abstrayéndolos, sin embargo, del contexto revolucionario que los había justificado, y transformándolos en instrumentos de diversión.

Al recoger una temática tradicionalmente grata al progresismo intelectual de una parte de la burguesía europea, siempre propensa a atribuirse actitudes radicalizantes y libertarias, después de 1968 los temas antiinstitucionales fueron recogidos por el poder, aislados respecto a la lucha de clases, y por consiguiente disfrazados y embalsamados. Se intentaba, de este modo, una tan esquemática como genérica reducción de los temas políticos reales a categorías socio-políticas mal precisadas o incluso inconsistentes. En lugar del análisis de clases se revalorizaban heterogéneas aproximaciones entre los pacientes de los manicomios, los negros, los habitantes del Tercer Mundo, los subproletarios. En lugar del análisis de las condiciones de explotación del proletariado, se transformaba emotivamente la «exclusión» en una categoría político-existencial. En lugar del análisis de toda una compleja estructura social de dominación y de poder de clase, una superficial dilatación del concepto de «desviación» creaba una vez más la imagen de una falsa, fácil y sugestivamente pesimista dicotomía entre unos pocos «integrados» y una mayoría de «no integrados». En lugar de un estudio y de una denuncia serios y articulados de las relaciones existentes entre todas las instituciones típicas de la sociedad burguesa, de la familia al Estado, de las instituciones culturales a los hospitales, a las cárceles, al ejército, se volvía a proponer la falsa escisión «liberal» entre las habituales instituciones más evidentemente opresivas, como la cárcel y el manicomio, y la proclamada libertad del ciudadano.

Hay que decir que no faltaron posiciones más correctas. Después del 68 estudiantes y jóvenes obreros se apercibieron de que una crítica anti-institucional correctamente entendida remitía por una parte a un análisis de las contradicciones de clase de la sociedad (y, por tanto, de los manicomios a las cárceles y a los hospitales y al sistema sanitario, de los institutos para menores a la escuela, al ejército, a las formas del aparato de Estado, hasta la contradicción fundamental entre poder burgués y fuerzas productivas) mientras que por otra remitía al cuestionamiento de las instituciones-base de la vida cotidiana: la familia y la pareja. De este modo, el problema de los manicomios comenzaba a ser visto más claramente como parte integrante de un sistema de poder; y el sufrimiento psicológico era referido a las condiciones objetivas y subjetivas de vida. En contra de la tentación de encerrar nuevamente el problema de la renovación psiquiátrica en cenáculos corporativos de laureados «profesionales», estratos cada vez más amplios de operadores psiquiátricos, de enfermeros, de estudiantes, insistieron y siguen insistiendo en buscar en primer lugar una correcta «línea de masas», es decir, un vínculo con los males y las reivindicaciones políticas de base, en las fábricas, en los barrios y en los pueblos.

A un interés y a una pasión política que probablemente no se ha debilitado en estos últimos años en torno de estas temáticas, ha correspondido, sin embargo, en Italia, de un tiempo a esta parte, una disminución de los espacios y de las posibilidades de lucha y de intervención. Después de 1971-72, varios factores han contribuido a obstaculizar el impulso hacia una lucha contra la «psiquiatría del sistema»: la fallida realización de la reforma sanitaria, la crisis económica, el arrinconamiento de la consigna de defensa de la salud por parte de los sindicatos y de los partidos obreros, el esfuerzo por parte de la izquierda histórica de abandonar cualquier temática de clase. De ahí, el impulso a abandonar subrepticamente la crítica y la acción política de base en el campo sanitario, socio-asistencial y psiquiátrico, para buscar soluciones «técnicas» eficientes, o una genérica «democratización» de la psiquiatría; de ahí, finalmente, la tendencia de algunos burócratas particularmente obtusos en querer sustituir incluso una mínima renovación técnica y organizativa por una mera y simple inflación de los servicios asistenciales existentes, o sea, un tosco aumento cuantitativo de «prestaciones» asistenciales y psiquiátricas de bajo nivel.

Pese a estas dificultades, no hay que dar por descontado que, ni en Italia ni en otras partes, la «psiquiatría en la oposición» retorne a las posiciones y a los límites requeridos por el sistema político dominante. La toma de consciencia tanto de la importancia del problema psiquiátrico como de la importancia de la dimensión psicológica en la vida cotidiana de la sociedad capitalista avanzada, junto a la creciente intolerabilidad de los operadores psiquiátricos europeos (y ahora ya no sólo de los médicos, sino también de psicólogos, diplomados y enfermeros) hacia las tareas que les exigen los administradores-políticos del poder burgués, van creando una situación que, pese a todos los retrasos y ambigüedades, es muy prometedora. A pesar de todas las dificultades, la política ha entrado en la psiquiatría: y con el disgusto de los defensores –ingenuos o hipócritas– de su «pureza» científica está destinada a seguir allí.

Notas

Los mejores y más importantes textos de historia de la psiquiatría son: M. Foucault, *Histoire de la folie a l'age classique*, Plon, París, 1961 (trad. cast. *Historia de la locura*, Siglo XXI, México); y Klaus Dörner, *Bürger und Irre*, Europäische Verlag sanstalt, Frankfurt, 1969. Ambos volúmenes se ocupan del siglo XVIII y sobre todo del XIX. Una breve historia de la psiquiatría que trata también de la antigüedad y del siglo XX es la de M. Ristich de Groote, *La folie à travers les siècles*, Laffont, París, 1967. Aparte el conocidísimo libro de Zilboorg, aunque de anticuados planteamientos (data de 1941) (*A history of medical psychology*), también podemos recordar aquí F. G. Alexander y S. T. Selesnick, *The history of psychiatry*, Harper & Row, Nueva York, 1966. También es fundamental para la psiquiatría contemporánea el libro de H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious*. Basic Books, Nueva York, 1970.

Se han reeditado en Inglaterra y se reeditarán en Italia algunos interesantes textos clásicos de la renovación psiquiátrica de comienzos del siglo pasado: véase, por ejemplo, John Conolly, *The Construction and Government of Lunatic Asylums*, Dawsons, Londres, 1968.

Sobre las relaciones de continuidad entre la psiquiatría del siglo XIX y la que actualmente sigue siendo mayoritaria, *cfr.* F. Giacanelli y G. Campoli, «La costituzione positivista della psichiatria italiana» en *Psicoterapia e scienze umane*, n.º 3, julio-septiembre de 1973; y F. Giacanelli, «L'equivoco della neuropsichiatria», en *Inchiesta*, IV, n.º 5, julio-septiembre de 1974.

No puede entenderse la importancia de Freud para la historia de la psiquiatría y de toda la cultura occidental con la mera lectura de sus obras. (Aparece a veces como un «genio solitario» entre otras cosas porque, al ser persona genial además de cultísima, no se preocupó demasiado, y con razón, de recordar en sus escritos sus propias deudas culturales.) Hay dos libros muy recomendables para situar a Freud en relación con sus predecesores: L. L. White, *The Unconscious before Freud*, Basic Books, Nueva York, 1960, y, sobre todo, el libro de Ellenberger citado anteriormente: se trata de un texto fundamental para situar la totalidad del psicoanálisis en la historia de la cultura occidental. Otro libro realmente muy estimulante y útil a este respecto (aunque no enteramente compartible) es: Philip Rieff, *Freud, the mind of the moralist*, Nueva York, 1959.

Sobre Reich existe un buen ensayo en P. A. Robinson, *The Freudian Left*, Nueva York, 1969, y existen varios libros: conviene, sin embargo, leer a Reich directamente.

Sobre la escuela postfreudiana y neofreudiana véase J. A. C. Brown, *Freud and the Post-Freudians*, Penguin, Londres, 1961. También son importantes: C. Thompson, *Psychoanalysis: Evolution and Development*, Hermitage House, Nueva York, 1950, y, sobre todo, M. Birnbaum, *Neo-Freudian Social Philosophy*, Stanford Univ. Press., 1961. Entre las principales obras de los neofreudianos están las de E. Fromm, *Escape from Freedom*, Rinehart, Nueva York, 1941 y *The Sane Society*, Rinehart, Nueva York, 1955 (trad. cast. de H. S. Sullivan (que presenta un interés psiquiátrico mucho mayor), *Conceptions of Modern Psychiatry*, Norton, Nueva York, 1940 y *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Norton, Nueva York, 1953.

Los textos fundamentales respecto al desarrollo postsullivaniano de la psiquiatría interpersonal anterior a Laing son: I. J. Ruesch y G. Bateson, *Communication: the Social Matrix of Psychiatry*, Norton, Nueva York, 1951, y G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. Weakland, «Toward a theory of Schizophrenia», en *Behavioral Science*, 1 (4) octubre de 1956, págs. 251 y ss. Véase además, también para la bibliografía, P. Watzlawick, Beavin y Jackson, *Pragmatics of Human Communication*, Norton, Nueva York, 1967.

Es difícil o imposible indicar una selección homogénea, y que no sea demasiado restringida ni demasiado amplia, de fuentes y de lecturas sobre el tema de las nuevas tareas de integración y control social de la psiquiatría (y también del psicoanálisis).

Véanse: H. Marcuse, *Eros and Civilization*, Beacon Press, Boston, 1955 (trad. cast. *Eros y Civilización*, Seix y Barral, Barcelona); las Actas del congreso «Dialectics of Liberation» de 1967 en Londres a cargo de D. Cooper; diferentes contribuciones, en las Actas del congreso «Psicoterapia e scienze umane» de 1970 en Milán; el fascículo de *Sapere* sobre el comportamiento controlado, n.º 777, diciembre de 1974; G. Seaborn Jones, *Treatment or Torture*, Tavistock, Londres, 1968; P. London, *Behavior Control*, Harper & Row, Nueva York, 1969; R. Leifer, *In the Name of Mental Health: the Social Function of Psychiatry*, Science House, Nueva York, 1969; D. Mechanic, *Mental Health and Social Policy*, Prentice-Hall Nueva York, 1969. Y los libros de Szasz, y todos los citados a continuación.

Sobre los «psiquiatras de la oposición», una breve lista de textos principales puede ser la siguiente: R. D. Laing, *The divided Self*, Tavistock, Londres, 1959 (trad. cast. *El Yo dividido*, F.C.E., México); R. D. Laing, *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*, Penguin, Londres, 1967; T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, Hoeber Harper, Nueva York, 1961; T. J. Scheff, *Being Mentally Ill*, Aldine, Chicago, 1966; M. Barnes y J. Berke, *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness*, Mc Gibbon & Kee, Londres, 1971; F. Basaglia (a cargo de), *L'istituzione negata*, Einaudi, Turín, 1968 (trad. cast. *La institución negada*, Laia, Barcelona). Se encuentra una bibliografía bastante completa de la «nueva psiquiatría» en la que quizás es la mejor antología aparecida sobre el tema: L. Forti (a cargo de), *L'altra pazzia*, Feltrinelli, Milán, 1975. Otras antologías son: J. Agel (a cargo de), *The Radical Therapist*, Ballantine, Nueva York, 1971; J. Agel (a cargo de), *Rough Times*, Ballantine, Nueva York, 1973; Phil Brown (a cargo de), *Radical Psychology*, Harper & Row, Nueva York, 1973; H. M. Ruitenbeek (a cargo de), *Going Crazy*, Bantam Books, Nueva York, 1972; y T. Clark y D. T. Jaffe (a cargo de) *Toward a Radical Therapy*, Interface Books, Nueva York, 1973. En varios textos de estos libros, y en los diarios de que están muchas veces sacados, se puede leer el espíritu mejor, más concreto y menos intelectualista de la «psiquiatría de la oposición» anglosajona, pese a algunas ingenuidades. En Francia, cfr. sobre todo, de F. Guattari, *Psychanalyse et transversalité*, Maspero, París, 1972; y de G. Deleuze y F. Guattari, *L'Anti-Oedipe*, Minuit, París, 1972 (trad. cast. *El Anti-Edipo*, Barral, Barcelona, 1974). Sobre el reciente debate «psicoanálisis-marxismo», véase la voz *Psicoanálisis* del «Diccionario razonado» de este volumen.

Sobre la situación de la psiquiatría italiana en los últimos años, cfr. AA. VV., *Processo al manicomio*, Actas del Congreso Nacional de Psiquiatría Social, abril de 1964, Ed. Leonardo, Roma, 1966; F. Basaglia (a cargo de), *Che cos'è la psichiatria?*, Ed. Ammin. Prov., Parma, 1967 (reeditado en Einaudi) además, también de Franco Basaglia (a cargo de) *L'istituzione negata*, cit. Véase también G. Jervis, «Sulla difesa della salute in Italia», en *Rivista degli ospedali*, vol. II, n.º 5, septiembre-octubre de 1970, págs. 437 y ss.; G. Jervis, «Manicomi eccetera», en *Inchiesta*, n.º 5, 1972, págs. 33 y ss.; G. Jervis, «La lotta per una nuova psichiatria», en *Rinascita*, n.º 48, 1972 (el comienzo del artículo, de tipo político, ha sido, sin embargo, incorrectamente manipulado por la redacción de la revista); S. Mistura, «Psichiatria, operatori sociali e convegni», en *Inchiesta*, n.º 15, julio-septiembre de 1974, págs. 62 y ss.; AA. VV., *La pratica della follia*, Actas del I Congreso Nacional de la Asociación Psichiatria Democrática, junio de 1974, Ed. Critica delle istituzioni, Venecia, 1975. Cfr. además los cuatro primeros años de la revista *Inchiesta*. Un debate a menudo muy concreto y vivo, aunque parcial, puede encontrarse en los «Fogli di informazione» del hospital psiquiátrico de Arezzo, Ed. Centro di Informazione, Pistoia.

Las declaraciones de Laing sobre psiquiatría y antipsiquiatría están sacadas de *Le Monde* del 13 de marzo de 1975.

Sobre el manicomio, la renovación psiquiátrico-institucional, la comunidad terapéutica, etc., cfr. el capítulo cuarto, y las notas.

Capítulo Tercero

DESVIACIÓN, TRASTORNOS MENTALES E IMAGEN DE LA LOCURA EN LA SOCIEDAD

El problema de la naturaleza de los trastornos mentales se afrontará en este capítulo sin separarlo de su *imagen social*.

Los trastornos mentales son una forma de desviación. Conviene aclarar en primer lugar el significado de este concepto.

Premisa. Qué significa *desviación*

Este concepto halla su fundamento en la sociología. «Desviación» existe siempre en relación con una *norma*. En su significado preciso, desviación no significa excepcionalidad, ni indica algo «desmesurado» o «infrecuente»; y tampoco coincide con la idea de «inadecuación». El concepto de desviación incluye todos estos conceptos, pero implica, sobre todo, algo más, es decir, un *juicio moral*. Desviación indica la indeseabilidad social, la oposición de hecho al código moral y a las convenciones dominantes. Así pues, el concepto de desviación es *normativo*: desviación es violación de normas consideradas «justas», «sanas», «morales»; y es violación de *prohibiciones*.

Debemos referirnos primeramente al *comportamiento* desviado. Una *persona* desviada es aquella a la que se atribuyen comportamientos desviados más o menos estables y típicos, que permiten caracterizarla frente a su ambiente social. Dicho ambiente, en cuanto expresa unas normas que el desviado resulta violar, expresa siempre asimismo unas *sanciones* respecto al desviado. Es decir, la sociedad adopta, formal o informalmente, una serie de medidas, por lo general de tipo punitivo, que tienden a devolver al desviado al seno del comportamiento normal, a neutralizar sus acciones, o a marginarlo más o menos radicalmente del consorcio de los individuos «normales».

La definición de lo que es desviado varía según las culturas, los períodos históricos, las categorías sociales. Visto que las normas sociales son convencionales, también un comportamiento es desviado *no* en función de principios universales, sino a partir de la voluntad y el poder de la clase hegemónica en una determinada forma societaria. La clase dominante tiende a imponer a toda la sociedad los modelos de comportamiento que son aceptables, y aquellos que, por el contrario, están *prohibidos*, o sea sometidos

a sanción. A excepción de la prohibición del incesto, no parece que existan principios y reglas realmente universales. Comportamientos caracterizados, según las sociedades, por su agresividad o mansedumbre, por responsabilidad individual o colectiva en el cuidado de los parientes, por respeto o ausencia de posesión personal, por participación o aislamiento en la vida del grupo, por erotismo homosexual o heterosexual, por adhesión a la realidad empírica o búsqueda de experiencias alucinatorias, son susceptibles, según las culturas, de ser considerados normales o desviados, y en este último caso de ser prohibidos con mayor o menor fuerza. En una determinada forma societaria, el código de la norma y de la desviación está siempre estructurado de tal modo que favorece la estabilidad del orden social constituido.

También es variable la identificación entre sujeto desviante y comportamiento desviante. Un individuo que haya presentado un comportamiento desviado, o al que se le atribuya éste como habitual, puede ser más o menos fácilmente etiquetado y *marcado*: en tal caso, la atribución de la desviación ya no concierne al concreto episodio de comportamiento, sino que se refiere al individuo *en sí mismo*.

Se efectúa en tal caso una inversión causal que tiene especial importancia en psicología social. En lugar de identificar al sujeto como desviado a partir de su comportamiento (por el cual, por otra parte, es obvio que el individuo no se identifica totalmente: es evidente, por ejemplo, que quien ha robado, o roba habitualmente, no es ladrón en todas sus acciones), se considera al sujeto como desviado en todo y *primordialmente*. Se le atribuye la «desviación» como «esencia» natural individual: *por consiguiente* todos sus actos son considerados como inevitablemente impregnados de desviación. Esta dinámica del prejuicio, que tiene importantes afinidades con la psicología del racismo, explica buena parte de las actitudes que prevalecen por doquier respecto a personas consideradas delincuentes mentales, «drogados», o «sexualmente anormales».

Todas las culturas poseen una *ideología* de la desviación: es decir, poseen unas ideas y unas teorías que tienden a justificar la gestión represiva de la desviación. La principal de estas teorizaciones ideológicas se refiere a la negación del carácter relativo, o sea convencional, de la desviación. El código de la desviación se impone con mayor facilidad si el sujeto desviado es castigado como violador de un ordenamiento absoluto. En las culturas de sello religioso el desviado es identificado con el violador voluntario de un ordenamiento de directa procedencia divina.

En las culturas «secularizadas», en cambio, sobre todo si predomina la ideología de la ciencia, el orden social tiende a encontrar su justificación ideológica en la objetividad de las leyes naturales. En tal caso, el desviado es identificado con un enfermo o con un ser biológicamente anormal. El código de la desviación se refiere en tal caso a una ideología *naturalista*. La influencia del positivismo médico sobre la psiquiatría y la criminología europeas a fines del siglo pasado ha contribuido a acentuar esta tendencia, hasta el punto de permitir, todavía hoy, la supervivencia de conceptos como los de «delincuente tendencial» o «psicópata degenerado». Estos conceptos, científicamente inconsistentes, pueden ser considerados como ejemplos de la transformación de una ideología social reaccionaria en disciplina académica.

Los modernos estudios e investigaciones sociológicos se han ocupado tanto de la desviación en general como del destino de algunos de sus representantes típicos, como, por ejemplo, el loco, el alcohólico, la personalidad psicopática «antisocial», el internado o ex internado en institutos psiquiátricos, el llamado *delincuente juvenil*. Las teorías preponderantes en la actualidad tienden unánimemente, y con argumentos muy válidos, a acentuar respecto a concepciones anteriores la importancia de los factores sociales en la determinación de los comportamientos etiquetados como *desviados*. Esto significa que factores sociales y circunstancias de vida (mucho más que predisposiciones genéricas o enfermedades fortuitas) son responsables de estos comportamientos.

La sociedad industrial de Occidente se caracteriza, a este respecto, por un conjunto muy complejo y extremadamente contradictorio de normas, por lo que es difícil que exista un solo ciudadano que no haya violado una vez en su vida los códigos escritos y no escritos de la moralidad y de la ética civil habituales. Por otra parte, la infinita mayoría de los individuos nunca son castigados por sus más o menos esporádicos –pero muchas veces graves– comportamientos antisociales; muy pocos, además, son estigmatizados de manera definitiva como «sujetos desviados» frente a sus semejantes.

Existe la tendencia a identificar de manera clara y permanente solo a *unos pocos* sujetos, y no a los demás, como desviados, y por tanto a estigmatizarles y expelerles del consorcio de los ciudadanos normales. Se crean de este modo los desviados «oficiales», que construyen *modelos de desviación*, y están representados casi exclusivamente por personas muy subprivilegiadas.

El orden societario capitalista atribuye actualmente a los ladrones (pobres), prostitutas (pobres), enfermos mentales (pobres), exhibicionistas sexuales (pobres), vagabundos (sucios), alcohólicos (pobres), asociales sin recursos, extravagantes, andrajosos y visionarios la función de representar una serie de destinos a evitar, de imágenes negativas evidentes y claras para todos. (No faltan los ladrones, estafadores, especuladores, alcohólicos, psicópatas violentos, prostitutas, etc. *privilegiados*, pero éstos no son «desviados» y casi nunca son castigados.) A partir de estas imágenes, de estos estereotipos, la mayoría de los buenos ciudadanos construyen y confirman los difíciles esquemas de comportamiento en los que, de manera feliz y tranquila, se reconocen a sí mismos como *normales*.

Los estudios sobre la constitución y, sobre todo, la perpetuación de los comportamientos desviados tienden a confirmar la tesis según la cual el orden social *crea* y *mantiene* los comportamientos desviados en una minoría de sujetos, y *los utiliza* para una serie de fines. Los desviados sirven como chivos expiatorios; son ejemplos y modelos educativos «en negativo»; justifican la existencia de organizaciones represivas como la policía (al mismo tiempo que ocultan sus finalidades políticas); finalmente, sugieren la correlación entre la pertenencia a una categoría social inferior y el posible deslizamiento fuera de los márgenes de la normalidad. Es superfluo subrayar cuán útil resulta todo ello a los intereses de la clase dominante.

El hecho de que algunos individuos estigmatizados como desviados sean portadores de anomalías cromosómicas, de graves inferioridades físicas, de lesiones cerebrales, de psicosis o reliquias de psicosis, no autoriza a considerar el concepto de desviación como análogo o superponible al concepto de enfermedad. Es cierto que factores de incumbencia médica o, más genéricamente, biológica puedan tener *a veces* mucha importancia en la formación de comportamientos considerados desviados: pero no es menos cierto que la mayoría de estos comportamientos aparecen al margen de cualquier causa médica o biológica aceptable. No existen, además, factores médico-biológicos que puedan ser considerados como causa necesaria y suficiente en la determinación del «destino personal» o carrera vital del desviado. La «carrera vital» del desviado (que constituye después la *prueba* de la desviación para la opinión común) está determinada esencialmente por el *tratamiento* que la sociedad reserva a la persona que etiqueta como desviado. El problema central de la desviación se resume en este círculo vicioso.

En la mayoría de las ocasiones, el desviado es, desde el comienzo, víctima de una situación de injusticia social. A partir del momento en que es marcado, o *etiquetado*, como desviado, esta etiqueta pasa a ocultar y negar el hecho de que es una víctima, y absuelve de cualquier responsabilidad al sistema social. Así pues, el desviado es *censurado* por el hecho de ser desviado (es el mecanismo de «censurar a la víctima»), y por tanto es *discriminado* y también *utilizado* de las maneras más diferentes. Los desviados son, pues, una suma, un conjunto heterogéneo de individuos concretos, dotados de escasísimo poder social, e insertos en un ámbito muy preciso en el interior de la estructura general de la sociedad. Los estudios sobre la desviación expresan de manera directa,, aunque no siempre evidente, la ideología de su autores. En los últimos años, estudiosos en posiciones marxistas o influenciados por el marxismo han propuesto revisiones radicales del concepto burgués, hoy todavía preponderante, de desviación. De esta manera se han cuestionado los estereotipos que pretenden justificar tanto la *criminalización* como la *psiquiatrización* de personas que, individualmente y en condiciones de desventaja social, adquieren comportamientos «desviados». Por otra parte, estos mismos estudios revelan claramente la necesidad de denunciar también un error muy común en la actualidad, que consiste en valorar en sí como «alternativo» o «subversivo» cualquier comportamiento de los «desviados» o de categorías concretas de desviados. Está claro que es un error lógico, además de político, pretender rehabilitar la desviación en sí misma, sólo porque su imagen *parece* salir de las reglas del sistema. Nos encontramos aquí ante un cortocircuito pseudopolítico que, entre otras cosas, hace verano de cada golondrina, uniformando y trivializando problemas muy diferentes.

Los intentos de negar o de reducir el problema de la locura

Hay que observar que no es posible ignorar ni superar la existencia de un problema específico de la locura. Con este término genérico, y con los términos equivalentes de «psicosis», «enfermedad mental», y «alienación mental» se identifica de manera convencional un grupo de comportamientos desviados. Su característica común más evidente es que, para el observador externo, aparecen como difícilmente previsibles, escasamente controlables y sustancialmente irracionales. Estos comportamientos son de tal naturaleza que se prestan, según los criterios de valoración difundidos a nivel de masas en nuestra cultura, a una interpretación de tipo médico. La interpretación de la locura como tema que incumbe a la medicina, es decir, como *enfermedad*, sigue implícitamente presente incluso cuando la imagen de la locura se

expresa en términos imprecisos y pintorescos, y por tanto no científicos, por ejemplo con atribuciones como «no está bien de la cabeza», «está majara», «tiene una enfermedad nerviosa», «no es normal». No siempre está justificada una contraposición entre las actitudes populares o «vulgares» hacia la locura y las actitudes «técnicas» o cultas. Existen entre ambas relaciones y afinidad.

La locura, más que una característica intrínseca a una persona, un aspecto evidente de un determinado individuo como persona física, es un *juicio* que se expresa sobre su comportamiento. La locura es fundamentalmente un juicio de desviación; en la práctica, es el nombre que reciben algunas violaciones de las reglas de la vida social. Resulta mucho menos claro el aspecto psicológico personal de la locura: es decir: qué es la locura para el interesado. ¿Cuál es su *condición psicológica* real, vivida, qué funciona, o no funciona, y por qué, y cómo, «en su cabeza»?

La locura *en sí* tiende a escapar a la investigación porque, en primer lugar, no es fácil de comprender. Se suele hacer referencia a unos estados emotivos, a estados de ánimo, a condiciones de malestar interior, de exaltación, de confusión, y así sucesivamente, cuya esencia se intenta entender por analogía con estados de ánimo más comunes, conocidos y cotidianos. Pero estas dolencias y estos trastornos no pueden ser verificados «desde fuera», objetivamente. No se puede leer directamente lo que contiene la cabeza de la gente: la idea de que los psiquiatras son capaces de hacerlo es una fábula necia. El problema no cambia en los casos –que, por otra parte, son una minoría– en que la dolencia está mantenida por la presencia de una enfermedad cerebral. (Este último es el caso de las llamadas psicosis orgánicas.) También ahí se conoce bien poco de la dolencia real del sujeto.

En todos los casos, la presencia de un estado de «dolencia psicológica», de «locura» o de «enfermedad mental» se deduce indirectamente, ahora y siempre, del comportamiento del interesado; o bien, en el mejor de los casos, de la descripción que él ofrece de su propio estado de ánimo. Que exista algo «diferente» dentro de él, dentro de su modo de sentir y de razonar, no pasa de ser una hipótesis. Esta hipótesis, precisamente por su fragilidad, sigue remitiendo a una *valoración* de la *persona*: de la persona global, no sólo de su comportamiento más o menos ocasional. (Siempre se dice que una persona está loca; si se dice que se *comporta* como un loco, se quiere expresar que en el fondo está bromeando.) Este juicio de locura es siempre un juicio de valor, y va siempre ligado a una valoración moral. Pero, cuidado: este juicio puede ser injusto, pero no es necesariamente *arbitrario*. Si *loca* es la persona a la que

unánimemente se aplica el juicio de locura, este juicio no es totalmente casual: en la mayoría de las ocasiones el loco tiene realmente dificultades, o, si se prefiere, *problemas psicológicos* que a continuación intentaremos definir. En este sentido la locura *existe*. (Cosa que no significa, sin embargo, que exista *como enfermedad*, en el sentido usual de este último término.)

Enfermedad mental, «locura», son siempre fundamentalmente *sentencias reductivas y desvalorativas*. Un juicio de enfermedad mental o de locura sereno, desapasionado y objetivo, es prácticamente imposible. La locura «en sí» se ha hecho invisible, además de por su aparente incomprendibilidad, por el hecho de que su existencia está *cubierta* por el juicio de locura como ineliminable sentencia de desviación, juicio de valor, censura y condena.

La voz popular tiende fácilmente a atribuir al individuo identificado como loco características físicas que pretenden ser «objetivas» o «evidentes en sí mismas» (por ejemplo, un rostro deforme, insólito, o «una mirada alucinada») o características psicológico-morales «evidentemente» negativas (como la mente perversa, la agresividad, la imprevisibilidad, una genérica peligrosidad). No se admite que *todo* el individuo *no* esté dañado, y no se admite que este daño no sea *visible*. De este modo, la opinión común quiere convencerse, y creer, que también existen verificaciones *médicas* objetivas de la locura, es decir, supone que mediante el examen médico, la prueba de reflejos, o mediante análisis de laboratorio, se puede hacer evidente y objetivo el estado de locura. Pero esto no es cierto. Sin embargo, la psiquiatría tradicional contribuye también a este equívoco en cuanto tiende a atribuir a la locura características de enfermedad orgánica. Pero no salimos del terreno de la ficción: en realidad, no existe ningún modo de distinguir con claridad y objetividad un individuo loco de otro normal. Los experimentos realizados por Rosenhan son conocidos. Si una persona equilibrada y tranquila se presenta en un hospital psiquiátrico diciendo –falsamente– que ha «oído voces» y pidiendo que le internen, pero comportándose de manera normalísima y sin ocultar ni inventar nada de su vida, su destino es recibir la etiqueta de esquizofrénico, sufrir los tratamientos más variados y ser dado de baja como «mejorado» al cabo de unas cuantas semanas: su comportamiento (como el de tomar notas sobre la vida interna manicomial) ha sido interpretado regularmente como «enfermo». Ni uno solo de los falsos pacientes de Rosenhan llegó a ser descubierto: cuando advirtió a un hospital psiquiátrico que había mandado otros falsos pacientes, este hospital consideró como simuladores enviados adrede a 41 de los 193 pacientes ingresados, cuando en realidad no había enviado a ninguno.

Se ha dicho que la locura no es una ficción, pero que la presencia de la «enfermedad mental» no puede deducirse de ningún examen clínico o de laboratorio. Así pues, la locura sigue siendo una hipótesis y una vez más, por tanto, un juicio. La psiquiatría, al no ser capaz de entender la locura, apela a la clasificación de los síntomas y a la transformación de los síntomas en imágenes de enfermedad. Las llamadas enfermedades mentales son, especialmente y en primer lugar, agrupaciones de *juicios* sobre comportamientos considerados «típicos» (o sea, agrupaciones de los llamados síntomas psiquiátricos) transformados, por un procedimiento metodológicamente incorrecto, en entidades morbosas, es decir, en sucedáneos de «enfermedades» de tipo físico.

Incluso en los casos en que la locura está relacionada con la presencia de una inflamación o de un tumor cerebral, la localización, la extensión o el tipo de tumor o de inflamación no son ni la *naturaleza* ni la *prueba* del trastorno mental, sino sólo su *probable causa principal*. En el juego de los prejuicios sociales dominantes, las enfermedades mentales y, en general, los estereotipos psiquiátricos (como, por ejemplo, la imagen de la «mirada extraña», de la impulsividad, etc.) constituyen la búsqueda de un *estigma*, es decir, de una *marca evidente de diferencia* respecto al mundo de los normales. La interpretación biológica tradicional de la locura según el modelo de la enfermedad psíquica; las antiguas –pero aún existentes– interpretaciones en términos de posesión demoníaca, de culpa moral, o de inferioridad moral congénita; y la genérica interpretación médico-popular actual en términos de «agotamiento», constituyen otros tantos intentos de «objetivizar» la locura. Al mismo tiempo, son intentos de negar la propia responsabilidad, y el riesgo de un error, en el momento en que se afirma que una persona está «trastornada» o «enferma de la cabeza». Dicha persona es «evidentemente» así, es decir, es portadora, por *sus* motivos, de un *estigma evidente* que «no somos nosotros quienes se lo atribuimos». Con este mecanismo se obtiene el rechazo de la problemática de la locura fuera del mundo de las relaciones interpersonales «normales»; y se obtiene asimismo la reducción del problema psiquiátrico de problema psicológico e interpersonal (y, por tanto, del problema *histórico* como es en realidad) a problema *ahistórico*, estrictamente individual, accidental, biológico, mecánicamente no humano. El individuo marcado como psíquicamente «anormal» es visto como contaminado por una irresponsabilidad ajena: es considerado incapaz de controlarse. Como afirma Halleck, un psiquiatra norteamericano contemporáneo:

«Si un adulto tiene relaciones sexuales con una chica de catorce años, podemos pensar que es grosero, insensible o estúpido. Pero si le llamamos *pedófilo*, tememos que no sea capaz de contenerse de asaltar sexualmente a las menores»

Existen, así mismo, otros modos, (aparentemente) más «avanzados» y «humanos», para reducir, simplificar o negar el problema planteado por la locura. El primero se refiere al intento de eliminar totalmente el problema sosteniendo que la locura *sólo* es una cuestión de prejuicios. Ahora bien, conviene añadir inmediatamente que bajo ciertos aspectos es cierto que el tratamiento de la locura no es un problema específico, y que es cuestión de prejuicios. La manera efectiva de tratar a los reclusos en el manicomio no siempre tiene mucho que ver con el hecho de que estos reclusos sean realmente «enfermos» o «locos»; de igual manera es posible defender con excelentes argumentos que también fuera de los muros manicomiales el tratamiento que la sociedad reserva a las personas que «hacen rarezas» o que, de un modo u otro, se comportan «diversamente» de la mayoría, procede de factores y dinámicas psicológicas y sociales generales, no exclusivas de la psiquiatría, y afines a las del racismo. Pero todo esto no basta para demostrar que el problema de la locura *no existe*. Muchas personas sostienen, por el contrario, que el problema de la locura, en último término, es reducible a miedos ancestrales respecto a quien *parece* diferente; o bien (según una teoría ya más articulada e inteligente pero sustancialmente afin) que el prejuicio contra la «llamada locura» es íntegramente responsable del comportamiento designado como loco, es decir, determina actitudes colectivas que inducen a determinadas personas concretas a un tipo de comportamientos que después son denominados locura. Esto es cierto sólo en parte. Los «problemas psicológicos» del loco, a que nos referíamos anteriormente, no dependen del todo del tratamiento social hacia la persona considerada diferente o loca: seguramente preexisten en parte a este tratamiento, y al etiquetamiento psiquiátrico.

La presencia de prejuicios psicosociales de tipo racista respecto a los «locos» no excluye en absoluto que las personas así designadas se encuentren, antes y después de la designación de locura, en un tipo de dificultades y de sufrimientos bastante concretos. Ni siquiera se trata de individuos cuya condición pueda ser identificada *únicamente* como el fruto de la desconfianza, de la ignorancia, de la ideología médica y de la exclusión social; y tampoco (según una interpretación todavía más trivializadora y reductiva) de personas meramente perseguidas por la miseria y la mala suerte. Se trata, por el

contrario, de personas con problemas que en general son más graves, o bien diferentes, de los de las personas «normales» o de los restantes oprimidos y marginados no considerados «casos psiquiátricos».

Algunas actitudes reductivistas no sirven para ayudar eficazmente a quien sufre trastornos psíquicos, ni para entender por qué motivo determinadas personas, y no otras, se hallan en esta condición, ni tampoco para captar qué enseñanza se puede deducir de todo ello en el terreno práctico y político.

Determinadas teorías conducen, pues, a criticar el carácter políticamente injusto de la represión respecto a quien ha sido juzgado enfermo de locura, pero no toman en consideración la misma locura y sus aspectos políticos. Sucede, pues, que la locura es considerada como un dato que debe ponerse entre paréntesis, como si fuese una desgracia natural, una alteración secundaria, o una designación convencional sin ninguna consistencia. De este modo, el paciente psiquiátrico parece ser únicamente un individuo «más débil» que los demás, alguien que ha sido aplastado por el sistema y abandonado a su destino de destrucción personal y de pérdida de la propia identidad. Según esta manera de pensar, el loco sigue siendo todavía un individuo «marginal», que hay que tolerar, o defender de una manera más humana, o bien de manera caritativa o paternalista. Nos encontramos ante el intento contradictorio de *levantar la sanción* a una desviación determinada (o sea de disminuir de manera optimista el castigo social que se abate contra la locura) sin querer discutir la definición de esta desviación. Al limitarse a pedir más tolerancia hacia el loco no se consideran las causas de la locura, ni la definición y el origen (que es origen político, y de clase) del castigo social que se abate con ella. Es fácil darse cuenta de que, también ahí, sigue aflorando bajo el disfraz del más iluminado progresismo psiquiátrico el concepto según el cual la «inferioridad» de algunos es *dada*, es decir, es una cuestión «natural», o inferioridad biológica, y no es, en cambio, un problema político desde el comienzo.

Reaparece también, con relación a estas actitudes, la censura implícita (apenas oculta por la tolerancia, y por una paternalista comprensión) hacia quien tiene problemas. La caritativa tolerancia hacia quien fuma demasiado, o cae en el alcoholismo, o se droga, o se suicida, o enferma y se autodestruye con comportamientos inadecuados o dañinos, esconde una vez más el mismo mecanismo: se perdonan (y al mismo tiempo se desprecian) estas «debilidades», y se rechaza el examen de sus causas.

Quien acaba en el manicomio no sólo es un «marginado», un «excluido», un individuo concreto «expulsado» de la sociedad a causa de su debilidad. Es, en primer lugar, una persona que ha formado y que forma parte de una clase precisa y que, incluso durante el internamiento manicomial, ha permanecido dentro de los engranajes de esta sociedad; ofrece el aspecto de un destino colectivo. La mitología de la «exclusión», además de fabricar una falsa categoría social («los excluidos») ligada a ideologías populistas, puede impedir la comprensión del hecho de que la denominación de locura, y la reclusión manicomial, son instrumentos de opresión que se integran y que están en relación de continuidad con todos los restantes instrumentos represivos y de poder de la sociedad. Además, quien sufre a causa de un trastorno (de tipo psicótico, por ejemplo) no sólo es un individuo que se ha «descompensado» y «no ha salido adelante» no es tampoco necesaria y exclusivamente una «persona más débil», o, menos aún, «desafortunadamente culpable» y que, por consiguiente, hay que ayudar: es, en todo caso, una persona a la que el sistema ha quitado algunas de las más típicas y habituales posibilidades psicológicas personales de defensa, y que, por tanto, ha intentado defenderse de otras maneras. Quien se halla en esta condición se opone muchas veces a la opresión de un modo que puede ser extremadamente fuerte —no «débil»— y también muy digno y valeroso, pese a las enormes dificultades psicológicas.

Reconocer el *estatuto político de la locura* significa reconocer, entre otras cosas, la plena dignidad humana del loco; significa dar paso a una autocrítica antipaternalista, y preguntarse si por azar nuestro modo de «ayudarlo» no sigue siendo nuestro, y no suyo, y no pretende una vez más señalar una diferencia categórica entre *nuestra* salud mental y *su* «debilidad». Esta última, negada verbalmente, reaparece en nuestra actitud. Reconocer el estatuto político de la locura no significa invocar evangélicamente para el loco la comprensión de la comunidad. Significa, en cambio, reconocer que la locura tiene unas causas políticas, y de clase, así como que es mediante un mecanismo de clase cómo el loco es oprimido; y significa, por tanto, luchar políticamente contra estas causas, y contra estos mecanismos.

La persona identificada como loca puede hallarse en esta condición por una serie de factores sociales, entre los cuales muchas veces tienen un papel dominante la miseria, los prejuicios, los mecanismos de marginación; pero estos factores han originado una condición psicológica y un modo de reaccionar que, en el caso del *loco*, no es enteramente igual a la reacción de quien es simplemente desgraciado, o a las de otros marginados como las

personas consideradas delincuentes, inferiores racialmente, o inmorales. El loco y la locura tienen su especificidad.

Así pues, también en sus interpretaciones más cultas aparece el riesgo de simplificar el problema planteado por la locura. Hemos visto cómo la concepción tradicional tiende a liquidar el problema considerándolo como el producto de un accidente orgánico estrictamente individual, de una afección médica realmente poco interesante, desafortunadamente caída del cielo o surgida de determinaciones genéticas mal heredadas, que se trata con medicinas y hospitales. En oposición a este modo totalmente «médico» de *reducir* la locura, no faltan los intentos de defender que (dado que la locura es un problema totalmente inventado por los médicos y los psiquiatras) no es ni siquiera correcto plantearse el *tratamiento* de las personas identificadas como enfermos mentales. La experiencia esquizofrénica, en especial, es tratada por algunos autores como algo que siempre está relacionado con una dimensión positiva, «liberada» y subversiva de la existencia. De este modo, según una opinión común, que (por motivos que se entenderán mejor a continuación) quiere identificar –erróneamente– la locura con una condición de libertad y de protesta eficaz, no son pocos los intelectuales que se complacen en ver en el loco (o mejor dicho en *su* imagen del loco) una especie de revolucionario. Según otras posiciones, las etiquetas del diagnóstico no identifican realidad alguna, ya no biológica, sino ni siquiera psicológica. La condición psicológica y social comúnmente identificada como esquizofrenia es considerada por algunos estudiosos como una condición exclusivamente social, y más exactamente como una etiqueta aplicada a una serie de individuos totalmente carentes de problemas psicológicos concretos. Estas posiciones pueden ser definidas como de tipo *antipsiquiátrico*.

Existen otras simplificaciones que intentan eludir el problema de una manera totalmente práctica y antiintelectual: la psiquiatría quedaría reducida a una simple cuestión de asistencia social, y en lo que se refiere a la prevención de los trastornos consistiría bien en la garantía de un puesto de trabajo y de un mínimo de seguridad social, bien en una «educación sobre la higiene mental» reducida a fórmulas meramente pedagógicas y a prescripciones que atañen a los modos para mantenerse, junto con la educación, la voluntad, la virtud y el ejercicio, en un buen equilibrio psicofísico. Otra escapatoria al problema –sugestiva porque se sitúa «a izquierda»– consiste en afirmar que, puesto que el sistema capitalista provoca la enfermedad mental, no vale la pena hacer nada en el campo psiquiátrico hasta que no llegue el día de la revolución.

Todos estos errores y simplificaciones son comprensibles, e incluso cabe considerar a muchos de ellos como aspectos de una positiva y fecunda crítica a la psiquiatría académica y manicomial. Por otra parte, no es cierto que a los extravíos y errores quepa hoy contraponer la sólida y segura línea de la vieja ortodoxia, así como tampoco la seguridad de una «correcta línea revolucionaria» en psiquiatría, ya armada enteramente con un arsenal de experiencias y teorías militantes. La respuesta correcta no es sencilla, y no siempre segura: la buscaremos en diferentes partes de este libro.

Algunas definiciones posibles y algunas profundizaciones sobre el trastorno mental en general

Cuando se habla de «locura» nos estamos refiriendo a un término que no tiene un significado preciso, y en absoluto un significado científico. Locura es la manera de manifestarse que aparece más irracional e imprevisible en lo que –más amplia y genéricamente– discurre bajo el nombre de trastorno mental. Locura es, en concreto, el conjunto de trastornos mentales que son denominados *psicosis*, o trastornos de tipo psicótico; y sobre todo el conjunto de los trastornos psicóticos caracterizados por experiencias de tipo delirante. La distinción entre trastorno mental y normalidad no es clara sino gradual: y esto es así tanto porque nadie está perfectamente inmunizado de trastornos de algún tipo (sobre todo de trastornos de tipo neurótico) como porque lo que denominamos «trastorno» no es más que una serie de dificultades personales que obedecen fundamentalmente a las mismas leyes que regulan la psicología y el comportamiento normales. Cuando estas diferencias son serias y evidentes, se habla de trastorno mental.

El carácter poco homogéneo del conjunto de los trastornos mentales no siempre es entendido. Muchas veces, el problema es simplificado arbitrariamente y limitado a una única fórmula interpretativa. Por ejemplo, cuando se habla de *psicosis* (o de trastorno «de tipo psicótico») es muy frecuente referirse únicamente a la condición psicológica conocida como esquizofrenia; de este modo, hay quienes consideran que interpretar la esquizofrenia equivale a interpretar todas las psicosis, y que interpretar las psicosis significa poseer la llave para entender todos los trastornos mentales. Pero las cosas no son tan lineales. De hecho, el conjunto de fenómenos denominados psicosis incluye tanto condiciones psicológicas ligadas a auténticas enfermedades del cerebro como condiciones –la esquizofrenia, por ejemplo– que aparecen sin unas alteraciones corporales de las que el tratamiento mental pueda ser

considerado razonablemente una consecuencia. Desde un punto de vista psicológico, por otra parte, la experiencia psicótica puede asumir formas muy diferentes. El término «neurosis» y el término «personalidad psicopática» designan otros dos conjuntos bastante poco homogéneos de condiciones psicológicas, cuyos límites con la normalidad son lo suficientemente vagos como para ser considerados ampliamente arbitrarios.

En el fondo se puede decir que el conjunto de lo que denominamos «trastornos psíquicos», «trastornos mentales», o (menos propiamente) «trastornos nerviosos», no designa otra cosa que todo aquello que –en el amplio campo de la desviación– se supone *sometido a tratamiento*. Pero ¿qué es, precisamente, lo que se trata? Cabe responder: la psique de una persona. El mismo término de «trastorno mental» o «trastorno psíquico» implica, en efecto, la existencia de algo, la «mente» o la «psique» que debería ser el objeto a tratar.

En realidad, la «mente» o «psique» no es un *objeto* que pueda ser sometido a terapias, como el hígado o la sangre. «Mente» es una metáfora animista que indica algunas de las *funciones operativas* del individuo (y, en especial, la inteligencia, la afectividad y la consciencia de sí mismo); estas funciones le sirven para mantener las relaciones más complejas con las otras personas y con el mundo exterior. La mente es una de las funciones de un órgano preciso, el cerebro. A partir de ahí, volviendo una vez más a la ideología médica, se supone que en los trastornos mentales es el cerebro lo que debe ser tratado: pero una vez más no es así. En la gran mayoría de los casos no sólo el cerebro no demuestra ninguna alteración, sino que tampoco parece que deba ser considerado como un órgano que funciona mal, y por tanto directamente imputable de las dificultades del individuo.

Para escapar a estas contradicciones es preciso cambiar la orientación. El individuo, mentalmente sano o no, no es un mecanismo que funciona por su cuenta, determinado únicamente por leyes internas. Por el contrario, el individuo existe y se determina como ser social: está inserto en una sociedad determinada, en un punto determinado de un vasto tejido de intercambios interpersonales. No es su «modo de ser individual» lo que determina su «modo de ser social» sino exactamente lo contrario. Su *colocación* social y su *práctica social* dominan su modo de actuar, de sentir y de pensar, en el bien y en el mal, en lo que le resulta fácil y en lo que le resulta difícil.

En lugar de hablar de trastorno mental sería más útil y preciso decir que una persona se ha hallado y/o se halla en una situación social por la que tiene unos problemas que no es capaz de resolver; y no lo es, en general, porque no es capaz de formularlos con claridad. En consecuencia esta persona actúa de una manera que es reconocida como *impropia*. En otras palabras, ese conjunto de funciones operativas de su cerebro, que denominamos mente, o psique, y que siempre existe en una determinada relación con el ambiente, se enfrenta con unos *datos* que no consigue elaborar de manera socialmente satisfactoria. O también puede decirse que esta persona se halla en una determinada situación vital, con unos determinados instrumentos personales para interpretarla, y que experimenta dificultades en elaborar los datos de su experiencia cuando ésta resulta demasiado difícil y compleja, de modo que, por consiguiente, no consigue reaccionar según modalidades útiles para alcanzar sus fines, cualesquiera que éstos sean. Análogamente, el trastorno mental puede ser considerado como una *crisis* no resuelta, un período de bloqueo y de dificultades en el camino de la existencia. Este aspecto, que subraya el aspecto de *continuidad*, del trastorno mental con el resto de la vida, reaparecerá cuando nos refiramos al proceso de curación.

La mayoría de las veces el trastorno mental es el resultado de dificultades y experiencias vitales que han creado determinadas modalidades de *interpretación* de estas experiencias, y especiales modalidades de *reacción* ante experiencias sucesivas. Estas modalidades de interpretación y de reacción tienen la doble característica de ser consideradas «no normales» en el ambiente social en que vive el individuo, y de resultar, en la práctica, poco útiles o contraproducentes para él, *también* a causa del juicio de anormalidad expresado por el ambiente. En favor de la claridad, es oportuno insistir sobre este último punto. Frente a una determinada situación vital, cada uno de nosotros tiene su manera de reaccionar que depende de una serie de factores: de la constitución hereditaria, de sus experiencias infantiles, de lo que ha aprendido sucesivamente, de sus condiciones de salud física, y así sucesivamente. Esto vale para todos, estén o no aquejados de trastornos mentales: pero entre estos diferentes factores el que más cuenta son las experiencias vitales precedentes. Ahora bien, el punto específico a considerar, que caracteriza el trastorno mental respecto al modo de reaccionar «normal» frente a los sufrimientos y a las dificultades, es que el individuo, enfrentado a las dificultades de la vida, está vinculado a un modo de reaccionar que quizás es para él el único posible en aquel momento, pero que *agrava* sus dificultades en lugar de aliviarlas.

En esta perspectiva, *tratar* significa ayudar a la persona a utilizar mejor las propias experiencias y a reaccionar ante las circunstancias de modos menos desastrosos.

O también, se puede definir el trastorno mental como el resultado de una *desventaja* social, psicológica, o biológica. Esta desventaja significa no ser capaz, o no estar capacitado, de intervenir plenamente en un ambiente social (aunque sea muy restringido) de un modo que resulte al mismo tiempo aceptable al individuo y a este ambiente social. Es preciso insistir en un punto. Una minoría de personas «trastornadas» padecen evidentes enfermedades o lesiones cerebrales, alteraciones genéticas, o específicas y desventajosas predisposiciones hereditarias. (Pero personas «mentalmente sanas» pueden tener a veces lesiones cerebrales, o las mismas alteraciones genéticas, o las mismas predisposiciones.) Todas estas personas poseen unos instrumentos operativos menos válidos: son unos *desventajados* por motivos biológicos, u orgánicos.

También para éstas, el modo de vivir en la sociedad y de reaccionar al ambiente no depende de manera mecanicista de la *lesión en sí*, sino sobre todo de la situación social, del modo de vida, del modo en que las demás reaccionan ante su desventaja, ante sus dificultades. La eventual enfermedad o lesión no ha sobrevivido –en general– «por mala suerte»: tiene motivos que muchas veces se refieren a la desigualdad social. Baste con pensar en las lesiones cerebrales por trauma de parto (muy escasas en las clases privilegiadas), y en las infecciosas.

Consideramos que no son las características de los individuos las que determinan su práctica social, sino que ésta (dominada por la división del trabajo y por la división en clases de la sociedad) es la que determina, en último término, la consciencia y el comportamiento individual. Si bien esto es cierto, también lo es, sin embargo, que –en segundo lugar– el comportamiento humano está obstaculizado o condicionado, entre otras cosas, por una infinidad de factores biológicos, climáticos, alimenticios, por predisposiciones hereditarias, y finalmente por desventajas y enfermedades de toda índole. (Basta con pensar en cómo las enfermedades hepáticas, las parálisis articulares, los tumores, los trastornos de vesícula condicionan y modifican, muchas veces de manera muy directa y trivial, el comportamiento social.) Pero entonces no se entiende cómo es posible que haya quien sostenga que a las personas «mentalmente sanas» debe reconocérseles el derecho a gozar de un funcionamiento mental «social», pese a todos los condicionamientos

biológicos y las enfermedades, mientras que las «mentalmente insanas» deberían tener una mente determinada *únicamente* por «factores biológicos». Es difícil defender una hipótesis parecida. Lleva, en efecto, a afirmar que las personas «mentalmente insanas» escapan al condicionamiento social porque tienen en el cerebro una especialísima enfermedad que, al igual que un parásito de cierta ficción, condiciona o guía todas sus acciones: y ésta es una hipótesis inútil, indemostrada, y extremadamente inverosímil. En realidad, toda persona «mentalmente sana» tiene trastornos mentales, o sea, problemas de tipo psiquiátrico; y toda persona considerada «un caso psiquiátrico» tienen necesidades, y problemas psicológicos, que no son sustancialmente diferentes de los de una persona «sana». Invocar la presencia de una enfermedad para explicar los trastornos mentales implica defender que la dinámica del trastorno es totalmente diferente de la de la psique normal: pero esto es actualmente una hipótesis indefendible.

Hay otras definiciones posibles. Se puede decir, por ejemplo, que están aquejadas de trastorno mental las personas que no utilizan todas sus potencialidades psicológicas de inteligencia y afectividad sino únicamente una parte muy pequeña de ellas: bien porque nunca han aprendido a utilizarlas, bien porque se lo impiden obstáculos de algún tipo. Habitualmente, cuando nos referimos a este tipo de definición del trastorno mental, pensamos en obstáculos bastante impalpables y puramente psicológicos: se recuerda, por ejemplo, que una persona neurótica es incapaz de dar y recibir afecto porque está bloqueada por los propios «complejos». No es que estos casos no sean reales, pero se olvida con facilidad que en la sociedad existen males mucho más concretos y graves. En la práctica, el problema no se limita a esos neuróticos que son clientes habituales de los psicoanalistas, y que descubren que no son suficientemente espontáneos, o que no consiguen abrirse a los afectos. En realidad, la gran mayoría de los que no han podido desarrollar o no pueden utilizar su potencialidad psicológica (o sea, en la práctica, sus potencialidades intelectuales y afectivas) son las personas que no han tenido estímulos educativos y culturales y cuya creatividad no ha sido adecuadamente desarrollada desde la infancia; son las personas que han sido embrutecidas por la miseria o por la preocupación por su propia supervivencia física y social; que han permanecido prisioneras de temores, obediencias ciegas, o prejuicios; o finalmente, que están totalmente alienadas por la *falsa consciencia* de las consolaciones pequeño-burguesas de la vida cotidiana.

A partir de ahí es posible dudar, asimismo, de que la mayor parte de las personas gocen de una auténtica salud mental; e incluso se puede afirmar que nadie está mentalmente sano, a partir del momento que en esta sociedad todos estamos «alienados». Pero un juicio así acaba por ser genérico y equivoco. En realidad, *determinadas* categorías de personas, más que otras, corren el riesgo de empobrecerse psicológicamente: y son, en general, personas que pertenecen a los estratos proletarios y subproletarios. La «miseria psicológica de las masas» es destrucción activa de inteligencia, afectos, capacidades y energías. No es por azar que de esta situación de sufrimiento surjan con más frecuencia y gravedad los trastornos mentales reconocidos *oficialmente*.

Otra definición igualmente válida del trastorno mental (o, mejor dicho, de un *aspecto* ulterior del problema) es la que se refiere al concepto de libertad. El trastorno mental es una condición de no libertad; es una falta de libertad psicológica al no conseguir *disponer de sí*, pero también es una concretísima falta de posibilidad de elección. El trastorno mental es una situación de entrapamiento, de ausencia de alternativas, de opresión; y también, indisolublemente, de represión por parte de los demás, de ausencia de alternativas reales en la vida, de cerrazón en situaciones interpersonales de las que no se puede salir. La situación de falta de opciones posibles es típica de quien está en un manicomio, pero también existe –aunque de manera menos brutal– en quien vive fuera de él en el papel de «trastornado mental», en la familia por ejemplo. Objetivamente, la persona en situación de trastorno mental no es libre, y *subjetivamente* no es libre y no se siente libre. Muchas veces la sensación precisa de quien sufre un trastorno mental es la de sentirse entrapado.

En esta situación, también la autodestructividad (el «destino negativo») que es parte integrante de cualquier trastorno mental, puede ser interpretado como una «violencia interna»: la violencia de quien –al igual que los pueblos coloniales descritos por Fanon– no puede expresar hacia fuera su rebelión, bien porque se lo impiden, bien porque es incapaz de descubrir su enemigo.

El trastorno mental no es reducible a «algo que no se sabe muy bien qué es y que no consigue funcionar en la cabeza», pero *también* es esto. Anteriormente hemos insinuado que no es fácil *para nosotros* entender qué es *para él* su locura, su trastorno mental. En cierto sentido, el interesado puede ser el único en saberlo. Pero ni siquiera él lo sabe. Nadie puede ver su propia mente, o sus dificultades psicológicas; únicamente puede *vivirlas*. Nadie puede «ver» los

mecanismos a través de los cuales elabora recuerdos, experiencias, emociones para reaccionar al ambiente: se carece de un punto de vista exterior a la propia mente. Vista desde fuera, la mente sólo es el nombre que se da a las funciones más complejas de una especie de inmenso mal conocido calculador electrónico, el cerebro, cuya complejidad supera miles de veces el calculador más complejo construido hasta ahora por el hombre. Vista desde dentro, la mente somos nosotros mismos. La *consciencia de sí* de que cada uno dispone es –por definición– una consciencia global y sintética: sólo a cambio de metáforas y simplificaciones conseguimos hacernos una imagen más o menos grosera de cómo funcionan los propios mecanismos mentales, y podemos aprender a conocerlos mejor.

Una característica central de lo que denominamos trastorno mental es precisamente el hecho de que el individuo tiene una dificultad especialmente seria en entender cómo funcionan sus propios mecanismos mentales: es decir, no acaba de saber qué son y en qué dirección van sus emociones, cómo funciona su vida afectiva interior, cómo su vida y sus acciones controlan su pensamiento y su inteligencia. En general, unas concretas experiencias vitales le han dificultado esta comprensión. De igual manera, y por los mismos motivos, *siempre* tiene dificultad en *vivir* sus relaciones con los demás, y en entender cómo funcionan.

En determinados casos, como en las psicosis, también aparecen comprometidas la *consciencia* y la *imagen de uno mismo*. Cualquier individuo más o menos sano, en el momento en que se juzga y analiza a sí mismo, cree fácilmente que se conoce y que «se comprende»: pero muchas veces se equivoca. Quien está enfermo y trastornado psicológicamente siempre es víctima de una situación de *vida social* y de *vida interior* que no sólo le hace menos fácil *entenderse*, sino también especialmente fácil equivocarse acerca de sí mismo y de la realidad exterior.

Hasta ahora hemos hablado de «trastorno mental», suponiendo que se trata de una alteración que *afecta* al individuo. Todo esto tiene que ser precisado, e incluso corregido.

En primer lugar, el trastorno mental no «afecta» al individuo, sino que es un modo de vivir y de sentir que *pertenece* al individuo de manera más o menos profunda: constituye uno de sus posibles *modos de ser*. En segundo lugar, el término «trastorno mental» es poco afortunado: tanto porque sugiere implícitamente la imagen del trastorno *físico* (o sea, del daño material situado en

alguna parte del cuerpo) como porque la misma idea de *trastorno* va acompañada de la de *disminución* de las funciones vitales. Y tampoco esto es siempre apropiado a los problemas que estamos discutiendo: la misma «desventaja» a que nos referíamos anteriormente puede ser exclusivamente social, y raras veces se traduce en una disminución o un daño. En tercer lugar, se puede discutir si es apropiado y metodológicamente correcto considerar el trastorno como un problema *interior* al individuo. Es probable que carezca de sentido considerarlo únicamente de esta manera, y que, en cambio, sea correcto considerarlo como un problema que incumbe al individuo en sus relaciones con las demás personas; o incluso, como un problema *de la* relación entre el individuo y las demás personas. Y finalmente: lo que denominamos trastorno mental puede ser considerado un modo «anormal» de reaccionar a una situación normal: pero quizá no sea menos justo considerarlo un modo normal de reaccionar a una sucesión de situaciones anormales. Muchas veces, el trastorno mental es la única libertad que le queda a quien carece de libertad; el modo de comprender de quien no ha sido capacitado para comprender de otra manera; el único poder de quien no posee ninguno. (Y puede que también sea la única verdad que le queda al individuo, y a la cual la sociedad niega cualquier valor.) La sociedad tiene *determinadas verdades* propias, pero esto no significa en absoluto que las verdades sentidas y expresadas por quien está en una situación de trastorno mental sean siempre y de manera absoluta algo nulo y falso.

En definitiva, concreta y particularmente, el problema de la enfermedad psiquiátrica nunca puede ir separado de la cuestión del poder. Acto seguido, y en las restantes partes del libro, intentaremos comprender mejor el significado de todas estas afirmaciones. No es posible, en efecto, generalizar más allá de un cierto límite la naturaleza de los trastornos mentales, y menos aún sus causas. Naturaleza y causas varían según el tipo de trastorno, y sólo pueden ser examinadas una a una, estudiando y describiendo fenómenos como las alucinaciones, los delirios, los trastornos psicóticos y así sucesivamente.

La imagen habitual de la locura en la educación y en la familia

La imagen habitual, simple, dominante y popular de la locura es, desde un comienzo, inversamente simétrica, o sea, complementaria, a la imagen de la normalidad. La sociedad atribuye a la locura la tarea de recoger, ejemplificar y exacerbar la imagen de todo lo equivocado e irrazonable. Locura es lo que es imprevisible, fuera de esquemas, destructivo de las propias bases del consenso social. Sobre el negativo de la imagen de la locura el individuo concreto construye desde la infancia el aprendizaje de los comportamientos socialmente aprobados: es decir, construye su propia normalidad. La imagen social de la locura es tanto más clara en cuanto es más necesario que cada uno entienda su propia normalidad, la cultive y la mantenga intacta.

La exigencia de afectuosas relaciones interpersonales, coherentes y previsibles, es constitutiva de la psicología y del equilibrio de todos. Entre las necesidades innatas del lactante está la de una cara con la mímica de la sonrisa: por consiguiente, también él necesita una relación benigna y estable con el adulto. Insuficiencias en la relación con los adultos, carencias de afecto, comportamientos discontinuos e incongruentes, manipulaciones insuficientes, brutales e imprevisibles pueden dañar de manera grave e incluso irreparable la mente infantil. A continuación, es fundamental durante todo el transcurso de la infancia la necesidad de ser *aprobado*: si esta aprobación falta, el niño crece inseguro, y puede llegar a estar gravemente perturbado. El crecimiento psicológico de todo individuo se constituye y se refuerza, pues, a partir de algunas *expectativas* elementales respecto a los demás. Con el paso de los años, toda la relación del niño con los adultos es relación educativa; cuando funciona bien, esta educación es continuidad y afecto: pero también es, siempre, llamada a la razonabilidad, es decir, llamada disciplinaria a un intercambio de actitudes y de comportamientos sonrientes y bien regulados.

La misma idea de la educación, y, por tanto, de lo que «se debe hacer», contiene en su interior su propio negativo, la imagen de la tontería infantil, la faz de lo absurdo y ridículo, imprevisible e irrazonable. Esta «imagen negativa», esta imagen de lo tonto y loco, contiene una amenaza: la de perder el aprecio de las personas de las que se depende psicológica y materialmente. Si se quiere sobrevivir, hay que responder razonablemente a la razón. El nombre de todo esto entra muy pronto a formar parte del patrimonio conceptual del niño: la breve frase «¿pero estás loco?» dice mucho más al niño de lo que el adulto pueda imaginar en aquel momento. El «no estar loco» significa ser *razonable*: no hacer en todo momento lo que se querría hacer, no decir todo

lo que se piensa. En otras palabras, aceptar la falta de libertad. De ahí, la atribución a la locura de una imagen subversiva: la locura es la imagen, el sueño, el fantasma de la libertad. En realidad, la locura no es verdaderamente libertad, ni protesta eficaz: pero siempre se le superpone esta imagen. En la locura se refleja el sueño de todo aquello a lo que cada uno renuncia personalmente; y éste es el motivo de que el loco guste mientras está lejos: pero cuando está cerca se le niega el derecho a la palabra.

La opresión respecto a todo lo que es considerado como loco no es, pues, el resultado de la ignorancia y de los prejuicios: es el resultado exacto del modo de entender y de adquirir la *racionalidad* en la educación y en la vida social.

La familia desempeña aquí un papel específico. En la actualidad, es fácil —aunque no arbitrario— echar pestes sobre la familia. La familia nuclear es la máquina que fabrica y reproduce constantemente fuerza de trabajo, súbditos-consumidores, carne de cañón, estructuras de obediencia al poder; y también nuevos individuos condicionados de tal modo que reconstituyen nuevas parejas estables, procrean otros hijos, recrean otras familias, y así perpetúan el ciclo. La familia no es únicamente una estructura de reproducción de la fuerza de trabajo, es también su oficina de manutención, su lotería, su lugar de reposo, el cenáculo de sus engaños. Es la fábrica del fascismo cotidiano, de la opresión de la mujer, del terrorismo psicológico respecto a los niños y los jóvenes, de los valores del egoísmo, de la cerrazón pequeñoburguesa en la dimensión de lo *privado* en contraposición a los valores de lo *público* y de lo político. A través de la familia no pasan únicamente los valores de la obediencia a la autoridad, sino también los del *saber apañárselas*, del saber manipular a los demás, del saber fingir, del saber administrarse con astucia las relaciones de poder, del saberse subordinar y del saber mandar, del saber ser eficientes, productivos, oportunistas, posesivos, egoístas y duros: en una palabra, la familia es la *institución de base* por la que pasa el aprendizaje de la racionalidad dominante.

Pero este aprendizaje no es indoloro ni carece de contradicciones. Gran parte de los trastornos mentales nacen precisamente de estas contradicciones; la familia contemporánea, en el mismo momento en que comienza a dejar de funcionar, sigue fabricando y condicionando niños que se rebelarán contra ella, o que al no conseguir rebelarse se convertirán en neuróticos o psicóticos; o bien ciudadanos conformistas, satisfechos de su mortal obediencia, mediocridad y normalidad.

Pero, por otra parte, no es fácil pensar en abolir la familia. Nadie se libera totalmente de la propia familia, de los padres, de su imagen, de la educación recibida; y todos tendemos fácilmente a recrear continuamente relaciones de tipo conyugal y de tipo familiar, incluso fuera de la familia en sentido estricto. En la sociedad, lo que denominamos familia es mucho más que el cerrado grupito de la familia nuclear: es la totalidad del sistema educativo, que se basa en valores y relaciones afectivas de tipo familiar; es el conjunto de la vida privada, el sistema de las pequeñas posesiones, de los hábitos domésticos, de los ahorros, de las diversiones institucionalizadas, de los celos y de los exclusivismos, de las dependencias afectivas estables. Meterse con la familia como tal, denunciar sus iniquidades, puede significar, y frecuentemente significa, no querer considerar el hecho de que todos llevamos dentro la propia educación y la propia familia de origen, como el sello programador de la vida. La familia, de cuya ideología todos participamos, y que todos tendemos a reproducir en nuestras relaciones interpersonales, sobrevive en los valores y en los condicionamientos a que nos ha sometido el sistema burgués, a partir del momento en que todos seguimos distinguiendo entre vida privada y vida social, entre dimensión de la pensión personal y campo de los derechos públicos, entre los momentos del reposo y del placer y los del trabajo y del deber.

Lo nuevo es el hecho de que en las últimas décadas el campo de los problemas familiares ha pasado a ser contradictorio y complejo; y que todavía han pasado a ser más complejas y difíciles las relaciones entre el *sistema de la familia* y el sistema de la vida social ampliada. En esta situación, los niños y los jóvenes están actualmente rodeados por una educación familiar en plena crisis, y por una serie de exigencias extrafamiliares cada vez más difíciles y complejas, para las cuales la familia no les prepara. En la familia el niño sigue oyendo que le dicen que «no haga el loco», pero esta frase ha perdido significado y credibilidad.

«Razonabilidad» y conformismo

En la sociedad burguesa industrial avanzada, el niño está obligado a adecuarse a unas normas de comportamiento nada fáciles de aprender. Al crecer, aprenderá más o menos claramente que los criterios del bien y del mal no son absolutos sino que varían según las clases sociales y según el modo de ver de las diferentes culturas y subculturas, y de las personas

concretas. Sin embargo, el infante sigue absolutizando la distinción entre lo bueno y lo malo, y la vincula estrictamente a una distinción todavía más elemental, es decir, entre todo aquello que pertenece al orden razonable de las cosas, y lo que, por el contrario, es irracional, insensato y loco. Pero en la sociedad industrial avanzada, postcristiana y postliberal, la crisis de los valores tradicionales deja abierto el campo a intrincadas batallas. La complejidad y la inseguridad de la vida cotidiana hacen extremadamente difícil el discernimiento de los criterios que gobiernan la racionalidad de la conducta. Si bien puede ser relativamente fácil entender cuáles deben ser los comportamientos que impiden acabar en la cárcel, en la sociedad actual es cada vez más ardua, la ya de por sí difícil tarea de permanecer dentro de la normalidad dominante y aceptada, y de evitar, por tanto, los comportamientos que conducen al manicomio. En esta situación las imágenes que representan lo que es razonable y lo que no lo es son, al mismo tiempo, complejas y rígidas: complejas por las múltiples contradicciones que las componen; rígidas, por la necesidad de defender una medida personal y un orden social amenazados por contradicciones internas.

La racionalidad capitalista, en cuanto es en su esencia una forma de violencia, extraña y antagonista respecto a las necesidades reales de la mayoría de los individuos, está obligada a sofocar en su cuna cualquier propuesta que aparezca como irracional, junto a cualquier sospecha de una racionalidad alternativa. La sociedad en la que vivimos, dominada por la racionalidad capitalista, se ve obligada, por consiguiente, a acentuar la necesidad de alejar de sí el fantasma de una desviación «categórica». El riesgo de un error de método en la interpretación de los criterios de la normalidad dominante es un riesgo mortal: en la práctica, la locura, como llamada siempre presente a la diversidad y a la libertad, es exorcizada y aplastada.

Conviene subrayar ahora que todos llevamos dentro unos núcleos de locura: todos combatimos durante toda la vida contra un desarreglo y un desequilibrio que siempre amenazan con invadirnos. La aparición y la explosión de los llamados *núcleos psicóticos* es facilitada por la persistencia latente, en la edad adulta, de algunos aspectos de la condición psicológica normal del niño en los primeros meses de vida. En suma, la normalidad nunca está garantizada: continuamente *afirmada* y defendida, la presencia de la locura es necesariamente rechazada y negada en todo momento.

La convicción preconcebida –típico fruto de una mentalidad individualista– según la cual una persona es «equilibrada» esencialmente en virtud de un mecanismo interior de autocontrol, no resiste la prueba de los hechos. El equilibrio psíquico (o lo que por convención denominamos con este término) es algo que se mantiene por una serie de mecanismos interpersonales, más que personales; el principal de éstos es la confirmación que cada uno recibe de los demás sobre su propia normalidad. El equilibrio de cada uno es inestable –más de lo que se suele estar dispuesto a admitir–, pero se mantiene a través de estructuras de ayuda recíproca. La imagen que cada persona tiene de sí misma (y de la propia normalidad) es primordialmente su propia imagen *social*: la estabilidad de esta imagen, y su legitimidad, se leen a través de los ojos de los demás. El equilibrio personal es equilibrio social. Este equilibrio se alimenta entre otras cosas de la consciencia de la existencia de relaciones afectivas suficientemente ricas e intensas, y suficientemente estables. La autoestimación, necesidad primaria de la salud mental, va inextricablemente unida a la seguridad de poder ser amados, pero también la certidumbre de poseer un rol social válido y útil. La misma capacidad de contraponerse a los demás está condicionada por la consciencia de una propia contractualidad social, o sea, la consciencia del propio poder y de la propia dignidad en un ambiente *propio*.

Cuando las relaciones sociales desaparecen totalmente (a veces incluso por pocos días), y sobre todo cuando la actitud por parte de los demás significa «desconfirmación» de la legitimidad de la manera de ser del individuo, el equilibrio psíquico de éste se resquebraja y se descompensa. La compleja contradictoriedad de la vida social, la competitividad individualista, la pérdida de formas asociativas coherentes y significativas, son aspectos de la sociedad capitalista avanzada que hacen difíciles y precarios los mecanismos de confirmación, y más insegura la recíproca defensa cotidiana contra la locura. En esta situación, razonabilidad y conformismo se confunden, y tienden a identificarse. La defensa contra la pesadilla primordial de la «sinrazón» acaba por consistir en gran parte en el aprendizaje y en la autoimposición de comportamientos que «evidencien» su normalidad. En la práctica, esto significa que todo individuo tiende a buscar la garantía de ser, frente a los demás, no sólo «evidentemente» normal sino también sustancialmente conforme a las reglas sociales más seguras y garantizadas.

Pero no todos los problemas reales de una persona pueden ser participados a los demás; no siempre la imagen de uno mismo que se desea ver devuelta por los demás coincide con la imagen que realmente los demás tienen de uno; no siempre es satisfactorio el propio rol social. Por consiguiente, no siempre el deseo de conformismo significa la aceptación por parte del grupo: no siempre el propio modo de ser está en armonía con las exigencias de los demás. Una persona puede no aceptar las reglas de su grupo, pero también puede no ser aceptada. En tal caso se origina una fractura entre el individuo y su ambiente.

Esta fractura, a su vez, puede originar una situación de no adecuación y de inconformismo que es condición preliminar para alcanzar la propia modificación y la de la estructura social: pero el riesgo es la soledad y el aislamiento; y esto contribuye a determinar un precio que es el malestar psicológico, y puede ser el trastorno mental. Si el individuo es parte activa de este proceso, es más probable que no deba pagar el precio del propio malestar: pero si es la víctima de una exclusión sus problemas pueden ser graves.

La posibilidad de *no* identificar la propia salud mental con el conformismo va ligada a una serie de factores. Estos van de la personal capacidad de autonomía, la seguridad adquirida de la autoconsciencia, a la claridad de las alternativas que contraponer al conformismo de los demás. Por otra parte, la autonomía y el disenso son cosas imposibles de mantener de manera puramente individual, es decir, en una situación de total aislamiento personal; retirar la adhesión a un grupo de referencia que representa el conformismo mayoritario, sólo puede significar una adhesión a un nuevo grupo menos conformista. Vale la pena considerar, de pasada, cuán difícil es la situación de quien se sabe aquejado de trastornos mentales, o de quien está saliendo de una situación de tipo psicótico, o de quien acaba de salir de un hospital psiquiátrico. En tales casos, el «esfuerzo por ser normal» se desarrolla generalmente en una situación de aislamiento, de débil contractualidad social y de inseguridad psicológica, que empuja hacia un conformismo y mimetismo social «a cualquier precio»: raramente hacia el inconformismo.

El rechazo de la locura como factor de normalización del grupo

Uno de los instrumentos fundamentales de que se sirven todos para confirmar la propia normalidad consiste en proyectar en los demás cualquier posible anormalidad. La desconfianza, la agresividad, la deliberada incomprensión, la discriminación social ejercida respecto a quien es real o presunto portador de enfermedad mental sirven para confirmar a los demás, a los «sanos», el incierto privilegio de ser normales y de *pertenecer a la sociedad*. La incomprensión hacia el loco también es rechazo de reconocer la posibilidad y la realidad de la propia locura.

Un grupo social se define y se mantiene «por diferencia», es decir, identificando las características de los demás como enteramente diferentes a las del grupo propio. Uno se considera digno de pertenecer con pleno derecho a su grupo demostrando que no tiene nada en común con los pertenecientes a los grupos exteriores. De este modo, la dinámica de la exclusión y del prejuicio respecto al loco se basa también en la necesidad de operar una distinción categórica respecto a *su* mundo, para proteger la claridad de la definición del *propio* mundo social, y su legitimidad. El mundo de los sanos es un grupo cerrado, que se define por contraposición al mundo de las personas enfermas de la mente: no se quiere tener nada que ver con ellas. En definitiva, se las considera (aunque esto casi nunca se afirme claramente) personas inferiores, menos morales, unos individuos responsables en último término, por debilidad de carácter, de sus propias dificultades.

Considérese ahora que quienes sufren dolencias y trastornos psicológicos de cierta gravedad tienen dificultades específicas en la relación con los demás. Quienes están aquejados de trastornos mentales no constituyen una comunidad, sino un conjunto de personas aisladas. Este aislamiento es fuente de posteriores dificultades, y se traduce –como antes hemos visto– en una desesperada necesidad de volver a pertenecer a un ambiente normal. Pero el rechazo y la incomprensión crean un círculo vicioso de crecientes dificultades. La imagen de la locura, y el modelo común de enfermedad mental, son constantemente «restituidos» a la persona enferma a fin de que los asuma y los vista como su único hábito social. La etiqueta, la marca de la locura, no se borra fácilmente. La función de esta persona es *representar* la sinrazón, la locura, la marginalidad, el fracaso, para permitir que los demás construyan la razón, la normalidad, la pertenencia, el éxito. Su utilidad social es la de demostrar a todos un destino a evitar: su infelicidad debe permanecer, porque demuestra que salir de la racionalidad dominante *no es rentable*.

Algunos aspectos de la rigidez de los comportamientos en los grupos

Convendría, ahora, observar mejor algunos aspectos de la relación cotidiana con la imagen de la locura. Para ello, es necesario referirse en primer lugar a algunos aspectos del funcionamiento de los grupos.

Las relaciones interpersonales en el interior de cualquier grupo social pueden ser consideradas como *estructuras comunicativas* (verbales y no verbales), o como *estructuras de intercambio*, dotadas de reglas no escritas. Las relaciones interpersonales se estructuran en recíprocas *expectativas de comportamiento*. El comportamiento de un miembro del grupo sólo puede variar dentro de ciertos límites, o sea, dentro de fronteras tácitamente establecidas. Los intercambios de comunicación en el interior del grupo constituyen, además, instrumentos e imposiciones de comportamiento; en dicho sentido, toda comunicación dispone de un *poder vinculante* más o menos grande sobre los demás. Las comunicaciones verbales explícitas son muchas veces *menos* vinculantes que las comunicaciones verbales implícitas (el «dar a entender») y que las comunicaciones no verbales (por ejemplo, la aprobación y la desaprobación mímicas).

En una cultura determinada, en un ambiente social concreto y en cualquier ambiente, los límites de los comportamientos aceptables están establecidos de un modo que aparece claro a todos los miembros del grupo. En general, estos límites se precisan mediante la experiencia; un comportamiento deseable en una situación no lo es en otras. Especialmente en el interior de pequeños grupos estables (como la familia o grupos de estudio y de trabajo), las relaciones están reguladas por códigos rara vez enunciados: muchas veces simplemente «no se dicen» o «no se hacen» en un cierto contexto. En la mayoría de las familias no se habla de sexo; en un círculo recreativo puede existir el acuerdo tácito de no hablar de política, si no es dentro de ciertos límites; en una reunión de trabajo puede estar permitido hablar de problemas personales, pero sólo durante un tiempo limitado, y en tono jocoso: si se superan estos límites, las reacciones pueden ser muy severas. Apartarse del grupo, poner mala cara o estar distraído, o agresivo, puede concederse en determinadas ocasiones y determinados ambientes, pero es totalmente inconcebible en otros momentos. Si entre dos personas que hablan entre sí, una mira al suelo, o al cielo, durante un tiempo perceptible, la comunicación tiende a interrumpirse. Una situación especial en la que aparentemente a uno de los miembros del grupo todo le está permitido, es la terapéutica entre

paciente y psiquiatra o entre paciente y psicoanalista; pero también en este caso el paciente sabe que existen sutiles reglas de comportamiento que poco a poco debe comprender y a las que debe adecuarse. «Se espera» que diga un cierto tipo de cosas, y que se comporte de un modo determinado: incluso que haga locuras.

Todas estas reglas varían considerablemente según las culturas y las clases sociales. En toda cultura determinada el modo de saludarse, la distancia física entre los cuerpos en las diferentes situaciones, la costumbre de mirarse o no a los ojos –dentro de ciertos límites– cuando se está hablando, el tipo de broma admitida, la actitud del cuerpo y del rostro, constituyen un código muy preciso, con márgenes de tolerancia más bien exiguos. La principal información, que se transmite a través de la mímica y de las actitudes del cuerpo, se refiere al *grado de relación* con el otro; es decir, la *distancia*. Cuando una persona se sitúa como «demasiado distante», o «ausente», falta la señal del interés recíproco, y se interrumpe la comunicación; cuando, por el contrario, la distancia se acorta más allá de los límites establecidos por las convenciones, es vivida como amenazadora: a menos, obviamente, que unos códigos comunicativos concretos reconocidos bilateralmente (por ejemplo, un código erótico) no garanticen la falta de agresividad. Gran parte de las convenciones de la vida cotidiana sirven para exorcizar el temor latente de la agresión física: la «justa distancia» entre las personas es lo que permite una relación, una dialéctica, un espacio operativo en los contactos interpersonales; garantiza la separación entre dos identidades personales diferentes, y por tanto, la propia identidad frente a la identidad ajena; es, en suma, lo que asegura contra el temor de *ser invadido* por el otro. (La experiencia psicótica se caracteriza, entre otras cosas, por una *crisis de la distancia*, y por consiguiente por una amenaza constante de «invasión» existencial; cosa que está relacionada con el nacimiento del delirio de influencia y de persecución.)

La cohesión de un orden social concreto, la adecuación del individuo al grupo, pasan, pues, a través de pequeñas, numerosísimas y férreas reglas de comportamiento interpersonal, es decir, dependen en gran medida de fenómenos aparentemente poco evidentes.

Grupo y poder

Muchas cosas dependen del poder que cualquier persona posee en el interior del grupo. Quien, por dinero o posición social, dispone de un poder muy grande en el seno de su comunidad, puede permitirse comportamientos discrepantes; quien, por el contrario, dispone de un poder social muy bajo es fácilmente juzgado como una persona que se comporta de manera ilegítima si no se somete diligentemente a todas las reglas del juego. Podemos dar un ejemplo. Una de las maneras sabidas, citadas por Scheff, para destruir la seguridad (y en ocasiones hasta la capacidad de pensar con claridad) de una persona con la que se está hablando, consiste en no mirarle a la cara, sino en fijarse obstinadamente en un punto del cuello de la camisa, de la chaqueta o de la oreja. Pero en tal caso podemos observar un hecho. Es cierto que quien introduce aquí un comportamiento desviante y se sitúa fuera de las reglas del juego es la persona que mira, no la que es mirada: pero la primera apunta sobre el hecho de que la otra adquiera tal embarazo e inferioridad que tartamudee, se toque, y no reaccione adecuadamente a la situación. No obstante, si la persona mirada ya está en condiciones de superioridad social, y está convencida de esta superioridad, su embarazo será breve, y al cabo de poco el provocador será denunciado como tal, reprendido, ridiculizado, o abandonado bruscamente.

Las reglas internas del grupo nunca son el resultado de una suma de las propuestas de varios miembros con derechos iguales. Nacen, por el contrario, de una jerarquía de poder. En todo grupo existe quien tiene mayor derecho a definir (con las palabras o más frecuentemente con el ejemplo) las reglas para todos, y la interpretación de estas reglas en cada ocasión. Habitualmente la jerarquía de poder en el interior de un grupo (como la familia, o un grupo de amigos, o un grupo de médicos) no se manifiesta de manera explícita: es comprendido implícitamente por quien forma parte del grupo. Si forma parte de un grupo una persona considerada poco inteligente, potencialmente «trastornada», o antiguo enfermo mental, su poder es mínimo y la gama de comportamientos que se le permite varía dentro de límites reducidísimos. Los comportamientos que escapan a estos límites pueden a veces ser tolerados, pero casi siempre se trata de una tolerancia aparente: son tratados como si no existieran, o descalificados con sutiles y tácitas maniobras psicológicas.

A diferencia de lo que ocurre a nivel de masas o de colectividad, en los grupos la dimensión política es ocultada. Sin embargo, los grupos constituyen la «política de las pequeñas relaciones»: una política dura, basada en jerarquías y violencias, que, no obstante, aparecen encubiertas por el juego cortés de las conveniencias y por la presencia de relaciones afectivas. En los grupos pequeños existe una tendencia espontánea a negar las relaciones de poder, ofreciendo de ellas una interpretación psicologista. Podríamos decir, por consiguiente, que el grupo siempre tiene algo de reaccionario; es la gestión del individualismo, el terreno donde los vínculos de convivencia son considerados *a priori* más fuertes que la violencia interpersonal.

En el interior de un grupo de pocas personas (como, por ejemplo, la familia) la distribución del poder nunca es el resultado de una dinámica totalmente interna al grupo, sino que procede de una *investidura de poder* por parte de la sociedad exterior. Por muy esquemático que pueda parecer, cabe afirmar que, en general, quien posee mayor poder en el interior de un pequeño grupo no es otro que el *representante* y el *agente* de la clase social que posee el poder en la sociedad exterior. Esto es especialmente cierto en los grupos cuya existencia y funcionalidad es vital para la reproducción del más amplio tejido social: la familia, los grupos escolares, los grupos de aprendizaje para escolares, los grupos de trabajo en las organizaciones.

En la familia, por ejemplo, el padre tiene el poder mayor, aunque muchas veces se deleguen a la madre apreciadísimas áreas marginales de autonomía como las relativas a la cocina y a ciertos aspectos de la educación de los hijos. El hecho de que, en esta situación, el padre represente la clase dominante está demostrado en el plano objetivo porque explota el trabajo doméstico de la mujer; y en plano psicológico porque casi siempre es él quien posee en la familia la mentalidad y la actitud del patrono. (A veces son excepciones a esta regla general las organizaciones y los grupos políticos de oposición: en ocasiones éstos pueden presentar una distribución interna del poder en la que la investidura de mayor autoridad no es expresión de la clase en el poder, o sea de la burguesía, sino de la clase antagonista, el proletariado. Pero también en este caso se trata de un poder que *tiende* a reproducir las formas del poder burgués, a no ser que exista al menos la posibilidad de verificarlo desde la base, o de revocarlo en cualquier momento.)

La relación entre el sistema social ampliado y el grupo restringido es más compleja de lo que pueda aparecer en estas breves notas. En la familia, por ejemplo –que, sin embargo, es un grupo que obedece a leyes especiales–, la distribución de los roles repite muchas veces típicos roles completos de la sociedad ampliada. Quizá no sea superfluo repetir que son, en último término, las leyes de la sociedad las que determinan las específicas y concretas dinámicas internas de los grupos, y no viceversa.

La locura como violación de las reglas del grupo

El peligro de que en un grupo aparezca una disonancia, es decir, un comportamiento «fuera de lugar», determina siempre un cierto grado de ansiedad. Esta es mínima cuando el grupo es estable, y ha decidido establemente los tipos de mensajes y de códigos utilizados; es máxima cuando existe la posibilidad concreta de que alguien, desde el interior del grupo, produzca comportamientos que no forman parte del *tejido comunicativo habitual*. En tal caso, aparece amenazada la misma cohesión del grupo.

En dichas ocasiones, el grupo siempre reacciona con sanciones hacia al transgresor: éstas pueden ir de la descalificación de su comportamiento, o la degradación de su contractualidad (o poder) personal en el grupo, a su expulsión. Pero se precisa una condición importante: todo esto puede ocurrir sólo en la medida en que el significado de la transgresión pueda ser interpretado por el grupo, o por quien posee en él el poder.

Cuando la transgresión es vista como expresión de otro lenguaje, como absurda, como totalmente al margen de cualquier contexto aceptable, es decir, con la faz de la locura, parece «no interpretable». Los demás se encuentran en la imposibilidad de contestar, vinculándolo, el comportamiento desviante, porque falta un lenguaje común. El mínimo tejido de entendimiento en el interior del grupo aparece lacerado; de manera curiosa, pero significativa, también la comunicación entre los demás miembros del grupo aparece trastornada. El recurso a alguna forma de violencia respecto al desviante es, en tal caso, un hecho casi enteramente inmediato y espontáneo.

Llegados a este punto, es preciso insistir, sin embargo, en una cuestión fundamental que corrige en parte el esquema esbozado anteriormente. El comportamiento «loco» no es en sí mismo destructivo de la estructura comunicativa del grupo, sino que lo es únicamente en la medida en que el grupo decide que el mensaje enviado por el «loco» está fuera de cualquier

regla posible, es intolerable en cuanto incomprensible, e incomprensible en cuanto intolerable. En otras palabras, la transgresión aparece no interpretable porque *se decide de este modo*. La interpretación de ese fenómeno es paradójica; se decide que aquello es un comportamiento loco, en cuanto se entiende que lo es: pero a partir del momento en que es loco ya no interesa, porque es enteramente incomprensible.

En realidad, el comportamiento loco, absurdo, fuera de lugar, tiene siempre una comprensibilidad: pero ésta es negada porque para que el grupo entendiera el mensaje que le llega a través de la transgresión, debería modificar su propia estructura muy por encima de los límites que ha decidido permitirse. No querer entender es una defensa para sobrevivir, pero también es una defensa para seguir viviendo de *ese modo*, aunque de manera diferente. Así se finge no descubrir que toda transgresión es un desafío: se finge no descubrir que dicha transgresión, en la medida en que expresa una contradicción del grupo, *dice*, aunque mal, al grupo algo que el grupo podría utilizar. Se finge ignorar que casi siempre el comportamiento «irregular» ha nacido *en el grupo*, es decir, es el resultado de contradicciones mantenidas ocultas, de relaciones interpersonales que a la postre han acabado por crear ese comportamiento, esa «escoria», ese producto anómalo. Pero el grupo rechaza cualquier responsabilidad.

Delirio confuso y delirio lúcido como modelos diferentes de violación de las reglas del grupo

En cierto sentido, la locura más típica y *aparentemente* más grave para el grupo es la del delirio confuso. El delirio confuso es una psicosis orgánica aguda. Una persona que por algún motivo tiene fiebre alta y está intoxicada, no reconoce inopinadamente a los presentes, ve cosas que no existen, está aterrorizada y aterroriza a los familiares. A primera vista, una situación de este tipo es destructiva respecto a la cohesión del grupo, representado habitualmente en primer lugar por los familiares del enfermo. Pero ellos, en realidad, disponen de la posibilidad de situar casi inmediatamente *entre paréntesis* el comportamiento anómalo. Por decirlo así, el delirante es eliminado del orden de los acontecimientos significativos, o sea, es *deshistorizado*: en ese momento no está presente y no existe como persona porque *ya no es él*; no es responsable porque es «víctima de una crisis». En nuestra sociedad, la explicación de esta crisis es de tipo médico, y no apela a la eficaz hipótesis irresponsabilizante de la posesión: pero también la explicación de tipo médico

funciona bastante bien como mecanismo tranquilizador para todos. El enfermo *sólo* tiene mucha fiebre, es como si soñase, no está momentáneamente en sus cabales, curará pronto. La salida del paciente del tejido comunicativo es clara, es literalmente una *ausencia*; y es una ausencia justificada, causada por un acontecimiento inescrutable y casual, la enfermedad.

Muy diferente, y mucho más amenazador, es el caso del delirio en sentido estricto, o delirio lúcido. Tomemos el caso del esquizofrénico inicial. Es una persona que se nos parece, que vemos como uno de nosotros, y que aparentemente participa en nuestro mismo modo de interpretar la realidad: pues bien, en esta situación dice y hace cosas «fuera de lugar». Por ejemplo, en mitad de una comida familiar murmura, mira obstinadamente al techo, y dice que ayer la televisión hizo alusiones a él; o bien escucha voces que los demás no oyen, dice que hay espías, interpela y provoca a los presentes, en los momentos más triviales, formulando hipótesis absurdas e incomprensibles; o bien permanece todo el día en la cama sin mirar a nadie a la cara; o pasa toda la noche sin dormir fumando innumerables cigarrillos, y comportándose de manera necia y excitada.

En este caso, el grupo es amenazado en el seno de su propia normalidad. En efecto, el individuo (a diferencia de en el delirio confuso, en el que momentáneamente «no estaba en sus cabales») está al mismo tiempo *dentro* del contexto interpersonal habitual, y *fuera* de él. No está tan evidentemente enfermo e irresponsable: parece normal y responsable, y por tanto *transgrede* mucho más gravemente todas las reglas. En efecto, es considerado ambiguamente culpable de lo que hace, incluso cuando le es aplicada finalmente la etiqueta de «enfermo mental» para calmar las ansias de todos. Pero el comportamiento anómalo ha minado desde dentro la seguridad, la previsibilidad, la confianza recíproca de los miembros del grupo: ha introducido un elemento de imprevisibilidad en las recíprocas expectativas, ha introducido la presencia del desorden y del mal, el miedo. Al transgresor, al desviante, al loco, se le quita inmediatamente cualquier poder contractual, muchas veces cualquier dignidad, y se le atribuye una peligrosidad que acelera su expulsión del grupo, y justifica la violencia con que se produce.

Cuando este desviante ha sido entregado al médico, al manicomio, a la psiquiatría, su «maldad» es justificada en ciertos aspectos, y todos se tranquilizan: sólo estaba «agotado». Por otra parte, sin embargo, permanece la duda de la culpa, o sea, de la posible responsabilidad por parte del

ambiente (por ejemplo, por parte de la familia) en la «enfermedad». Y esto es así, precisamente, porque no está claro en absoluto que se trata de una enfermedad. Han faltado, en efecto, las características tradicionales de ésta: el paciente no tenía dolor de cabeza ni fiebre, nunca se ha considerado enfermo, nunca ha experimentado una disminución evidente de sus capacidades vitales. Permanece la sospecha (¡más que justificada!) de que su comportamiento no naciera independientemente del contexto, sino que, por el contrario, fuera el resultado de una serie de historias, de relaciones interpersonales, de contradicciones del grupo, en las cuales perdió pie. Esta hipótesis, sin embargo, es demasiado perturbadora para ser atendida. Quien ha estado en contacto con esa persona se obliga a convencerse de que *debe* haber tenido una casual enfermedad del cerebro. *Nuestras* relaciones interpersonales no pueden producir nunca estas contradicciones: la locura no está en nosotros, así como tampoco puede estar entre nosotros.

Trastorno del individuo y trastorno del grupo

La irresponsabilización del grupo oculta responsabilidades colectivas, que, en último término, obedecen a contradicciones sociales. Los casos más simples y más claros son los que es posible estudiar en la familia nuclear. En este caso, lo que se identifica como trastorno *del* individuo es, en realidad, trastorno de las relaciones que el individuo mantiene con las personas más significativas de su existencia: si el individuo es joven, con sus padres. Estas relaciones están situadas, determinadas como tales, y mantenidas especialmente por quien dispone de mayor poder en el grupo: y quien dispone de mayor poder no está destinado, en general, a convertirse en el paciente. (Casi siempre quien se convierte en paciente psiquiátrico es una persona que tiene poquísimos poder en el interior de un determinado *grupo de referencia*, que puede o no ser la familia.)

En muchas familias (y en especial en aquellas en las que se manifestará un individuo diagnosticado esquizofrénico) el sistema habitual de valores, certezas y comunicaciones internas está trastornado. En tales familias los conflictos internos son sistemáticamente ocultados, eludidos, evitados y negados; existen confusiones de roles y de niveles de generaciones; existen vínculos recíprocos (mal definidos) caracterizados por *dependencia* y *ambivalencia*. Sobre esta situación se construyen sistemáticas ambigüedades y falsedades de información recíproca, crueldades mentales negadas de palabra, distorsiones en el modo de considerar la realidad, devaluaciones

sutiles y sistemáticas de la dignidad de algunos miembros del grupo, principios morales reductivos, unilaterales, absurdos o dogmáticos. No es raro que exista al menos otra persona, además de la que se convertirá en «enfermo», con serios problemas psicológicos, es decir, que vive en una situación *no* evidente de auténtico trastorno mental. Con muchísima frecuencia esta persona es la madre o el padre del paciente, y en tal caso es muy probable que los trastornos evidenciados por este último sean en buena parte el resultado de una relación afectiva parental profundamente trastornada. (Según una teoría que tiene muchas probabilidades de ser real, se necesitan al menos tres generaciones para fabricar un esquizofrénico.)

Cuando el paciente, ya reconocido y declarado como tal, vive en familia, los demás se sirven concretamente y de los modos más diversos de su rol de enfermo para defender el propio equilibrio; muchas veces el paciente es parte *activa* de este equilibrio. En ocasiones, el proceso es tan claro, y tan estrictamente ligado a lo que era el rol del paciente en la familia *antes* de que se evidenciase en cierto modo su trastorno, que es lícito suponer que ha sido *fabricado* como «enfermo» mental, es decir, ha sido empujado a esta dolencia y a este rol por un inexorable mecanismo interpersonal, prolongado durante años, y que sigue actuando, manteniendo al «enfermo» totalmente fijado a su rol. El grupo se sirve de la presencia del paciente para mantener su propia cohesión; proyecta en él su irracionalidad; se justifica y exalta su abnegación al soportarlo; confirma la justeza y la superioridad de todas sus opciones; le descarga encima una serie de agresividades; le utiliza y utiliza sus síntomas como instrumento para intercambiar mensajes y chantajes afectivos. Con impresionante frecuencia cada vez que en una familia (o en el interior de una pareja) el «enfermo» sana, o sea, abandona el rol de enfermo, o deja de formar parte del grupo, otra persona de éste comienza a enfermar y a necesitar al psiquiatra.

Una utilización política reaccionaria del concepto de enfermedad mental

La atención a las dinámicas psicológicas puede inducir a olvidar qué son, especialmente en estos problemas, dinámicas políticas. El grupo «sano» que expulsa de su seno a la locura sigue una modalidad de reacción, y obedece a una lógica, idénticas a las de la sociedad. La defensa de la cohesión social, de los privilegios de quien detenta el poder, de la ideología producida por quien quiere justificar su estructura y sus costumbres, requiere un constante trabajo

de irresponsabilización colectiva. También la atribución de la típica etiqueta médica («es un enfermo mental») o de su más sutil revisión de sello psicoanalítico («tiene unos problemas sin resolver con las fuerzas y las imágenes de su inconsciente») es operada con tanta más facilidad en la medida en que es más necesario negar que existen responsabilidades colectivas, o sea, contradicciones sociales capaces de *producir* formas individuales de desviación que se expresan en críticas, insubordinación, malestar y desorden.

Este es uno de los motivos que –en algunos países– llevan a atribuir con facilidad etiquetas psiquiátricas (como «personalidad psicopática», «paranoia», «esquizofrenia») a jóvenes antisociales, a idealistas disidentes, o a miembros de la oposición política. Si la totalidad del sistema social pretende regirse y justificarse negando la existencia de graves contradicciones en su interior (negando, por ejemplo, la existencia de contradicciones de clase), es evidente que disidentes y antisociales sólo pueden serlo por *sus* motivos privados y personales: o sea, porque son, desgraciadamente para ellos, unos enfermos. Si la sociedad es *por definición* inocente, o al menos se considera tan sana que resulta incomprensible una dura y tenaz oposición individual, es lógico que los disidentes sean internados en cárceles-manicomios para sufrir en ellos tratamientos apropiados. Como es notorio, esto sucede en la Unión Soviética. En los Estados Unidos este mecanismo lleva tiempo funcionando y de una manera menos ingenua y más cínica. Se enriquece mediante el estudio de métodos experimentales de «reeducación» que no difieren en nada de los sistemas modernos de tortura: la psiquiatría moderna es utilizada para hacerlos más eficaces en un empleo directamente político y menos vetado de hipocresía médica.

La ideología médico-asistencial y la ilusión de la omnipotencia terapéutica

El desarrollo de la ideología de la productividad y de la eficiencia, y el carácter duro y despiadado de la competición individual, se ligan a una menor tolerancia respecto a los individuos improductivos, mal insertados, solitarios, extravagantes, inoportunos, molestos e «irregulares». Esto no impide que existan también formas de tolerancia marginal para algunas personas (consideradas o no mentalmente trastornadas) a las que, sin embargo, se atribuye un rol social bien definido institucionalmente: el borracho, el tonto del pueblo, el chiflado lleno de lentejuelas que de vez en cuando insulta a las

sombras, y también el travesti con sus amigos y su ambiente, los grupos de melenudos, y así sucesivamente. Los modos de la tolerancia y de la intolerancia pueden variar: pero el punto que aquí se quiere destacar es que existe una creciente difusión de la idea de que cualquier comportamiento puede ser *tratado* aunque la persona destinada a ser objeto de este *tratamiento* no esté aquejada de trastornos mentales en el sentido tradicional, y que es relativamente bien tolerada.

Es una experiencia habitual observar el orgullo de algunos jóvenes agentes de policía que, al llevar al manicomio a un borracho, un vagabundo, o a alguien que ha alborotado en un bar, o participado en una sospechosa reunión de «drogados», explican al médico que «han entendido» que «con los tratamientos se obtiene todo» y que los comportamientos antisociales son únicamente el resultado de problemas y trastornos que la omnipotencia de la ciencia puede resolver. Basta de noches en el cuartelillo para los jóvenes sucios y melenudos o para los alborotadores: es mejor la ciencia; y, en la práctica, para mayor seguridad y garantía de científicidad, él manicomio como instituto especializado.

La imagen de la locura y sobre todo de sus tratamientos se extiende a personas que unos pocos años atrás no eran consideradas como de competencia de la psiquiatría. Aumenta la irresponsabilización social para una serie de problemas; aumenta la delegación a los médicos, a los técnicos de la represión y de la readaptación; y aumenta por tanto el poder y la discrecionalidad de estos técnicos. Bajo este *cientificismo* sólo aparentemente progresista se oculta la evolución ideológica del *tecnicismo burgués* y su penetración entre las masas; esto va ligado al reforzamiento de la *imagen del poder* del psiquiatra, del psicoanalista, del psicólogo. Se atribuye –falsamente– a estas personas una omnipotencia técnica, un rol casi sacerdotal, una aureola de magia tecnocrática, que desaniman al laico para entrar a considerar su comportamiento profesional.

Se puede replicar que en esta situación se tratan muchos individuos que no habrían sido tratados en el pasado. Pero ¿qué significa «ser tratado»? En su conjunto es muy discutible que el beneficio social sea real, y que los propios individuos sometidos a las atenciones del psiquiatra extraigan de ello un beneficio real. Para la mayor parte de los casos, el hospital psiquiátrico no es tratativo, y aunque pueda restituir a la sociedad un individuo dócil, atontado y relleno de psicofármacos, no está dicho que éstos se beneficien de ello. Para la toma de consciencia y la futura curación de un alcohólico violento, quince

días en un hospital psiquiátrico son a menudo mucho más irresponsabilizadores y nocivos que quince días de cárcel por alboroto nocturno y daños materiales. Muchas veces, la tolerancia comunitaria es el mejor tratamiento para personas con problemas de psicosis crónica. Un obrero que ya no soporta su condición de trabajo en la fábrica, el ama de casa que está deprimida e irritada por la estupidez de la vida a que se ve sometida, el adolescente que sufre por sus diferencias con los padres, son personas que muchas veces son capaces de superar sus dificultades sin hacerse *psiquiatrizar* y que si se someten a tratamientos psiquiátricos pueden en ocasiones salir beneficiados, pero en otras no. La administración de sedantes o «de un período de reposo en una clínica» no resuelven, en especial, ninguno de sus problemas. Un niño «inadaptado», o retrasado, o con problemas de carácter, saca casi siempre un beneficio mayor de seguir en la escuela con los compañeros (y ser ayudado con inteligencia en este ambiente –y no necesariamente por el psiquiatra–) que de sea ingresado en escuelas especiales o, peor aún, en institutos especializados.

No incurramos en ningún equívoco. No pretendemos que en todos los casos es mejor no ser tratado que ser tratado, sino únicamente que, en la mayoría de los casos, el tipo de intervención técnica ofrecida por esta sociedad a las personas «desviadas» o que «tienen problemas» no resuelve sus necesidades ni sus sufrimientos y a veces los agrava. Esto es particularmente válido en lo que se refiere a las formas de intervención psiquiátrica que están a disposición de las personas de clase social subordinada. Quien tiene dinero para gastar, es joven, tiene una mentalidad elástica, está dispuesto a discutir los propios hábitos, tiene una buena cultura y es inteligente, si tiene además la gran suerte de encontrar un buen psicoterapeuta, y si finalmente no tiene trastornos demasiado graves tiene, siempre, *amplias* probabilidades de sacar un beneficio decisivo para el resto de su vida de una psicoterapia de dos o tres años de duración.

Notas

Sobre el tema de la desviación los textos más corrientes en Italia son antiguos, conservadores, o muy discutibles. Véase, en cambio, el reciente y excelente librito de T. Pitch, *La devianza*, La Nuova Italia, Florencia, 1975; y también el volumen de I. Taylor, P. Walton, J. Young, *The New Criminology*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1973 (en especial el capítulo 5). Además: E. M. Schur, *Labeling Deviant Behavior*, Harper & Row, Nueva York, 1971; W. Ryan, *Blaming the Victim*, Vintage Books, Nueva York, 1971; S. Ranuf, *Moral Indignation and Middle Class Sociology*, Schocken, Nueva York, 1964; T. J. Scheff, *Being Mentally Ill*, Aldine, Chicago, 1966; D. Chapman, *Sociology ant the Stereotype of the Criminal*, Tavistock, Londres, 1968.

Se imponen algunas consideraciones en lo que se refiere al resto del capítulo. Sobre todo en lo relativo al estudio y la interpretación de los trastornos mentales, no es metodológicamente posible pasar *directamente* del análisis de clases de la sociedad en general a los problemas personales de la exclusión y a la locura; existe, en grado importante, la mediación de mecanismos psicológicos interpersonales. El estudio de una serie de estructuras típicas de interacción y comunicación es necesario para entender el nacimiento de la imagen corriente de la locura, su forma de aparecer en los pequeños actos de la vida cotidiana, y así sucesivamente. Pero este estudio presenta unos peligros precisos: consisten en simplificar y trivializar —a través de la formalización de una serie de esquemas abstractos y ahistóricos de interacciones humanas— problemas mucho más complejos, que remiten por una parte a otras cuestiones psicológicas de peso considerable (la formación del comportamiento llamado esquizofrénico, las dinámicas más articuladas de la familia, etc.), y por otra a precisas variables histórico-sociales. La formalización de los diferentes tipos de relaciones interpersonales puede hacer olvidar que estas relaciones no se desarrollan en un laboratorio, es decir, en una situación «esterilizada» en un vacío social, sino en una sociedad concreta donde están dominadas por factores políticos.

Puede suceder, pues, que si algunas partes de este tercer capítulo se aíslan del resto de la obra, se presten a interpretaciones erróneamente deshistorizadas. Sin embargo, este peligro es mucho mayor cuando se estudian los principales autores que se han ocupado de estos temas, y en especial Goffman. La *neutralización* de las relaciones interpersonales, a través de un método descriptivo deshistorizante como el interaccionismo simbólico, se convierte en método científico general, visión del mundo, ideología y teoría política.

Véanse: E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life*, Doubleday, Nueva York, 1959; E. Goffman, *Interaction Ritual*, Doubleday, Nueva York, 1967, y *Strategic Interaction*, Univ. of Pennsylvania Press, 1969; E. Goffman, *Behavior in Public Places*, Ch. Thomas, Glencoe, 1963; y también de Goffman, *Encounters*, Indianapolis, 1961 (especialmente por el *role distance*). Además: M. Argyle, *Social Interaction*, Tavistock, Londres, 1973 (1.ª edición, 1969); M. Cook, *Interpersonal Perception*, Penguin, Londres, 1971; A. V. Cicourel, *Basic and Normative Rules in the Negotiations of Status and Role*, en H. P. Dreitzel (a cargo de), *Recent Sociology n. 2*, MacMillan, Nueva York, 1972, págs. 4 y ss.

Los procesos interpersonales que conducen a designar un individuo no sólo como desviado sino también como de competencia psiquiátrica han sido indicados en este capítulo de manera todavía parcial y esquemática: el problema de la *fabricación* del paciente psiquiátrico y de su *carrera* prosigue en los capítulos siguientes, a través de una serie de ejemplos, y en varias voces del «Diccionario razonado». Sobre la negación del problema de la locura véase la bibliografía relativa a las dos últimas partes del segundo capítulo. Sobre las dinámicas de la familia, véanse la voz *Ezquizofrenia* y las notas a la voz *Psicoterapia*.

El experimento de Rosenhan está en: D. L. Rosenhan, «On Being Sane in Insane Places», en *Science*, 179, enero de 1973, págs. 250 y ss.

La cita de Halleck procede de su *The Politics of Therapy*, Science House, Nueva York, 1971, pág. 102.

El concepto de *deshistorización de la crisis* está sacado de las obras de Ernesto De Martino.

Capítulo Cuarto

LA PSIQUIATRÍA COMO ASISTENCIA Y REPRESIÓN

Premisa. El manicomio

La psiquiatría no es tanto un conjunto de teorías y de técnicas terapéuticas como el modo de actuar real y cotidiano de los psiquiatras en sus relaciones con los pacientes. La atención a la evolución de las teorías psiquiátricas amenaza a veces con confundir las causas con los efectos, o sea, hacer creer que las instituciones psiquiátricas derivan de las teorías psiquiátricas, y no viceversa. Hay que preguntarse si es cierto que los pacientes son tratados en cierto modo a consecuencia siempre de determinadas teorías psiquiátricas: o si no es más cierto que las teorías psiquiátricas nacen como racionalización y teorización del modo en que son administradas, en la sociedad y en los manicomios, las personas consideradas enfermos mentales.

Básica y fundamentalmente la institución psiquiátrica sigue siendo el manicomio. Es el modelo típico de la estructura de internamiento psiquiátrico: otras estructuras de internamiento, como las clínicas psiquiátricas privadas y las clínicas universitarias, son más parecidas al manicomio de lo que generalmente se cree. La mayoría de las clínicas privadas –al menos en Italia– no son en absoluto mejores que los manicomios, y muchas veces son decididamente peores.

Se ha visto cómo el manicomio ha nacido de exigencias estatales de control y represión respecto a ciertos aspectos –nunca bien definidos– de la desviación de las clases sociales subalternas; y secundaria y tardíamente ha obedecido *también* a preocupaciones de tratamiento. El manicomio es llamado hoy hospital psiquiátrico, pero en realidad los dos términos son sinónimos. Esta imagen del hospital, desorientadora y poco justificada, provoca hoy un ingenuo escándalo ante el hecho de que vivan en ellos muchísimos individuos que no son tratados en absoluto. Por otra parte, son todavía muy numerosos los pacientes internados (tanto «agudos» como «crónicos») que, a falta de cualquier otro tipo de tratamiento, reciben innecesarios tratamientos farmacológicos. Estas «curas» sólo sirven para justificar su internamiento, para dar la impresión de que se hace algo por ellos, para convencerles de que son enfermos, para impedirles –mediante la utilización de sedantes– que expresen protestas o disensos.

Las personas internadas en el manicomio pertenecen en su gran mayoría a las clases sociales subordinadas: subproletarios, obreros, campesinos. En las secciones de crónicos, los internados pertenecen en su totalidad o casi totalidad a estas clases. Se puede afirmar que el manicomio, con sus características de opresión, sordidez y violencia es *la verdad de la psiquiatría*.

Con asombro (pero frecuentemente con hipocresía) se descubre que es posible estar internado por motivos que tienen muy poco que ver con posibles enfermedades. Del mismo modo parece extraño que se mantengan internados crónicos –muchas veces la mayoría de la población hospitalaria– que podrían salir fácilmente pero que no tienen dónde ir. El manicomio sigue siendo fundamentalmente –conviene insistir en ello– una institución de asistencia social y de represión, y sólo secundariamente un organismo terapéutico.

Por una ficción análoga nos sorprendemos actualmente ante las violencias del manicomio, que son denominadas abusos, y ante los casos más típicos del tradicional tratamiento manicomial, que son llamados escándalos. Pero a este último respecto conviene ver más de cerca cuáles son los mecanismos que hacen del manicomio lo que es en la realidad.

Algunas consideraciones sobre las funciones y estructura general del manicomio.

El manicomio responde hoy a varios niveles de funciones. La primera es la relativa al orden público. Su propia organización interna depende de esta función social; responden asimismo a ella las relaciones que la institución mantiene de manera formal e informal con la policía, con la cárcel local, con los manicomios judiciales, con los organismos administrativos responsables del orden público, con la magistratura.

En segundo lugar, el manicomio se vincula estructuralmente a una serie de otros organismos asistenciales y sanitarios con los que intercambia internados y servicios, favores y concesiones. Estos organismos son, en primer lugar, otras instituciones de internamiento, como los hospitales civiles y las instituciones para «handicapados» (minusválidos), ancianos e inválidos. Sin embargo, el manicomio está (especialmente en la actualidad) estrechamente ligado a un sistema más vasto de servicios asistenciales y médico-asistenciales, parte de los cuales no tienen carácter residencial: como los centros de asistencia social, los centros de «higiene mental», los ambulatorios públicos y

privados de los médicos. Estos son en general los principales *canales de internamiento*. A través de todas estas relaciones, así como a través de las relaciones con las universidades, el manicomio se mantiene como un gran centro de poder médico.

En tercer lugar, el manicomio es una empresa, una fuente de trabajo y de lucro, un centro de poder. A la hora de considerar cualquier gran institución no productora de bienes, como es precisamente un manicomio (pero también –por ejemplo– un ministerio, un hospital civil, o un gran colegio), es fácil sentir la tentación de considerar que esta institución existe, se desarrolla y funciona exclusivamente para una serie de finalidades técnicas que se resumen genéricamente bajo el nombre de producción de servicios. Pero las cosas no son tan simples: el servicio de custodia, represión, reeducación y tratamiento, producido por el manicomio, no es en realidad más que el subproducto de un organismo farragoso y disfuncional, que tiende sobre todo a reproducirse a sí mismo, y a servir unos intereses parasitarios.

La existencia y el funcionamiento del manicomio dependen en buena medida de la existencia de una delegación por parte del poder político, que constituye la comisión de toda la institución. El poder político instituye el manicomio, y le pide que exista. La dirección del manicomio debe garantizar al poder político externo (o sea, al Ministerio de la Sanidad, al Ministerio de Gobernación, a la administración local, a la policía, etc.) que el manicomio funciona sin ocasionar problemas, y que es bien aceptado por la opinión pública. Los intentos de escapar de este mandato determinan en general la oposición de la comisión, y la amenaza de una renovación de la delegación. Por otra parte, los intereses que tienden al mantenimiento del *status quo* manicomial, y que, por consiguiente, se oponen a su cuestionamiento, son también muy numerosos y fuertes en su interior.

Quien ha trabajado en un organismo de este tipo ha entendido fácilmente que la cohesión, la fuerza y la vida cotidiana de la institución son algo que funciona de manera automática y autónoma: la institución existe por sí misma, se autoalimenta, y está estructurada a todos los niveles en una serie de hábitos, roles y circuitos de poder extremadamente fuertes y que tienden espontáneamente a oponerse a cualquier intrusión y cambio. Los que tienen intereses que defender, y que defienden por tanto la estabilidad y la inmovilidad de la institución, identificándola con su provecho personal, son muy numerosos: van de las autoridades locales y de los miembros de los consejos de administración a la dirección sanitaria y administrativa, hasta la

masa de empleados. Convergen ahí varios intereses: intereses políticos locales (una institución es una importante fuente de ocupación y un centro de poder muy relevante en el equilibrio de la comunidad local, además de un campo de maniobras clientelares y una reserva de votos); intereses financieros ligados a la renta (las instituciones manicomiales administran actualmente presupuestos ingentes, y muchas veces están implicadas en especulaciones inmobiliarias); intereses económicos ligados al beneficio, en especial industrial (piénsese en los fármacos, cuyo consumo anual, y por consiguiente los ingresos, crecen vertiginosamente), a la construcción, al instrumental, al suministro de víveres y sopas, a los encargos de trabajo a los internados; intereses individuales y corporativos, sobre todo de los médicos (los manicomios desarrollan entre otras cosas una función didáctica y de carrera); intereses ligados a la seguridad de empleo del personal subordinado, comenzando por los centenares y muchas veces millares de enfermeros y cuidadores hasta los empleados, muchas veces no menos numerosos, en la administración y en los servicios de funcionamiento interno.

Es significativo, a este respecto, que muchísimos manicomios tengan un número enorme –a veces superior al del personal dedicado a tareas de custodia y tratamiento– de empleados y de dependientes que desempeñan tareas marginales o parasitarias. Esto se explica –pero sólo en parte– por el clientelismo de las admisiones. Un fenómeno así está particularmente desarrollado en Italia.

Los dependientes subordinados, y en especial los enfermeros, no son asimilables a la clase obrera: son un estrato esencialmente pequeñoburgués, que en general busca en un empleo público la seguridad del puesto de trabajo, además de una serie de beneficios marginales. Es muy frecuente que los horarios manicomiales permitan a los enfermeros un segundo trabajo. A veces, pero no frecuentemente, este personal se politiza, se plantea el problema de su cualificación, analiza en términos sindicales y políticos el significado de su trabajo específicamente psiquiátrico y de su relación con la sociedad y con los internados. Pero esto no es frecuente.

En determinados momentos, al participar en la vida de los enfermeros y de los empleados subordinados, en sus asambleas sindicales, en las discusiones sobre sus reales preocupaciones cotidianas (el salario, las vacaciones, los turnos, los problemas del trabajo), así como en las reuniones donde se toman las decisiones referentes a la organización de la institución (admisiones, promociones, jubilaciones, nuevas inversiones, adquisición de material,

presupuestos, organización interna, etc.) se tiene una impresión muy clara de que las tan criticables finalidades de custodia y terapéuticas de la institución (o sea, las finalidades que justifican oficialmente su existencia) son secundarias o simplemente inexistentes.

A veces, se tiene incluso la impresión de que los mismos internados no existen, o que sólo son fragmentos de la institución, una especie de producto automático semitrabajado del que no vale la pena hablar, y que perpetuamente gira, entra, sale, se intercambia, es modificado, administrado, descartado y mezclado en un impersonal tiovivo sin fin.

Muchísimos aspectos aparentemente técnicos del manicomio, que van del número del personal administrativo y asistencial, a la organización interna, a los horarios de las comidas, al uso y abuso de los fármacos, al número de bajas de los pacientes crónicos, no tienen otro origen que intereses políticos y corporativos y la gestión burocrática que tanto el personal como la institución hacen de sí mismos.

Los estudios sociológicos de la estructura interna de los manicomios han revelado un mundo complejo, gobernado por leyes no escritas y no evidentes. La estructura del poder, la división de los roles, el sistema de premios y de sanciones a través de los cuales cada individuo –y por consiguiente también los internados– es insertado en su propia función, y desanimado de abandonarla, constituyen un mundo complicado y –en cierto modo– también fascinante.

En el sistema manicomial la vida psicológica, la violencia de los afectos, las rivalidades, las frustraciones, las agresividades recíprocas no son menos ricas que en la vida exterior, sino, por el contrario, más ásperas y vivaces. Los problemas emocionales del personal terapéutico nacen en gran parte de las contradicciones sociales propias del mundo exterior, pero se exasperan –a veces con violencia– en la relación cotidiana con la institución y con los pacientes psicóticos. La relación con el psicótico, y en especial con el esquizofrénico, es siempre una relación difícil, una fuente de ansiedades y de angustias profundas que muchas veces no se advierten con claridad, una fuente de frustración; para muchísimas personas, una fuente de auténtico miedo.

Pero la vida interna de la institución manicomial es muchas veces frustradora para el personal independientemente de la dificultad de relación con los pacientes. Si estos sentimientos del personal son (como ocurre en general) negados, reprimidos y sofocados por la burocraticidad de la institución, las consecuencias pueden ser graves. Estos problemas existen, y llegan incluso a exasperarse en la medida en que no son explicitados, y menos aún elaborados e interpretados en términos correctos. Quien paga las consecuencias es el internado. Sobre él se descargan en último término (y con toda libertad dado que, por definición, el internado carece de poder y de credibilidad) las agresiones y los afectos del personal terapéutico. Desprovistos de alternativas, totalmente dependientes del poder sólo superficialmente racional de la institución, los internados sienten de manera agudísima el clima psicológico real dominante. En efecto, establecen siempre una fuerte expectativa y dependencia afectiva tanto respecto a los médicos como al personal enfermero. Se ha demostrado que parte de las dificultades psico-lógicas de los internados, de sus crisis, y por tanto de los fracasos terapéuticos, están ocasionados por los problemas poco claros e irresolutos de las relaciones recíprocas entre los médicos y entre los enfermeros.

Quién es internado y por qué

Los criterios por los cuales un individuo «desviado» es atribuido al campo de competencia de la psiquiatría en lugar del de la ley son sustancialmente convencionales, pero en todas las culturas suficientemente claros como para no dejar dudas a quién juzga, al menos en la mayoría de los casos. Existe, sin embargo, una minoría importante de situaciones personales para las que la atribución psiquiátrica es ambigua y dudosa, y está confiada, por tanto, a factores fortuitos y arbitrarios.

Pero lo más importante es observar que un criterio más general de juicio es altamente impreciso y aleatorio: aquel según el cual un sujeto determinado, ya considerado un «caso psiquiátrico», debe ser confiado a las atenciones amorosas o represivas de la institución manicomial, en lugar de ser confiado a los tratamientos del médico de cabecera, o al centro social del barrio, a los dispensarios «de higiene mental», a las estructuras de asistencia para enfermos e inválidos; o incluso, más simplemente (y muchas veces más razonablemente), ser dejado en paz.

Las personas internadas en un manicomio efectúan, antes del internamiento, un itinerario cuyas diferentes etapas están dadas por las sucesivas intervenciones de parientes, vecinos, médicos, centros de servicio psiquiátrico o social, autoridades públicas. Las sucesivas definiciones del caso, primero como «desviado», después como «caso psiquiátrico», y finalmente como «caso que necesita internamiento» pasan a través de una serie de juicios el último de los cuales («está bien que sea internado», o «debe ser internado») es sin lugar a dudas el más sometido a variables de clase.

Influyen así prejuicios, ponderaciones subjetivas impregnadas de elementos ideológicos, inducciones de comportamientos finalizadas en el internamiento, agresividad social, y también positivos intereses de exclusión respecto al futuro paciente manicomial. Análogos mecanismos entran en juego, y pesan de manera todavía mayor, cuando después de un período de internamiento se intenta valorar la «concesión de la baja». Es inútil subrayar también que todas estas valoraciones son siempre valoraciones subjetivas de comportamiento y no verificaciones objetivas de enfermedad.

Hoy se habla mucho del aumento de los trastornos mentales. Este momento es valorado casi siempre a partir de los internamientos psiquiátricos. Pero el aumento del número de internados no va necesariamente ligado a un aumento de las enfermedades mentales: va ligado principalmente a factores sociales. También se puede observar que el incremento actual de los ingresos en hospitales psiquiátricos, hecho indiscutible, es mayor en general que el aumento global de las jornadas de internamiento, y esto es así por la disminución de la duración media de los internamientos, es decir, por la tendencia a instaurar la práctica de internamientos breves y repetidos.

Es indudable, sin embargo, que existen precisos factores sociales que facilitan el incremento temporal de los desequilibrios psicológicos y de los internamientos: los más conocidos y obvios son la emigración, la vida urbana, el tipo de vida cotidiana en los grandes centros, determinados aspectos del trabajo industrial, el derrumbamiento social de la vida agraria, y también factores «culturales» menos fácilmente mensurables como, por ejemplo, la creciente distancia entre las jóvenes generaciones y las anteriores, y algunos aspectos de la pérdida de funcionalidad, la degeneración y el envejecimiento histórico de la institución familiar. Pero, más en general, existen contradicciones profundas (como, por ejemplo, la inseguridad económica y la competitividad social) que provocan un número creciente de trastornos psicológicos que pueden llegar a ser graves. Es justo observar aquí que

factores de este tipo están ciertamente presentes y tienen probablemente un fuerte peso: pero es muy difícil ofrecer una demostración de este hecho en términos objetivos.

La incidencia, la gravedad, el mecanismo de acción de factores de este tipo son ampliamente hipotéticos. Es, en efecto, muy difícil –por motivos estrictamente metodológicos– comprobarlos rigurosamente en un plano estadístico, u ofrecer una demostración lógica o experimental de ellos. Un aumento de los trastornos mentales no puede ser ciertamente verificado haciendo un cálculo de los internamientos en hospitales psiquiátricos, dado que la mayor parte de las personas que los sufren nunca son internadas, y que la decisión del internamiento, y su duración, dependen en gran parte de factores sociales fuertemente variables en el tiempo y en el espacio, y sólo secundariamente de factores «clínicos». Por otra parte, no es menos difícil valorar la cantidad y el peso de los trastornos mentales en la población independientemente de los tratamientos y del internamiento (por ejemplo, en todos los habitantes de un barrio o de una ciudad, o en una muestra de población). Esta dificultad se comprueba especialmente porque es imposible trazar una línea de demarcación objetiva –necesaria para una investigación estadística– entre quien sufre de trastornos psíquicos y quien, por el contrario, está sano. Por una parte, muchas personas que sufren de trastornos mentales no se dirigen nunca al médico; por otra, la difusión cada vez mayor de la ideología médica y de la ideología psiquiátrica hace que muchos problemas y sufrimientos personales e interpersonales, interpretados en un tiempo como no psiquiátricos, sean vistos hoy como enfermedad, trastorno, neurosis o anormalidad de la personalidad, según un criterio de valoración que en definitiva es convencional. Las personas de clase social privilegiada interpretan más fácilmente sus malestares en términos psicológicos y psiquiátricos, y se sienten autorizadas a hacerlo; las de clase social subordinada viven sus malestares en el ámbito de una cultura médica, no psicológica, y por tanto los interpretan con más frecuencia como enfermedades psíquicas.

El itinerario que conduce a un individuo concreto a encontrarse en dificultades psiquiátricas, es decir, de una índole que puedan ser consideradas (por opinión común de familiares y de su ambiente) «anormales» es un itinerario humano y psicológico dominado enteramente por factores histórico-culturales.

Incluso la «gravedad clínica» según la cual se valora la profundidad del trastorno en cada caso psiquiátrico es en buena medida una abstracción: es difícil distinguir entre la «gravedad clínica» en sí misma y las dificultades sociales contingentes del individuo. Pese a ello, existe un mínimo de posibilidades de separar la gravedad clínica de las dificultades sociales. Una persona diagnosticada como aquejada de serios trastornos psíquicos está en general doliente, está mal, y tiene un comportamiento individual dotado de características sobre cuya anormalidad existe en general una amplia concordancia de juicios entre las personas de la sociedad en que vive: la gravedad de esta dolencia, y la gravedad de las características «anómalas» de este comportamiento constituyen lo que suele llamarse «gravedad clínica». Al tener esto en cuenta, es posible distinguir convencional y toscamente, en un caso determinado, la «gravedad clínica» del conjunto de los demás factores sociales que no están directamente relacionados con los problemas clínicos y que, en realidad, son muchas veces dominantes al determinar el internamiento.

La importancia de estos factores sociales en relación con el internamiento es evidéntísima en muchos casos: muchas veces son internadas en el manicomio personas que no tienen serias dolencias subjetivas ni comportamientos considerados como anómalos por su ambiente social. Veamos algunos ejemplos.

Una de las causas sociales más frecuentes es la improductividad y el peso económico. Un anciano levemente arterioesclerótico y que no está en buenas condiciones físicas, pero lúcido, autónomo y tranquilo, puede ser fácilmente enviado a un hospicio para viejos, y de allí al manicomio, si por las historias más triviales no hay lugar para él en la casa, y si el hospicio para viejos lo rechaza por algún motivo. Un adolescente sin padres, y asilado en orfanatos y colegios, puede ser enviado al hospital psiquiátrico por los más variados pretextos, o también únicamente porque, al llegar a los catorce o dieciséis años, nadie sabe dónde meterlo, ni él mismo tiene un suficiente nivel de socialización, y sobre todo no es económicamente autónomo porque todavía no ha encontrado un trabajo. Consideraciones análogas sirven para las personas sin hogar, trabajo ni familia, para los subnormales físicos y psíquicos, para individuos a quienes se les ha aconsejado internarse por un simple «agotamiento nervioso» y que, a consecuencia de este hecho, pierden su puesto de trabajo.

En muchos de estos casos, precedentes experiencias institucionales de hospicios, colegios, cárceles, cuarteles, contribuyen a inducir en el individuo formas de comportamiento no necesariamente «anómalas» pero tampoco aptas para una reinserción en la vida externa, y claramente incompatibles al mismo tiempo con una óptima aceptación de las reglas de disciplina impuestas por las instituciones de internamiento no psiquiátricas.

Muchas veces el paso del anciano improductivo, o del joven considerado inadaptado, de la familia al manicomio es un paso directo: con la complicidad de la intervención de un médico que garantiza la conveniencia de esta solución. Como se suele considerar, la causa no siempre es el egoísmo de los familiares; con mucha mayor frecuencia es simplemente la miseria; otras veces simplemente el frío (y eso explica el aumento invernal de los internamientos en las zonas montañosas), el hambre, y la soledad.

(Sucede otras veces, en cambio, que —especialmente en ambientes burgueses— graves disputas conyugales y cuestiones de intereses se resuelven, con la ayuda de un médico complaciente, enviando al manicomio a la persona más débil y más incómoda. En tales casos, el diagnóstico habitual es «delirio de persecución».)

Análogas consideraciones sirven para los sucesivos internamientos de personas que, después de haber pasado largos períodos en un hospital psiquiátrico, han vuelto a la familia. Muy frecuentemente son individuos que están bastante bien desde un punto de vista psicológico, pero que ya no consiguen encontrar una inserción; otras veces, se trata de esquizofrénicos crónicos, empobrecidos en su vida interpersonal e improductivos, pero incapaces de molestar a nadie. En todos estos casos, el nuevo internamiento se produce con gran facilidad porque ya se conoce el camino, y la persona ya está marcada por su destino de «enfermo mental». El caso de individuos ex internados que por los motivos más diversos no son tolerados por la sociedad, y a los que el acontecimiento más trivial devuelve al manicomio con pretextos inconsistentes, es frecuentísimo. Aquí también entran en juego precisas inducciones de comportamiento: la persona es impulsada o incluso forzada a asumir reacciones de comportamiento que, al confirmar su incurable anormalidad, sirven como justificación «científica» para el nuevo internamiento.

Aquellos que en la sociedad exterior expresan un rechazo o una discriminación respecto a los ex internados raramente se dan cuenta de las consecuencias de sus actitudes. Al ex internado no se le escapa el auténtico significado de gestos y matices que expresan con exactitud, más allá de las hipocresías y de las afirmaciones de buena voluntad, los auténticos sentimientos de los «sanos». Tanto en la familia como en la sociedad, el rol social del ex internado no sirve para ayudarlo a superar sus dificultades psicológicas residuales: éstas, por el contrario, tienen a aumentar a causa precisamente de las frustraciones encontradas en su intento de rehacerse una existencia «normal». El desequilibrio psicológico vuelve a plantearse entonces mediante una suma de mecanismos: no sólo al volver el ex internado a la sociedad y a la familia encuentra las mismas dificultades materiales y psicológicas, las mismas ambigüedades en las relaciones sociales, en una palabra los mismos obstáculos que le condujeron al desequilibrio psiquiátrico y al internamiento; encuentra también dificultades nuevas, ligadas al hecho de que con el internamiento ha perdido al menos en parte su puesto en la sociedad, ha perdido derecho de audiencia, credibilidad, contractualidad social, y se ha convertido en un individuo por definición potencialmente imprevisible y peligroso.

Es sabio y demostrado que los ex internados cometen menos crímenes y delirios contra la persona que la población considerada siempre como sana. Cometen, en cualquier caso, menos homicidios «incomprensibles» y gratuitos de los que perpetran automovilistas «normales», tanto cuando conducen su coche como cuando se pelean con otro automovilista a consecuencia de un embotellamiento o por problemas de prioridad de paso. El ex internado sabe perfectamente que si se emborracha, alza la voz, o si es provocado y se pelea con un familiar o con un representante del orden constituido, sus razones servirán de poco. Si da una bofetada a alguien después de una seria provocación, la bofetada se convierte automáticamente en una agresión patológica; si quiere escapar de una situación psicológica de pasividad, de falta de autonomía, de inseguridad (típica de la mayoría de las personas con trastornos mentales, y por tanto de quienes han pasado a través de una dura experiencia de reclusión institucional) y lucha con vigor, por tanto, en busca de una afirmación de sí mismo, intentando reaccionar con fuerza, la reacción del ambiente social será todavía más violenta. La respuesta social es siempre la misma: el enfermo es enfermo y así debe seguir, que se porte bien tal como corresponde a un enfermo, y se deje cuidar. Por análogos motivos, muchos internamientos manicomiales se producen a partir de los hospitales civiles, por triviales motivos disciplinarios y organizativos, o a consecuencia de simples protestas por parte del individuo.

El internamiento de adolescentes y de jóvenes en el manicomio se produce con cada vez mayor frecuencia por otro tipo de motivos. Actitudes de oposición a la familia, cerrazones y brusquedades típicamente reactivas de los adolescentes, ideas anticonformistas consideradas como «locuras» por los padres tradicionales (segurísimos de la bondad de la educación impartida a los hijos, que por consiguiente se convierten en los únicos culpables), el rechazo de ir a la escuela, melenas y eventualmente la sospecha de la «droga», son considerados actualmente con gran frecuencia motivos suficientes para emitir un diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo, de «esquizofrenia inicial», o de «personalidad antisocial de toxicómano», o de «toxicomanía») e internar al joven. Otras veces es la policía la que efectúa directamente esta operación, que en general produce consecuencias desastrosas.

El internamiento «forzoso» en el manicomio puede implicar e implica muy frecuentemente consecuencias mucho más graves que un período de cárcel. Entre otras cosas, la cárcel castiga la comisión de un delito, y a partir de un comportamiento específico: y castiga de manera clara. El manicomio, por el contrario, castiga –como veremos mejor a continuación– no por lo que una persona *ha hecho*, sino por lo que otras consideran que *es*: allí todo es más ambiguo, el paciente designado no es puesto en condiciones de entender «qué ha hecho de equivocado», e incluso la duración de la detención manicomial está sometida a criterios que son presentados como científicos, pero cuyos aspectos de posible racionalidad casi siempre escapan al interesado. Por otra parte, no siempre es cierto que el manicomio sea «más curativo» que la cárcel. Ni una ni otra curan, ni rehabilitan: pero a veces la cárcel puede enseñar mucho mejor al individuo cuáles son los comportamientos que debe evitar (u ocultar) si no quiere perder su libertad. Por otra parte, quien ha sufrido las experiencias de la cárcel y del manicomio –cosa muy frecuente– prefiere en general la cárcel. (Obviamente esta orientación no puede ser generalizada de manera rígida: en ocasiones el manicomio sigue siendo preferible a la cárcel.) Otro discurso sería el de la utilización de ciertos manicomios, o de los manicomios judiciales, como «secciones de castigo» para prisioneros considerados como «punibles» por motivos contingentes o por motivos políticos. La psiquiatría –habría que añadir ahora– es una forma de represión que nunca aclara al interesado las imputaciones que se le atribuyen, ni le dice qué debe hacer en el futuro. Ya inicialmente perplejo o confuso, el paciente psiquiátrico acaba por estarlo más.

Por análogas razones, si una persona con trastornos mentales comete graves actos antisociales de manera que, en cualquier caso, debe ser internada, siempre es mejor (por *más claro*) que intervenga la policía en lugar del equipo psiquiátrico.

Entre los huéspedes tradicionalmente más numerosos de los manicomios están las personas que viven solas, los marginados, los borrachos, las prostitutas, los vagabundos, los desarraigados y los inmigrantes, los representantes de los estratos proletarios más gravemente subprivilegiados, las personas que viven del cuento. El descenso en la escala social y la inseguridad y la precariedad de la vida cotidiana, típicas de las capas sociales más bajas, son importantes factores de internamiento. Se ha discutido mucho para establecer si y hasta qué punto el descenso en la escala profesional y social es consecuencia de un trastorno latente (en especial de tipo esquizofrénico) ya presente desde hace años, y hasta qué punto el mecanismo es al revés, o sea, si lo que ocurre es que el descenso social provoca el trastorno, además de facilitar el internamiento. Es lícito suponer que ambos mecanismos están presentes: pero que, probablemente, el segundo es el más importante. Es muy posible, por otra parte, que la pregunta esté mal planteada. Es difícil, casi imposible, distinguir entre los mecanismos sociales de explotación, de discriminación, de exclusión, y de aparición en el futuro paciente de esquemas de comportamiento inadecuados, de reacciones poco aceptables socialmente, fuente a su vez de explotación, discriminación, exclusión y por tanto de ulteriores inadaptaciones y ulteriores reacciones inadecuadas juzgadas finalmente como inaceptables por la sociedad. Se trata de un continuo círculo vicioso, que constituye por muchos aspectos una característica central, de fondo, de la evolución psicológica de lo que denominamos «trastorno mental», además del mecanismo social que conduce al internamiento.

La extensión de la asistencia médica y social por la población, la difusión del poder de los médicos y de la ideología médica y psiquiátrica, la mayor «credibilidad» y en ocasiones la «humanización» de las instituciones psiquiátricas de internamiento, son algunos de los factores que han contribuido recientemente a modificar la composición social de los pacientes manicomiales, y en especial de los agudos, entre los cuales están hoy en aumento los obreros y los pequeñoburgueses.

Las leyes que favorecen el internamiento «voluntario» e intentan reducir el número de los internamientos «forzosos», u «obligados», contribuyen a crear una nueva clientela: la constituida por personas no gravemente trastornadas, que se internan voluntariamente en las secciones «abiertas» o «privilegiadas» (llamadas a veces «secciones neurológicas») esperando encontrar «tratamientos fuertes» y «ambientes altamente científicos» para resolver sus problemas.

El manicomio y la ficción médica

En el interior del manicomio rige una ficción médica y hospitalaria.

La tendencia a presentar el manicomio como un «hospital especializado» ha ido acentuándose en los últimos años, para hacerlo parecer más eficiente y humano, y justificar su potenciamiento.

El paciente es acogido por personas con bata blanca y sometido a ritos de expoliación y de sumisión justificados con pseudo-razonamientos técnicos. (Muchas veces incluso el portero del manicomio viste la bata blanca, aunque esto carezca de toda justificación higiénica: pero es simplemente un uniforme, y sirve para recordar que quien manda y encierra lo hace en nombre de la ciencia.) El tratamiento reservado al paciente, sobre todo si es internado como «forzoso» en una «sección cerrada» es un itinerario de despersonalización, de degradación activa, de anulación de su dignidad psicológica, muchas veces de pura violencia física. Goffman ha descrito perfectamente la «carrera moral» del enfermo mental en la institución, la importancia de la sustracción de las ropas, de los objetos, de su propia identidad social, la inserción en un mundo anónimo sustancialmente afín al carcelario, gobernado por una compleja y férrea pirámide de poder.

Considérese que quien entra en el manicomio está casi siempre en una situación de fuerte angustia por los propios problemas psicológicos y sociales, en ocasiones perplejo y confuso, y más frecuentemente de lo que se supone ofendido y perturbado por este mismo acontecimiento («entonces, ¿significa que estoy loco»), trastornado por problemas psicóticos de identidad personal. En tal situación, el manicomio, de manera mucho más incisiva que la cárcel, es el mecanismo de destrucción de una identidad ya poco segura, la anulación definitiva de un respeto de uno mismo ya amenazado.

A esto contribuye la mistificación de su función. Es fundamentalmente un lugar de vigilancia para desviados, un lugar de tutela y un basurero para indeseables. Quien acaba en la cárcel, en un asilo para ancianos, en el hospital, en el cuartel o en el internado, se halla prisionero de una institución que manifiesta sus propios fines de manera no demasiado ambigua. En el manicomio, la ambigüedad es radical. En primer lugar, no resulta claro al interesado (ni por otra parte a muchos otros, que, sin embargo, no lo dicen) por qué motivo preciso su destino, en ese día preciso, sea el manicomio en lugar de, según los casos, la cárcel, el hospital, el hospicio, el instituto de reeducación, o su propio domicilio. Se encuentra confrontado a una institución que en el fondo es, sobre todo, una cárcel, un lugar de depósito, y un hospicio: pero todo ello barnizado, por decirlo de algún modo, de hospital. Es posible que alguien haya procurado, antes del internamiento, ofrecer al paciente una racionalización médica («yo sólo estoy aquí para curarme del agotamiento orgánico», o «para hacer algunos exámenes»); si esta racionalización médica no ha precedido al internamiento se encuentra al ingreso con las frases «estás aquí para curarte», «estás agotado, y puede que más gravemente de lo que pensabas», «sólo necesitas que te hagamos unas aplicaciones»; se encuentra con los inútiles y estúpidos (pero impresionantes y misteriosos) ritos médicos, el examen de orina, de los reflejos, la temperatura, la ficha, guardar cama durante la visita del doctor, la vigilancia permanente «en el caso de que esté un poco angustiado, o se sienta mal», los inmediatos «tratamientos» farmacológicos.

Otro momento en que la ficción médica es más evidente, y más absurda, es el de la salida del paciente del manicomio. En un determinado momento el paciente está «tranquilo», ha entendido que debe decir que ya no tiene «las ideas de antes», han pasado algunas semanas, o algunos meses, ha hecho un ciclo de electroshock, o de psicofármacos, faltan camas, y por consiguiente el doctor decide darle la baja. Muchas veces la situación social que ha determinado el internamiento sigue activa, y la familia expresa cierta perplejidad ante el regreso. Pero esto no es valorado: el paciente es juzgado «clínicamente curado» o «clínicamente susceptible de baja» (expresiones ampliamente desprovistas de sentido) y la baja es *impuesta* con un acto de autoridad «técnica» prácticamente semejante a la del internamiento.

La inversión de causas y efectos en la explicación manicomial del comportamiento

La esencia de la psiquiatría manicomial, y el origen de su horror, consiste en una precisa inversión de causas y efectos. El internado en el manicomio tiene un cierto comportamiento, ampliamente ocasionado por los tratamientos y por el tipo de relaciones interpersonales a que está sometido. La *ficción médica*, en cambio, permite sostener que el comportamiento del internado es un hecho autónomo, debido a su enfermedad, y que este comportamiento determina y justifica los tratamientos y el tipo de relaciones interpersonales a que debe ser sometido. Nunca se insistirá suficientemente sobre el hecho de que el comportamiento de cualquier persona, esté o no mentalmente trastornada (e incluso si está gravemente trastornada), no puede ser entendido correctamente si se considera de manera independiente respecto al tipo de relaciones humanas que esa persona ha mantenido y mantiene en el pasado y en ese preciso momento. Si bien es cierto que en la sociedad exterior existen mecanismos psicológicos interpersonales de *inducción* de comportamientos juzgados como «anómalos» o «locos», se puede observar que en el interior del manicomio estos mecanismos inductivos son más activos y violentos, y el paciente tiene menores posibilidades de defenderse de ellos.

En el caso específico del internado en el manicomio, y en especial del internado crónico, la estructura de vida a la que es doblegado es una *estructura de comportamiento institucional*: se convierte rápidamente en el mismo comportamiento de la persona, y está hecha de sumisión y de agresividad, de regresión y de refugio en esquemas psicológicos empobrecidos y en comportamientos rígidos, inarticulados o monstruosos.

Los ejemplos pueden ser numerosísimos. Si una persona en el momento del internamiento protesta con vehemencia, significa que «está en crisis de excitación psicomotora», por lo que es «contenida», o sea atada: pero entonces su agitación no hace más que aumentar. Si un internado crónico permanece horas y días en una actitud indiferente, inmóvil, o se refugia agazapado bajo un banco y le pega a quien le estorba, es un «catatónico» que debe ser ingresado en una sección para «graves»: pero estas actitudes sólo podrán empeorar en una zona del hospital en la que los pacientes ya están «gastados» y su vida social reducida a niveles infrahumanos. De este modo, los pacientes «sucios» o «agresivos» son generalmente colocados en sectores de la institución donde su comportamiento tiende a deteriorarse con el paso del tiempo.

El propio término de «crisis» (que se declina habitualmente como «ha tenido una crisis de agitación» o bien simplemente «está pasando una crisis») es indicativo del mecanismo institucional que estamos describiendo. Permite, en efecto, trivializar y hacer impersonal el comportamiento del paciente: permite distanciarlo como un acontecimiento fortuito, sin causas ni consecuencias, rutinario y mecánico. Otro ejemplo más específico y particularmente indicativo se refiere a la utilización tradicional del término «estado de paro psicomotor» que designa a un paciente inmóvil, pasivo y que no habla. Se supone a veces en tales casos que el cerebro ha quedado, por decirlo de algún modo, «obstruido» o «agarrotado», pero en la práctica esta interpretación mecanicista sirve para excluir toda posibilidad de comprender una actitud humana. El paciente «en estado de bloqueo» está casi siempre inmovilizado únicamente por una violencia psicológica; se ve forzado a asumir y mantener la única actitud de rechazo que le concede la institución si quiere oponerse a ella, recogerse con un mínimo de autonomía, defenderse y apartarse de lo que le está ocurriendo, y de lo que no se siente dueño. Veamos otros ejemplos. Si un joven subnormal, o un viejo anciano y arterioesclerótico, son propensos a evacuar heces u orina, tienen dificultades en comer solos, o no consiguen subir o bajar las escaleras sin riesgo de caerse, la respuesta típica de la institución es la de encamarlos, limpiarlos, alimentarlos por sonda. El resultado es que involucionan posteriormente a estadios de dependencia infantil, y pierden más capacidades de autonomía y de inteligencia. En este caso la institución gusta de redimirse prodigándose y haciéndose necesaria: o sea, atendiendo, cambiando las sábanas, protegiendo. Pero el viejo recluido en la cama pierde rápidamente la capacidad de caminar, retrocede en el plano psicológico, y ve empeorar sus condiciones intestinales y respiratorias; y el joven subnormal tratado como un animal pierde las relaciones con los demás y pasa en breve a unos niveles de vida realmente animales.

Todo esto es cierto de manera mucho más general: si a un internado se le quita su dignidad humana, su comportamiento será indigno e inhumano; si es sometido a vigilancia continua, a brutales limitaciones de libertad, a actitudes de desconfianza, a violencias psicológicas, su comportamiento se hará cada vez más pobre, degradado, hostil, desesperado o violento.

Es bastante conocido que la dosis de psicofármacos (y, frecuentemente, el electroshock) son regulados según el grado de integración del individuo al ambiente institucional. La dosis de sedantes sube si el paciente está inquieto por algún motivo, o si se supone que tardará en dormirse. (Pero no olvidemos que en muchos hospitales psiquiátricos se cena a las 5 de la tarde, y todos los

internados deben estar en la cama antes de las 7, para dar tiempo a que los enfermeros limpien y descansen.) En la mayoría de los casos, el médico no se preocupa de informarse y por consiguiente desconoce si la inquietud y el insomnio pueden deberse a una visita fallida por parte de los parientes, o bien a hechos aparentemente triviales (pero, en realidad, fundamentales en el universo de las secciones de crónicos) como la discusión con otro paciente crónico acerca del orden de precedencia en el banco próximo a la estufa, o a una pelea por la posesión de colillas o cigarrillos.

También en este caso, los preparativos para el electroshock que debe hacerse a la mañana siguiente ponen todavía más inquieto al internado (por no hablar de las consecuencias del shock en sí), y el aumento de sedantes puede determinar un estado de torpeza, de extravío y de incapacidad para pensar y comunicar lúcidamente, que no hacen más que aumentar su angustia. Pero esto no tiene mucha importancia para la institución: lo importante es que en todas las ocasiones entre en juego la *ficción médica* para explicar y remediar.

La institución manicomial tiende a introducir a los pacientes en moldes preconcebidos, y en especial tiene dos modelos generales diferentes y bastante precisos a los que quiere uniformar los comportamientos de los internados. El primer modelo es el de una persona silenciosa, activa, colaboradora, que ayuda y trabaja, no hace preguntas y no habla de sus problemas; el segundo es el del paciente infantilizado, pasivizado, al que se debe ayudar, manejar, asistir en todo momento, defender contra sí mismo: éste es el ideal «objetivo» de tratamiento.

Disciplina y terapias

El manicomio es un universo custodiador, burocrático y pseudo-científico, en el cual el poder del médico es absoluto y carente de verificaciones, y el objetivo general de la gestión del enfermo es la disciplina y la tranquilidad. La gestión cotidiana de la institución en todos sus pormenores sigue una pirámide muy rígida que se refiere tanto a los enfermeros (cada uno de los cuales es situado, formal o informalmente, en un determinado nivel de poder) como a los mismos pacientes, entre los cuales siempre existe un preciso e informal orden jerárquico. Los instrumentos de disciplina se han perfeccionado respecto a aquellos —en ocasiones increíblemente brutales— que eran utilizados hasta hace pocos años, y ahora también ellos se han hecho «científicos». Son sobre todo el tipo de sección a que el internado es asignado o trasladado (entre las diferentes secciones siempre existe una

jerarquía); los psicofármacos; el electroshock; la celda; la contención (atadura en la cama o camisa de fuerza).

Las posibilidades ofrecidas por la utilización de los instrumentos «terapéuticos» modernos son a este respecto las más utilizadas. También aquí persisten intentos toscos pero reveladores: en algunos hospitales psiquiátricos italianos las inyecciones de azufre coloidal siguen siendo utilizadas recientemente, como castigo doloroso y como inmovilizador (el azufre coloidal provoca fiebre alta), sin ni siquiera la más remota justificación terapéutica. Análoga, y muy frecuente, es la utilización actual del electroshock.

Pero los psicofármacos, y en especial los neurolépticos, ofrecen todo tipo de ventajas. Son sedantes, provocan una disminución de los comportamientos más trastornadores para la institución, y en fuertes dosis disminuyen y bloquean la movilidad voluntaria. Provocan también daños hepáticos, cardíacos y renales: pero a un internado «tratado» durante años con dosis de neurolépticos fenotiacínicos, incluso hasta un gramo al día (a los pacientes ambulatorios se les prescriben habitualmente las mismas sustancias en dosis de unos pocos miligramos al día), muerto finalmente de una enfermedad cardíaca, obeso y con el hígado destrozado, no se le hace autopsia, que por otra parte no provocaría ninguna consecuencia. La utilización generalizada de dosis muy fuertes de psicofármacos tiene una utilidad terapéutica limitada, muchas veces dudosa, y en algunos casos totalmente inexistente. Los psicofármacos sirven fundamentalmente a la institución más que al enfermo, y son prescritos con esta lógica. Permiten reducir la vigilancia, las violencias directas, las «contenciones»: pero muchas veces son una auténtica camisa de fuerza farmacológica, que destruye la psique del enfermo al tiempo que su cuerpo. Esto no significa, sin embargo, que resulte preferible la violencia manicomial más tradicional.

La psicosis institucional

Después de un período de unos años, y en ocasiones después de pocos meses, el internamiento manicomial provoca casi invariablemente un tipo característico de comportamiento, que ha sido denominado «neurosis institucional», «regresión institucional», o más exactamente «psicosis institucional». El internado se recluye poco a poco en sí mismo, se convierte en abúlico, dependiente, indiferente, inerte, sucio, muchas veces malhumorado, regresa a comportamientos infantiles, desarrolla posiciones y «tics» estereotipados y singulares, se adapta a una rutina de vida extremada-

mente limitada y pobre de la que tampoco desea salir, elabora con frecuencia convicciones delirantes de tipo consolativo (los llamados «delirios institucionales») El mundo ahistórico y atemporal de las secciones de crónicos, la sordidez y el vacío de la vida cotidiana son los responsables de esta sintomatología, que también se ha descrito en los campos de concentración. Este es el motivo por el que todos los internados crónicos se parecen. Una conducción activa, responsabilizadora y más humana de la vida de la sección se traduce lentamente en la desaparición de este tipo de comportamiento institucional, hace desaparecer los «pacientes catatónicos», y determina también poco a poco la disminución o la desaparición de los internados catalogados como «incontinentes», «sucios», y «violentos». Una de las características que distinguen los hospitales más tradicionales de los al menos parcialmente renovados es la ausencia, en estos últimos, de secciones para «sucios» o «violentos».

Especificidad y no especificidad del manicomio

Se corre el riesgo de que la denuncia de la realidad manicomial, así como el análisis de su estructura específica, le conviertan en un mundo en sí mismo, dotado de leyes propias y arcaicas, cuando no ahistóricas. A partir de ahí, es comprensible que el manicomio aparezca, y a veces sea denunciado, como una «aberración indigna de la sociedad civil». La censura, con demasiada frecuencia moralista y emotiva, cuando no escandalizada, de sus crímenes y de sus momentos más sórdidos y brutales, sirve en primer lugar para enmascarar el hecho de que las «aberraciones» del manicomio forman parte de un sistema coherente; en segundo lugar, sirve para evitar el análisis político de los motivos y de los mecanismos por los cuales la «sociedad civil» se articula sin solución de continuidad también en estas instituciones con todas sus características.

La denuncia de los manicomios, y la lucha contra su lógica, *puede* ser un momento de una correcta batalla política contra los centros de poder de este sistema social, y en favor de una toma de consciencia de sus mistificaciones; pero cuando esta denuncia es hecha únicamente en nombre del humanitarismo genérico, del progreso y de la democracia, se convierte muy fácilmente en un modo para obtener mejoras y racionalizaciones organizativas enteramente marginales. El sistema capitalista se sirve frecuentemente de determinados escándalos para sus propias luchas internas de poder; con las comisiones de investigación obtiene la poda de las «ramas secas» y una adecuación más moderna de las estructuras psiquiátricas a nuevas exigencias represivas.

El intento, típico de sociólogos como Goffman, de demostrar *en qué modo* (pero no *por qué*) las «instituciones totales» (manicomios, cárceles, reformatorios, hospicios y –añadimos nosotros– también cuarteles) se asemejan tanto entre sí, y reservan a sus huéspedes tratamientos análogos, es un intento limitado y en ciertos aspectos desorientador. En estos análisis el manicomio es reducido a una serie de *estructuras* generales de relaciones interpersonales, a estereotipos sociológicos abstractos, a fórmulas de expoliación ritual de la personalidad humana siempre idénticas entre sí. De este modo, se acaba por perder de vista la *historicidad* de estas estructuras, es decir, su razón de ser social y política.

Al sobrevalorar lo *específico* «institución total» se pierde por una parte la posibilidad de comprender la *continuidad* del manicomio con las formas políticas y los modos de las relaciones interpersonales más allá de sus muros y de las instituciones «totales», es decir, en la vida cotidiana, en la familia, en los ambulatorios médicos, en los hospitales civiles, en las comisarías de policía, etc. Y por otra, se acaba por desteñir los aspectos de *especificidad psiquiátrica* del manicomio respecto a las demás instituciones «totales» de reclusión.

El manicomio extrae gran parte de su fuerza institucional de una característica contradictoria: es al mismo tiempo un producto de la sociedad exterior, y también un mundo cerrado, separado de la sociedad. Es cierto que en su interior rigen –no escritas– leyes monstruosas y también –con más frecuencia de lo que parece– situaciones de auténtico sadismo. Pero si estas leyes son analizadas de cerca y con paciencia, si se habla extensamente con las buenas gentes (médicos, enfermeros) que las viven como propias y las aplican, se descubre poco a poco una realidad simple y bastante sorprendente. Los criterios que regulan la disciplina de la institución y las relaciones entre empleados e internados son las mismas que regulan las relaciones humanas en la sociedad exterior. Los enfermeros no son perversos ni especialmente ignorantes: son sobre todo personas de sentido común, muy frecuentemente bondadosas. Administran su poder según criterios obvios y notorios; dicen muchas veces: «esto es como una familia»: y es cierto al pie de la letra, porque en la institución estos padres y madres autoritarios y bienhechores administran a manadas de niños grandes turbulentos, perezosos, necesitados de ayuda, a veces algo caprichosos, «alguno incluso malo», muchos sin embargo lunáticos e idiotas. Estos enfermos provocan grandes ansias pero su gestión no es, originariamente, una gestión *especial*: es sobre todo una

gestión de sentido común en una situación de poder muy especial, y dotada de escasas satisfacciones para quien trabaja en ella.

En cuanto a los médicos manicomiales se comportan de manera sustancialmente uniforme, tanto en el interior del hospital como en los ambulatorios gratuitos para pacientes dados de baja. (Si tienen clientes de pago y privados es otro discurso.) El médico aplica en el manicomio los mismos criterios que guían su comportamiento en las horas que pasa fuera de sus muros. Si este comportamiento es apresurado e impersonal en el ambulatorio, también lo será en el manicomio, con alguna diferencia ligada al hecho de que en el ambulatorio el paciente tiene un mínimo de «contractualidad» respecto al médico: allí el médico debe tomar en consideración una serie de controles sociales, mientras que en el manicomio, en general, puede hacer mucho más libremente su voluntad. En el manicomio, las consecuencias son mucho más graves: pero las *causas* se hallan fuera de sus muros. Así pues, es sobre todo fuera de sus muros donde se forman las estructuras de poder y los esquemas de comportamiento que (en ocasiones degradados y poco reconocibles) regulan también las relaciones en el seno del instituto de internamiento.

El manicomio descubre en ocasiones algunos aspectos de la opresión y de la hipocresía que constituyen la infraestructura de la vida social en el capitalismo: pero no *explica* dicha opresión y dicha hipocresía. El manicomio no explica los *porqués* de sí mismo, y mucho menos los de la sociedad exterior: es, por el contrario, la estructura social lo que produce y explica el manicomio. De este modo, es en relación con la lucha de clases, y en el ámbito de los temas que estudiantes, obreros y técnicos elaboran y asumen en sus reivindicaciones sociales y en la vida cotidiana, cómo se organizan las luchas contra las causas del malestar psíquico contra su gestión represiva. La coordinación de la clase obrera con las fuerzas que luchan en el seno de la institución constituye, pues, una premisa posible para la transformación real de esta última.

La renovación manicomial

Los intentos de mejoramiento de la estructura manicomial parten de varios tipos de exigencias.

En primer lugar, el poder estatal puede estar interesado, sobre todo en los momentos de pleno empleo, en recuperar al menos una parte de la fuerza de trabajo que se deteriora en los pabellones manicomiales. Al mismo tiempo, es fácil que se le exija al manicomio que convierta en «civiles» al menos una parte de sus pabellones con el fin de acoger los «internamientos breves» de personas «agotadas» que ingresan voluntariamente para ingerir sedantes y «reconstituyentes», y regresar después al puesto de trabajo. Por otra parte, la disminución de las jornadas de internamiento se traduce en economía.

En segundo lugar, concurren a la humanización y racionalización de la institución una serie de exigencias que proceden de la opinión pública en general, o de determinados estratos de ella, o de políticos y administradores que intentan aprovecharlas con fines de poder o cálculos electorales. E incluso intervenciones estatales pueden favorecer, mediante leyes, financiamientos u otros instrumentos de presión, el rejuvenecimiento de la estructura manicomial de un país determinado, a partir de presiones de diverso tipo.

En tercer lugar, los operadores (médicos, enfermeros, etc.) del hospital pueden moverse, de acuerdo o no con unas fuerzas políticas externas, en favor de su humanización y su renovamiento.

Ya en la primera mitad del pasado siglo se había desarrollado, como vimos anteriormente, el principio del «tratamiento moral» y de las «puertas abiertas». A la misma época se remontan los primeros intentos de «ergoterapia», o sea de reeducación del comportamiento de los internados a través de la actividad física y laboral, por ejemplo en comunidades agrícolas; una orientación parecida reapareció alrededor de 1930, especialmente en Holanda, para extenderse después a los demás países. El régimen de «puertas abiertas» experimentó también un fuerte relanzamiento en este siglo, después de 1950, sobre todo en Inglaterra. (Puede resultar útil precisar, dado que las mistificaciones son frecuentes, que un régimen de «puertas abiertas» exige que durante todo el día los pacientes de un pabellón psiquiátrico pueden alejarse de él sólo con empujar la puerta, y sin ninguna compañía.) Según D. H. Clark, en 1968 más del 90 por ciento de los internados de los hospitales ingleses y galeses vivían en un régimen de puertas abiertas.

La apertura de las puertas de una sección es la verificación cardinal (y quizá la única verificación válida) del inicio de la crisis de los principios tradicionales del manicomio. Abrir las puertas sólo es posible si preexiste un clima suficientemente humano entre personal y pacientes y si existe una consciente e inteligente estructura terapéutica y organizativa apta para responsabilizar a todos en torno a un fin común. La evolución hacia la «comunidad terapéutica» (véase a continuación) está implícita. Puertas abiertas (*open doors*) significa también *no restraint*, o sea, renuncia a la utilización de lechos de contención y camisas de fuerza. La renuncia total y definitiva a ambas cosas, que muchas veces son auténticos instrumentos de tortura, es posible en cualquier hospital psiquiátrico a partir de las primeras fases de su renovación. Mientras permanezca la amenaza de una utilización, aunque sólo sea «excepcional», de estos instrumentos no es posible hacer nada serio.

Obviamente, no tiene mucho sentido llevar una sección en régimen de «puertas abiertas» si en ella se acogen pacientes cuidadosamente seleccionados por su pasividad, o por la gravedad absolutamente irrelevante de sus trastornos. Por otra parte, parece que nunca ha sido posible administrar *todo* un hospital psiquiátrico público o privado, ni ninguna «contrainstitución» psiquiátrica (obviamente con pacientes no seleccionados) renunciando *establemente* a cerrar las puertas de todas las secciones y de todas las habitaciones durante el día, sin inmovilizar, claro está, a los pacientes más graves con dosis excesivas de psicofármacos. Son inevitables, en efecto, algunas restricciones de libertad para un porcentaje de pacientes que puede llegar a ser inferior al 2-3 por ciento (incluidos los pacientes «agudos») en los hospitales mejor administrados.

Pueden darse algunas restricciones de libertad y de movimiento cerrando determinadas puertas con llave o con el acompañamiento continuo de algunos pacientes por uno o dos enfermeros. Pacientes gravemente agitados, confusos o en malas condiciones físicas a causa de psicosis orgánicas (por ejemplo, *delirium tremens*) pueden ser controlados en la cama, si es necesario durante toda la noche, por dos enfermeros: en cualquier caso, esto es preferible a la contención con correas.

El problema de las actividades de los pacientes en el hospital no es simple. La ergoterapia ha sido criticada con excelentes razones, si bien es preferible a la inactividad para los pacientes crónicos: además de prestarse a la explotación de los internados, bien por parte de la misma institución para sus trabajos internos, bien por parte de las empresas contratadoras, no siempre es

rehabilitador, y facilita la dependencia psicológica del paciente respecto a la institución, o formas de dirección típicamente paternalistas. Análogas consideraciones sirven para la «terapia ocupacional» (que puede ser utilizada como actividad de grupo y para rehabilitar a los pacientes psicóticos más gravemente deteriorados), para las varias formas de «arteterapia», para la gimnasia de grupo, y así sucesivamente. En su conjunto, estas actividades presentan a veces ventajas reales si son llevadas correctamente, y si se saben elegir los pacientes que pueden beneficiarse de ellas. Lo mismo cabe decir de la introducción de las psicoterapias de grupo. Pero, en último término, todas estas técnicas tienen una significación limitada si no se consigue atacar el manicomio como sistema.

Un mejoramiento a veces considerable en la dirección de los hospitales psiquiátricos respecto a la violencia más anticuada y tradicional ha sido posibilitado por la introducción y la utilización correcta de los psicofármacos modernos (y en especial los neurolépticos) en el curso de los años cincuenta y sesenta. Es incorrecto, sin embargo, atribuir todo, o gran parte, del mérito de la renovación manicomial a los psicofármacos: éstos sólo han sido un factor coadyuvante. Ya antes nos hemos referido a la ambigüedad y a los aspectos negativos de su utilización: los peligros que presentan van unidos sobre todo a la dosificación excesiva y a su empleo generalizado e indiscriminado para «cubrir» todas las contradicciones, las crisis, y las ansiedades de la institución. (Un uso algo más inteligente de estas sustancias podría consistir en suministrar sistemáticamente pequeñas dosis de tranquilizantes a médicos y enfermeros: pero no parece que esto se haya practicado nunca.) Se suele afirmar que la mayor ventaja de los neurolépticos es que dejan «más tranquilos» a los pacientes: considérese, sin embargo, que la consecuencia más grave de la manicomialización del paciente nunca ha sido su transformación en un individuo violento, sino más bien su postración en un estado de inercia y de pasividad.

Los psicofármacos son muchas veces útiles al paciente para dominar síntomas de ansia, de depresión, para conseguir dormir, o para conseguir acceder a una vida interpersonal aceptable para el grupo: pero también en este caso conviene precisar que nunca son unos curativos, sino solamente unos sintomáticos, unos instrumentos auxiliares (si bien preciosos) para una relación diferente entre personal e internados, y entre los mismos pacientes. Los psicofármacos han contribuido además a la disminución de la duración media de los internamientos, contribuyendo a la posibilidad del tratamiento en régimen ambulatorio de muchos psicóticos.

Si la renovación manicomial quiere llegar a ser un hecho real y no mistificado, no puede confiarse a medidas puramente técnicas y administrativas. Debe pasar a través del cuestionamiento de la pirámide jerárquica que constituye la estructura sustentadora de la institución, debe ver disminuido el poder absoluto de la dirección, debe reducir fuertemente el poder de los médicos, y finalmente debe conferir a los enfermeros no sólo una función técnica más responsable, sino también una capacidad de decisión colectiva en las secciones, y por consiguiente una función tanto de autogestión como de crítica. En general, en los hospitales psiquiátricos los enfermeros son una enorme masa de maniobra con roles puramente ejecutivos. Su trabajo oficial es el de distribuir las medicinas y mantener tranquilos a los internados; pero muy frecuentemente su trabajo real es mucho más complejo y responsable, en cuanto tienen que tratar, durante muchas horas al día, con los problemas humanos de las personas que se les confían. De hecho, los enfermeros están casi siempre mucho más capacitados para entender los problemas de los internados que los médicos, que mantienen con ellos una relación más rápida, técnica, distante e impersonal. Entre enfermeros e internados existe además una mayor afinidad de clase, de lenguaje y de cultura que entre médicos e internados. Pero rara vez se ayuda a los enfermeros: es corriente incluso que se les prohíba asistir al coloquio del paciente con el médico, y leer la ficha clínica rellena por éste. La frustración, la descualificación y el no reconocimiento del trabajo que desarrollan es uno de los motivos por los que casi siempre, después de un cierto tiempo, se adaptan a convertirse en carceleros, pequeños burócratas y desinteresados ejecutores de las órdenes que llueven desde arriba.

Sin una renovación no sólo técnica sino también sustancialmente política de las funciones de los enfermeros y de todo el personal psiquiátrico de base, es difícil concebir actualmente una real renovación del manicomio.

Los defensores de la renovación «técnica» insisten en el hecho de que la renovación de un manicomio debe pasar a través de una serie de esfuerzos técnicos diferenciados: por ejemplo, los pacientes inválidos, incapaces de caminar, con incontinencia de excrementos y orina, y no autónomos, deben ser insertados en programas de rehabilitación realizados con el personal necesario (rehabilitadores, fisioquinoterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.); los pacientes pasivizados, «institucionalizados», apáticos y abúlicos necesitan la actividad laboral, programas de grupo, talleres, actividad en común para la autogestión de las actividades de la sección, etc.; los internados con agudos problemas de comportamiento requieren actividades

de grupo eminentemente responsabilizadoras, grupos de discusión; los nuevos internados deben ser ayudados de modo muy dúctil y articulado, bien con internamientos extremadamente breves (de 2 horas a un máximo de dos días) en dispensarios de terapia intensiva, bien con secciones de paso para internamientos no superiores a dos meses; y así sucesivamente.

Pero, una vez más, todo depende del *modo*, del clima de las relaciones humanas, de las relaciones de poder real que sustentan estas actividades. En el manicomio tradicional el paciente es tratado como un objeto: está sometido a internamiento, a tratamientos, a la concesión de la baja. El más avanzado programa de renovación manicomial puede a veces permanecer dentro de estos esquemas: el paciente es una vez más *administrado*, llevado de un lado a otro, *sometido* a programas intensivos de rehabilitación, inserto de grado o a la fuerza en un mecanismo técnico que le es extraño, que no conoce ni controla.

Todo parece renovado, pero nada ha cambiado. Si el internado no recupera su calidad de individuo, si no se le devuelve su dignidad humana, si no reconquista poco a poco el derecho de palabra y también el derecho de protesta, si no tiene la capacidad real de llevar a cabo una serie de opciones, la renovación manicomial corre el riesgo de seguir siendo una ficción, una cáscara vacía.

La comunidad terapéutica

En los últimos veinte años, entre 1950 y 1970, se han desarrollado en algunos países, y en especial en Inglaterra, algunos intentos para modificar la *substancia* de la conducta manicomial. En Francia esto ha ocurrido especialmente con el movimiento de la *psicoterapia institucional*; en Inglaterra se han producido numerosas iniciativas, en gran parte bajo el impulso de la política sanitaria laborista: la más conocida es la que se refiere a las experiencias y a las teorías de Maxwell Jones, y al concepto de *comunidad terapéutica*. En Italia, la principal experiencia de renovación, según las líneas de la comunidad terapéutica, es la desarrollada en el hospital psiquiátrico de Gorizia en los años sesenta, por iniciativa de Franco Basaglia. La orientación típica de la comunidad terapéutica está actualmente extendida a todo el mundo (si bien sólo en una pequeña minoría de las instituciones psiquiátricas): se basa en la responsabilización recíproca del personal y de los pacientes, en la discusión en grupos de todos los problemas de la sección, en la confianza en la

potencialidad terapéutica de todos, incluidos los internados. Su ideología es típicamente democrática, humanitaria y permisiva.

Este tipo de planteamiento contrasta con las pseudorrenovaciones manicomiales basadas en la revocadura de las estructuras, en la racionalización organizativa, en el eficientismo, en el tecnicismo de la gestión y de los «métodos terapéuticos»: cosas todas ellas que, por sí solas, no pocas veces *refuerzan* en la práctica el manicomio como estructura opresiva y alienante. Siempre que un hospital o una sección psiquiátrica ha intentado una renovación realmente seria respecto a los esquemas manicomiales, el cuadro interior de la vida de la sección ha asumido las características típicas de la comunidad terapéutica. Este cuadro ha sido descrito de modo eficaz y expresivo por un autor inglés, David Clark.

«La primera impresión de una comunidad terapéutica puede ser negativa. La puerta está abierta, pero no hay nadie cerca. El lugar es más bien destartado, y se diría que lleva tiempo sin ser barrido. Se ven algunas personas, pero no hay manera de saber quiénes o qué son, pues todas visten de paisano, y todas se llaman por su nombre. Cuando el visitante consigue encontrar a alguien dispuesto a contestarle, el interés que éste demuestra en “hacerle visitar el lugar” sigue siendo más bien limitado: es más probable que sea incluido inmediatamente en un grupo informal que está debatiendo algún penoso problema personal.

»Si el visitante se detiene unas horas, o uno o dos días, pronto se siente capturado por la vida de la comunidad y mezclado en las crisis del momento. Aparte las muchas reuniones formales, y las reuniones extemporáneas “de crisis”, participará en las asambleas de la comunidad, que tienen una estructura más bien formal, con un presidente, informes y actas, y será llamado a explicar quién es y cuáles son los intereses que le mueven. Entonces puede ser interrogado de manera directa y abierta sobre su trabajo, y cuestionado sobre sus motivos para visitar la comunidad. Muy pronto será aceptado, se le darán datos sobre las actividades, se le pedirán opiniones, pero será fácilmente criticado con dureza por haberlas expresado. Todo ello no podrá dejarle indiferente: en el espacio de un día se sentirá sucesivamente divertido y entusiasmado, enfadado, embarazado, provocado y perplejo.

»Gradualmente, aprenderá a conocer las personas, a identificar quiénes son los médicos, quiénes las asistentes sociales, los enfermeros, los pacientes: descubrirá que las divisiones entre los roles son mínimas, y tendrá la impresión de que el *leadership* puede pasar en cualquier momento a cualquier miembro del grupo. Muchas veces el miembro del grupo que parece más dúctil, constructivo y persuasivo resulta ser un paciente que se halla en una fase de identificación social con uno de los roles profesionales; y, de igual manera, una de las personas más enfurecidas y trastornadas resulta ser un miembro del personal que está elaborando una crisis.

»Al recorrer el edificio, descubrirá que el lugar se asemeja a una gran pensión llevada de manera informal. Los dormitorios contienen montones de ropa, de las paredes cuelgan carteles, hay radios que suenan sin que nadie las oiga; camas hechas y otras por hacer. La cocina es muchas veces un centro social, sucia, incluso antihigiénica, pero siempre con una taza de café al alcance de la mano, y el *office* suele estar lleno de gente que celebra una “reunión de emergencia” mientras el teléfono suena y suena sin que nadie se preocupe por contestar.

»Puede haber laboratorios y talleres, lecciones de arte y trabajos domésticos, pero el principal empeño de todos reside en hablar y en interactuar. Muy pronto se descubre que muchos de los huéspedes son personas gravemente trastornadas, con muchos intentos de suicidio, graves desequilibrios e internamientos a los hombros; de este modo, en la comunidad afloran a la superficie emociones tempestuosas de manera muchas veces explosiva.»

La política de bajas y los intentos de vaciar los manicomios

Los crecientes costes económicos de la jornada manicomial, la loma de conciencia de los males de los internamientos prolongados, y las crecientes posibilidades técnicas y organizativas de tratar y asistir a los pacientes fuera de los muros del hospital psiquiátrico, son los principales factores que en los últimos años han impulsado a las administraciones y a los operadores a proponer una política de dar de baja a los internados.

La población de los internados manifiesta actualmente una tendencia cada vez más clara a dividirse en dos categorías: los agudos y los crónicos. Los crónicos son los pacientes «sedimentados», que llevan largos años en el hospital, o bien los que, recientemente internados, no resultan susceptibles de baja, por los más diversos motivos, en un período de pocas semanas o de pocos meses, y que por lo tanto pasan a la sección de «crónicos». Los «agudos» son la masa de los nuevos internados que, en general, son dados de baja actualmente después de un período relativamente breve, y por tanto nuevamente internados si «las cosas no van bien» fuera. Cuanto mejor administrado está un hospital, menor es el número de nuevos pacientes que «sedimentan»; en los hospitales psiquiátricos menos arcaicos, y dirigidos más o menos decentemente, los «crónicos» son básicamente los ancianos, muchas veces con la salud arruinada.

La dificultad en dar de baja y reinsertar en la sociedad a los pacientes «institucionalizados», es decir, internados largo tiempo, se debe sobre todo al hecho de que han perdido definitivamente su puesto en la familia y en el ambiente social, son rechazados por todos, y no saben dónde ir, qué hacer, ni de qué vivir.

No obstante, siempre existen asimismo dificultades psicológicas personales. Los casos son especialmente dos. El crónico puede involucrar a un estado de dependencia pasiva de la institución, caracterizado actualmente por esa «psicosis institucional» a la que antes nos hemos referido: y entonces no es capaz de vivir fuera de la institución porque no sabe organizar su jornada, muchas veces no sabe ni siquiera atravesar la calle sin peligros, es inactivo, irritable y abúlico. O bien, en casos más raros (pero no excepcionales) el internado tiene una dependencia *activa* de la institución, en el sentido de que ayuda a los enfermeros, hace trabajitos o tiene encargos estables, goza de un cierto prestigio, y así sucesivamente: en tales casos el hospital ya se ha convertido en su mundo y en su vida, y no tiene ningún interés o deseo de probar la aventura en la sociedad exterior: y por otra parte, estando así las cosas, no hay ningún motivo para obligarle a hacerlo.

El intento de reducir el número de internados es, en general, uno de los aspectos fundamentales de una política de renovación institucional, y debería ir ligado, al menos teóricamente, a tres puntos fundamentales. En primer lugar, a una estructura interna del hospital que facilite que los internamientos sean breves (¡y eficaces!) y que los pacientes que llevan más o mucho tiempo internados no se deterioren física y psicológicamente, o sean rehabilitados en

el seno del hospital en el caso de que ya se hayan institucionalizado. En segundo lugar, a estructuras psiquiátricas de asistencia «exterior» articuladas y eficientes. En tercer lugar, a «filtros de internamiento», o sea, ambulatorios y dispensarios que, al acoger y tratar pacientes con problemas agudos, eviten encaminarlos al interior del hospital psiquiátrico si esto no es estrictamente necesario.

La modalidad tradicional de la baja manicomial (por la que el paciente es impuesto a la familia, o bien, en ocasiones, depositado por la ambulancia del manicomio en su ayuntamiento de origen para que éste «se apañe») aumenta fácilmente en la actualidad de manera autoritaria y tosca, y por tanto sin ningún beneficio para los pacientes. El dar bajas «a barullo» a los internados, ofreciéndoles en el mejor de los casos unos lugares auxiliares de internamiento mal llevados (casas de reposo, clínicas para crónicos, albergues, etc., muchas veces no mejores que los manicomios) ha constituido en algunos lugares –como, por ejemplo, en estos últimos años en California– el eje de una política de «vaciamiento manicomial» organizada por administraciones reaccionarias por motivos demagógicos y para ahorrar el gasto público.

Sobre este punto son convenientes algunas consideraciones. Está claro que si se da el caso de que la administración del Estado (tanto a nivel central como a nivel periférico) decide vaciar los manicomios, esto sucede únicamente en una situación en la que puede contar con otros instrumentos de represión y de control social, igual o más eficaces, y eventualmente incluso más brutales. En ninguna sociedad dividida en clases ha sucedido nunca que el aparato represivo del Estado haya prescindido de instrumentos como el manicomio; pero este instrumento puede asumir un papel marginal y secundario a condición de que otras instituciones psiquiátricas (psiquiatría de barrio, centros para jóvenes «inadaptados», centros de diagnóstico y «rehabilitación», etc.) adquieran importancia y asuman un preciso papel represivo; y también, probablemente, a condición de que la represión tradicional de la policía sea eficiente y capilar.

Por otra parte, incluso las más correctas exigencias de tratamiento de las personas con trastornos mentales siguen ofreciendo una justificación para la existencia del manicomio o de los lugares de internamiento. No se puede prescindir de los lugares de internamiento. En la práctica concreta, no es posible (ni justo, ni razonable) pretender tratar todos los casos de trastornos mentales agudos y graves a domicilio, o en centros «diurnos», o en las salas de un hospital civil: incluso prescindiendo de las exigencias de represión

social, existe también una pequeña minoría de personas que en algún momento de la vida necesitan, y tienen derecho a ello aunque sólo sea por pocos días, poder estar «fuera de casa», en un lugar en el que sea posible enfermar, gritar, involucionar, estar «loco» de las maneras más «inconvenientes» y habitualmente intolerables; y ser ayudados en esta experiencia. Este derecho se concreta necesariamente en una estructura de internamiento: y es justo que sea una estructura de internamiento pública. Pero ¿podrá dicha estructura no ser opresiva? Es lícito dudarlo.

Dentro de estos límites, existen, sin embargo, intentos de «renovación» y de «vaciamiento» manicomial que en cada caso hay que valorar de manera diferenciada. Por ejemplo, lo importante no es que Reagan, gobernador fascista de California, haya decidido cerrar los manicomios de su estado, sino saber cómo lo ha hecho, cuáles son los derechos de los pacientes salvaguardados o no, quién es el protagonista de la operación, en beneficio de quién se ha llevado a cabo.

Respecto a los «vaciamientos» manicomiales indiscriminados, demagógicos o aventureros, está claro que la situación se presenta en términos diferentes si el hospital afronta seriamente el problema de su renovación interna (en lugar de dejar las cosas tal como están, limitándose a incrementar las bajas) y si al mismo tiempo fuera del hospital psiquiátrico se organizan válidas estructuras alternativas de asistencia, sobre todo ambulatorias y domiciliarias. En Italia la provincia de Perugia, que ha sido la primera en moverse en este terreno, ha llegado a reducir al mínimo los internamientos psiquiátricos, al crear entre otras cosas diversas posibilidades de internamiento, y hacer casi desaparecer el viejo manicomio, cuyas secciones se utilizan para otros fines y cuyo jardín se ha convertido en un parque público.

La posibilidad de reducir al máximo la población manicomial va ligada asimismo a otras variables, ajenas a los modos de asistencia psiquiátrica: la primera de ellas es la situación del mercado de trabajo. En una situación de bienestar y de pleno empleo, los internamientos disminuyen y son más breves. En general, sin embargo, un mínimo de renovación de la asistencia psiquiátrica suele provocar una neta disminución de la necesidad de camas. En la Francia actual, por ejemplo, algunos hospitales psiquiátricos están casi vacíos, en relación con el desarrollo de la asistencia psiquiátrica extra-hospitalaria.

Pero al llegar ahí, a la asistencia «externa», el discurso se hace complejo porque nacen nuevas dificultades y nuevos peligros.

Las estructuras públicas de asistencia psiquiátrica fuera de los manicomios

Estas estructuras se han desarrollado considerablemente en el transcurso de los últimos 15 años, y constituyen actualmente casi por todas partes de la sociedad industrializada de Occidente una parte importante de los instrumentos de asistencia y de control social. El motivo más válido del desarrollo de estos servicios es simple: una a una, la infinita mayoría de las personas que se internan (o que son internadas) podrían ser mucho mejor tratadas y ayudadas sin separarlas de su ambiente, o sea, sin internamiento.

Las estructuras extramanicomiales consisten sobre todo en ambulatorios, pero también, según los casos, en una serie de diversas y posibles formas organizativas: equipos volantes de intervención y de asistencia domiciliaria; centros de asistencia diurna (llamados en muchos casos, por sus características, «hospitales diurnos»); centros de asistencia nocturna (albergues psiquiátricos nocturnos); minihospitales psiquiátricos (en general, para casos agudos, organizados en ocasiones como comunidades terapéuticas); secciones psiquiátricas en hospitales civiles; dispensarios psiquiátricos (*Walk-in clinics*); centros de barrios para antiguos internados; miniapartamentos para pacientes solos y relativamente autónomos; centros de rehabilitación para alcohólicos; consultorios para niños «difíciles» o que no marchan bien en la escuela; centros diurnos para minusválidos psíquicos; centros de psicoterapia familiar o de la pareja; ambulatorios y clínicas para toxicómanos; a veces (en los países anglosajones) clínicas autogestionadas; y así sucesivamente.

Los ambulatorios y las sedes principales son denominadas habitualmente centros (o dispensarios) de «higiene mental» en lugar de ambulatorios psiquiátricos. Esta denominación es bastante torpe pero ya está impuesta (resultaría algo mejor el término «salud mental»): se debe tanto al deseo de no asustar a la gente como a una concepción tradicionalmente ingenua de la prevención de los trastornos psíquicos.

La organización general de todos estos servicios recibe hoy en muchos países la influencia del modelo francés del «sector psiquiátrico». El «sector» es la racionalización y el desarrollo de las relaciones tradicionales del manicomio con la sociedad exterior. En su significado más amplio, la asistencia psiquiátrica de sector no es más que la asistencia psiquiátrica pública fuera del manicomio; en sentido más estricto, «sector» implica un particular tipo de relación entre manicomio y asistencia exterior.

Los manicomios llevan tiempo sirviéndose de ambulatorios, bien situados en su interior, bien en localizaciones descentralizadas. Sirven habitualmente para el diagnóstico de nuevos posibles casos de internamiento o, más frecuentemente, para las «visitas de control» que se imponen generalmente en fechas fijas (con la amenaza más o menos explícita de un nuevo internamiento) a quien ha sido dado de baja después de un período de enfermedad más o menos prolongado.

El «sector» amplía este principio. Consiste en dividir el manicomio en una serie de unidades de tratamiento e internamiento (dotadas de secciones de ingreso, «observación» y agudos), cada una de las cuales sirve únicamente para internar los pacientes procedentes de una parte perfectamente definida del territorio geográfico. En cada zona respectiva o «sector» de territorio se constituyen después estructuras psiquiátricas «externas» y ambulatorias que están estrechamente vinculadas a su «parte» de hospital, servidas por el mismo personal, y que forman prácticamente un mismo complejo organizativo con la unidad de internamiento.

Tanto si dependen del hospital psiquiátrico como si son administradas de manera independiente, las estructuras extramanicomiales tienen una importancia extremadamente variable en el territorio. En la mayoría de los casos se limitan a una serie de ambulatorios en los que los pacientes hacen cola, son recibidos por el asistente social, tienen un breve coloquio con el médico, y reciben una larga lista de medicinas, y en ocasiones una ayuda económica. Si las cosas funcionan algo mejor, el asistente social hace visitas domiciliarias, y el médico gasta algo más de su precioso tiempo con los pacientes. En muchos casos, la existencia de un «hospital diurno» ofrece a un cierto número de pacientes unas ventajas respecto al internamiento manicomial, pero el tipo de actitud del personal y la administración interna no suelen ser muy diferentes de las del manicomio.

La posibilidad de intervenciones psiquiátricas domiciliarias se puede traducir y se traduce muchas veces *no* en una real asistencia domiciliaria, sino en una acuciante invitación a la familia (y, en la práctica, a una o varias mujeres de la misma) a vigilar al paciente. En una familia tan *manicomializada* preexisten, sin embargo, problemas psicológicos interpersonales que atañen directamente al paciente: si nadie se preocupa de modificarlos, muchas veces éste es sometido a una odiosa represión cotidiana.

Un caso especial es el de las secciones psiquiátricas en los hospitales civiles: hace aproximadamente unos veinte años ésta parecía ser una alternativa real al manicomio, pero actualmente casi en todas partes se duda de su utilidad por una serie de excelentes razones. En un momento en que se descubre que con esfuerzos razonables es posible disminuir en todas partes las camas en los hospitales psiquiátricos y tratar la gente en su casa, crear nuevas camas es claramente un absurdo, además de considerablemente antieconómico.

En general, los pacientes más seriamente trastornados no son tolerados en un hospital civil, cuya sección psiquiátrica se llena regularmente de casos leves que podrían ser mucho mejor asistidos sin internamiento; de este modo, el número de pacientes internados en el hospital psiquiátrico no disminuye y en algunos casos casi aumenta, dado que el hospital civil representa un posterior «canal de internamiento». Se crea, además, una medicalización de los problemas psiquiátricos (de acuerdo con el estúpido principio según el cual «las enfermedades mentales son enfermedades como todas las demás») que no ayuda a los pacientes, ni a sus familias, y menos aún a la población, a tomar consciencia del hecho de que estos problemas son eminentemente psicológicos, interpersonales y sociales. En realidad, la creación de secciones psiquiátricas en los hospitales civiles es casi siempre el resultado de una política corporativa propiciada conjuntamente por los profesores universitarios de psiquiatría, los gerentes y directores manicomiales, y los gerentes y directores de los hospitales civiles: toda sección es un nuevo centro de poder, que sirve para ampliar los mandarinatos y la clientela de los médicos hospitalarios y universitarios.

Diferente discurso sería la posibilidad (e incluso la necesidad) de utilizar eficazmente los dispensarios de los hospitales civiles para los casos psiquiátricos. El dispensario debería ser utilizado para impedir el internamiento en el manicomio. De manera análoga, el hospital civil debería ser capaz de llevar y tratar en sus secciones normales muchos casos que *también* presentan problemas psiquiátricos (como alcohólicos crónicos, arterioescleróticos cerebrales) sin transferirlos al manicomio, valiéndose eventualmente de la consulta y de la ayuda del personal psiquiátrico.

Una parecida consideración crítica sirve para la llamada «política de sector». En el fondo, el sector es el ideal de los médicos y de los administradores manicomiales: es la salida del manicomio al exterior, la extensión de su poder, la manicomialización del territorio. En otro momento se ha dicho que el hospital psiquiátrico es siempre un gran centro de poder: de poder

económico, político, electoral, clientelar. Conviene repetir que respecto a los demás centros de poder de la comunidad local (administración estatal, administraciones locales, notables tradicionales, ambientes industriales, partidos, sindicatos, etc.) el hospital psiquiátrico es un centro de poder parasitario, ligado por un doble hilo por una parte a los centros responsables del orden público (gobierno civil, policía) y por otro a una corporación reaccionaria, la de los médicos. Pese a la mayor buena voluntad y las mayores garantías administrativas, incluso cuando el hospital depende formalmente de una administración democrática y progresista, escapa casi siempre en la práctica a un eficaz control democrático, y responde a una lógica institucional y empresarial en todos los principales aspectos de su intervención interna y externa. Y ésta es siempre, dada su naturaleza y su función social, una lógica reaccionaria. El sector permite entre otras cosas (en la medida en que divide el manicomio en una serie de submanicomios) un aumento de los puestos de poder hospitalarios. Además, incrementa frecuentemente los internamientos: los médicos de sector siempre consideran más cómodo tratar a los pacientes «incómodos» en el propio hospital.

El problema es general. Las administraciones locales (municipios, consorcios) son en la práctica más débiles, en el plano del poder, que el hospital psiquiátrico, o que los grandes centros universitarios de la psiquiatría. Si el hospital psiquiátrico o las clínicas universitarias no pierden decididamente el poder, acaban en la práctica por imponer su voluntad en el territorio, porque los políticos se encuentran en todo momento la boca tapada por unos «técnicos» que plantean exigencias «científicas» que sólo ellos conocen.

De este modo, la extensión en el territorio de estructuras asistenciales administradas por el hospital psiquiátrico o por las clínicas universitarias resulta invariablemente funcional a las exigencias del centro de internamiento, no del territorio. Si además, como está ocurriendo hoy especialmente en Francia, las estructuras psiquiátricas «externas» se hacen muy amplias, intensivas, articuladas e importantes, nace un nuevo fenómeno: la colaboración cada vez más estrecha entre estas estructuras y la policía. Esta colaboración puede ir de las intervenciones psiquiátrico-policiales para controlar situaciones de emergencia (como ex internados violentos, borrachos molestos, penden-cieros) hasta llegar, de modo gradual y casi inevitable, a intervenciones más capilares y sistemáticas, sobre todo en lo que se refiere al registro, el control y la represión de las diferentes formas de desviación y disidencia juvenil.

Todo esto puede suceder incluso cuando las estructuras psiquiátricas extramanicomiales dependen directamente de las administraciones locales a nivel periférico y no del hospital psiquiátrico o de los grandes centros de poder universitarios: pero, en tal caso, existe al menos la posibilidad de un mínimo de control de la base y de *gestión social* de la psiquiatría a través de los barrios, los sindicatos, los comités populares de gestión de la asistencia.

La crítica general a las estructuras de asistencia psiquiátrica extramanicomial

El sistema de las estructuras psiquiátricas públicas extramanicomiales tiene un sentido y una utilidad, y constituye un progreso, sobre todo en la medida en que consigue asistir y tratar pacientes que de otro modo acabarían en un hospital psiquiátrico. Constituye, además, un paso adelante no sólo «civil», sino claramente *político*, en la medida en que, en lugar de *secuestrar* problemas humanos fuera del ámbito social habitual (ocultando el resultado de contradicciones sociales en el interior del espacio cerrado e incontrolado del manicomio), administra estos problemas y estas contradicciones en la sociedad, es decir, en una situación en la que es más fácil un control directo por parte de la población, de los estratos más conscientes de las masas populares, de las organizaciones sindicales y políticas.

Pero en otros casos la utilidad de las estructuras psiquiátricas públicas extramanicomiales es mucho más discutible. Constituyen con gran facilidad una mistificación si se limitan a ofrecer una asistencia tecnificada, medicalizada o puramente caritativa a personas que de otro modo *no* acabarían en un hospital psiquiátrico, bien porque presentan dolencias psicológicas de menor gravedad, bien porque únicamente presentan problemas de miseria y de inadaptación social. En tal caso, el desarrollo de estas estructuras puede significar «tratar» gente que *está mal* (y entonces es preciso ver *cómo*, y si esta gente es realmente tratada), pero significa sobre todo *psiquiatrizar las contradicciones sociales*, y *readaptar* los individuos a las injusticias de sus condiciones de vida. Incluimos aquí la posible función de instrumentos que van de los sedantes a las ayudas económicas, a los consoladores coloquios con las asistentes sociales (las «remendonas del diálogo fácil»), a las entrevistas con los psiquiatras, siempre dispuestos a dar rápidas y autorizadas interpretaciones psicologizantes e individualistas a cualquier problema. La escasa utilidad terapéutica de la mayoría de los ambulatorios de higiene mental se comprueba por el hecho de que los numerosísimos pacientes que

acuden a ellos tienden frecuentemente a dividirse en dos categorías: o son leves pacientes neuróticos que consultan –con pobres resultados– muchísimos médicos, y prueban muchísimas medicinas o son pacientes psicóticos que, por el escaso tiempo que el ambulatorio puede dedicarles, son rápidamente enviados al manicomio «al abrigo de responsabilidades», incrementando por consiguiente los internamientos.

Cuanto más se desarrollan estas estructuras, más clientes encuentran, y fabrican pacientes con un mecanismo que avanza arrolladoramente. Si se extienden sin un control real, encierran inevitablemente las contradicciones sociales en ámbitos técnicos, psiquiatizan la asistencia y la caridad pública (y, por tanto, la hacen más ambigua y mistificante, menos clara) y, poco a poco, se extienden hasta intervenir capilarmente en las escuelas para aislar o readaptar a quien no se integra, en las fábricas para «tratar» a los obreros que rechazan la organización capitalista del trabajo, en las instituciones como las casas de salud para obtener comportamientos bien «integrados», en los internados y hospicios y en los barrios pobres y malfamados para prevenir las «inadaptaciones» antisociales, en las casas de los inmigrantes para ocuparse de los niños «desambientados», en los viejos jubilados para impedirles las depresiones, y así ilimitadamente. Al mismo tiempo, el desarrollo de la informática conduce al registro racional de los pacientes (justificado inicialmente por «exigencias terapéuticas»), a la centralización y elaboración automática de los datos, y, por tanto, al inevitable registro de todas las personas –sobre todo las jóvenes– *potencialmente* «inadaptadas».

Por otra parte, sería un error considerar que el control social y la represión sólo asumen, en la sociedad industrial del capitalismo tardío, la forma tecnificada de la psiquiatría pública. Esta tendencia existe, pero no excluye, y más bien integra, las formas de control y de represión más tradicionales. En ciertos casos, el poder opta más decididamente por estas últimas: el ejemplo de los Estados Unidos es interesante.

En 1963, el presidente Kennedy inició un vasto programa de desarrollo de los «Mental Health Centers» en el corazón de los barrios pobres de las grandes ciudades norteamericanas. El objetivo era ofrecer a los negros de los ghettos eficientes estructuras psiquiátricas y asistenciales, y, por tanto, obtener sus votos para las elecciones: pero también controlar mediante estructuras de intervención psiquiátrica y sociopsiquiátrica una situación urbana que se iba haciendo explosiva. Es interesante observar que este intento fracasó antes de que concluyeran los años sesenta: en la actualidad, esta política ha sido

abandonada, y el control de los ghettos es confiado, por una parte, a la ampliación de los subsidios de paro suficientes para la supervivencia, y, por otro, a formas de control policíaco eficientes y brutales. La asistencia social y psiquiátrica, la asistencia escolar y la lucha contra las toxicomanías integran esta política, pero sólo subsidiariamente.

En Europa (y en especial en Francia, que está a la vanguardia de esta línea) es posible, en cambio, que el control y la represión social a través de la asistencia psiquiátrica pública «en el territorio» estén llamados a desarrollarse en los próximos años.

Asistencia extramanicomial y prevención.

La experiencia de Reggio Emilia

Equívocos muy corrientes, que conciernen directamente tanto a las funciones ilusorias como a las reales de las estructuras psiquiátricas extramanicomiales, se crean en torno de las utilizaciones habituales del término «prevención».

Para algunos, el término «prevención» sigue siendo considerado sinónimo de «diagnóstico precoz». En psiquiatría, el diagnóstico precoz puede ser una sola cosa: la psiquiatrización y el registro de la marginalidad y del disenso *sin* que el paciente sufra notorios trastornos psíquicos, con especial atención a las «inadaptaciones» de la edad escolar y adolescente.

Por otra parte, no es nada sencillo concebir una intervención psiquiátrica que sea preventiva en un sentido correcto y apropiado, es decir, que esté basada en la lucha contra las *causas* de los trastornos mentales. El trastorno mental nunca tiene un origen preciso: no es más que una situación de descompensación manifiesta y oficialmente reconocida en el ámbito de una historia personal cuyas dificultades y cuyos desequilibrios se remontan a condicionamientos extremadamente complejos, y se pierden en los grandes y pequeños acontecimientos de la vida, en la adolescencia y en la infancia. Si en alguna ocasión es posible descubrir uno o más «acontecimientos clave» que han desencadenado el trastorno, siempre es cierto que éste no tiene nunca una causa única, sino que es el resultado de toda una condición existencial. Esta condición de vida está dominada generalmente por contradicciones objetivas y materiales, más que por contradicciones psicológicas. Cabe reconocer que existe una serie de factores que tienen una importancia especialmente grande en la determinación de los trastornos mentales, y éstos pueden ser más o menos enumerados del siguiente modo: la miseria con todas las dificultades

materiales y morales que la acompañan; la ignorancia; la emigración; unas condiciones educativas especialmente desventajosas para el niño, tanto en lo que se refiere a su relación con los padres como a su relación con sus coetáneos, o también la selectividad, la opresión y los condicionamientos impuestos por el actual sistema escolar; para el adolescente, condiciones familiares dominadas por relaciones contradictorias; para el trabajador, determinadas condiciones de trabajo especialmente duras, desgratificadoras y alienantes; para la mujer, la sujeción al trabajo doméstico y al marido; las frustraciones y las desilusiones de la edad crítica y de la edad de la jubilación; la soledad y el abandono de la edad senil. *Pero todo esto no puede ser modificado por los operadores psiquiátricos*: lo que ellos pueden hacer, junto a los demás trabajadores del sector sanitario y asistencial, es contribuir a desvelar el problema de estas contradicciones (en lugar de *encubrirlas*); denunciar el hecho de que la batalla en favor de la prevención es una batalla política; contribuir a abrir, y a mantener abiertos, unos frentes de lucha sobre los problemas políticos específicos como, en especial, los de las organizaciones psiquiátricas y sanitarias, de la escuela, de la fábrica, de la condición femenina proletaria. Sólo así se realiza una auténtica prevención psiquiátrica.

Aunque experiencia siempre «marginal» e inevitablemente voluntarista, la comunidad terapéutica había constituido y constituye la respuesta más eficaz dada hasta el momento a los horrores y a las mistificaciones del hospital psiquiátrico en el seno del mismo hospital. En Italia, la comunidad terapéutica de Gorizia había sabido vivir e interpretar —en ocasiones incluso de manera conscientemente autocrítica— la propia experiencia en términos políticos: es decir, había contribuido de manera determinante a relanzar, después de 1968, una serie de iniciativas de renovación de la asistencia psiquiátrica en todo el país. Los operadores —algunos de los cuales procedían de la experiencia de Gorizia— que en 1969 comenzaron a trabajar en Reggio Emilia en los servicios provinciales no residenciales, han pretendido comprobar la posibilidad de una intervención psiquiátrica de nuevo tipo, en más estricta confrontación con las contradicciones sociales y de clase, con la vida de las administraciones locales, de los partidos, de los sindicatos, de las luchas políticas y civiles de base.

Este no es el lugar para escribir su historia, ni tampoco trazar un balance; sin embargo, de la experiencia reggiana se desprenden algunas indicaciones sobre lo positivo que *en ocasiones* se puede hacer en los servicios «externos».

En primer lugar, un servicio psiquiátrico «externo» no puede ni debe abarcar *todas* las posibles exigencias –infinitamente ampliables– de asistencia psiquiátrica del territorio. Su fin debe ser más el de suscitar problemas que el de resolverlos; sus tareas institucionales deben estar lo más ampliamente posible desvinculadas de obligaciones legales, y de relaciones con las autoridades policiales. Debe limitarse a satisfacer los demandas de asistencia que concretamente puede asumir, dando la precedencia a los pacientes pertenecientes a las categorías sociales menos privilegiadas (y, en especial, a los que corren el riesgo de internamiento), pero subordinando el trabajo asistencial a un trabajo preventivo políticamente correcto; debe poder desplazarse fácilmente al domicilio de los pacientes; implicar cada vez que sea posible a familias y personas, grupos, estructuras sociales (como las estructuras de barrio) al margen de la familia; hacer intervenciones técnico-políticas en las escuelas (pero *no* a petición y bajo las órdenes de las autoridades escolares) y en las fábricas (pero sólo a partir de una demanda de los obreros); estar disponible para intervenciones domiciliarias intensivas incluso en situaciones graves, pero procurar no intervenir nunca si no en contra de la opinión de los pacientes designados, y en ningún caso en colaboración con la fuerza pública; intentar, si es posible, no «tratar» a cada paciente aisladamente sino tratarlos conjuntamente, en situación de grupo; ligar estrechamente la intervención terapéutico-asistencial a la intervención *política* (planteando los problemas más concretos de la salud y del bienestar); favorecer el nacimiento y el crecimiento de otras estructuras asistenciales dirigidas por la población y la base obrera y campesina, y políticamente conscientes y «avanzadas» (estructuras de defensa de la salud de los trabajadores, de defensa de los derechos de la infancia, de asistencia a los ancianos); suscitar cada vez que sea posible reuniones y discusiones colectivas; desarrollar un trabajo terapéutico que tienda a unir el proceso de curación a la *toma de consciencia*, por parte del paciente y de su grupo referencial, acerca de sus contradicciones personales y sociales; operar en favor de un control de base de las instituciones psiquiátricas (manicomios en primer lugar), y por su cuestionamiento. Un trabajo de ese tipo sólo puede basarse, probablemente, en una serie de pequeños equipos de 3-10 personas, estrictamente ligados cada uno de ellos a una zona concreta y a sus luchas, y formado exclusivamente por personal politizado, en el que los operadores psiquiátricos de base (los «enfermeros» –o mejor dicho los que en los Estados Unidos son denominados «trabajadores de higiene mental de comunidad»–) posean un alto nivel de cualificación técnica y una notable autonomía operativa. (Gran parte de los enfermeros de los centros de Reggio no tenían ninguna

experiencia psiquiátrica antes de comenzar a trabajar y fueron elegidos precisamente por este motivo: fueron seleccionados a partir de sus motivaciones para hacer un trabajo de ese tipo, y sus capacidades de relación humana con los pacientes; algunos de ellos se han convertido en psicoterapeutas de altísimo nivel.) Otro aspecto se refiere a la gestión interna del trabajo, que sólo puede basarse en la colaboración de grupo, en la homogeneización de las funciones y en una disminución del poder tradicional de los médicos, en la «plena dedicación» para todos, en una relación muy informal entre los operadores, y en frecuentes y amplias comprobaciones colectivas de las líneas operativas.

En condiciones políticas favorables es posible un trabajo de ese tipo. Ha sido posible y ha tenido un sentido como actividad de los Centros de Higiene Mental (Servicio Psiquiátrico Provincial) de Reggio Emilia durante unos años a partir de 1969, pese a crecientes obstáculos políticos, hasta el momento de la redacción de este libro.

Una estructura de este tipo no tiene por objetivo fundamental resolver contradicciones individuales y sociales, pero ofrece de todos modos un *servicio* y unas terapias. Sin un «preocuparse», concreto y eficaz, por las dolencias individuales, no es «creíble» ningún discurso sobre la «prevención política». Y es precisamente a partir de los casos concretos, incluso graves, y de su tratamiento, cómo es posible transportar las contradicciones psicológicas a las contradicciones sociales, y abrir concretamente un discurso político, a través de debates colectivos, reuniones, discusiones e intervenciones.

Este tipo de trabajo permite en otras cosas realizar una serie de comprobaciones más tradicionalmente «científicas»: sobre las posibilidades y los límites de las terapias y de los ambulatorios de grupo; sobre los límites y las técnicas de la psicoterapia de la familia en ambientes proletarios; sobre la posibilidad de tratar en su casa a pacientes gravemente psicóticos; sobre los límites de la «espontaneidad terapéutica» en voluntarios o en los operadores menos expertos; sobre las posibilidades reales de sustentar siempre la psicoterapia en la «toma de consciencia»; sobre la utilidad y los límites de un planteamiento terapéutico que utilice el psicoanálisis, o la psicología de los grupos, o las técnicas psicoterapéuticas relacionales, entre operadores politizados en sentido marxista; etcétera.

Los límites más inmediatos proceden por una parte de las grandes dificultades que se encuentran al querer superar los prejuicios y la ideología dominante de la población en lo que se refiere a los trastornos mentales, su «tratamiento», y el papel de los médicos y de las medicinas; por otra, proceden del hecho de que un trabajo de esta índole no puede (ni debe) desarrollarse por iniciativa exclusiva de un grupo de operadores, sino que debe ser llevado a partir de las más vivas y válidas presiones políticas existentes en la localidad, articulándose con las luchas que se desarrollen concretamente en el territorio. Nos hallamos ante la imposibilidad de hacer «experiencias de un espacio cerrado», o «vanguardismos» desvinculados del contexto social y político *auténtico*. Si, por dar un ejemplo, se quiere provocar en una fábrica una acción de discusión, encuesta de base, y toma de conciencia colectiva sobre las relaciones entre organización del trabajo y neurosis, está claro que esta iniciativa debe articularse con la situación de las luchas obreras en la zona y en dicha fábrica: de este modo, en determinados momentos, una encuesta autogestionada sobre la salud mental de esa fábrica puede tener un sentido político, y ser «sentida» por la base; en otros momentos, es posible que el problema de la salud mental pase a segundo plano, o deba ser arrinconado, porque existen objetivos más urgentes, referentes, por ejemplo, al salario, o a la garantía de empleo.

Dificultades y obstáculos mucho más concretos originan los ambientes políticos y profesionales reaccionarios, conservadores u oportunistas: es decir, los ambientes de derecha, los ambientes psiquiátricos manicomiales o universitarios, la corporación médica, y todos los centros de poder interesados en la permanencia del *status quo*. Viceversa, conviene insistir en el hecho de que las iniciativas psiquiátricas en el territorio y en las instituciones de internamiento tienen posibilidades de desarrollar un trabajo políticamente útil en la medida en que consigan vincularse y adaptarse a las necesidades y a las reivindicaciones de la base popular, y a las luchas políticas y sindicales de clase allí donde existen activamente y no están aprisionadas por una gestión meramente reformista.

Los límites generales de las experiencias psiquiátricas «alternativas»

La humanización y la democratización de la asistencia psiquiátrica pueden ser un paso *político* hacia adelante, que abre nuevas contradicciones y desmistifica la falsa pretensión de neutralidad de la psiquiatría. Pero también pueden ser una operación de cobertura, y la elaboración de instrumentos más refinados y

eficaces de opresión y de mistificación. El significado de las experiencias psiquiátricas «alternativas» no debe sobrevalorarse: en sustancia, se trata únicamente de entender qué significa el término «alternativo». La «comunidad terapéutica» es una respuesta al manicomio tradicional, pero en el fondo no es más que un manicomio no tradicional, que a veces –pero no siempre– permite vislumbrar «nuevas relaciones humanas» porque, en el fondo, no cuenta directamente con la realidad social y política que está más allá de sus muros. La técnica neocapitalista de la *autogestión* ofrece a los psiquiatras manicomiales y a los custodios del orden público un modo algo más humano, eficaz e indoloro de administrar las viejas finalidades de asistencia, represión y reeducación respecto a las personas consideradas «enfermos mentales», y «que hay que separar de su ambiente». La ideología interclasista de la igualdad, de la tolerancia y de la comunidad no sirve necesariamente a una toma de consciencia: si bien es cierto que en *determinados momentos* históricos y situaciones concretas una experiencia de «comunidad terapéutica» puede asumir un importante y positivo significado político, contribuyendo, por ejemplo, a luchas y «crecimientos» de masa en estudiantes y obreros, también lo es que muy fácilmente puede ocurrir lo contrario. La comunidad terapéutica puede ser una coartada asistencial, relegada a los márgenes; la *ideología* de experiencias de este tipo puede servir de enmascaramiento y cobertura de problemas políticos y de clase más graves y más reales; de este modo, algunas técnicas específicas de la comunidad terapéutica son utilizadas actualmente en internados, cárceles, e incluso en la industria para hacer colaborar mejor a los obreros.

En cuanto al mito de la «no violencia» respecto a los pacientes psiquiátricos, enmascara el hecho de que cualquier caso psiquiátrico es el producto de una violencia, y que *cualquier tratamiento* psiquiátrico se basa –sobre todo en el interior de las instituciones de internamiento– en una ineliminable relación de poder (que se sustenta en privilegios de clase), y –con más frecuencia de lo que se suele admitir– en violencias psicológicas o materiales muy precisas. Baste con pensar en el hecho brutal de que no es posible, en nuestra sociedad, ayudar y asistir a *todos* los casos con necesidades y problemas psiquiátricos sin recurrir en ocasiones a dosis elevadas de calmantes o a alguna limitación material de la libertad personal del paciente.

También las experiencias «alternativas» de psiquiatría «extramanicomial», es decir, «en el territorio», presentan límites evidentes. Al igual que ocurre con las «comunidades terapéuticas», corren el riesgo de ser «experiencias ejemplares», posibles en circunstancias afortunadas o excepcionales, y válidas únicamente, por las indicaciones que ofrecen acerca de cómo operar y comportarse en *ciertos* casos psiquiátricos y en *ciertas* circunstancias sociales, pero no en todos los casos ni en todas las circunstancias. Su incidencia social y política sigue siendo marginal: es incluso esta marginalidad la que garantiza su supervivencia. Los organismos privados o públicos que aseguran el necesario financiamiento a estas estructuras asistenciales nunca han sido organismos revolucionarios, y siempre tienen sus finalidades propias. Cuanto más peso, autonomía e importancia adquiere la experiencia psiquiátrica extramanicomial «alternativa» y «avanzada» de la zona, más interés tiene la administración en llevarla por los caminos de un servicio de asistencia pública eficiente y «moderno» que respete las reglas generales del juego, y se limite a ofrecer sin demasiadas sacudidas una contribución a las líneas políticas (según los casos conservadoras, reaccionarias, o civilmente progresistas) prevalecientes en las fuerzas que son arrendatarias locales del poder estatal y administran la tutela del orden «civil».

Tampoco sería justo, por otra parte, pretender que las cosas fueran siempre distintas. La revolución no se hace con la psiquiatría, ni siquiera la lucha política se puede hacer únicamente con la psiquiatría. Todas las experiencias psiquiátricas «alternativas» son únicamente experiencias *más avanzadas*, que si son llevadas correctamente y si la situación es favorable pueden ofrecer en ocasiones, durante un período determinado, una contribución útil y correcta tanto a las luchas políticas de masas como a una más clara toma de conciencia de las contradicciones de la sociedad en estudiantes, operadores, administradores, sindicalistas, cuadros políticos y meros ciudadanos. Pero basta un pequeño cambio de la situación política general, o un mínimo desfallecimiento de los operadores psiquiátricos a los mitos, a las lisonjas técnicas (y, muchas veces, a las precisas presiones de los burócratas) que empujan hacia el asistencialismo y el eficientismo, para que también ese margen de utilidad política «disfuncional al sistema» se desmorone, y toda la actividad psiquiátrica vuelva a ser funcional, sin residuos, a las exigencias del orden y del poder.

Si por «antipsiquiatría» se entiende una acción organizada para abolir no sólo los manicomios sino también todas las terapias psiquiátricas mistificantes, integradoras y opresivas, es preciso decir que una acción así (sobre cuyo realismo, posibilidad y «garra» política cabría, en cualquier caso, discutir ampliamente) no puede tampoco ser emprendido por quien es operador psiquiátrico. No se trata aquí, evidentemente, de exhumar la pretensión individualista, veleidosa, elitista, ingenua y políticamente incorrecta del operador-técnico que –según dice– «niega su propia función». Una afirmación de esta naturaleza carece de sentido. Quien quiere cambiar de oficio siempre lo puede hacer (y en ocasiones hace bien), de la misma manera que está claro que hay situaciones en las que hacer de «operador psiquiátrico de izquierda» resulta imposible o mixtificante, y uno se ve obligado a limitarse a hacer política de cualquier otro modo. (Pero es útil recordar también que Frantz Fanon, médico y revolucionario, nunca abandonó –contrariamente a lo que algunos creen– su oficio de psiquiatra.) Quien, por el contrario, no quiere cambiar de oficio, debe llegar a compromisos. Lo que nos interesa es preguntarnos qué puede hacer el operador que trabaja en el campo psiquiátrico, en la medida en que se plantea el problema de aportar algunas orientaciones políticas a su modo profesional de operar. No hay que hacerse excesivas ilusiones: incluso en los casos mejores los espacios son restringidos. Quien trabaja en el campo psiquiátrico (de modo análogo a quien es operador-técnico en una escuela, en un reformatorio o en una cárcel) es, en último término, el siervo de una estructura de poder es decir, depende siempre de quienes, al darle dinero y medios para trabajar y vivir, quieren a cambio un servicio preciso. Por ejemplo, de la misma manera que un hospital psiquiátrico público es obligado *por la ley* a tutelar a los internados, a custodiarlos dentro de él, a no dejarles escapar (si se escapan, o deben ser dados inmediatamente de baja o hay la obligación de advertir a la policía para que los vaya a buscar), también los servicios psiquiátricos extra-manicomiales tienen en ocasiones la *obligación*, por parte de las autoridades públicas, de intervenir para controlar el comportamiento de las personas que, en la comunidad civil, escandalizan o son consideradas peligrosas. Pero las exigencias del poder son muchas veces más complejas y sutiles, aunque no ciertamente menos férreas.

También la idea de no estar condicionados por ninguna forma de financiamiento es una ilusión. Si unos terapeutas sin sueldo piden a los pacientes una aportación capaz de financiar la iniciativa psiquiátrica, equivale a seleccionarlos, y tratar a los más ricos. Si, por el contrario, no se hace pagar a los pacientes (o

si –cosa que, en el fondo, y también por motivos psico-lógicos, sería más justa– se les hace pagar en función de sus posibilidades), pueden suceder dos cosas. 1) El personal trabaja a título voluntario o semivoluntario, pero en tal caso debe tener otros ingresos (e ingresos privilegiados), no puede movilizarse sindicalmente, se aleja de las luchas políticas y sindicales de los trabajadores sanitarios, está dividido, y a la larga no se compromete suficientemente. (A menos que –en ocasiones– la estructura asistencial «alternativa» además de estar fuertemente politizada tenga también dimensiones y ambiciones muy reducidas.) 2) O bien se aceptan legados, sueldos y subvenciones, pero éstos, tarde o temprano (habitualmente temprano), condicionan la finalidad de la iniciativa. (Esta es la historia, por otra parte, de las *free clinics* aparecidas en los Estados Unidos en 1968.)

El operador puede intentar vincularse a movimientos revolucionarios de masas y obtener márgenes de autonomía en la institución, pero esto sólo puede ocurrir en casos excepcionales y dentro de ciertos límites. (En este sentido, el caso más interesante de vínculo orgánico entre iniciativas políticas de base e iniciativas psiquiátricas «inconformistas» parece haber sido el desarrollo en la comunidad puertorriqueña del barrio neoyorquino de South Bronx a partir de 1968.) De este modo, el operador podrá y deberá luchar a fin de que cada vez que sea posible, los problemas psiquiátricos, aparentemente «técnicos», sean llevados a su terreno real, que es el político, y a fin de que las luchas se desarrollen en dicho terreno: pero ésta no es una batalla que pueda ser vencida en la actual situación histórica, aunque *en ocasiones* exista la posibilidad de éxitos *parciales*. No serán los operadores ni los administradores quienes «liberarán la psiquiatría»: y, en último término, una psiquiatría «alternativa» y «en contra del sistema» nunca ha existido. En nuestra sociedad, la psiquiatría es y seguirá siendo, mientras la sociedad esté dividida en clases, uno de los instrumentos de represión y de integración de que dispone el *Estado*, y por tanto la clase en el poder, para administrar sus privilegios. El Estado no puede renunciar a ello: no puede renunciar a disponer de las cárceles, y tampoco renuncia a administrar los manicomios y las estructuras equivalentes, o los servicios psiquiátricos en general.

De momento, las cosas no pueden ser diferentes: la psiquiatría no podrá ser restituida a una función únicamente terapéutica, es decir, no podrá ser «liberada» a no ser en una sociedad sin clases. Pero es posible también que en ese momento las contradicciones sociales que dominan la aparición de los trastornos mentales estarán atenuadas o habrán desaparecido.

Notas

Sobre los hospitales psiquiátricos existe actualmente una literatura muy amplia. El texto principal sigue siendo *Asylums* de E. Goffman (Doubleday, Nueva York, 1961). Una introducción muy concisa a casi todos los principales aspectos de la «manicomialidad» se encuentra en el estudio de Rosenhan, «On Being Sane In Insane Places» (en *Science*, 179, enero de 1973, págs. 250 y ss.). Hay otros textos importantes. El n.º 12 (año 25) de la revista *Esprit*, de diciembre de 1952, titulado *Misère de la psychiatrie* estuvo enteramente dedicado a una crítica lúcida y anticipadora del manicomio; no hay que olvidar otros textos: A. Stanton y M. S. Schwartz, *The Mental Hospital*, Basic Books, Nueva York, 1954; y A. Strauss, Schatzman, Bucher, Ehrlich y Sabshin, *Psychiatric Ideologies and Institutions*, The Free Press, Glencoe, 1964. Véanse también los más ágiles textos de R. Gentis, *Les murs de l'asile*, Maspero, París, 1970 (tr. cast., *Los muros del asilo*, Laia, Barcelona); y, a cargo de la Ass. per la Lotta contro le Malattie Mentali, *La fabbrica della follia*, Einaudi, Turín, 1971. Para una historia (incluso reciente) del manicomio, véanse: de K. Jones, *A History of the Mental Health Services*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1972; y de D. H. Clark, *Social Therapy in Psychiatry*, Penguin, Londres, 1974. Sobre el nacimiento del sistema manicomial en los Estados Unidos de Jackson (pero con un significado que supera el lugar concreto y el momento histórico) es muy interesante, de D. Rothman, *The Discovery of the Asylum*, Little, Brown & Co., Boston, 1971. Sobre la renovación psiquiátrica y la comunidad terapéutica, véase a continuación.

Sobre el itinerario personal y social que conduce al internamiento y sobre la discriminación de clases en este itinerario, la investigación más exhaustiva sigue siendo la de A. B. Hollingshead y F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness*, J. Wiley & Sons, Nueva York, 1958; véase además toda la primera parte de la antología a cargo de T. J. Scheff, *Mental Illness and Social Processes*, Harper & Row, Nueva York, 1967, y, en especial, el texto de D. Mechanic (bibliografía); además el texto de J. V. Coleman en las págs. 158 y ss. del mismo volumen. Sobre la composición social de los internados se han hecho innumerables observaciones, tanto en manicomios concretos como por zonas: la preponderancia de individuos de categorías sociales subprivilegiadas es, en general, tan clamorosa que ni siquiera exige comprobaciones estadísticamente ponderadas. Véase, en otras cosas, de M. H. Brenner, «Patterns of psychiatric hospitalisation among different socioeconomic groups in response to economic stress», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 148, 31, 1969.

Sobre el hecho de que muchísimos internados en el manicomio no reciban ningún tratamiento, o no reciban los tratamientos adecuados, es difícil obtener datos estadísticos por una razón muy sencilla: unos sedantes y unas vitaminas no se niegan a nadie, y siempre hay quien perjura que son útiles. En realidad es sumamente probable que la mayoría de los internados reciban «tratamientos» totalmente inútiles o nocivos. Una «Joint Commission» de investigación norteamericana ha escrito en el volumen *Action for Mental Health* (Basic Books, Nueva York, 1961) que más de la mitad de los pacientes de la mayoría de los hospitales psiquiátricos estadounidenses no reciben ninguna terapia activa que tienda a mejorar sus condiciones mentales.

Sobre la psicosis institucional véanse: R. Barton, *Institutional Neurosis*, J. Wright & Sons, Bristol, 1966, y D. Zusman, *L'istituzionalizzazione*, Ed. Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali, Parma, 1968.

Sobre la renovación manicomial y sobre la comunidad terapéutica, especialmente en Inglaterra, véanse, entre otros, los textos de D. Martin, *Adventure in Psychiatry*, Cassirer, Oxford, 1962; de M. Jones, *Social Psychiatry in Practice*, Penguin, Londres, 1968; y del mismo autor, *Beyond Therapeutic Community*, Yale Univ. Press., 1968; Franco Basaglia (a cargo de) *L'istituzione negata*, Einaudi, Turín, 1968 (trad. cast. *La institución negada*, Laia, Barcelona, 1974); de S. Whiteley, D. Briggs, M. Turner, *Dealing with Deviants*, Hogarth Press, Londres, 1972 (es la descripción de tres comunidades terapéuticas: una es el famoso Henderson Hospital, otra una prisión californiana, y la tercera una estructura de asistencia para personalidades «anormales» sin domicilio). Siempre sobre la comunidad terapéutica es muy interesante el análisis de una de ellas (Clayburn) a través de breves escritos de quienes la viven cotidianamente (médicos, enfermeros, pacientes, etc.): E. Shoenberg (a cargo de), *A Hospital Looks at Itself*, Faber & Faber, Londres, 1972; una excelente antología a cargo de J. J. Rossi y W. J. Filstead, *The Therapeutic Community*, Behav. Publ., Nueva York, 1974.

La cita-descripción de la comunidad terapéutica en el curso del capítulo procede del libro anteriormente citado de D. H. Clark, en las págs. 31 y 32; del mismo libro está extraído el dato sobre el porcentaje de los pacientes a régimen libre en los hospitales psiquiátricos ingleses.

Sobre la renovación psiquiátrica francesa, mediante el movimiento de la «*psychothérapie institutionnelle*» y de 1960 en adelante mediante la «*politique de secteur*», la mejor fuente en su conjunto es la revista *L'information psychiatrique*, a través de una larga serie de artículos publicados en el transcurso de los últimos treinta años: sería interesante hacer una antología de ellos, así como de *La revue de psychothérapie institutionnelle* y *Recherches*. Véanse, además, de F. Tosquelles, «Pédagogie et psychothérapie institutionnelle», número especial de *La revue de psychothérapie institutionnelle*, 1966; P. C. Racamier, *Le psychanalyste sans diván*, Payot, París, 1970; J. Hochmann, *Pour une psychiatrie communautaire*, Seuil, París, 1971. Para una posición crítica más correcta que las habitualmente expresadas, cfr. R. Castel, «L'institution psychiatrique en question», *Revue Française de Sociologie*, vol. XII, n.º 1, enero-marzo de 1971. Véanse también algunos escritos del volumen de Guattari, citado en las notas del capítulo 2. Ha aparecido recientemente un número especial de *Recherches* sobre la historia de la «política de sector» en Francia. (Es el n.º 17 de marzo de 1975.) También de R. Castel, véase «Genèse at ambiguïtés de la notion de secteur en psychiatrie», *Sociologie du travail*, 1, enero-marzo de 1975.

Sobre las experiencias norteamericanas de «psiquiatría en la comunidad», y especialmente sobre los «Community Mental Health Centers» de 1963 en adelante, véanse: A. F. Panzetta, *Community Mental Health: Mith and Reality*, H. Kimpton, Londres, 1971; M. P. Dumont, *The Absurd Healer Perspectives of a Community Psychiatrist*, Science House, Nueva York, 1968; L. C. Kolb y otros, «Community Mental Health Centers», *Inter. Journal of Psychiatry*, vol. 9, 1970-1971, págs. 283 y ss.; S. E. Golann, C. Eisdorfer (a cargo de), *Handbook of Community Mental Health*, Meredith, Nueva York, 1972; R. Leifer, *In the Name of Mental Health*, Science House, Nueva York, 1969 (cfr. el capítulo 8, págs. 207 y ss., sobre la psiquiatría como control social); S. R. Kaplan, M. Roman, *The Organization and Delivery of Mental Health Services in the Ghetto: the Lincoln Hospital Experience*, Praeger, Nueva York, 1973 (sobre la experiencia en el barrio puertorriqueño de South Bronx, pero vista de manera parcial y derechista); U. Aviram, «Exclusion of the Mentally Ill», *Arch. of General Psychiatry*, vol. 29, n.º 1, julio de 1973, págs. 126 y ss. (sobre la experiencia californiana, pero vista también de manera parcial y derechista). Finalmente, no se olvide el capítulo 6 (sobre los CMHC) de AA. VV. (a cargo del Health Policy Advisory Center), *The American Health Empire: Power, Profits and Politips*, Random House, Nueva York, 1970.

Sobre el hecho de que casi todos los internados por motivos psiquiátricos podrían ser asistidos en su casa —y con ventaja para todos— no deberían ser necesarias en la actualidad más demostraciones. Véase únicamente este ejemplo. Dos enfermeros del Centro de Higiene Mental de Reggio Emilia, trabajando en un barrio de la ciudad durante dos años en estrecho contacto con la población del barrio y prácticamente sin más ayudas, consiguieron dar de baja establemente del hospital psiquiátrico local a 21 de los 25 pacientes internados en él, devolviéndolos al barrio; e impidieron el internamiento de unas 30 personas.

El dato sobre el vaciamiento de algunos manicomios franceses fue citado en el congreso «Alternative au Secteur» del 24-26 de enero de 1965 en Bruselas; véase también en págs. 478 y ss. del número especial de *Recherches* citado anteriormente.

Capítulo Quinto

LA CURACIÓN Y LA TERAPIA

Ambigüedad de la idea de curación como desaparición de los trastornos

En psiquiatría no es fácil definir qué significa curación. A primera vista, no deberían existir dudas: una persona está mal, sufre trastornos, y desearía estar bien; no consigue afrontar determinadas circunstancias de la vida, y quiere encontrar la energía y el valor para afrontarlas de nuevo. Otras situaciones pueden parecer igualmente simples. Es posible que un individuo no se considere enfermo, pero habla y grita solo, se encierra en casa y apedrea a los vecinos. Los vecinos están convencidísimos de saber qué significa curar a esta persona: someterla a tratamientos adecuados, conseguir que se comporte como ellos y que deje en paz al prójimo.

En todo esto hay algo de verdad, y no se puede dejar de lado. Diría incluso que, en el fondo, estas exigencias constituyen, dentro de su simplicidad, una medida real y concreta de las dimensiones del problema. Curar significa estar bien, no estar mal, no estar demasiado mal, llevar la vida que las circunstancias permiten, ser como los demás. En este sentido, el psiquiatra se ocupa (o mejor dicho, debería ocuparse) de las exigencias que se le plantean: es la población, las personas concretas quienes plantean estas exigencias, que son *necesidades*, no fantasías. Aparte los burgueses más privilegiados, que piden a la psiquiatría (o al psicoanálisis, o a las diferentes formas de psicoterapia) que *les madure para realizarse*, casi todos pretenden una cosa mucho más sencilla: que les desaparezcan los trastornos que les impiden trabajar, hacer el amor, dormir, vivir en familia.

Pero si el psiquiatra es una persona consciente, sabe perfectamente que las cosas no son tan sencillas. Sabe que existe el riesgo de una visión esquemática del problema, y que para responder a estas exigencias hay que *reformular las preguntas*.

Podríamos ilustrarlo con una serie de ejemplos.

Tomemos el caso del neurótico con una serie de síntomas: irritable, nervioso, no consigue dormir, se preocupa por trivialidades, no digiere y a veces está angustiado sin saber el motivo. Pide al médico, habitualmente, un «tratamiento fuerte» de píldoras e inyecciones para «robustecer el sistema nervioso» que está «agotado» y para recuperar el sueño, la confianza en sí mismo, la serenidad. Si está especialmente mal, podrá pedir un período de internamiento en una clínica para «hacer la cura de sueño». La respuesta del psiquiatra puede ser exactamente ésta: un conjunto de sedantes, anti-depresivos, inyecciones «reconstituyentes»; pero si también el psiquiatra cree que éste es el «tratamiento» es ignorante o tiene mala fe. En ocasiones, este «tratamiento» puede aminorar leve y temporalmente algunos síntomas, pero habitualmente no sirve de nada, aleja al paciente de la comprensión de sus problemas, le convierte en un ser pasivamente dependiente de las sensaciones de su cuerpo, del médico y de las medicinas; contribuye casi siempre a que el trastorno se convierta en crónico. En cuanto a la petición de «cura de sueño» se trata de un deseo de fuga de la realidad cotidiana; por otra parte, la «cura de sueño» no existe: existe la utilización de dosis masivas de sedantes y somníferos, que es ineficaz y peligrosa.

Para tratar a un paciente de este tipo *también* cabe darle un sedante que al menos le permita dormir unas horas por la noche; pero en primer lugar hay que poner en duda el hecho de que detrás de estos trastornos exista una enfermedad: es preciso explicar, indagar, comprender, hacer comprender, discutir los modos de vida, las preocupaciones del paciente, las opciones tomadas y las que no se han tomado, las contradicciones y las insatisfacciones que vive, y que provocan su malestar. Muchas veces existen circuitos afectivos, dentro de la familia y fuera de ella, que pueden ser rápidamente modificados; otras veces hay que escuchar y discutir con paciencia infinita. Según los casos y las técnicas utilizadas, pueden bastar unas cuantas conversaciones, o unas pocas sesiones de terapia de grupo y de la familia, para modificar sensiblemente la situación; otras veces el proceso será mucho más largo. Se puede —y en ocasiones se debe— considerar la petición de ver desaparecer el síntoma y apuntar directamente sobre su desaparición: pero en cualquier caso el método de tratamiento y de curación pasa a través de una modificación de las relaciones humanas del paciente con las demás personas. En ningún caso «suprimir el síntoma» puede ser una operación en la que el psiquiatra sea la única parte activa, mientras el paciente «se deja tratar» pasivamente.

Veamos un segundo ejemplo: el del psicótico, a que me refería antes, que molesta a los vecinos. En realidad, la petición de los vecinos no tiene nada de inocente, sino que oculta una intención muy precisa. Si el psiquiatra es capaz de tratar rápidamente al individuo, muy bien: en caso contrario, que lo mande al manicomio, y que no lo devuelvan a la comunidad hasta que esté perfectamente curado y normal. En un caso semejante, el psiquiatra no dispone de un tratamiento breve y decisivo: además, sabe perfectamente (o debería saber) que mandando el paciente al manicomio –en ocasiones con un acto de violencia, o sea en contra de su voluntad– los resultados no serán buenos. El paciente corre el riesgo de permanecer en él durante largo tiempo, de sufrir, de deteriorarse en el plano del comportamiento: cuando salga, es probable que su animadversión hacia los vecinos no haya disminuido, sino que, por el contrario, se haya exasperado.

También en este caso la respuesta correcta consiste en modificar ese círculo vicioso entre los vecinos y el paciente, que le convierte en un ser solitario, amargado y agresivo, y en establecer una relación significativa y no amenazadora (para el paciente) entre terapeuta y paciente. En un caso semejante, los vecinos siempre alimentan, con su comportamiento suspicaz y entrometido, tinas reacciones trastornadoras, una polémica, una guerra personal, que podría incluso llegar a desaparecer si se comportasen diversamente. Casi siempre existe una relación directa entre los «trastornos» y el hecho de que el paciente sea desconfiado, tiene motivos para serlo, percibe oscuramente que está solo y amenazado, y tiende a vivir todas las relaciones humanas como dominadas por la hostilidad.

Puede ser un tercer ejemplo el caso en que el *paciente designado* no es más que el *síntoma* de una situación psicológica anormal que concierne a toda la familia. En estos casos, que son muy frecuentes, no tiene el menor sentido tratar aisladamente al paciente: es preciso que toda la familia acepte someterse a una intervención capaz de modificarla de tal manera que sus diferentes miembros ya no necesiten el «síntoma-paciente».

Otro ejemplo es aquel en que el paciente produce unos síntomas que utiliza para obtener determinados privilegios. Se puede observar que una significativa utilización del síntoma, o la utilización del *rol de enfermo* (con todas las ventajas –sobre todo de irresponsabilidad– que esto implica) es muy corriente en todo caso de trastorno psíquico. En algunos de ellos, sin embargo, este aspecto adquiere una importancia central. Resulta evidente entonces que el paciente –pese a lo que diga– ofrece fundadas resistencias a curar de sus

trastornos. Esto sucede especialmente en los casos en que dispone de un debilísimo poder de contractualidad social: puede ser «el último mono» de la familia, el miembro olvidado o despreciado; o bien una persona que no ejerce ninguna función en la sociedad, que ha sufrido una serie de graves fracasos, y tiene que recurrir a la asistencia pública. En tales casos, la fabricación más o menos consciente de los síntomas psiquiátricos (crisis de angustia, estallidos de comportamiento agresivo aparentemente inmotivados, amenazas o intentos de suicidio, etc.) o su mantenimiento indefinido una vez que se han instaurado, significa obtener atención, consideración, encontrar justificación para lo que no se consigue hacer, provocar la preocupación de parientes o de trabajadores sanitarios, adquirir el derecho de no afrontar incómodas opciones de vida. La tendencia a psiquiatrizar la asistencia social (incluida la asistencia a los ancianos, a los marginados, a los inválidos) favorece la producción de síntomas de este tipo, en la medida en que pueden granjear beneficios concretos en término de atenciones, tratamientos, ayuda social, subsidios y pensiones. No se trata de simulación ni —en la mayoría de los casos— de auténtica histeria, sino de la gradual inducción (de la que muchas veces son directamente responsables los psiquiatras) de esquemas de comportamiento que se perpetúan sin alternativas.

También en este caso la intervención terapéutica es incapaz de abolir simplemente el síntoma (cosa que sólo provocaría la producción de otro síntoma): debe ir encaminada a ofrecer al paciente la posibilidad de aprender esquemas de reacción más aceptables socialmente, pero no menos ventajosos para él.

Finalmente, no siempre es posible el tratamiento. Esto puede obedecer a las circunstancias más diversas. La más típica procede de las situaciones de enfermedad arraigadas durante muchos años en personas que ya no son jóvenes, escasamente conscientes de su condición, e insertas en estructuras familiares y vitales esclerotizadas y rígidas. Hay que ser muy cauto antes de llegar a la conclusión de que una situación parecida no es modificable, pero si es realmente así, hay que convencerse de que la pretensión de cambiar roles, hábitos y esquemas mentales no obtendría ningún resultado o produciría desequilibrios mayores y a veces catastróficos. En no pocas ocasiones un cierto grado de malestar psicológico y una cierta «dosis» permanente de síntomas psiquiátricos son la expresión del máximo de salud mental y de bienestar alcanzables en una determinada situación de esclerosis de las relaciones humanas, de extremas dificultades materiales, de desdichas, de soledad y de marginación social, o también de cerrazón de ideas y de vida. El

paciente, y las personas que conviven con él y que comparten su destino cotidiano, ya han procedido en ocasiones a autotratarse hasta el máximo límite posible: el malestar que permanece es un malestar *residual*. En tales situaciones, cualquier otro modelo de adaptación a las circunstancias produciría el desequilibrio de toda una estructura; y cualquier cambio del clima social e ideológico del paciente y de su familia sería quizá posible en una sociedad diferente de la nuestra, pero casi nunca lo es en la que vivimos.

Casos análogos aparecen también en situaciones menos clamorosamente deterioradas. Algunos obreros sufren trastornos neuróticos y psicوسомáticos, y el terapeuta no tarda en darse cuenta de que no puede hacer nada sustancial en favor de él a no ser que el interesado cambie de trabajo, o cambie la organización del trabajo en su fábrica, pero, muchas veces, esto es totalmente imposible. El obrero debe saber entonces que su malestar puede ser la medida de su insubordinación, o sea la consecuencia del hecho de que existe en él la tendencia a rechazar el destino laboral y vital a que está sometido. En tal caso, puede elegir entre mantener la consciencia de la *necesidad* de una manera diferente de trabajar, pero pagando el precio de una serie de dolencias neuróticas o depresivas si esta consciencia no puede expresarse en un cambio, o en una lucha colectiva; o bien *adaptarse* a su situación laboral, renunciando a la tensión y al deseo de algo diferente, y obteniendo como beneficio una disminución de sus males.

Hay muchos otros casos que se presentan claramente como «no tratables». Personas que hablan con las estrellas; otras que viven solas en cuevas y tienen visiones; individuos atormentados por ideas de persecución, o inmersos en delirios de grandeza, pero que no desean ninguna ayuda psiquiátrica, y –justamente– saben muy bien que ésta no puede imponérseles, dado que no cometen delitos, no son peligrosos, no dan «escándalo público», y no perjudican a nadie; ancianos que se hallan en tal situación de existencia que no tienen más consuelo posible que el alcohol, y a los que, razonablemente, es mejor dejar en paz; personas que –raramente– pasan en un cierto momento de su vida un breve episodio agudo alucinatorio y delirante que puede ser una experiencia, al fin y al cabo, positiva; otros que han utilizado brillantemente ciertas características «anormales» de su personalidad (como, por ejemplo, el carácter obsesivo) o los más variados rasgos neuróticos, para construirse una vida establemente estructurada, productiva y bastante dichosa.

En estos últimos casos una terapia *puede* llevar a una mayor serenidad, pero muchas veces no hace más que destruir equilibrios psicológicos ya consolidados. También hay sujetos que presentan trastornos neuróticos, pero que, en realidad, se hallan en una situación de precario equilibrio que *encubre* el peligro latente de trastornos mucho más serios, de tipo psicótico. En estos casos, está particularmente contraindicada la terapia psicoanalítica clásica en cuanto libera fácilmente las potencialidades psicóticas del paciente, con consecuencias que pueden ser desastrosas. Pero otras terapias también pueden resultar contraproducentes.

El trastorno mental como crisis de la existencia

Hemos visto una serie de ejemplos de los que resulta que «tratar los trastornos psíquicos» no es exactamente igual que tratar una bronconeumonía. Se puede añadir y adelantar inmediatamente otra consideración: en psiquiatría el problema de la aplicación de una determinada *técnica* de tratamiento siempre debería ser posterior a un estudio muy profundo y meticuloso de la situación psicológica y vital del paciente. Esta es la primera cosa que hay que entender frente a un paciente: *después* se puede hablar de aplicar las terapias.

La diferencia principal entre la terapia psiquiátrica y la terapia de las enfermedades físicas nace del hecho de que, en la inmensa mayoría de los casos, el trastorno psíquico no es una enfermedad que cambia el curso de la existencia, sino que es en sí cambio del curso de la existencia: es, por consiguiente, una experiencia, un fragmento de vida, una crisis y una historia que cambian a la persona.

Después de un trastorno psíquico, una persona ya no es exactamente la misma de antes, entre otras cosas porque en su pasado está *también* esta experiencia, como importante experiencia vital. Esto no significa necesariamente que el individuo continúe estando mal, ni que quede en absoluto «debilitado»: por el contrario, la experiencia del trastorno, en especial si concurren algunas circunstancias favorables (que veremos a continuación) puede resolverse en una precisa ganancia para el interesado. Si se excluyen algunos episodios psicóticos agudos y de brevísima duración, se debe insistir en el hecho de que el trastorno psíquico no es algo que aparece, evoluciona, desaparece, de modo que todo vuelve a ser como antes. No es una excrescencia casual del espíritu, y tampoco un fortuito giro vicioso a lo largo de

la línea de la vida: es, por el contrario, parte integrante de esta vida, es historia, es acontecimiento humano, y es parte *significativa* de los acontecimientos humanos.

Aparte los trastornos psíquicos, puede haber otros tipos de crisis existenciales: la adolescencia y el inicio de la decadencia física! y psíquica después del período central de la vida son casi siempre dos momentos de crisis. Para una mujer, la menopausia es casi siempre una crisis existencial, marcada por la pérdida de la feminidad fisiológica y por una disminución de su contractualidad social; también el parto y el puerperio son muchas veces una crisis existencial delicada e importante. Pero también nuevas orientaciones ideológicas, reflexiones y desilusiones profundas, cambios radicales de la estructura familiar, modificaciones del entorno material de la vida (como pueden ser un desastre económico, el éxodo o la emigración), la experiencia de la cárcel, del duelo, la conversión religiosa, un nuevo compromiso militante o el fin de éste, la experiencia del amor o la de la pérdida del amor, una grave enfermedad física, pueden constituir otras tantas crisis existenciales. En algunos casos, el acontecimiento que desencadena la crisis puede ser enteramente objetivo, *externo* e imprevisto (por ejemplo, un duelo, una enfermedad orgánica o un prolongado encarcelamiento); pero la mayoría de las veces la crisis es el resultado de contradicciones anteriores, la explosión de necesidades rechazadas durante largo tiempo. En todos estos casos, el aspecto objetivo de la crisis (o sea, el hecho que ha *introducido* un cambio en la vida del individuo) es difícilmente separable del aspecto *subjetivo*: o sea del *modo* en que el individuo vive, interpreta y encamina su propia crisis.

En cualquier crisis existencial existe el riesgo de que la crisis *escape* al individuo; o sea, no consiga controlarla, utilizarla, ser su dueño: y es entonces cuando la tribulación y el sufrimiento de la crisis asumen características típicamente psiquiátricas. Una vida sin crisis existenciales no es aconsejable a nadie: y, en el fondo, la persona afortunada es la que consigue superar con éxito crisis de profundidad y significado cada vez mayores, *creciendo* en ellas y cuestionando cada vez los principios de su vida precedente. Así, pues, refiriéndonos al problema ya discutido de la definición del trastorno mental, podemos afirmar que no todos los sufrimientos de una crisis existencial son sufrimientos de tipo psiquiátrico, pero que superar el ambiguo límite hacia el trastorno psíquico es el precio que más fácilmente se paga en una crisis existencial; y que esto es asimismo lo que a veces impide salir de ella, con rapidez o fortuna.

El trastorno mental como adaptación

La mayoría de los casos definidos como trastorno mental se resuelven de manera espontánea: mejor dicho, después de un período más o menos prolongado, el interesado afirma que «ahora ya está bien», al tiempo que quienes mantienen contactos cotidianos con él afirman que están de acuerdo. El primer problema es saber *cómo* «está bien». Y otro, además, es comprender qué se puede hacer para favorecer este proceso o para que la «curación» no sea una falsa curación.

Examinemos en primer lugar los casos en que la curación es rápida, espontánea y no existen problemas de adaptación.

Sucede a veces que el trastorno mental es una crisis aguda y *muy breve* (de días o, cuanto más, semanas de duración): en tal caso, la crisis puede ser vivida como un corte neto en el interior de la vida, un paréntesis abierto y cerrado. El individuo puede llegar a aislar el período de trastorno del resto de su vida, vivirlo como una enfermedad accidental: no ha habido trastornos anteriores, no hay residuos, el episodio *no ha hecho historia*, y puede ser olvidado. En otras palabras, el antiguo paciente recupera su vida normal en el punto en que la había dejado antes de enfermar. Una eventualidad de este tipo puede ocurrir en una psicosis aguda tóxico-confusional, en un delirio agudo transitorio de tipo esquizofrénico, en un breve episodio depresivo. No siempre se consigue entender por qué la breve crisis ha aparecido precisamente en ese momento, así como tampoco llega a estar claro por qué termina en un punto determinado: es muy probable que en ocasiones esta crisis represente un desahogo imprevisto, «la salida al exterior», la explosión liberadora de contradicciones lentamente acumuladas y durante demasiado tiempo rechazadas y comprendidas; y que precisamente este «viaje» al sufrimiento y a la locura permite el «reingreso» en la normalidad, la reaceptación de las reglas de la vida cotidiana. Es frecuente también tener la clara sensación de que la mente está estructurada a modo de una especie de organismo que, presa de una enfermedad física, pone rápidamente en movimiento unos mecanismos de defensa y de curación: el término *enfermedad mental* asume en tal caso todo su significado. Muchas veces persisten, al término de la aparente curación, los motivos de fondo que provocaron el desequilibrio psicótico: y en tal caso, después de un período más o menos largo, la crisis puede volver a presentarse. Otras veces la vida del individuo evoluciona, pasan los años, y nada turba de nuevo el equilibrio.

Una eventualidad análoga es la de las reacciones agudas a acontecimientos excepcionales. Hay personas que en situaciones de peligro de muerte o en el transcurso de una catástrofe tienen actitudes gravemente regresivas, o bien crisis de pánico enteramente incontroladas, y en ocasiones desastrosas. Acaso el ejemplo más típico y habitual en tiempo de paz es el de aquellos que, encontrándose en los últimos pisos de un edificio en llamas, se lanzan al vacío sin que exista una amenaza concreta e inmediata a su vida y sin que abajo estén las lonas de los bomberos. Aparte los casos en que la conclusión es tan trágica, es evidente que todas las reacciones incongruentes a los acontecimientos excepcionales no sólo tienden a desaparecer con el cese del acontecimiento, sino que, en general, ya no vuelven a presentarse en las condiciones normales de vida.

Se ha dicho que el trastorno mental es una crisis existencial, y nos hemos referido anteriormente a los casos de crisis existenciales brevísimas. También tiene, sin embargo, otro aspecto, que, en cierto sentido, es opuesto a la idea de la crisis: el aspecto de la *mala adaptación*. En dicho sentido, lo que denominamos trastorno mental no es un paréntesis abierto y cerrado, sino que asume las características de un modo tendencialmente estable de organizar la propia existencia e interpretar su significado. El trastorno mental siempre es una situación compleja que implica a varias personas; en tal caso puede ser –además de una crisis– una forma de equilibrio personal e interpersonal. Está claro que este equilibrio tiene unos inconvenientes (los síntomas, los «trastornos»); pero es algo que en ocasiones se les presenta a los interesados como algo sin alternativas. Se trata, en definitiva, de una adaptación incompleta y forzada: pero muchas veces es la mejor posible, al menos en la medida en que el individuo interesado y su familia no son capaces de elegir por su cuenta un equilibrio mejor. De este modo, el trastorno mental se convierte también en hábito, construcción y repetición ilimitada de actitudes, de hábitos mentales, de esquemas reactivos, de sufrimientos, de quejas y de relaciones interpersonales que poco a poco se organizan y anquilosan. Esta compleja situación de vida engloba en sus redes los síntomas, las insatisfacciones, las adaptaciones a los síntomas y a los sufrimientos, la cotidiana «normalidad» de estos sufrimientos, y expulsa del universo de las posibilidades inmediatamente practicables otros esquemas reactivos más «sanos», que poco a poco son abandonados tanto por el paciente como por su convivientes.

Véase el siguiente ejemplo de sucesión en cadena de intentos de rebelión y de «malas adaptaciones». Un joven adolescente de familia burguesa tiene problemas con los padres, estudia mal, se siente nervioso e intolerante, hasta suspender y repetir el curso. A partir de ahí, los padres, que son personas ambiciosas y rígidas, le someten a procedimientos represivos que acentúan su intolerancia; se convierte en la oveja negra de la familia, se escapa de casa, es capturado e internado un año en un reformatorio. A los 16 años es detenido por la policía y se le encuentra marihuana. Es una catástrofe: el hermano mayor es movilizado para vigilarle día y noche; una hermana, con la que tenía una buena relación afectiva, comienza a rechazarle; los padres, mal avenidos, rehacen su unión en la «desgracia familiar». Ahora toda la familia existe y funciona en torno del caso. A los 17 años está a punto de irse definitivamente: pero la madre, que ha intuido su intención, intenta el suicidio. El joven cede: sigue en casa, pero se aísla, comienza a descuidar su aspecto, interrumpe casi totalmente la comunicación con sus familiares. A los 18 años es internado durante unos meses en un manicomio privado con diagnóstico de «sospechas de esquizofrenia». A continuación, la madre, que tiende a la depresión, empeora cada vez que el hijo intenta hacerse autónomo y mejora cuando puede ocuparse de él; el hermano mayor, estudiante universitario, afiliado a un movimiento fascista, encubre su profunda inseguridad y sus latentes trastornos psicóticos con actitudes de desprecio y crueldad hacia el «enfermo»: sostiene que éste es «un inútil y un tarado, un parásito». El padre utiliza al hijo para proyectar mensajes de desconfianza hacia la madre y crearse la coartada para una vida fuera de casa.

El muchacho acaba por aceptar las ventajas prácticas de la vida familiar; disimula mal sus molestias, pero se adapta a un trabajo fácil buscado por el padre, que es una persona influyente.

A partir de este ejemplo, se intuye que cuanto más se prolonga, durante meses y años, la situación, más difícil resulta salir de ella; muchas veces, paradójicamente, el motivo que dificulta salir de ella es precisamente el hecho de que el paciente, así como los que viven cerca de él, no son suficientemente intolerantes, se adaptan, obtienen ventajas marginales, ya no están dispuestos a pagar –para obtener la curación– el precio de un cambio de sus relaciones interpersonales y de su manera de ver el mundo. Esto no excluye obviamente que se dirijan a los consultorios psiquiátricos: por el contrario, en ocasiones lo hacen con tanta mayor insistencia en la medida en que peregrinaciones de ese tipo sirven para eximirles de su responsabilidad.

Siempre existe una cierta relación de continuidad entre la situación vital anterior al inicio del trastorno, y la caracterización por su presencia; podría decirse, incluso, que los trastornos son casi siempre la manifestación evidente de una descompensación, cuyas raíces viven en la existencia precedente. Pero si bien es cierto que hay una relación de continuidad entre la situación de bienestar y la sucesiva de trastorno, no lo es, en cambio, que se pueda pasar lógica y fácilmente del trastorno a la curación. Aquí se produce un salto, posible cuando se modifican las circunstancias de vida, o cuando la *situación de trastorno*, en lugar de ser situación de *adaptación*, pasa a ser situación de *crisis*, explosión de equilibrios antiguos, estímulo que impulsa a salir de ella, a cambiar las cosas.

Para el paciente y para sus convivientes, la gravedad del «estar mal» es siempre algo ambiguo. Por una parte, cuanto más grave es la situación psiquiátrica, menores son –por definición– las posibilidades de salir de ella; por otra parte, es cierto lo contrario: mayor es el sufrimiento, y mayor la motivación que impulsa a hacer cualquier cosa por librarse de él. El hecho es que la gravedad de la situación psiquiátrica no coincide necesariamente con el grado de sufrimiento subjetivo del paciente y de sus familiares. Las situaciones psiquiátricas de las que es más difícil salir son aquellas que se viven obstinadamente como todavía *vivibles*: aquellas, por ejemplo, en las que existe un notable grado de empobrecimiento de la vida y de las relaciones humanas, acompañado de una escasa consciencia de este empobrecimiento. En otras palabras, las situaciones más serias son aquellas en las que ni paciente ni familiares valoran su seriedad. Dentro de poco veremos un caso de este tipo.

En otras ocasiones, el mayor obstáculo a una evolución positiva procede de una acentuada discrepancia entre la valoración dada por el paciente y la ofrecida por los familiares. Es preciso no caer en la interpretación más ingenua de un hecho así: si alguien subvalora la gravedad de la situación no es necesariamente sólo porque «no se de cuenta de ella». Si, por ejemplo, el paciente acentúa la manifestación del propio dolor y la lleva a límites autodestructivos, mientras los parientes parecen minimizar su significado, esto se debe con mucha frecuencia al hecho de que el paciente tiende inconscientemente a ejercer sobre los familiares –a través de sus síntomas propios– una *presión* a fin de que sean ellos (y no él) quienes asuman la responsabilidad de cambiar de actitud respecto a los síntomas, y tomar medidas felizmente resolutivas; mientras, al mismo tiempo, los parientes *remiten* al paciente la responsabilidad de sus síntomas, y rechazan la asunción

de su carga. En el caso inverso, si el paciente sostiene que está bien, esto no significa necesariamente que no sufra y no tenga gravísimos problemas subjetivos de los que se da cuenta, sino únicamente que quiere que le dejen tranquilo, no se fía de nadie (y menos que menos de los parientes) y teme –muchas veces con razón– la adopción de actitudes y decisiones (por ejemplo, el internamiento) perjudiciales para él.

El resultado de todas estas situaciones es la parálisis de cualquier eficaz intervención terapéutica. Para salir de ellas es necesario, en primer lugar, aclarar *quién* pide ayuda, y *qué* ayuda pide. Este punto se afrontará a continuación.

La curación «por defecto»

Uno de los tipos más corriente de curación es la denominada «por defecto»: o sea, una curación incompleta.

Es evidente que no se trata de una verdadera curación: no existe, incluso, ninguna diferencia sustancial entre la curación por defecto, la curación por adaptación, y el trastorno mental como adaptación. Como veremos, los casos se confunden frecuentemente entre sí, aunque aquí convenga reagruparlos según sus diferentes aspectos y según algunos conceptos base.

Pasadas las más graves borrascas, o se produce un alivio de los trastornos o se llega a un acomodamiento: la situación se estabiliza, y el ansia y el dolor del paciente y de sus familiares decrecen, gracias también a que se instaura una cierta adaptación recíproca y una cierta resignación. Muchos de estos pacientes se consideran curados, aunque sigan padeciendo toda una serie de trastornos, o deban guardar toda una serie de precauciones en la conducción de su vida cotidiana.

No pocas veces una curación de este tipo es sólo aparente, y oculta una destrucción psicológica, un grave trastorno permanente de las relaciones, una renuncia a la vida. Un joven con diagnóstico de esquizofrenia trastorna considerablemente su ambiente, «hace locuras», reacciona frente a los padres y elabora ideas y acciones; luego es internado, embutido de fármacos, electroshockizado, insulinizado, reacondicionado, devuelto a casa, nuevamente internado y reprimido a cualquier intento de autonomía y de rebelión, hasta que su comportamiento se calma. Finalmente le encontramos viviendo establemente en su casa de manera imbécil y pasiva, se arrastra hasta el bar, está silencioso, toma una dosis cotidiana más bien elevada de sedantes,

obedece a la mamá, fuma mucho y come dulces cada vez que se siente ansioso. Los parientes dicen: «Bueno, menos mal, si usted supiese las que nos ha hecho pasar, ahora en el fondo está bien». Y el interesado asevera.

Otras veces la curación por defecto es menos clamorosamente una pseudo-curación. Una estudiante universitaria de familia pobre estudia apasionadamente, se interesa por el teatro y por el cine, luego por la política, participa en los movimientos de 1968. A continuación, gracias a una serie de desengaños personales y de crisis políticas de su grupo militante, tiene una reacción depresiva, intenta seriamente el suicidio, es internada. Se recupera fatigosamente, encontrándose para colmo con la nueva responsabilidad —a consecuencia de la muerte de su padre— de tener que mandar dinero a la familia. En los años siguientes, continúa mal, pero aprende a administrar sus energías. También ella se ha «apagado» un poco, pero al menos «funciona» al nivel de poder trabajar, y acaso —según espera— casarse y tener una familia. Ha renunciado a la política, a sus intereses culturales, a muchas de sus ideas y a casi todas sus amistades; se angustia con facilidad, se fuerza a ser meticulosa y calculadora.

En este caso vemos cómo la curación por defecto se confunde con la curación «por integración», es decir, la curación como adaptación, conformismo y renuncia. Hay que decir que no siempre se puede contemplar severamente este tipo de equilibrio personal: pero raras veces el interesado se da cuenta del precio que ha pagado, y del significado psicológico y políticamente *regresivo* de una «normalidad» basada en contabilizar la propia afectividad, en aceptar roles meramente ejecutivos, en la renuncia a las responsabilidades personales y a cualquier forma de riesgo existencial. En determinados casos, éste es el precio necesario para el equilibrio, para no sufrir, para no caer nuevamente en el trastorno mental; pero en otros es fundamentalmente la rendición a una existencia tranquila, «de tono menor» y poco arriesgada.

Consideremos ahora otro caso, más afortunado. Un hombre que tuvo un serio episodio agudo de tipo esquizofrénico a los 18-19 años; a continuación se ha adaptado a una vida cauta, con relaciones interpersonales escasas y bien dosificadas, ha sabido continuar metódicamente los estudios, ha aprendido a entender con realismo sus propias dificultades, que consisten sobre todo en una cierta desconfianza hacia los demás, con falta de espontaneidad y frialdad afectiva, y en una tendencia a las crisis de angustia frente a escenas de violencia o espectáculos cinematográficos de tipo dramático. Pero con el paso del tiempo esta persona consigue evitar una serie de escollos, afronta poco a poco dificultades mayores y se integra en una vida

política y social cada vez más rica y animosa, apoyada en convicciones firmes y pacientemente construidas. A los cuarenta años, después de haber tenido la suerte de contraer matrimonio con una mujer sólida y serena, ya no hay nada que pueda hacer pensar en trastornos mentales. Pero dos años después, a consecuencia de un ascenso en la empresa donde trabaja, se le confía una tarea de notable importancia. Entonces comienza a sentirse angustiado y a sufrir insomnio, tiene también alguna idea larvada de persecución, se dirige a un psiquiatra. Consigue curar –probablemente para siempre– al renunciar a una situación demasiado difícil y aceptar que ha alcanzado el máximo de su carrera en un peldaño inferior: obtiene un trabajo de discreto prestigio, pero de menor responsabilidad.

Se intuye de estos ejemplos cuán absurdo resulta, en el fondo, distinguir entre una curación por defecto y toda una vida «por defecto». Pero, una vez más, hay que evitar juicios moralistas. Muchísimas personas «normales» consiguen defender su equilibrio psíquico sólo a cambio de no tener que afrontar experiencias demasiado difíciles: en la práctica, esto significa que algunos sectores de la existencia (casi siempre los referentes a la vida afectiva son permanentemente sacrificados respecto a otros. Uno está bien a condición de no viajar en avión, o de no afrontar solo un viaje por un país desconocido, o de no comprometerse en nuevos afectos; otros muchos exigen una situación económica y social suficientemente garantizada, o una familia que actúe de almohadilla de seguridad. En muchísimos ocurre simplemente que no saben qué dificultades podrían afrontar, por la simple razón de que siempre viven muy por debajo del umbral de seguridad. (Otros, cambio, tienen la tendencia a superarlo muchas veces: y no hay que excluir en absoluto que, a fuerza de estirar más el brazo que la manga, y coleccionando fracasos y sufrimientos sean capaces finalmente de superar dificultades y adversidades: por el contrario, situaciones de este tipo llevan muchas veces a catástrofes psicológicas.)

Para tratar determinadas situaciones de trastorno mental, o para prevenir su agravamiento, muchas veces basta con eliminar—cuando esto es concretamente posible— el exceso de exigencias planteadas por el ambiente. Pero quien se encuentra en una situación social subprivilegiada no sólo está sometido a duras exigencias ambientales, sino que tiene problemas cotidianos de supervivencia económica y está obligado muchas veces a soportar humillaciones y ofensas: al mismo tiempo, se halla en la peor condición imaginable para poder cambiar de modo de vida, para poder reducir emociones, preocupaciones y motivos de disgusto.

La curación como superación de la crisis y como maduración

Se ha dicho anteriormente que existen trastornos mentales agudos, incluso graves, que «no hacen historia» porque son de muy breve duración, se resuelven espontáneamente, y en apariencia carecen de antecedentes de la misma manera que no dejan residuos evidentes. En la mayor parte de los casos, sin embargo, la crisis «hace historia». Se ha visto entonces que los trastornos mentales pueden considerarse bajo un aspecto doble y contradictorio: el de la auténtica crisis existencial y el de la adaptación. En ocasiones, la adaptación es la conversión en crónica de una crisis surgida imprevistamente; otras, es una manera de habituarse a una situación de desequilibrio psíquico instaurada de manera lenta y gradual. En todos esos casos, el trastorno puede esclerotizarse en un equilibrio peculiar y paradójico, por el cual no mejora, o empeora lentamente; o también, poco a poco, puede llevar al paciente y al núcleo de personas que viven con él a una «normalización» más aparente que real; se trata de una curación por defecto. En ocasiones excepcionales, la curación por defecto puede ser la premisa para alcanzar gradualmente una curación real, al cabo de un cierto número de años. (Que en este punto el individuo esté «curado» o «normal» sigue siendo siempre un juicio, una opinión, y nunca un estado de hecho objetivo: de la misma manera que no son «estados de hecho objetivos» la salud mental o el trastorno mental.)

Se trata ahora de considerar en qué casos, y en qué sentido, esa crisis de la existencia que es el trastorno mental puede llevar directamente a una condición psicológica «normal», o pueda incluso representar un momento de *crecimiento* del individuo.

Conviene insistir en que el trastorno mental es la *descompensación* de una situación precedente de equilibrio psicológico. Si se excluyen los casos en que la aparición del trastorno está fuertemente condicionada por graves acontecimientos imprevisibles (en la práctica, imprevistos cambios radicales y dramáticos de la situación de vida, o enfermedades cerebrales) esta descompensación es el «momento de la verdad» que demuestra cuán frágil era el equilibrio anterior.

En primer lugar, conviene recordar que hay crisis existenciales de las que se sale con especial facilidad: son tanto los casos que sanan por la aparición de cambios de la situación de vida como aquellos en los que la crisis es, desde el principio, una «crisis de crecimiento». Veámoslo más claramente.

En ocasiones es fácil que el individuo supere la crisis sólo por el hecho de encontrarse en una situación de vida objetivamente más favorable de la que precedía a la crisis: por ejemplo, el adolescente en crisis con la familia comienza a ganar dinero y puede irse de casa; o a un individuo se le muere la suegra que le tiranizaba, o la mujer neurotizante se va con otro, o mejora la situación laboral, y así sucesivamente. Este es el caso más sencillo. Otras veces, en cambio, el individuo supera su crisis y sana totalmente, porque los trastornos sólo han sido un aspecto secundario de las dificultades referentes a un momento de crecimiento de la persona.

Esto les sucede especialmente a los jóvenes: hacerse adulto es la cosa más difícil del mundo, y los períodos de dificultad pueden ser bastante serios sobre todo en la adolescencia. Muchas situaciones de desequilibrio psicológico leve, sobre todo entre los 13 y los 18 años, están caracterizadas por síntomas que en cualquier otro momento de la vida serían mucho más alarmantes: introversiones, extravagancias, actitudes hurafñas y cambios de humor aparentemente injustificados, rechazo de la familia pero dificultad en crearse una autonomía psicológica fuera de ella, etc. En la mayoría de estos casos no sólo el individuo *sale* de esta crisis, sino que sale de ella más adulto, maduro y seguro de sí mismo. Y esto es así porque la crisis ha sido, literalmente, una «descompensación de crecimiento» de la persona, un desequilibrio temporal en la determinación de la propia identidad y en el proceso de construcción de los instrumentos de la vida social; pero también —y conviene subrayarlo— porque el joven ha sabido utilizar esta experiencia de crisis, aprender de los propios errores, descartar poco a poco, probando y meditando, los caminos del sufrimiento y del fracaso. Crisis de crecimiento de este tipo pueden ocurrir en otras edades de la vida: si bien, para casi todos, a medida que los años pasan disminuyen las posibilidades de cambiar de camino, y de aprender de la experiencia cómo cambiarse a sí mismos.

En ningún caso un exceso de sufrimiento y de trastornos es *en sí mismo* madurador; considerar que la crisis psicológica, o la desorientación, o la depresión y el pesimismo, o más genéricamente el «estar mal» son *en sí mismos* momentos positivos, y aperturas saludables, e instancias liberadoras, significa caer en un peligroso equívoco. Lo que libera y madura es salir de la crisis, no estar inmerso en ella: utilizar la crisis significa saberla superar.

Sin embargo, en muchos casos los aspectos psiquiátricos de la crisis no son un inconveniente *secundario* de un período de maduración (como ocurre tantas veces, en cambio, en los adolescentes) sino el aspecto *dominante* de la crisis:

en la práctica, la propia crisis. Sin embargo, en estos casos existe siempre la posibilidad que del sufrimiento y de la crisis «psiquiátrica», incluso grave, nazca una *radical revisión activa* de los principios y de los modos de vida que habían llevado a la crisis: existe, por tanto, la posibilidad de que se produzca un positivo salto cualitativo de la existencia.

Esto puede ocurrir, esquemáticamente, de dos maneras diferentes. La primera es la de *crecer* en los propios sufrimientos, utilizar todo lo que sucede o ha sucedido durante la crisis, comprenderse a sí mismo y el modo personal de reaccionar, reinsertar racionalmente todos los elementos «psiquiátricos» en un análisis de uno mismo y de las propias relaciones sociales, vivir la crisis como continuidad –en sentido positivo– en lugar de como fractura. Un proceso de este tipo difícilmente puede salir bien sin una psicoterapia.

La segunda manera de salir activamente de la crisis es, en cierto sentido, opuesta a la primera: consiste precisamente en utilizar la crisis para una fractura de la existencia, que sirve para «cambiar de página». Se desmoronan los falsos equilibrios anteriores, se buscan nuevas gratificaciones, nuevas estructuras de vida, nuevos modos de sentir, de pensar y de existir, más afines a las propias exigencias. En tales casos, el individuo no necesita ir muy al fondo en la interpretación de la enseñanza ofrecida por la crisis: le basta considerarla como una dramática señal de alarma, una experiencia fruto de contradicciones con las cuales no se quiere seguir contando; o bien, en ocasiones, como un «viaje dentro de sí mismo» muy arriesgado pero no necesariamente desagradable (sobre todo si los psiquiatras no intervienen), de significado oscuro, pero perceptible como la indicación del carácter no absoluto, no perenne, no garantizado, de los equilibrios anteriores. Después de esta crisis, «se cambia de vida», y *después* se piensa en lo que se ha hecho: y con el tiempo es posible también que el significado de esa fractura de la existencia aparezca más claro. Se trata, sin embargo, de un modo de actuar arriesgado: no pocas veces quien atraviesa o supera una crisis psiquiátrica *cree* que puede desprenderse de los equilibrios anteriores porque sobrevalora sus capacidades; se ilusiona, concretamente con encontrar soluciones solitarias e individualistas, y olvida que los nuevos equilibrios son siempre nuevos equilibrios *sociales*.

La primera manera de salir de la crisis –o sea, comprendiéndola y utilizándola racionalmente– es más fácil cuando la crisis está representada por una descompensación de tipo neurótico, o por un período de depresión posterior a un duelo o a una desilusión. Es más rara y más difícil, en cambio, cuando la

crisis ha sido de tipo psicótico, y en especial de tipo esquizofrénico. En efecto, la crisis psicótica tiene tales características que un «aprendizaje de la crisis» puede ser difícil y penoso. En estos casos, salir establemente de la crisis significa habitualmente, como ya se ha dicho, *cambiar*, pero no necesariamente *comprender*.

Durante una crisis de tipo esquizofrénico o genéricamente psicótico (al igual que durante cualquier período de extravío muy grave de la propia existencia) el individuo actúa y representa frente a los demás un rol que le expone y que le causa dificultades: por consiguiente, tenderá a olvidarlo, o a negar toda responsabilidad personal de lo sucedido. En el curso de su «estar mal» el individuo ha *vomitado* pensamientos, imágenes, comportamientos «locos» que no creía que llevara dentro: a continuación, se sentirá propenso a considerarlos carentes de sentido. Así pues, le resultará muy difícil incluir la crisis en un *mundo de significados*, hacerla plenamente *histórica*. Difícilmente, pues, una crisis psicótica es incluida en la *continuidad de significados* de la propia vida. Esto no impide que cuanta más ayuda reciba el paciente para comprender qué le está ocurriendo durante la crisis, más fácil y más rápido le resultará administrarla, salir de ella, variar, cambiar de página, y construirse un equilibrio estable.

Se ha discutido en estos años si la experiencia esquizofrénica puede representar por sí misma una crisis de maduración, el intento difícil, doloroso, incluso peligroso, alarmante y no totalmente claro, pero potencialmente fecundo, de pasar de un estadio vital inmaduro a un nivel de consciencia superior. Cabe expresar reservas más bien serias a una hipótesis de ese tipo y sobre todo al intento de generalizarla a todos los casos diagnosticados como esquizofrenia. Lo que, sin embargo, conviene observar, y reflexionar sobre ello, es que el tipo de tratamiento «terapéutico» a que suele ser sometida la persona que sufre por primera vez una crisis esquizofrénica es de tal índole que casi siempre le *impide* vivirla, así como aceptarla a continuación: además, cosa todavía más grave, en muchas ocasiones el tratamiento terapéutico de dicha crisis es de tal índole que impide al individuo salir de ella.

En primer lugar, el etiquetamiento psiquiátrico («estás loco», «eres un esquizofrénico») es en sí mismo reductivo, irresponsabilizador, paralizante. Pocas veces se contenta el paciente con el genérico diagnóstico de «agotamiento» y, en general, se da perfecta cuenta de que los médicos y los familiares hablan de esquizofrenia: esto significa, oscuramente, ver el derrumbamiento de las propias acciones y del propio ser en un universo de desorden

y de locura, carente de libertad y de significados. Los tratamientos preponderantes en casos parecidos (o sea, fuertes dosis de psicofármacos y el internamiento) reprimen posteriormente las posibilidades residuales del individuo de conferir un sentido y una historicidad a sus experiencias. El internamiento psiquiátrico sirve para quitar significado no sólo a los problemas más específicos del paciente, sino a todas sus acciones; y la «tapadera farmacológica» (o sea, el uso de altas dosis de sedantes de tipo neuroléptico) tiene como resultado un estado de torpeza, de imprecisión de los pensamientos, de extravío, de auténtica y real incapacidad para sentirse vivir. (Un paciente decía: «Me siento peor que borracho, y camino palpando las paredes *para saber que existo*».)

En tales casos, el «tratamiento» no es más que la represión tosca y superficial de las manifestaciones externas de las crisis, es el reacondicionamiento forzoso a un nivel degradado de las relaciones cotidianas. Es, también, un impedimento activo para *administrar* la crisis, comprender su significado, *actuarla*, expresar en ella los contenidos de sentimientos, de odios y de amores, de pensamientos, de palabras que el paciente debería, en cambio, conseguir vivir de manera legítima. Se hace abortar la crisis: peor aún, se la reduce, congela y prolonga a su nivel más bajo, más informe, inconsciente y oscuro. Con este tipo de tratamiento represivo, el paciente ni siquiera gana en dignidad: por el contrario, es rebajado al nivel de un organismo roto y carente de sentido; cosa que siempre percibe. Muy diferente es la situación si al paciente que atraviesa una aguda crisis esquizofrénica se le ayuda a conferir un sentido a lo que le ocurre; si un operador psiquiátrico –no necesariamente un médico– está a su lado y sabe establecer una relación significativa con él; si se le permiten expresar pensamientos e intenciones; si estos pensamientos e intenciones son discutidos, e interaccionados, con calma, en un plano de realidad; si se ayuda a los parientes y amigos a comportarse con él de una manera no equívoca y no desvalorizadora; si las medidas más tradicionalmente psiquiátricas (como los fármacos y las restricciones de libertad, en la medida y en los casos en que son inevitables) son expuestas y discutidas de manera comprensible.

Pese a todo, no está dicho que el paciente pueda vivir y comprender hasta el fondo el significado de la crisis: pero además de *salir de ella* con mucha mayor facilidad, podrá ser capaz al menos de *liquidarla* de su existencia de una manera más activa y consciente.

Diversidad y carácter heterogéneo de los principios y de los métodos de tratamiento

Cuando se habla de *tratamiento*, o bien de *terapia*, en el campo psiquiátrico, este concepto puede entenderse de dos maneras: o (de la manera más tradicionalmente misticadora e ineficaz) como un conjunto de medicinas y de técnicas físicas y psicológicas que son *suministradas* a un paciente; o bien como un *preocuparse* de ayudar a una persona a superar *activamente* sus dificultades.

Ya se ha visto que tratar no significa «suprimir el síntoma» a una persona-objeto que permanece pasiva frente a las medidas terapéuticas, sino que significa ayudar a esta persona a resolverlo por su cuenta: y esto quiere decir contribuir a capacitar al sujeto para tomar decisiones. Ya se han visto una serie de ejemplos de posible *ayuda*: o sea de tratamiento en sentido lato, y en sentido correcto.

Los tratamientos deberían tender a mejorar las capacidades de comprensión y de análisis de la realidad por parte del individuo; y a mejorar sus capacidades de adquirir comportamientos realmente eficaces para sus fines propios. De manera subordinada, los tratamientos pueden tender más directamente, en ocasiones, a apartar —siempre con la ayuda *activa* del interesado— obstáculos concretos de su vida cotidiana. En otras palabras, los tratamientos pueden tener dos finalidades: tienden por un lado a ofrecer al individuo mejores instrumentos para afrontar sus dificultades psicológicas, y las dificultades de su vida concreta; y por otro tienden a reducir las dificultades concretas que encuentra en la familia, en el trabajo, en la vida social.

En algunos casos puede ser útil, además de todo esto, intentar *también* la desaparición directa del síntoma sin remontarse a sus causas, es decir, hacer también «terapias sintomáticas». Consisten casi siempre en sedantes, neuro-lépticos, antidepresivos, o sea, en fármacos que reducen la percepción de algunas molestias, y en el mejor de los casos garantizan temporalmente una *cobertura*. Otras terapias sintomáticas son las terapias *descondicionantes*, que se basan en los principios de la psicología pavloviana y que en ocasiones son útiles, sobre todo para liberar a algunos pacientes de síntomas fóbicos y obsesivos. Tanto las terapias farmacológicas como las descondicionantes (éstas se conocen también con el nombre de «terapias del comportamiento») se prestan con gran facilidad a abusos terapéuticos y se transforman en instrumentos de manipulación, incluso de manera violenta y brutal, del comportamiento de personas sin problemas psiquiátricos.

En la mayoría de los casos, sin embargo, es obvio que tratar no significa tratar el síntoma, sino preocuparse de sus causas: y esto significa procurar la modificación de complejos problemas humanos. En este ámbito, algunas formas de intervención tienden de manera más exclusiva a una toma de consciencia de sus problemas por parte del paciente. Otras, en cambio, apuntan más directamente a conseguir que el paciente y/o sus familiares y/o otras personas modifiquen o simplifiquen el cuadro de los problemas que el paciente debe afrontar, de manera que facilite su solución.

Las terapias que operan a través de la toma de consciencia de los propios problemas (o a través de una interpretación de ellos) están representadas por el psicoanálisis y por la mayoría de las restantes formas de psicoterapia individual. Sin embargo, conviene añadir inmediatamente que ni con el psicoanálisis, ni con las demás formas de psicoterapia, una toma de consciencia meramente racional e intelectual es suficiente para sanar.

En cambio, las terapias que actúan fundamentalmente a través de la modificación de los hábitos y del cuadro de vida son aquellas en las que el paciente es ayudado o facilitado a realizar opciones prácticas tales como sacarle de las situaciones «sin salida» en que se halla atascado; o bien aquellas en las que el paciente y sus familiares son inducidos a modificar determinados modos del comportamiento cotidiano que producían y mantenían la existencia de los comportamientos más trastornadores. Este es el caso de algunas formas de psicoterapia de la familia.

Al igual que la crisis psiquiátrica, cualquier terapia es una *experiencia*. Se puede afirmar incluso que la eficacia de la terapia está condicionada precisamente por el hecho de que el paciente consiga vivirla como una experiencia *propia*, es decir, llegue a servirse *activamente* de ella: y, en el fondo, la terapia es una posibilidad que consiste en *añadir* a la situación de crisis existencial, de modo que la modifique, nuevas experiencias concretas útiles. El más importante factor de solución de los problemas del paciente es la misma experiencia de la relación directa con el terapeuta: o sea, con la persona que se preocupa por ayudarle.

No existe un único método terapéutico eficazmente aplicable a todos los tipos de trastorno mental, o a todos los casos concretos de dificultades personales. Los psicofármacos son marginalmente útiles en algunas situaciones, decididamente útiles en otras, pero muchas veces inútiles o dañinos incluso en pequeñas dosis. Las diversas técnicas de psicoterapia sistemática son útiles en

determinados tipos de trastornos, parcialmente útiles en otros, pero inaplicables en muchísimas ocasiones. No existen orientaciones terapéuticas universales: si se elige el uso exclusivo de un determinado tipo de orientación terapéutica, hay que seleccionar los pacientes, es decir, excluir aquellos a los que no se puede aplicar ese tratamiento; si se quiere asumir la responsabilidad de tratar todos los casos psiquiátricos, hay que utilizar orientaciones terapéuticas muy diferentes entre sí. Sólo los psiquiatras de tradición manicomial carecen de este problema: sus instrumentos son únicamente dos, y homogéneos entre sí: los psicofármacos y el internamiento, y convienen a todo el mundo. En la actualidad, todavía existen psiquiatras manicomiales que someten a electroschocks a *todos* los que entran en su sección, sea cual fuere el diagnóstico.

El significado de la heterogeneidad de las técnicas es menos trivial de lo que puede parecer a primera vista. Utilizar técnicas terapéuticas diferentes no significa optar entre uno u otro instrumento de intervención dentro de un arsenal homogéneo: significa, por el contrario, utilizar técnicas que corresponden a orientaciones psiquiátricas divergentes entre sí.

En la práctica, es posible observar que existe habitualmente una notable rigidez en la utilización de las técnicas terapéuticas. Esta rigidez asume dos aspectos diferentes. En primer lugar, el psiquiatra (o la escuela psiquiátrica, o la organización) que prefiere una técnica determinada acaba por especializarse y descubrir que, si quiere obtener resultados (sin excesivo esfuerzo), sólo debe tomar pacientes que «ofrezcan garantías»; cosa que significa seleccionar cada vez más cuidadosamente los casos que «prometen» y «reaccionan» con la utilización de esa técnica. Esto es particularmente válido para las técnicas psicoterapéuticas individuales y de grupo, y por consiguiente también para el psicoanálisis. En tal caso, la selección de los pacientes resulta ser, casi inevitablemente, selección de casos que ya gozan de privilegios: privilegios económicos, de inteligencia y cultura, o de capacidades psicológicas. Los demás, los casos «puros» van a tratarse «a otra parte».

El otro aspecto de la rigidez terapéutica es más importante, y se refiere a la tendencia a interpretar de manera tecnicista y estereotipada el «ocuparse» de los pacientes. Si los pacientes son unos burgueses carentes de problemas materiales, y el médico es un psicoanalista o un psicoterapeuta «de pago», el problema es superable: el terapeuta aplica su técnica siempre igual a tanto la hora a quien elige como paciente, cosa que (casi) no le quita el sueño. Pero si los pacientes son proletarios, personas que luchan por la existencia,

internados o ex internados en el manicomio, si son familias de inmigrados, ancianos que viven de la asistencia pública, o jóvenes vagabundos alcoholizados o que se inyectan morfina, no es posible salir del paso «aplicando una técnica». Casi siempre, se trata de casos con más de un problema: su enfermedad «psiquiátrica» es parte integrante e insoluble de una situación de malestar y de sufrimiento mucho más amplia; y este sufrimiento está entrelazado de problemas materiales, se confunde con la violencia ejercitada por la sociedad y por quienes poseen en ella el poder. En tal caso, si el tratamiento pretende ser eficaz, debe ser realmente un «ocuparse» extremadamente dúctil, variable según los momentos y los casos, capaz de abordar y modificar desde varios lados y de varios modos una situación compleja. La utilización de manera estereotipada de una sola técnica terapéutica significaría eliminar muchas posibilidades de intervención.

Parece legítimo preguntarse si la elección de una «línea» terapéutica debe identificarse, como es tradicional, con la adhesión a una «escuela» en el seno de la disciplina psiquiátrica, o si debe plantearse fundamentalmente como elección crítica respecto al *conjunto* de las diferentes escuelas psiquiátricas. Sustancialmente, no debe plantearse la elección entre una u otra técnica terapéutica, entre una u otra escuela, sino que debe ser una elección política *por encima* de las diferentes técnicas terapéuticas: esto significa en primer lugar efectuar una elección en favor de una concepción bien precisa del hombre y de la sociedad, y optar por la lucha contra el significado y la utilización capitalista de la psiquiatría. Si una opción de ese tipo es suficientemente clara, y si se articula en una serie de posiciones teóricas suficientemente firmes, todas las demás opciones eventuales entre los diferentes métodos de tratamiento y entre las varias interpretaciones del trabajo psiquiátrico se convierten de golpe en secundarias, pero al mismo tiempo en más claras, porque están iluminadas por un criterio general de crítica que es *exterior* a la lógica del psiquiatra. Una vez ahí, la selección de los diferentes métodos terapéuticos se convierte finalmente en libre elección de *instrumentos*, en lugar de adhesión a escuelas «científicas». La utilización de una u otra técnica no es, sin embargo, indiferente. Las distintas técnicas no se superponen en absoluto en un destino común (que podría formularse diciendo que: «son técnicas burguesas, y por tanto todas igualmente malas»; o bien: «todas igualmente buenas, con tal de que sean eficaces»).. Es precisamente a partir de ahí, en cuanto iluminadas por un criterio de juicio claro (criterio político), cómo estas técnicas pueden ser juzgadas, seleccionadas, y sopesadas una a una en su diferente significado.

Este significado no se refiere únicamente a su eficacia terapéutica, es decir, no a su eficacia «en general» sino con relación a unos pacientes determinados, que son proletarios, y a sus problemas específicos. De este modo, la valoración de la eficacia terapéutica se refiere asimismo a la posibilidad de poseer formas técnicas y organizativas de terapia que pueden ser baratas, administradas por trabajadores no médicos, y capaces de integrarse con iniciativas asistenciales verificadas desde la base, y con reivindicaciones y acciones políticas contra las causas de los males materiales y psicológicos.

Una crítica selectiva respecto al significado político de las diferentes técnicas terapéuticas se concreta en las posibilidades de rechazar las técnicas que ofrecen una especial y casi obligatoria *predisposición* a una utilización represiva y opresiva (piénsese en el electroshock, en la utilización masiva de neurolépticos, o en el manicomio en su conjunto); pero también se refiere al posible rechazo de las técnicas de tratamiento que presentan una especial capacidad de *vehicular* ideologías burguesas, como ocurre con el psicoanálisis y algunas de sus revisiones. Así pues, forma parte de una posible valoración positiva de las diferentes técnicas terapéuticas el considerar la posibilidad de que, a través del tratamiento de los individuos, de las familias y de los grupos, algunas técnicas se prestan a favorecer una toma de consciencia, no sólo psicológica sino también y sobre todo política, de las contradicciones sociales y de sus reflejos en los individuos.

No existe una técnica terapéutica universal y resolutive, y tampoco existe una técnica específica que sea decididamente más eficaz que las otras en el plano del puro y simple rendimiento terapéutico: existen, sin embargo, técnicas vinculadas a una concepción equivocada de la naturaleza humana, de la sociedad y de los trastornos mentales, del tratamiento, de la «normalidad», y otras, por el contrario, que pueden ser consideradas como más apropiadas y más justas, por ser más pertinentes con las necesidades reales del individuo y de la sociedad.

Las técnicas que se basan en una concepción médico-positivista de la psiquiatría no sólo son, con toda seguridad, erróneas y menos eficaces, sino al mismo tiempo más opresivas y políticamente reaccionarias. Las técnicas que tratan los trastornos mentales como problemas psicológicos, y como problemas interpersonales, son las más correctas y eficaces, sobre todo en la medida en que no consideran al individuo (o su familia) como algo abstracto, ahistórico, perenne, sino que, por el contrario, lo contemplan en relación con su clase social y la concreción de sus problemas materiales de existencia.

No existe ninguna técnica terapéutica inocente, neutral, no comprometida en su propia estructura teórico-práctica con las finalidades generales de la psiquiatría: estas finalidades son, desde siempre, finalidades políticas de opresión y de integración respecto a las clases subordinadas, antes que finalidades terapéuticas. No ha llegado a aparecer (salvo acaso –pero sólo en ciertos aspectos– en China) una psiquiatría no burguesa, o sea, no condicionada por el origen y el desarrollo histórico de esta disciplina, enteramente occidental, y estrechamente vinculada a una cierta concepción del hombre. Se trata de ver qué utilizar de esta psiquiatría, pero también *cómo* utilizarla, para un uso que sea al menos parcialmente alternativo.

De los modos de uso concretos y específicos de las técnicas terapéuticas más eficaces y menos opresivas o mistificantes puede resultar, en efecto, su mejor utilización y un cambio parcial de su significado: tanto por el contexto en que son utilizadas, y las precauciones y el modo crítico de su aplicación, como porque pueden sufrir algunas modificaciones para servir a una función que ya no es íntegramente la deseada por el poder dominante. Más adelante insistiremos sobre este tema.

El problema del mandante de la intervención terapéutica

¿Quién es el dueño de la intervención terapéutica? ¿En nombre de quién y de qué intereses es iniciada y desarrollada? ¿Al servicio de quién se sitúa directamente el operador psiquiátrico, quién es su mandante, a quién responde personalmente de lo que está haciendo, con quién contrata las modalidades de su intervención? Finalmente, ¿quién es su interlocutor privilegiado?

En el caso de la medicina terapéutica y de la cirugía, los problemas son mucho menores. El médico está (o debería estar) al servicio del paciente: es éste, generalmente, quien le pide que intervenga en su tratamiento; y con él contrata el médico las modalidades de su intervención y a él le explica sus intenciones. (Según la ley, sólo en el caso de un menor de edad o de una persona «incapaz de entender o de querer» el médico debe dirigirse a los familiares, que se convierten entonces en los mandantes de su intervención.)

En la práctica, es significativo observar que ya en la medicina general las cosas no siempre funcionan así. Por el mero hecho de estar enfermo, el enfermo orgánico pierde buena parte de su contractualidad social, o sea, de sus propios derechos, que le son expropiados por los familiares, por una parte, y

por la institución sanitaria, por otra. Esto es especialmente evidente cuando el enfermo no es tratado a domicilio sino internado en un hospital civil: en contra de la ley, y muchas veces en contra del más mínimo sentido común, el médico no consulta al interesado sino a sus parientes para las decisiones principales, o bien sin consultar a nadie actúa según las reglas y costumbres impersonales de la institución hospitalaria, tratando al paciente como un objeto.

Está claro que en el manicomio el paciente psiquiátrico carece de poder, en especial si está internado en contra de su voluntad: el mandante de la acción «terapéutica» ejercida por los operadores-técnicos de la institución es la propia institución, y por consiguiente el poder estatal, porque éste, a su vez, es el mandante de la institución. Sólo marginalmente, los familiares del internado pueden asumir un cierto poder, y ser considerados como mandantes o como referencias de la intervención del psiquiatra de la institución.

Pero, más en general, también fuera del manicomio la capacidad mandante del paciente psiquiátrico es casi siempre nula. La intervención psiquiátrica puede ser pedida por la policía, por los vecinos o, más fácilmente, por los miembros de la familia. Un padre o un marido, o los padres de común acuerdo, pueden pedir la ayuda de los operadores psiquiátricos para una persona que desde el comienzo es presentada como *objeto* de la intervención a realizar, independientemente de lo que el interesado pueda pensar acerca de la oportunidad de ser sometido a un tratamiento, o a un tipo especial de tratamiento. Mandantes son, pues, los demás, y rara vez el paciente.

El paciente psiquiátrico es una persona que, tanto en la familia como en la sociedad, carece ya del mínimo de contractualidad social necesario para permitirle ser el protagonista activo de la intervención terapéutica. Muchas veces esta ausencia de poder es radical; por ejemplo, el paciente puede ser un adolescente; o un anciano algo demente, mantenido y tolerado por la familia; o bien puede ser un ex-crónico manicomial, de vida social y psicológica empobrecida, pasivizada y coartada. Y también, el paciente designado puede ser una persona víctima de un episodio psicótico tan grave que no valora el trastorno social—en ocasiones considerable—provocado por su comporta-miento, y considera que no necesita intervenciones terapéuticas de ningún tipo. En todos estos casos, el poder es asumido por los demás, y casi siempre es imposible evitar que sea así.

Se comprende por estos ejemplos que cuando mandante y paciente no son la misma persona, la exigencia dirigida a los operadores psiquiátricos puede prescindir totalmente del interés del paciente y encaminarse únicamente al interés del mandante. Contribuyen a ello, aparte la especial falta de contractualidad social del paciente psiquiátrico, el tipo de problemas puestos sobre el tapete (que son problemas referentes a la violación de las reglas sociales, comportamientos y actitudes interpersonales más que a los problemas de la enfermedad a tratar) y los impulsos punitivos que invariablemente se ocultan en las dinámicas psicológicas de las personas relacionadas con un «enfermo mental».

A los operadores psiquiátricos se les pide entonces que internen cuanto antes al paciente en el manicomio; o bien tratan con unos familiares que sostienen que el paciente «está peor» (y por consiguiente «debe ser tranquilizado») porque en lugar de estar mudo en un rincón actúa, habla y, llegado el caso, protesta; o bien «está mejor» (y, por consiguiente, se le pide al operador psiquiátrico que no vuelva más) porque está tranquilo, pasivo, mudo y obedece a todo el mundo. Podrían darse innumerables ejemplos de este tipo.

¿De qué modo, entonces, pueden los operadores-técnicos de la psiquiatría defender los intereses del paciente? En primer lugar, evidentemente, planteando unas condiciones para su intervención, es decir, negándose en ocasiones a lo que se les pide, proponiendo soluciones alternativas, discutiendo el significado de las exigencias y las perspectivas posibles. Por referirnos al ejemplo más simple, los operadores pueden decir: «creemos que es mejor no internar a esta persona en el manicomio, veamos si podemos asistirle en casa».

Pero a veces también es posible, dentro de ciertos límites, cambiar de mandante directo en el seno del grupo. Por ejemplo, el mandante inicial de la acción terapéutica respecto a un joven es muchas veces el cabeza de familia, pero con un poco de tacto y de habilidad resulta en ocasiones útil y posible elegir, designar e imponer como interlocutor privilegiado y como mandante real a otro miembro de la familia o al paciente mismo.

Por otra parte, las opciones posibles no siempre son muy claras. El paciente, por ejemplo, puede estar de acuerdo en discutir los tratamientos, y desea legítimamente ser el propio mandante y referente de la intervención psiquiátrica, pero esto no significa que esté capacitado para saber qué necesita. Muchas veces, incluso, el paciente puede tener sobre este punto

ideas bastante confusas y equivocadas; sus familiares, a su vez, no siempre son capaces de formarse rápidamente una idea precisa de la situación, y de entender qué se oculta tras las exigencias de unos y de otros. Puede que, al menos inicialmente, no esté claro para nadie cuál es el interés real del paciente; o también, los familiares o los vecinos tienen necesidades y exigencias reales y legítimas, pero que contrastan entre sí.

Es conveniente, en general, que, siempre que sea posible, se valoren las posibilidades de transformar al «paciente-objeto» en un «sujeto-interlocutor», o sea, en la práctica, en el mandante de la intervención: pero es obvio que no siempre puede ser así, y en ocasiones ni siquiera es oportuno.

Muchas veces es más útil afrontar directamente el problema de toda la familia. Ya hemos destacado que con mucha frecuencia ésta identifica en una sola persona (el paciente *designado*) algunas contradicciones que en realidad pertenecen bien a todo el grupo en su estructura global, bien a específicos personajes que *no* son el paciente presentado al psiquiatra. Pero incluso cuando la situación es otra (o sea, cuando existe realmente una distinción más clara entre los problemas psicológicos personales del paciente, y las exigencias planteadas por los demás miembros del grupo) puede ser oportuno considerar todo el *grupo como problema*, y tratar y discutir la exigencia colectiva que se plantea a la intervención psiquiátrica. Esto sirve también en el caso de que el grupo no esté representado por la familia, sino por los vecinos, los compañeros de trabajo, y así sucesivamente.

En todos los casos, no obstante, debería estar claro no sólo cuál es el referente, o sea, el interlocutor privilegiado, sino también quién es el mandante *directo*, o sea el dueño de la intervención psiquiátrica: y esto debería explicitarse tanto al paciente como a todos los demás. Mandante puede ser el propio paciente, y entonces, clara y explícitamente, los operadores psiquiátricos *están de su parte*, son sus abogados defensores, los que deben ayudarle a partir de sus exigencias (aunque estén expresadas de manera contradictoria), sus peticiones, sus necesidades. El mandato puede estar representado, por el contrario, por los padres de un joven, o los hijos de un anciano demente; o bien por la familia en su conjunto incluido el paciente (pero una situación parecida es muchas veces ambigua), o también por la familia *sin* el paciente.

Indudablemente, la situación más difícil es aquella en que el mandante directo no es el paciente, y el paciente no está de acuerdo en hacerse tratar. En este caso, se puede intentar establecer una relación directa con el paciente (relación, sin embargo, que a veces es rechazada) o bien se puede tratar únicamente con aquellos que se dirigen directamente a los operadores psiquiátricos, ayudándoles a resolver *sus* problemas con el paciente, y a cambiar de comportamiento respecto a él. Insistiremos sobre este punto a continuación.

En el caso de los adolescentes no siempre es preferible que los operadores psiquiátricos rechacen el mandato de los padres, para ponerse directamente a disposición del joven: en ocasiones, éste puede ser ayudado más eficazmente a conquistar su libertad, y a contraponerse a los padres, tratando directa y primordialmente con éstos, en lugar de con él.

La elección y la designación del mandante es uno de los momentos más importantes del comienzo de cualquier relación terapéutica. Si la situación interpersonal en que los operadores psiquiátricos deben intervenir es aguda y dramática, esta elección debe hacerse rápidamente: en caso contrario, puede haber un período más o menos largo (por ejemplo, algunos encuentros y conversaciones) en que se intenta cautamente entender la complejidad de la situación, para efectuar a continuación la elección del mandante, haciendo explícitas las razones de esta elección en una discusión. En ocasiones pueden darse errores en la elección del mandante directo, pero podemos afirmar que los daños que pueda ocasionar un error de este tipo son siempre menores a los que ocasiona una falta de claridad en la elección. Pocas cosas más perjudiciales para una relación terapéutica que una situación que contenga una ambigüedad de fondo en este punto: por ejemplo, cuando el paciente cree ser el interlocutor privilegiado y el mandante de la acción del terapeuta, mientras éste, a escondidas del paciente, discute con sus parientes, llegando incluso a hablar de él no como de un individuo dotado de dignidad y autonomía, sino como de un problema que *administrar*. Situaciones parecidas no tardan en salir a la luz, y agravan las condiciones psicológicas del paciente, sobre todo cuando sus problemas son de tipo psicótico.

Aspectos políticos del mandato

La situación de los trabajadores psiquiátricos nunca es fácil. Sólo gozan de la investidura de un poder claro e indiscutido si aceptan ser hasta el fondo los servidores de la represión y de la integración social: en tal caso, disponen de un poder real, que procede de la institución o de la organización psiquiátrica de la que dependen: procede del Estado; y en cada caso concreto de aquellos mandantes que poseen mayor poder social en la familia y en el ambiente del paciente designado. (El rol de mandante y el rol de paciente pueden coincidir *espontáneamente*, identificándose en un solo individuo, en el caso de que éste posea una real, válida y personal contractualidad social: es decir, en la práctica, si es adulto pero no viejo, si tiene dinero –más del necesario para pagar el tratamiento– y si no está gravemente trastornado.)

Pero si el mandato no pertenece al paciente (cosa que sucede invariablemente si es demasiado joven o demasiado viejo, si no dispone de dinero *propio*, si no trabaja, si tiene escaso poder social y si está seriamente trastornado) y si, por otra parte, los operadores no quieren asumir un rol instrumental y opresivo, las cosas se complican. Es decir, si los operadores psiquiátricos se lanzan a la búsqueda de un posible mandato alternativo, se encuentran inmediatamente débiles y al descubierto: ¿cuál es, entonces, su poder?

Su destino más frecuente pues, es, el de verse obligados a aceptar, al menos parcialmente, un mandato terapéutico no deseado. En la práctica, este mandato es doble pero, en último término, unitario: procede, por una parte, de la institución que permite vivir y trabajar a los operadores (y puede ser el manicomio, el centro de salud mental de barrio, la institución benéfica) y, por otra, de la persona (o personas) que tiene el poder de indicar un individuo concreto en dificultades, y de designarlo como paciente, pretendiendo que sea remodelado a unos comportamientos que satisfagan *sus* deseos.

En definitiva, si los operadores quieren rechazar el mandato del poder, sin dejar de ayudar al paciente designado, o si, eventualmente, quieren poner al descubierto las contradicciones de una familia (o de un determinado grupo de personas, o incluso de una estructura social más amplia), en lugar de *encubrirlas*, deben en cierto modo *hacer trampas*. Esto significa traicionar un mandato (pero no traicionarlo *demasiado*, para no encontrarse sin mandato, y por tanto sin posibilidad de actuar): o sea, traicionar en parte el mandato, y esperar que de esta situación nazcan los frutos que justifiquen, y en último término disculpen, la ambigüedad de este modo de actuar.

En este momento, ya podemos plantearnos dos preguntas: *a)* ¿los operadores psiquiátricos no disponen acaso de un poder *autónomo*, puesto que son propietarios de conocimientos técnicos, y de la «capacidad de curar»? *b)*: ¿No es posible un mandato político alternativo, que no se identifique con el del poder constituido: no es posible, por ejemplo, hacer surgir directamente el mandato del apoyo y de la solidaridad popular, de organismos de gestión de la asistencia psiquiátrica a nivel colectivo de base, o de organizaciones políticas o sindicales de oposición?

Acerca de la autonomía de los técnicos de la psicología y de la psiquiatría suelen forjarse en general, muchas ilusiones, e incluso frecuentes resbalones corporativos. Estos técnicos disponen de un cierto poder contractual respecto a quien les paga, en la medida en que producen servicios: pero si no produjesen los servicios por los que son pagados su poder tendería a descender a cero. (También cabe decir que si su poder no baja a cero, se debe probablemente a que siguen produciendo servicios útiles a la sociedad capitalista.) Podrían recibir cada mañana dinero de un patrono (o de clientes privados) para ser más libres por la tarde en otro lugar, para tratar gratuitamente, por ejemplo, pacientes proletarios: pero en tal caso su intervención «alternativa» corre el riesgo de ser marginal, y, de manera inevitable, permanece el condicionamiento.

Pero, sobre todo, el saber técnico y la capacidad de curar no tienen en sí ningún poder autónomo, porque no son neutrales. El significado no neutral de estas técnicas depende, además del uso para el que son creadas, del contexto social concreto en que son utilizadas. Este «saber» y esta capacidad técnica son fundamentalmente un poder delegado, o sea, poder político vestido y disfrazado con las ropas y los colores de la ciencia, y circundado de una aureola de magia. El conocimiento y la posesión de técnicas de manipulación psicológica definen un cierto tipo de poder: estas técnicas, útiles marginalmente para curar, están hechas especialmente para reprimir, integrar, controlar los comportamientos. Sería ilusorio sostener que de estas técnicas y de esta situación del operador, pueda proceder su real autonomía.

Pero ¿es justo buscar una autonomía del operador, una autonomía de la intervención terapéutica, la libertad de «tratar» respecto a los más diversos condicionamientos? Es evidente que no. El hecho de oponerse al poder constituido no debe significar el espejismo de una nueva neutralidad. El técnico—tal como se dice justamente por parte de quien milita «a izquierda»—no debe aspirar a ser neutral, porque debe tomar posición, alinearse, ponerse

al servicio de las masas. La realidad es que esto es correcto en teoría, pero nada fácil en la práctica. ¿Qué piden hoy las masas al psiquiatra? La represión de los comportamientos desviados no es algo que le pidan únicamente las clases en el poder: forma parte de la estructura de la vida «normal» a cualquier nivel social. Así pues, existe una punitividad respecto a la desviación psiquiátrica que también se expresa de manera muy clara a nivel de las masas trabajadoras, y esta punitividad es confirmada y agravada por la colonización de la vida cotidiana del proletariado por parte de los valores burgueses, así como por la penetración de la ideología médica a nivel de las clases subalternas. Y, por otra parte, las organizaciones sanitarias, asistenciales, psiquiátricas de base tampoco consiguen (salvo, acaso, en rarísimas excepciones) ser estructuras populares autónomas de contrapoder. Ni siquiera las organizaciones parlamentarias y extraparlamentarias de izquierda han constituido hasta el momento otra cosa que zonas de contrapoder aptas para apoyar una acción psiquiátrica «alternativa»: las primeras, en efecto, utilizan su poder en apoyo del sistema burgués, las otras no lo tienen o se ocupan de otras cosas.

En definitiva, el problema del mandato político es insoluble. O, mejor dicho, es insoluble en esta sociedad, en la que el operador-técnico de la psiquiatría sigue siendo *sustancialmente* un siervo del poder incluso en el momento más «noble» y «humanitario» de su práctica: cuando se esfuerza en aliviar sufrimientos, cuando hace terapia. El problema sólo puede resolverse en una sociedad diferente: en nuestra sociedad, tenemos que limitarnos a comprobar colectivamente sus límites, y a hacer estallar las contradicciones que remiten a la exigencia de un cambio revolucionario. En nuestra sociedad, una utilización alternativa de la psiquiatría sólo puede ser *parcial*, y subordinada a una situación general en la que la intervención terapéutica permanece en manos de un mandato opresivo, y a técnicas y formas de intervención que son cualquier cosa menos «neutrales». Este es el motivo principal que justifica el caústico juicio de alguien sobre la psiquiatría de izquierda y (autollamada) «contra el sistema»: «diagnóstico marxista, terapia burguesa».

Terapia y toma de consciencia

Muchos aspectos de lo que se define como trastorno mental pueden resumirse en una particular situación de falsa consciencia. En amplia medida, trastorno psíquico significa falta de consciencia de uno mismo, de los propios problemas, de la propia imagen, de las propias capacidades y de los propios límites; además, falta de consciencia (o consciencia oscura y confusa) de la naturaleza de las relaciones con los demás, así como de la naturaleza de las relaciones sociales en torno de uno mismo. Es difícil imaginar, por consiguiente, un proceso de curación, y una ayuda terapéutica, que no tiendan a una toma de consciencia de estas cosas.

Digamos inmediatamente que es muy posible curar, estar bien, ser feliz, sin poseer una aguda consciencia de uno mismo y de la propia colocación en el mundo, ni una especial lucidez acerca de los grandes problemas sociales: por lo que no es en absoluto evidente que la terapia deba pasar necesariamente a través de estas cosas. Hay más: muchas personas no tienen ninguna posibilidad de tomar consciencia de las contradicciones sociales, porque están irremediabilmente encerradas en una vida, en una serie de intereses personales y en un ambiente que se lo impiden. Sería absurdo pretender (apoyándose, además, en la psiquiatría) que *todos* adquieran una consciencia social y política, que muchas veces es contraria a sus reales intereses individuales.

Por otra parte, existen muchísimos casos en los que curación y toma de consciencia político-social no contrastan entre sí, sino que tienden a coincidir, sobre todo si la terapia está llevada de manera eficaz y correcta. No siempre el trastorno mental está en relación *evidente* con las contradicciones sociales, o con la opresión y la exclusión a que está sometida una persona, pero con mucha frecuencia basta el más somero examen para que esta relación se transparente. No siempre, pues, la toma de consciencia de las propias contradicciones remite fácilmente a las contradicciones sociales que las han ocasionado; a veces, sin embargo, ocurre así: muchas veces, incluso, resulta inevitable que una claridad sobre la propia condición de vida supone la consciencia de la más amplia estructura social de que forma parte. Más aún: la adquisición de nuevos instrumentos operativos psicológicos por parte del paciente, capaces de permitirle dirigir sin nuevas ayudas psiquiátricas su batalla por la vida, suele coincidir con la adquisición de instrumentos estrictamente políticos.

(En todos estos casos –conviene decirlo una vez más– la toma de consciencia tiene, obviamente, escasísimo significado y valor si sólo es racional, es decir, si es vivida de manera puramente intelectual, y no en la práctica de vida cotidiana, en las propias y profundas convicciones, en la manera de referirse a la realidad social.)

Veamos un ejemplo típico y bastante corriente.

Una mujer de treinta años, antigua obrera, madre de un niño de ocho años, vive con el marido, obrero especializado, miembro del partido comunista, y con los suegros que administran el poder en la familia. El marido no desea que la mujer vuelva a la fábrica; prefiere que trabaje en casa. La relación entre los diferentes miembros de la familia es aparentemente buena. La mujer no siente nostalgia de la fábrica, pero, más o menos desde que se casó, no está bien; sufre «agotamientos nerviosos»; es aprensiva, insegura, tiene crisis de lágrimas; está convencida de que padece alguna enfermedad grave y se siente mal en cuanto sale de casa. En los dos últimos años, la situación se ha agravado: la mujer está realmente deprimida; después de un internamiento «voluntario» de veinte días se adivina el serio peligro de un posible suicidio. La investigación revela el profundo malestar de una persona que ha debido aceptar un rol familiar frustrante: en realidad, carece de libertad y de poder respecto al marido y –sobre todo– respecto a los suegros, vive una existencia gris y –ahora que el hijo es mayor– carente de utilidad y de significado para ella y para los demás. Y lo que es más grave, considera que éste es su destino: si bien por una parte este destino no le gusta (a diferencia de lo que le ocurría a su madre o a su abuela, ella no lo siente *naturalmente suyo*), por otra considera inconcebible e inmoral rebelarse.

A través de la psicoterapia, la mujer expresa su insatisfacción: por vez primera, poco a poco, comienza a considerar legítima la duda acerca de la distribución del presupuesto doméstico (siempre es la suegra quien le da el dinero necesario para ir al mercado y para vestir al niño); es ayudada a discutir con las demás mujeres sobre la condición del ama de casa en relación con temas políticos; aprende a valorar la situación en que vive de una manera que no es limitada, miope, individualista, sino que se abre a una visión más amplia de sus contradicciones de mujer y de las contradicciones sociales. El proceso de curación coincide con una toma de consciencia que se expresa, cada vez con más claridad, en un lenguaje político, y con una modificación de su función entre sus familiares. El marido y el suegro participan con discreta buena voluntad en este cambio de los roles familiares, mientras que la suegra se niega a entrar en la discusión y desarrolla defensas elaborando síntomas

de tipo neurótico. La mujer vuelve a trabajar, reanuda su contacto con las personas con que se había ocupado, en un tiempo, de las cuestiones sindicales; no desea, sin embargo, llevar su toma de consciencia hasta el punto de cuestionar su relación con el marido, y vacila incluso en pedirle que se separe de sus padres. Tiene, sin embargo, una visión más clara de la situación; las manifestaciones de ansiedad casi han desaparecido. Persiste un humor ligeramente deprimido, pero su depresión ya no va ligada a la autocondena moral de quien considera que no puede permitirse la rebelión: es consciente de que existen unos duros límites, unas resistencias que derribar, una opresión que sigue estando presente, pero que acaso pueda ser derrotada. Su vida ha vuelto a ponerse en marcha: ha recuperado una contractualidad personal y social, y sobre todo se construye los instrumentos para seguir haciendo opciones, para decidir en el futuro su vida dentro y fuera de la familia.

En muchos otros casos, la toma de consciencia política aparece en una antítesis más clara con la interpretación médica del trastorno. Un perito industrial de 27 años, huérfano de padre desde la infancia, de carácter cerrado, tímido e introvertido. Psicológicamente aplastado por un hermano un poco mayor que es brillante y emprendedor, siempre ha afrontado la vida con dificultades pese a una inteligencia superior a la media. A la edad de nueve años, por consejo de su maestra, es examinado por un psicólogo, que habla en su presencia de «debilidad mental». Durante años arrastra este dictamen como una vergüenza; no se atreve a hablarlo con nadie. A los 17 años, después de una desafortunada experiencia sentimental, se convence de que es impotente. El servicio militar es una experiencia desastrosa; poco tiempo después del regreso a casa es internado en un manicomio con un diagnóstico de «esquizofrenia de débil mental». También la experiencia manicomial tiene consecuencias muy graves en su confianza en sí mismo. A continuación se recupera un poco. (Visto a cuatro años de distancia, no sólo resulta difícil pensar que sea un débil mental sino incluso que haya tenido alguna vez trastornos de tipo esquizofrénico.) Se siente extremadamente inseguro y deprimido. Trabaja con extrema dificultad (es muy apreciado por su capacidad y diligencia) pero no tiene amigos, no lee periódicos, no tiene intereses, nunca ha estado con una mujer, casi nunca sale de casa. Vive con los padres y una hermana menor. Está profundamente convencido de que es un subnormal, un anormal, un individuo psíquicamente enfermo, e incluso incurable. Y, sobre todo, muy desgraciado. Lleva años tomando muchos psicofármacos.

El tratamiento es largo; el problema principal está en el significado de los diagnósticos médicos (que –según afirma– no pueden ser discutidos por personas incompetentes, porque proceden de la ciencia), de las medicinas, del significado de los tratamientos en general.

En Reggio Emilia se montan ambulatorios de grupo: al comprobar que los pacientes que esperan la visita con el médico tienden a conversar en la antesala, se descubre la utilidad de insertar en el grupo un asistente social, un enfermero o un médico para discutir los problemas comunes referentes al significado de los tratamientos, los internamientos, las conversaciones, las visitas, y así sucesivamente. Esta actividad (que ahora lleva varios años en funcionamiento) es para algunos pacientes la más útil de las terapias: el joven perito al principio es suspicaz, después participa en las discusiones. Poco a poco, se va haciendo evidente que el único modo de ayudarlo, y liberarlo de sus convicciones y sus sentimientos de inferioridad, es unir a la discusión de sus problemas personales un discurso más amplio sobre la medicina, sobre la psiquiatría y sobre su significado en la sociedad. El paciente mejora, y poco a poco consigue apropiarse de algunos instrumentos críticos: sigue manifestando una marcada tendencia a considerar sus problemas como un mundo cerrado y privado, pero le favorece descubrir que otros ex internados tienen problemas parecidos. Se abre después a una actitud más precavida respecto a la «ciencia médica», expresa dudas acerca de la supuesta infalibilidad de los diagnósticos psiquiátricos y se interesa por los problemas sanitarios en términos sociales y políticos, y ya no únicamente clínicos, para volver a valorar de manera más correcta su historia personal.

Podríamos ofrecer numerosos ejemplos. En las psicoterapias individuales de duración prolongada y media, el aspecto principal de la toma de consciencia consiste muchas veces –no siempre– en la experiencia que produce al paciente el análisis de su relación con el terapeuta. *Comprender* (y por consiguiente también tomar consciencia) y *aprender* son en este caso el doble aspecto de la posibilidad que se le ofrece al paciente de madurar, y por tanto, en último término, de liquidar, su relación con el terapeuta. El final del tratamiento psicoterapéutico consiste en liquidar de manera consciente y madura una relación precisa de dependencia psicológica, pero también en tomar consciencia de lo que son, en la vida, las relaciones de dependencia de la autoridad.

Muchas veces (y así debería ser siempre) la toma de consciencia es un proceso colectivo y no individual. Cuando los obreros de una sección en la que muchos sufren trastornos neuróticos y psicosomáticos se reúnen y discuten acerca de sus trastornos, de sus posibles causas, de las iniciativas a tomar y del comportamiento del médico de la fábrica, efectúan un trabajo típicamente terapéutico, y al mismo tiempo adquieren consciencia de una serie de problemas.

En un caso semejante, la alternativa es clara: distribuir sedantes, tratar a los obreros enfermos uno a uno separándole de los demás, significa encubrir las contradicciones e impedir una toma de consciencia; por el contrario, trasladar colectivamente el malestar a una condición colectiva de vida (o sea, a sus causas político-sociales) y actuar para cambiar las cosas, significa tratar y hacer tomar consciencia.

Lo mismo puede suceder en un grupo de jóvenes con «problemas de droga», en una escuela, en la reunión de sección de un hospital psiquiátrico llevado como comunidad terapéutica, etcétera.

Muchas veces también ocurre algo parecido en la reunión de familiares, de vecinos o de compañeros de trabajo de una persona que corre peligro de ser internada en el manicomio, y en reuniones públicas más amplias.

Tomar consciencia no significa conformar la propia imagen de sí mismo y la visión personal del mundo a un esquema preconcebido; en especial, no significa adherirse a la ideología propuesta por el terapeuta. Por el contrario, el terapeuta debe ayudar al paciente a elaborar su propia clarividencia, que corresponda a *su* exigencia de maduración, y que es coherente con las potencialidades latentes en él.

Por otra parte, la «neutralidad» del terapeuta es una ilusión: en cualquier forma de terapia las ideologías y la visión del mundo de quien tiene la responsabilidad del tratamiento influyen considerablemente —quíerese o no, e incluso cuando se intenta ocultarlo— en los *modos* de la toma de consciencia del paciente. Esta es una de las razones por las que el terapeuta no puede tener unas ideologías y una visión del mundo decididamente diferentes de las que el paciente es capaz de conquistar. Una discrepancia semejante entre terapeuta y paciente le impide a éste curar a partir de sus propias posibilidades y le fuerza a adherirse a algo que le es ajeno. Las dificultades procedentes de esta situación son tanto más graves en la medida en que el terapeuta niega su *parcialidad*, oculta sus posiciones al paciente, y pretende ser *neutral*.

No se debe concluir, sin embargo, que *cualquier* ideología o visión del mundo del terapeuta es igualmente útil, con tal de que resulte suficientemente afín a la que el paciente es propenso a elaborar a partir de su propia personalidad y del ambiente cultural en que ha vivido. Por el contrario, el modo del terapeuta de enfrentarse a los problemas humanos, sociales y políticos típicos del ambiente del paciente, resulta tanto más útil a este último en cuanto el terapeuta posee una concepción políticamente correcta de las relaciones sociales.

Necesidad básica de la mayoría de los procesos terapéuticos es que el paciente *comprenda*, al menos dentro de ciertos límites, qué le ocurre, y cómo funcionan en realidad sus relaciones con los demás. Por dicho motivo, es importante que el terapeuta sea el primero en tener una visión bastante clara no sólo de las específicas relaciones humanas del paciente sino también de las de la sociedad en general.

No siempre es necesario que el paciente tome conciencia de los grandes problemas políticos de la sociedad en que vive para poder sanar: es suficiente, con gran frecuencia, que *ordene* su visión de la sociedad de una manera que resulte suficientemente clara a sus fines. El paciente, justamente, quiere estar bien, y quiere realizar sus potencialidades de manera compatible con los límites establecidos por su situación concreta de vida, que no siempre puede ser modificada. Para obtener esto no es necesario en absoluto que adquiera una toma de conciencia política (sobre todo si originariamente está muy distante de preocupaciones de este tipo): le bastan una visión del mundo, una manera de vivir, y un modo de interpretar la realidad propios y suficientes para permitirle una existencia serena y activa.

Es importante, sin embargo, que también en este caso el terapeuta sepa valorar hasta qué punto la toma de conciencia del paciente sigue siendo parcial, y hasta qué punto su «programa de curación» apunta hacia un equilibrio que *no* coincide con una comprensión global y madura de la estructura y el funcionamiento de la sociedad en general.

Cabe verificar aquí, de manera especialmente clara, la general afinidad entre terapia psiquiátrica y proceso educativo. También en el campo de la educación se puede ser opresivo, o paternalista o mistificador, se puede favorecer una «educación activa», etc. La psiquiatría tampoco escapa a los peligros y a los aspectos desagradables de una relación interpersonal compuesta de una mezcla de autoridad y de benevolencia. La responsabilidad

pedagógica consiste en ayudar al joven a conocer la realidad, a administrar los propios impulsos, a crearse los instrumentos para vivir en esta sociedad: la educación no se resume en el adoctrinamiento, así como nadie pretende que todos los alumnos de una escuela determinada se conviertan en militantes revolucionarios. La educación consiste en ayudar –de manera inevitablemente tendenciosa– a que cada cual encuentre su camino: tanto mejor si –con la ayuda de las circunstancias– algunos llegan a recorrer todo el camino hasta adquirir una actitud consciente, políticamente madura, eficazmente activa respecto a los grandes problemas que preocupan a la humanidad.

La psiquiatría no es pedagogía: pero si en algo se parece a la educación es en que, al igual que ésta, se limita a ofrecer los instrumentos a través de los cuales cada paciente estructura los *límites* y los *modos* de una toma de consciencia funcional a la obtención de un equilibrio. En la educación, los límites a la maduración, al conocimiento, a la toma de consciencia, van ligados preponderantemente a la violencia, a la ideología y a los defectos de las estructuras educativas. En el trabajo psiquiátrico, hay que tener en cuenta unos equilibrios mucho más delicados, y hay límites y posibilidades todavía más restringidos. Quien sufre de trastornos psíquicos, y lucha por salir de ellos, se enfrenta a un fin primario, que debe seguir siéndolo: hallar un equilibrio que permita que la mente funcione bien, que el cuerpo viva, que la propia personalidad se explique en proyectos. En muchos casos, esto sólo es posible a cambio de una adaptación a una situación vital que –al menos de momento– no puede cambiarse: es decir, *aceptando* la realidad.

Esto sirve en especial para todas aquellas personas que viven una situación existencial difícil o imposible de alterar: es decir, muchas personas ancianas o de mediana edad, cuya vida personal y familiar ya está irremediabilmente determinada por el ambiente o por las opciones tomadas anteriormente; para todos aquellos que se adhieren sin titubeos a un ambiente cultural rígidamente conservador, carente de aperturas ideológicas e impermeable a una crítica política; y también, finalmente, para quien tiene una estructura tan frágil de la personalidad que no permite más equilibrios que los sugeridos por la prudencia.

No querría inducir a un equívoco: el fin de la terapia *no* es la adaptación. Simplemente, en muchos casos la adaptación es la salida natural e inevitable de la terapia. Es evidente que en todo esto existe un peligro y una ambigüedad. El peligro consiste en la eventualidad de que los pacientes *compre*n la serenidad y el equilibrio al menor precio posible (el de adaptarse a

la realidad) cuando tendrían manera de recorrer un camino mucho más largo –aunque también más incómodo– hasta llegar a una toma de consciencia más madura, más rica, más cargada de significado político. La ambigüedad está en la raíz de la terapia psiquiátrica en general y plantea preguntas sin respuestas: ¿hasta qué punto la persona «desviada» con trastornos psíquicos debe ser *en primer lugar* –a cualquier precio– devuelta a la pertenencia a un ambiente social «normal» y a las formas de la normalidad psicológica dominante, para ser *después* eventualmente habilitada para una crítica activa contra aquel mismo ambiente y aquella misma normalidad de las que había sido excluida? O también, más radicalmente: ¿hasta qué punto el sufrimiento psicológico individual, reflejo y señal de las contradicciones sociales, extingue en el paciente –y en su entorno– a partir de que es curado, la consciencia del malestar? No hay duda de que tratar es rehabilitar para la vida, pero ¿no es también la técnica para vivir «bien» en una sociedad que no es vivible? Más aún: ¿la terapia psiquiátrica no es acaso el intento de ocultar la ruptura, de reconciliar la contradicción (que, sin embargo, no puede ser resuelta en nuestra sociedad) entre «público» y «privado», entre vida personal y exigencias sociales?

Terapia y visión del mundo

Las técnicas psicoterapéuticas de que dispone la psiquiatría contemporánea no sólo van ligadas a la ideología de los psiquiatras, sino también a las de los clientes que han sido los primeros en reconocerlas como útiles: y estos clientes casi siempre han sido burgueses, dotados de cierta mentalidad, pertenecientes a determinada cultura, habitantes de un universo de problemas culturales homogéneos a los del psicoterapeuta y a la misma psicoterapia. Pretender que un adolescente, un campesino, un subproletario, un obrero, se adhieran con facilidad a una psicoterapia que forma parte de un universo cultural extraño a ellos, significa no utilizar los instrumentos de interpretación de la realidad y de curación de los que concretamente disponen, y llevar la terapia a un callejón sin salida.

Un adolescente, por ejemplo, que siempre tiene problemas de identidad, adquiere en general la identidad definida y estable de una persona autónoma sólo a través del paso por una «cultura juvenil», hecha de un cierto tipo de costumbres, de lugares de encuentro, de música, de un determinado modo de vestir, de una cierta ideología. Esta cultura juvenil le permite rechazar una identidad de tipo infantil, definida por los padres, y crearse una identidad de

transición, premisa indispensable de la identidad autónoma del adulto. La cultura juvenil le autoriza a dar una nueva definición de sí mismo a través de la aceptación de la imagen que se refleja en sus coetáneos. Si el terapeuta es un adulto que no conoce y no valora el significado de la cultura juvenil, y no ayuda, por tanto, al adolescente a utilizar plenamente esta cultura, todo el proceso psicoterapéutico acaba por ser artificioso, difícil y retorcido.

Un campesino, en especial si no es joven, tiene un universo de valores y de preocupaciones que se basan en una imagen tradicional de los *bienes* (la tierra, la casa, el dinero) y de la *familia* (muchas veces todavía de tipo patriarcal, no nuclear) sobre la que se estructuran su psicología y sus problemas. Desde este punto de vista, la realidad social y la realidad psicológica del campesino son totalmente diferentes de las del terapeuta: y lo grave es que este último puede ignorar totalmente esta situación. En el mundo campesino persisten mecanismos de equilibrio y de recuperación ligados a tradiciones mágicas, que tienen poco que ver con el tipo de racionalidad ofrecida por la psiquiatría contemporánea.

Cabe observar a este respecto que es difícil valorar hasta qué punto el mundo campesino, en su actual descomposición, deja desaparecer rituales formas tradicionales de recuperación de las crisis psicológicas del individuo. Estos mecanismos de recuperación eran muy frecuentemente –por ejemplo, en la Italia meridional– de carácter colectivo; ahora se produce una situación en la que los ritos tradicionales se han perdido o se degradan en magias de mercachifle y en estériles peregrinaciones; y los ofrecidos por la psiquiatría moderna siguen siendo extraños a un mundo campesino ampliamente preindustrial. Pero algo de los antiguos ritos sigue en vigor.

Y, si no, véase este relato, hecho por un ex campesino de Reggio Emilia donde, desde hace muchos años, es muy importante la cría y la elaboración del ganado porcino.

«Al acabar la guerra volví del cautiverio en Alemania con un grave agotamiento nervioso. No conseguía trabajar, ya no era yo. Lloraba, tenía miedo de salir de casa, no dormía, todo me molestaba. El cautiverio me había hundido; estaba delgadísimo, y sin embargo no conseguía comer. Recuerdo que fui a muchos médicos, hice muchos tratamientos: pero no me sirvieron de nada. Mi mujer y yo teníamos un cerdo, era lo único que teníamos; en aquella época éramos pobres. Entonces pensé: el cerdo no puede hacerme daño. Estábamos en

otoño, y lo maté. Luego me encerré en casa, preparé la carne, y poco a poco me comí todo el cerdo. Me lo comí todo. Me comí incluso la piel en sopas. Así pasé todo el invierno y la primavera: sólo comía cerdo. Cuando llegó el verano el cerdo se había acabado y descubrí que poco a poco me había curado. Salí de casa, estaba bien. A partir de entonces siempre he estado sano.»

El ofrecimiento de la asistencia psiquiátrica puede asumir significados muy diferentes de los que imaginan los psiquiatras, cuando se trata con otros estratos sociales. Consideremos otro caso.

Un antiguo peón de albañil de cuarenta años, prácticamente analfabeto, es internado en la sección neurológica de un hospital romano. El paciente se queja de dolores de cabeza, vértigos, temblores en las piernas: atribuye los síntomas a un accidente de tráfico sufrido ocho años antes, que le derribó sin llegar a perder el sentido y sin ninguna consecuencia inmediata. Está en marcha un prolongado proceso basado en la pretensión del paciente de obtener una pensión del Estado, dado que el coche que le atropello pertenecía a un ministerio. El paciente es un subproletario casi totalmente desprovisto de recursos y que lleva años sin trabajar; este internamiento forma parte de una larga serie: también ha estado en un hospital psiquiátrico. Después de varios exámenes y conversaciones, el médico no puede hacer más que confirmar el diagnóstico hecho al ingresar en el hospital. En la ficha médica escribe escrupulosamente: «Síndrome neurasteniforme psicógeno inveterado aparecido después trauma craneano no conmocionante presunto resarcible.» En otras palabras, el paciente tiene una neurosis de indemnización: no tiene seguramente ninguna lesión neurológica, sino un trastorno psíquico unido al deseo cada vez más obstinado de vencer su batalla por mantener una indemnización económica. Después de años de miseria, y con la oscura consciencia de haber sido siempre explotado en el trabajo, ha encontrado la esperanza de una solución a su vida: esta esperanza es coherente con su personal visión del mundo, y con una concepción parasitaria de la supervivencia social existente y típica en muchos ambientes (no sólo subprivilegiados) de la capital.

Después de darle de baja, el intento de establecer con él una relación psicoterapéutica a través del ambulatorio se enfrenta con una primera dificultad precisa: no siente ningún deseo de estar mejor, está convencido incluso de que sólo estando peor podrá obtener la seguridad económica para el resto de la vida. Pero muy pronto descubre que el problema es todavía más

complejo. No consigue dar fin al proceso, que a partir de ahora se arrastrará por tiempo indefinido: y cualquier forma de ayuda psiquiátrica es recibida pasivamente, como un símbolo y parcial *anticipo* de todo lo que el poder constituido, el Estado, las autoridades, tendrán que pagar, en atenciones, preocupaciones, tratamientos y dinero. Lo que ocurre en este caso es, en realidad, un hecho muy corriente: el médico es considerado muchas veces por el paciente proletario y subproletario como el representante potencialmente hostil, pero también potencialmente benéfico, de un mundo distante e incomprensible: todo lo que el médico ofrece al paciente es recibido irracionalmente como expresión de la extraña y omnipotente magia de la ciencia. El médico, el asistente social, el ambulatorio, las visitas, las medicinas forman parte de *otro mundo* que no es el mundo en el que el paciente vive su jornada: es el mundo del poder, del dinero, de la gente que lo puede todo y con la que no es posible ningún *encuentro* real, ninguna dialéctica, sino únicamente una relación prudente y astuta, instrumental, impregnada de desconfianza y muchas veces de mala fe.

En una situación de ese tipo existe una verdad que no puede ser ignorada: aparece ahí, exacerbada, la percepción –al fin y al cabo correcta– de que el operador psiquiátrico trabaja en un universo social y cultural que no es ni será –en la sociedad actual– el del paciente proletario y subproletario. También aparece claro que las finalidades de la psiquiatría *no son*, en el fondo, el interés y el bienestar de quien está solo, carente de poder, presa de un universo práctico y psicológico no construido a la medida de sus necesidades.

Serían posibles otros muchos ejemplos de graves discrepancias entre los valores y la visión del mundo del terapeuta, y los del paciente. Las incompatibilidades más comunes son las que se refieren a las grandes opciones políticas (¡es muy difícil que un terapeuta liberal puede tratar a un marxista-leninista!), y las relativas al rol de la mujer: la tendencia de los terapeutas varones a querer encerrar a sus pacientes en roles tradicionales es muy frecuente, y ha sido denunciada varias veces.

La discrepancia entre la ideología de la terapia y las exigencias y la visión del mundo del paciente estalla como contradicción frecuentemente irresoluble en las psicoterapias individuales de duración media y prolongada, y especialmente en el psicoanálisis. Cuanto más rígidas son la doctrina y las modalidades de aplicación de un método psicoterapéutico, más consecuencias graves implica esta contradicción en el plano de las posibilidades de tratamiento, siempre que el paciente no pertenezca al mismo ambiente

social, a la misma tradición cultural, y al mismo ámbito ideológico-político del terapeuta y del método que aplica. Hay que tener presente que es muy raro que las consecuencias de esta discrepancia cultural sean evidentes, es decir, claramente observables. En especial, la enorme dificultad que un psiquiatra burgués puede encontrar en utilizar algunos de los instrumentos más modernos de la psiquiatría con pacientes de ambiente cultural diferente y de condición social decididamente desventajada casi nunca se transparenta, gracias a que el psiquiatra se desentiende de determinados pacientes a los que se limita a recetar sedantes, reservando la psicoterapia y las demás atenciones para los enfermos ricos.

Se pueden eliminar muchos inconvenientes preparando y utilizando terapeutas que pertenezcan al mismo ambiente social y a la misma tradición cultural que los pacientes. De manera análoga, puede ser importante utilizar métodos de tratamiento que no estén «centrados en el terapeuta», sino que, por el contrario, sean capaces de recoger y utilizar las dinámicas propias del ambiente social del paciente. Por ejemplo, los métodos de psicoterapia de la familia actualmente más difundidos ofrecen a este respecto algunos instrumentos útiles para «descentralizar» la figura del terapeuta. Estos métodos permiten analizar y modificar las relaciones interpersonales en el interior del grupo de convivientes de manera que estimula la aparición de nuevas formas de comunicación y nuevas interacciones, homogéneas a la cultura específica del grupo, pero más ventajosas para el paciente designado. Se trata de orientaciones que no prescinden de una ideología bien precisa, y que por otra parte tienen una función no menos integradora y conservadora que otras formas de tratamiento psiquiátrico, pero que, en determinados casos, pueden presentar ventajas, respecto al psicoanálisis y a las psicoterapias de orientación psicoanalítica y psicodinámica, en lo que se refiere al tratamiento de algunos problemas psicológicos en pacientes –sobre todo si son niños y adolescentes– de condición no privilegiada.

Existen también otras orientaciones y métodos que, según los casos, pueden resultar menos ajenos al mundo cultural del paciente, más idóneos para recoger y utilizar las propuestas, posibilidades y contradicciones planteadas por su ambiente social. Pero lo más importante es el modo general de afrontar los problemas sociales y humanos de los asistidos.

El examen realizado con el paciente y con su familia de las relaciones entre sus condiciones concretas de vida y sus malestares subjetivos; la discusión de temas comunes entre pacientes con análogos problemas psicológicos o

sociales; la terapia de la familia en su domicilio, en el ambiente donde se vive; la implicación activa de otras personas, incluso ajenas a la familia; las discusiones en el ambiente de trabajo; la participación en la vida cotidiana, en las comidas, en los actos de la vida común de la familia, en los problemas concretos del paciente: todo esto ofrece nuevas perspectivas y ventajas reales.

Este es el significado más auténtico de la «psiquiatría en el territorio»: una psiquiatría que no se recluye en un espacio técnico abstracto y autoritario, sino que es capaz de medirse *in loco*, de manera paciente y modesta, con los problemas reales de las personas, es decir, con las contradicciones sociales y psicológicas allí donde nacen.

Estos son, pues, los modos más reales para no introducir desde arriba métodos terapéuticos extraños y opresivos, y para buscar, examinar y comprender las relaciones concretas entre contradicciones sociales y dolencias individuales: relaciones que no pocas veces resultan tan ignoradas por la psiquiatría tradicional como por la «moderna», incapaz en muchas ocasiones de enfrentarse con la realidad social, y anclada exclusivamente, desde siempre, al mundo de los hospitales psiquiátricos, de las consultas privadas y de las clínicas universitarias.

Los daños que produce la indiferencia ideológica entre el psiquiatra burgués y el paciente de otro ambiente social se deben muchas veces al hecho de pretender ignorarla. En la práctica, esta ignorancia asume muy frecuentemente un aspecto simple y concreto: el paciente no sabe, o no ha entendido, en qué consiste la terapia. A veces se crea en este punto una situación totalmente absurda; pero el terapeuta ni se entera. Existen pacientes, por ejemplo, que después de muchas sesiones de psicoterapia creen que se trata de discursos «preliminares», y se preguntan «cuándo empezará el tratamiento»; en muchos casos, sólo se confía en las medicinas, y todo el resto es considerado irrelevante; otras veces los pacientes creen que en un determinado momento se producirá un acontecimiento casi mágico, por el que se curarán de golpe; es muy frecuente que a lo largo de psicoterapias prolongadas el paciente abrigue serias dudas sobre la utilidad del tratamiento, o llegue a convicciones totalmente diferentes de las del terapeuta, pero considera irrelevante hablar de ello, o no se atreve a hacerlo, por lo que, obviamente, la terapia no adelanta; etc. No basta explicar al paciente en qué consiste una terapia: hay que hablar extensamente de ella, y procurar, sobre todo, que el paciente (con su familia, con sus compañeros, con los demás)

pueda sentirse con derecho a hacer preguntas, a expresar dudas, a decir que no ha entendido, o que ve las cosas de distinta manera. Todo esto es más difícil de lo que parece, y el motivo de esta dificultad es preciso: reside en la diferencia cultural e ideológica entre terapeuta y asistidos que, en último término, les impide entenderse, y determina toda clase de equívocos.

Pese a todo, es posible y deseable que se cree, no una identificación, sino una dialéctica, una relación positiva entre las exigencias y las perspectivas del paciente, las de su familia (o de los convivientes, los vecinos, o los compañeros de trabajo) y las exigencias y perspectivas del terapeuta. Existe siempre una importante diversidad entre las posiciones de los diferentes actores del drama terapéutico. Ya hemos hablado acerca de las posibles exigencias divergentes del paciente y de los convivientes, pero hay que insistir acerca de las del terapeuta, el paciente y las demás personas. Algunas de ellas no sólo no deben borrarse sino que incluso es necesario que existan. Es indispensable que el terapeuta plantee unas exigencias y tienda a abrir perspectivas que no están previstas por el paciente ni por las personas que tratan cotidianamente con él. El terapeuta debe formularse *su* opinión acerca de la situación en que se encuentra el paciente y debe saber llevar a esta situación, de manera dúctil y prudente, todo el peso de sus conocimientos y de su experiencia. Si no entiende la realidad de la situación psicológica del paciente más, mejor y con más rapidez que el propio paciente y sus familiares, su presencia es inútil. Es decir, si no tiene la capacidad de plantear y de hacer aceptar algunas exigencias precisas (por ejemplo, que los familiares se abstengan de determinados comportamientos respecto al paciente, que éste no sea internado, o no sea llevado a cada momento a nuevos médicos), o si no tiene la fuerza y la inteligencia de *disentir* y de *divergir* del papel que paciente y familiares quieren asignarle, su intervención en lugar de ser «de vanguardia» se convierte en «de retaguardia» y es inútil. Es necesario hablar explícitamente de todo esto con paciente y familiares: naturalmente, también en este caso, con la capacidad de hacerse aceptar y con la habilidad de saber dirigir este diálogo en favor de la estrategia o de la «astucia terapéutica» que es el corazón y el secreto de cualquier tratamiento psiquiátrico. Pero, para que esto suceda, es preciso, una vez más, un mínimo de lenguaje, de cultura, de visión del mundo en común; y necesaria la existencia de un entendimiento mínimo sobre el significado y los fines de la terapia.

Terapia de los terapeutas

La psiquiatría contemporánea ha ampliado considerablemente la imagen de la *situación terapéutica*. Tradicionalmente, la terapia era considerada (y sigue siéndolo, por otra parte, en los ambientes psiquiátricos más toscos y atrasados) el campo restringido y neutral de una serie de prescripciones técnicas. Todo el problema consistía en decidir qué suministrar al paciente: si medicinas, y cuáles; si formas de terapia física como el electroshock; si, finalmente, formas de relación psicoterapéutica, exhortaciones, buenos consejos, indicaciones de comportamiento.

En esta óptica, el paciente como individuo concreto y aislado constituía el único problema: y constituía problema sólo en la medida en que era necesario observar e interpretar de manera concienzuda y neutral sus síntomas para suministrarles la prescripción más correcta. La situación social de vida del paciente, la actitud de sus familiares, la concreción de sus problemas (no sólo los «psiquiátricos» sino también los «normales», en el supuesto, que está por demostrar, de que sea justa una distinción de este tipo) no constituían el menor tipo de preocupación. Todo esto se mantenía fuera del campo de la investigación, no formaba parte de las variables a examinar ni de las variables sobre las que intervenir en el momento del tratamiento. Se puede discutir hasta qué punto las corrientes más sagaces y modernas de la psiquiatría han conseguido superar verdaderamente este esquema restrictivo: es evidente, por ejemplo, que la ampliación del examen de la situación terapéutica a la familia del paciente no significa necesariamente haber tomado en consideración las determinantes histórico-sociales del problema.

Lo que aquí conviene hacer notar es otro aspecto de la cuestión: es decir, la necesidad de examinar, como parte integrante de la situación terapéutica (o sea, como problema, como variable, como objeto de investigación) al propio terapeuta.

Es mérito de Freud y del psicoanálisis la indicación de esta necesidad. Freud dedicó mucha atención al hecho de que el analista, el terapeuta, no es necesariamente consciente de su influencia real sobre el paciente, es decir, desconoce qué son exactamente los *franqueos* de la situación terapéutica, cuáles son todas las variables que introduce. A partir de Freud, la evolución del pensamiento psicoanalítico lia acentuado la dimensión crítica de este problema, su dificultad, la imposibilidad de resolverlo con simples recursos

técnicos, la necesidad de tenerlo en cuenta en cada momento de la terapia como factor de incertidumbre y de error. El analista (como, por otra parte, cualquier terapeuta y cualquier operador que se sitúe en posición de ayuda y de tratamiento respecto a una situación determinada de enfermedad psiquiátrica) es portador de sus problemas, de contradicciones psicológicas, valores, juicios e ideologías que nunca se han explicitado totalmente, que deben ser consideradas objetos de la psiquiatría, de la misma manera y al mismo tiempo que los problemas personales del paciente.

Todo esto forma parte de un único y vasto campo de investigación y de intervención, en cuyo interior el operador psiquiátrico se halla en la posición ambigua y paradójica de ser al mismo tiempo protagonista en la investigación y objeto de ella. Así pues, el objeto de la intervención terapéutica ya no es sólo el paciente (eventualmente con su familia, con sus compañeros de trabajo, etc.) sino que también lo es el terapeuta que está llamado a examinarse y tratarse a sí mismo en el momento en que examina y trata al paciente, y a someter a tratamiento el mismo tratamiento que él aplica al otro.

En la actualidad, sin embargo, el problema casi nunca se refiere al terapeuta en cuanto persona aislada: casi siempre es parte de un grupo, de un equipo, de un *sistema de tratamiento*, del que sólo es un elemento. Esto sirve incluso en el caso del psicoanalista que trabaja privadamente: por lo general está vinculado a una asociación, a un colega, o a unos colegas con los que confronta y controla las propias experiencias.

Es más importante, sin embargo, detenerse a examinar qué ocurre en los *equipos* que trabajan en un hospital psiquiátrico, o en un servicio público de asistencia psiquiátrica «en el territorio». En este caso, el terapeuta nunca trabaja solo: por mínimamente estructurados con criterios racionales que estén el equipo y el tipo de intervención psiquiátrica, cada paciente se relaciona con un grupo de personas. Puede ocurrir también que en muchos de estos casos la psicoterapia esté basada igualmente en una relación individual: por ejemplo, el paciente (o los pacientes, o el paciente y la familia, etc.) se encuentra casi siempre, en la práctica, en una habitación con un solo operador psiquiátrico. Otras, en cambio, trata directamente con dos terapeutas (como suele hacerse en la actualidad en especial en la terapia de psicóticos) o trata constantemente con un grupo de varias personas: psiquiatra, psicólogo, enfermero, asistente social, etc. Pero también en el caso en que la responsabilidad y la gestión directa del tratamiento sean asumidas

por una sola persona, el comportamiento de esta persona está en función actualmente de su pertenencia a una estructura multipersonal y multidisciplinaria de tratamiento.

Nos encontramos entonces con la posibilidad de resolver, al menos parcialmente, la paradoja a que antes nos referíamos. En el terapeuta no coinciden de manera exacta objeto y sujeto de la investigación y de la intervención terapéutica: cuando se enfrenta directamente con el paciente, asume un papel preponderantemente terapéutico, mientras que en los demás momentos asume el rol de controlador y terapeuta de sí mismo, en la medida en que se enfrenta a otros miembros del equipo (o con supervisores o colegas) respecto a los cuales acepta subordinarse en una relación de investigación y verificación.

Es importante observar cómo todo esto se liga actualmente al problema de la enseñanza teórica y del aprendizaje práctico de la terapia psiquiátrica. Enseñar la psiquiatría no puede considerarse un mero impartir nociones, sino que debe verse como un conjunto homogéneo, complejo y articulado de procedimientos que pasan por el real y auténtico estudio de textos, las lecciones-discusiones por grupos, el sistemático aleccionamiento de cada joven alumno por un colega más veterano, una utilización inteligente de grabaciones y, sobre todo, de videograbaciones de los coloquios terapéuticos y de las reuniones de grupo, con análisis y discusiones sistemáticas de los comportamientos de las diferentes personas observadas en la pantalla, y repetidos «monitoreos» de los propios alumnos. De este modo, puede formar parte asimismo del adiestramiento al trabajo psiquiátrico el «*role playing*» o «simulación de rol», o sea, la improvisación teatral de situaciones interpersonales de carácter psiquiátrico por parte de los propios terapeutas y alumnos, con la sucesiva discusión de la situación representada.

Pero, inevitablemente, la enseñanza de la psiquiatría es mucho más que esto: es también un necesario confrontamiento recíproco, una introducción en el grupo de los propios problemas del trabajo, la aceptación de la corrección, la crítica y la discusión por parte de los demás. La psiquiatría es una disciplina teórica y práctica en la que los problemas referentes a los conocimientos y capacidades técnicas van inescindiblemente ligados a los problemas referentes a la gestión cotidiana de las relaciones de grupo, a la definición de las líneas políticas correctas, a la verificación de las propias motivaciones y del propio comportamiento con los pacientes. Estas cosas no pueden en absoluto ir separadas entre sí, y deberían constituir el tejido permanente de trabajo de cualquier equipo psiquiátrico.

En una perspectiva semejante, el primer problema se refiere siempre a la gestión política de las relaciones interpersonales en el interior del grupo. Entre otras cosas, cualquier equipo psiquiátrico debe realizar también opciones de índole clara y estrictamente política; y la gestión de sus relaciones interpersonales internas depende ampliamente de estas opciones. El grupo se ve confrontado en primer lugar a una serie de alternativas referentes a sus relaciones con el exterior: relaciones con el empleador, con las demás estructuras asistenciales (tanto de tipo médico como social), con las fuerzas políticas locales. En este ámbito, por la misma lógica de los hechos, el grupo es llamado a elaborar y a defender una línea de pensamiento y de acción y una propia política psiquiátrica, que puede ser más o menos homogénea con las líneas de política asistencial elegidas por otras fuerzas. Pero los problemas políticos del grupo de trabajo psiquiátrico se convierten inmediatamente en problemas internos: en el interior de cualquier organización psiquiátrica existe una distribución desigual del poder, que sólo puede ser parcialmente corregida (u ocultada) por unos esfuerzos más o menos realistas de igualitarismo. Las diferencias de poder en el seno de un grupo de operadores psiquiátricos son consecuencia de los desequilibrios de poder en la sociedad exterior al grupo. Las diferentes posiciones y líneas de conducta, las diferentes propuestas teóricas y prácticas corresponden muchas veces a otras tantas posiciones ideológicas e intereses de grupos o clases en la sociedad; a mayores privilegios sociales externos corresponde casi siempre un mayor poder en el grupo; quien tiene mayor poder en el grupo dispone casi siempre de mayores conocimientos culturales y técnicos, más dinero, mayor crédito social, un hábito adquirido de mando, y finalmente mayor cantidad de información tanto en lo que se refiere al interior del grupo como en lo que se refiere a su exterior.

Examinar y discutir los problemas internos del grupo según criterios interpretativos de tipo psicológico (por ejemplo, de tipo psicoanalítico, o según las teorías de Lewin o de Moreno, o de la escuela de Palo Alto y así sucesivamente) puede ser muy útil, y quizás incluso necesario para la gestión del grupo, para la claridad de todos, y para la operatividad de la estructura asistencial: pero es una manera de actuar que muchas veces permite silenciar los problemas reales, o sea los problemas políticos y de poder. Es posible, por ejemplo, asistir a veces a reuniones de equipos psiquiátricos en las que determinadas críticas u oposiciones, incluso colectivas, a quien desempeña un papel directivo, son liquidadas con interpretaciones psicoanalíticas (tipo: tú tienes problemas con la autoridad; o bien incluso: tienes problemas

irresolutos con la imagen paterna). O bien, en estructuras psiquiátricas más sagaces, las tensiones y las rivalidades internas son llamadas por su nombre, y examinadas en cuanto problemas de poder, pero de manera enteramente abstracta, es decir, sin tener en cuenta las relaciones interpersonales reales y las reales relaciones de poder. Se analizan y discuten, por ejemplo, con desenvuelta finura y aparente seriedad, las dinámicas interpersonales de un cierto equipo de operadores psiquiátricos, pero sin llegar a insinuar *nunca* el hecho de que en este grupo puede haber una persona que financia la organización y que responde a un partido político o a un grupo de presión, otro que la dirige, una tercera que dispone para vivir de una beca que puede ser suprimida de un momento a otro, una cuarta y una quinta y una sexta que gozan respectivamente de recursos personales autónomos y que, por tanto, tienen poco que perder porque arriesgan poco, o que están ligadas entre sí por estrechas relaciones privadas. Por este motivo, si bien es absolutamente necesario que los miembros de un equipo psiquiátrico discutan entre sí *también* los problemas psicológicos recíprocos relativos al trabajo, todavía lo es más que estos problemas sean constantemente examinados en el seno de *un análisis de poder* no abstracto sino subordinado, a su vez, a una clara visión de los aspectos políticos que, no sólo dentro del grupo sino también fuera de él, condicionan la posición y la línea de actuación de cada uno de ellos.

La creación, en el interior de un grupo o de una organización psiquiátrica, de alineamientos ideológicos de grupo o de formas de organización política colectiva es siempre un paso adelante respecto a situaciones caracterizadas por una dinámica sólo individual, por la cual cada uno se instala en posiciones diferentes de las de los demás.

Esta formación de alineamientos diferentes en el interior de un mismo colectivo de operadores favorece una más clara definición de cada cual en función de posiciones políticas e ideológicas explícitas, y evita a todos el quedar permanentemente atrapados en un exceso de psicologismos. De este modo, también los problemas psicológicos se sitúan en un contexto político más amplio, de manera que es posible examinarlos poco a poco de manera más correcta. Una dialéctica colectiva (y eventualmente un enfrentamiento) entre posiciones políticas e ideologías diferentes permite resolver determinados desequilibrios, modificando la estructura del grupo (aumentando, por ejemplo, el poder de algunas personas y disminuyendo el de otras); y sitúa además bajo una luz más exacta la existencia de finalidades comunes. Respecto a este último punto, conviene insistir en el hecho de que muchas veces es la falta de *clara* identificación colectiva de los problemas políticos lo que determina una

serie de luchas internas en terrenos personalistas. En esta situación es muy fácil errar el blanco, y perder de vista las luchas contra los auténticos enemigos, que casi siempre son los externos: es decir, la psiquiatría tradicional en general, o los representantes del poder psiquiátrico más reaccionario, o las autoridades escolásticas, o el poder burocrático-administrativo local, etc. De este modo, también se pierden de vista las posibles y necesarias alianzas con otras fuerzas y organizaciones políticas. Una de las consecuencias de la falta de una claridad política colectiva está dada, pues, por el hecho de que la agresividad se encamina hacia dentro y toda la dinámica del grupo se resuelve en inútiles y necias peleas y luchas intestinas.

No valdría la pena insistir sobre estos problemas, si no fueran siempre dramáticos y vitales. En la práctica, no es frecuente que una organización psiquiátrica «avanzada» sobreviva más de unos años. (Obviamente, cualquier organización tradicional puede sobrevivir durante mucho tiempo si está basada en el autoritarismo, en el espíritu burocrático y en un egoísta «*ir tirando*» de todos.) Casi siempre hay que buscar los motivos de este fracaso en las dificultades y en las contradicciones que hemos insinuado.

Conviene insistir en el hecho de que la misma posibilidad de desarrollar un buen trabajo de terapia, de enseñanza, de adiestramiento terapéutico, de «terapia de los terapeutas», de autocrítica y de autoanálisis individual y colectivo, depende en primer lugar de la correcta línea general del colectivo de trabajo. Puede suceder incluso que la escasa claridad y madurez política, la pobre dialéctica interna, las tensiones y los personalismos puedan ser temporalmente encubiertos y ocultados por una falsa unanimidad *a priori*, voluntarista y en ocasiones hiperactiva, apoyada en actitudes sectarias hacia los «enemigos» y las dificultades externas. Antes o después, sin embargo, también en este caso aparecen las lacras; y ya mucho antes de que el grupo fracase inevitablemente y se escinda, su operatividad se empobrece, y las tensiones psicológicas internas repercuten pesadamente en la capacidad de cada uno de los operadores de establecer una relación eficaz y auténticamente terapéutica con los pacientes.

La gestión de las relaciones recíprocas entre operadores psiquiátricos es siempre difícil, y exige mucha atención, tiempo y energías. Uno de los motivos procede indudablemente del hecho de que el contacto cotidiano con los pacientes (y, en especial, con individuos con trastornos de tipo psicótico) es siempre profundamente ansiógeno, fatigoso y trastornador: este tipo de relación moviliza profundas angustias y latentes agresividades. Un problema

de ese tipo exige una atención específica en el grupo: tanto en lo que se refiere al mínimo de serenidad y distensión en el trabajo, de gratificación y de reconocimiento que todos necesitan, como en lo que se refiere a una cuidada gestión de las dificultades psicológicas personales y de las ansiedades e inseguridades surgidas especialmente en los momentos más difíciles de la terapia. Si esto no es afrontado de manera correcta, quienes pagan las consecuencias son, en último término, los pacientes.

Pero también en este caso lo que importa es la estructura y el planteamiento general de las relaciones entre los operadores, y su claridad. Una vez más sólo dentro de un planteamiento correcto de los problemas del grupo es posible trabajar con entusiasmo en una tarea que muchas veces es difícil, aprender continuamente, y utilizar instrumentos técnicos de control y de recuperación del propio equilibrio emotivo respecto a los asistidos.

Psiquiatrizar y despsiquiatrizar

Al comienzo de este capítulo se ha hablado de los casos «que no se deben tratar». Es evidente que la decisión de no someter a terapia psiquiátrica determinadas situaciones de enfermedad psicológica debe tomarse después de una consideración de cada caso, pero no lo es menos que obedece a una actitud general. Por una parte, se trata de simple sentido común; en otros aspectos de una orientación política. «No tratar siempre» entra en el campo más amplio de lo que ha sido denominado «despsiquiatrizar»; y vale la pena que nos detengamos un poco en este concepto.

Despsiquiatrizar significa muchas cosas. En primer lugar, significa negarse a considerar psiquiátrico lo que no debe serlo. Despsiquiatrizar, por consiguiente, es oponerse a la psiquiatrización de los problemas sociales.

El famoso criminólogo Lombroso enumeraba en el segundo volumen de *El hombre delincuente* «la existencia de algunas clases de locura», citando junto a la «cleptomanía», la «monomanía homicida», la «piromanía», la «dipsomanía», la «sexualidad invertida» y la «libidinosidad», el *ocio*, la *exhibición*, los *vicios*. Szasz recuerda cómo en los Estados Unidos del pasado siglo el esclavo negro que escapaba obstinadamente era considerado víctima, por dicho motivo, de un trastorno llamado *drapetomanía*. Pero ¿qué decir del *absentismo*? En la actualidad, el hecho de que muchos obreros se ausenten de manera «injustificada» e imprevista del lugar de trabajo es designado como absentismo: si bien es cierto que no es visto explícitamente como una

enfermedad mental, también lo es que convertirlo en un enigma psicológico corresponde a la misma lógica que acuñó la drapetomanía. Hace algunos años un médico laborista caracterizó muy agudamente el problema, afirmando que no se trata tanto de preguntarse los motivos del *absentismo* como más bien los de un enigma psicológico opuesto: el *presentismo*.

Efectuar inversiones parecidas respecto al carácter habitualmente harto obvio de las falsas preguntas formuladas por la ideología dominante, siempre es saludable: se aprende a reformular las preguntas, o bien, cosa todavía más útil, a darles la vuelta. Por otra parte, existe el peligro de efectuar una nueva psiquiatrización inconformista más que una despsiquiatrización: preguntarse los motivos del *presentismo* en términos exclusivamente psicológicos puede servir para ignorar el hecho de que si los obreros suelen ir puntualmente al trabajo cada mañana no es a causa de una especial desviación mental sino, sobre todo, porque están obligados a hacerlo si quieren comer. Es igualmente justo mirar con suspicacia las tesis mantenidas por algunos defensores de la antipsiquiatría como Laing cuando afirman que los belicosos generales norteamericanos sufren una locura más peligrosa que la de un individuo internado en un manicomio con un diagnóstico de psicosis. Atribuir el comportamiento de los generales o de los imperialistas a una especie de irracionalidad monstruosa comúnmente aceptada como normal significa impedir la consideración de que la lógica de la guerra, o de la bomba, o del hambre, no es el resultado de procesos psicológicos concretos sino de un sistema social que no está loco ni es irracional, y que se limita a defender con la máxima coherencia posible algunos intereses creados.

Despsiquiatrización significa precisamente interpretar en términos políticos los problemas humanos.

Despsiquiatrización significa intentar, siempre que sea posible, intervenir con todos los interesados en una determinada situación analizando y modificando un sistema de relaciones interpersonales, o mejor dicho un sistema de relaciones de poder, y favoreciendo una toma de conciencia individual y colectiva, en lugar de aplicar diagnósticos etiquetados a determinadas personas.

Despsiquiatrización también significa, siempre, reformular las preguntas: es decir, preguntarse constantemente si el problema presentado como exclusivamente psiquiátrico («fulano está loco», «mengana tiene problemas», «esta familia está trastornada», «esa joven tiene tendencia a las fugas o a la

promiscuidad sexual») no es muchas veces un falso problema, que remite a otras personas a otros problemas, a un diferente sistema de valoraciones.

Muchas veces no nos topamos con la locura, ni con el trastorno mental, sino directamente con problemas sociales y humanos que nada tienen de psiquiátrico; en otras ocasiones, la protesta del «loco» nada tiene que ver con su locura; o también, son la posición y la actitud de los miembros «sanos» del núcleo familiar las que después de un atento examen aparecen como contradictorias, absurdas o ambiguas; por no hablar de las innumerables situaciones en que –sobre todo en la infancia y en la adolescencia, pero también en el caso de los viejos– una intemperancia, actitudes «incómodas», difíciles de comprender o de protesta son consideradas fruto de una mente anormal o enferma. Así pues, despsiquiatrizar es no considerar el problema del suicidio, y del intento de suicidio, como un problema psiquiátrico en sí; ni considerar en sí problema psiquiátrico el de la agresividad y la violencia.

Pero incluso cuando existe un preciso e identificable problema psiquiátrico, y cuando se plantea legítimamente la exigencia de su terapia, despsiquiatrizar puede tener un sentido y una serie de implicaciones. Despsiquiatrizar es atribuir a la clase escolástica, a los enseñantes, el problema del chico «difícil» que procede del orfanato, y discutirlo con ellos; despsiquiatrizar es discutir en un grupo obrero homogéneo el caso del compañero que está «chiflado» y al que hay que saber cómo ayudar; despsiquiatrizar es acoger y ayudar en un colectivo feminista a una mujer que lucha y que está mal y que quiere conquistarse una identidad y una independencia; despsiquiatrizar es hacer que la población de un barrio se solidarice y ayude a una serie de personas salidas de años del manicomio; despsiquiatrizar es reunirse con las asistentes domiciliarias de un servicio público para ancianos, para ayudarlas a no estar angustiadas, y a no considerar siempre «casos psiquiátricos» a aquellos asistidos que presentan los problemas más difíciles.

Pero también despsiquiatrizar es referirse a una persona con problemas de tipo esquizofrénico sin tratarla como un ser inferior o «enfermo»; ayudarla a enfrentarse con los pequeños problemas reales de la vida cotidiana, con las palabras, los rostros, las personas. O bien, procurar que una persona que ha vivido mucho tiempo en el manicomio (o que tiene trastornos psíquicos crónicos o que inopinadamente hace una crisis psicótica aguda) consiga *dar un sentido* a su propia historia y a sus propios problemas, y llegue a reconocerlos como legítimos.

Y también es despsiquiatrizar el modificar, aliviándolas, las dificultades concretas de vida de una persona anciana y solitaria que «no sale adelante», permitiéndole de este modo superar de manera autónoma un período difícil. Y, finalmente, despsiquiatrizar es tratar *poco*.

Los casos más típicos del «tratar poco» vienen dados por la terapia de mantenimiento, y por las intervenciones «de crisis» y «de emergencia». En estos casos tratar poco no siempre es una opción entre otras: muchas veces es una necesidad. En el apartado siguiente, que completa el contenido de este capítulo, veremos algunos ejemplos de lo dicho.

Terapias de mantenimiento: intervenciones breves y prolongadas

El «grado cero» de la terapia está dado por los casos en que se renuncia a un mejoramiento, y sólo se interviene para conseguir que la situación «se mantenga», es decir, no se deteriore. Esto no siempre es un fracaso: en ocasiones no existen las condiciones psicológicas y prácticas para poder ir más lejos.

En el manicomio, una vez que la institución ha conseguido calmar los síntomas más clamorosos del paciente (síntomas debidos muchas veces al internamiento), la prolongación de este internamiento significa casi siempre la instauración de una terapia de mantenimiento. Pero, en el interior del hospital, un tratamiento de «mantenimiento» constituye siempre una renuncia culpable, aparte un auténtico absurdo: en este ambiente, querer «mantener» al paciente en condiciones de equilibrio significa, en el mejor de los casos, adaptarlo a la institución, de manera que ya no quiera o no pueda salir de ella; en el peor de los casos (y más frecuente) significa asistir al deterioro gradual de su comportamiento y de sus capacidades psicológicas.

Fuera del hospital, terapia de mantenimiento significa en cambio algo más positivo: mantener una situación de «curación por defecto» o de adaptación parcial, cuando han fracasado los esfuerzos para obtener un mejoramiento, y se percibe al mismo tiempo que el equilibrio conseguido es tan frágil que puede romperse si se interrumpe una cierta forma, incluso mínima, de asistencia. Así pues, una terapia de mantenimiento sólo puede aplicarse en los casos que ya presentan una estabilidad crónica.

Según sean éstos, puede consistir en formas de intervención muy diferentes. Ofrecemos algunos ejemplos. Un paciente internado durante muchos años en el manicomio es devuelto a su familia: pese a ser todavía relativamente joven no está psicológicamente capacitado para trabajar (un par de intentos en esta dirección han fracasado) y vive de una pensión. Es encaminado hacia la plena readquisición de una autonomía doméstica respecto a las actividades prácticas de la vida cotidiana, de manera que no pese sobre la familia; y a un mínimo de vida social extrafamiliar, a través de las estructuras sociales del barrio. Salido del hospital sin dientes y con un aspecto descuidado, se le pone una dentadura postiza y se le vuelve a acostumbrar a preocuparse de su aspecto. Es tendencialmente callado y taciturno, a veces habla solo, y en ocasiones tiene una manera de reaccionar brusca y amenazadora. A fin de que la familia (dos hermanas, una de ellas casada) no se desequilibre expulsando al paciente, es necesario efectuar de vez en cuando algunas reuniones para apuntalar la convivencia y corregir algunos esquemas de reacción interpersonal. El mismo paciente consigue controlarse mucho mejor si toma cada día una pequeña dosis de fármacos neurolépticos: todas las veces que ha intentado interrumpir la medicación, sus ansias psicóticas aumentan claramente.

Un anciano vive solo y demuestra señales de lesiones orgánicas por el alcohol y una nutrición insuficiente, y una cierta debilidad mental. De vez en cuando habla de oscuras e inverosímiles persecuciones a las que le someten los vecinos. Con la ayuda del médico y de un asistente social se le proporciona un tratamiento médico y es introducido en la red de asistencia domiciliaria municipal de los ancianos: no se le puede impedir que beba, que no se cuide, que coma poco e irracionalmente, pero cada vez resulta más claro que necesita personas con las que hablar y discutir sus problemas, y que sean capaces de escucharlo con comprensión. Se le asegura esto, y su existencia, que parecía destinada al manicomio, prosigue durante años sin excesivos problemas.

Un joven, expósito y considerado «difícil» y «psicopático», ha pasado por orfanatos, correccionales e instituciones reeducadoras. Carece de familia; ha tenido problemas con la ley. Encuentra trabajo, pero siente una gran dificultad en trabajar de manera continuada. A veces se emborracha, con consecuencias desastrosas; ha hecho algunos intentos de suicidio, de tipo «demostrativo». Durante unos meses participa en un grupo de psicoterapia con otros muchachos de su edad; pese a que le sienta bastante bien, decide interrumpirlo. A continuación, y durante años, consigue controlar mejor

—aunque no bien— sus intemperancias y ni mejora ni empeora: siente, sin embargo, la necesidad de sostener, de vez en cuando, en períodos irregulares, una conversación con el psicólogo.

(A propósito de las terapias de mantenimiento, conviene recordar la existencia de un equívoco: el de la llamada «psicoterapia de apoyo». La psicoterapia de apoyo no existe. Existen, por una parte, unas situaciones en las que un cierto tipo de intervención psicoterapéutica continúa durante años de manera indefinida sin progresos que constituyan *en la práctica* una terapia de mantenimiento [esto suele ocurrir con el psicoanálisis]; y por otra parte existen formas de «apoyo», por parte de instituciones asistenciales, parientes, amigos, que ofrecen al paciente un apoyo práctico o existencial, una simple atención, o una benévola presencia, que le son útiles para continuar su vida cotidiana. Pero esto último no puede considerarse una psicoterapia.)

El concepto de intervención de emergencia se aplica a dos situaciones ligeramente diferentes: a la necesidad de prever una intervención terapéutica urgente en una situación imprevista, grave y dramática; y a la decisión consciente de asistir a un determinado paciente sólo en los períodos en que está peor y pide ayuda, y en cualquiera durante un tiempo muy breve.

Un caso típico es el de ciertos pacientes, sobre todo neuróticos leves, que tienden a utilizar la relación psicoterapéutica como un instrumento que, si por una parte les permite comprender sus dinámicas psicológicas, también les sirve de coartada para no asumir nunca ninguna responsabilidad, y para rechazar los riesgos de opciones autónomas de vida. *La dependencia de la terapia* no es en tal caso únicamente dependencia del terapeuta, sino que quizás es tendencia a psicologizar y psiquiatrizar todos los problemas propios, a perderse en obsesivos autoanálisis de todos los momentos de la vida, a justificar cualquier opción no tomada con la excusa de la gravedad de los «complejos» propios, a sustituir con la psicoterapia otras posibles relaciones humanas. En este caso tratar *poco*, y sólo cuando aparece realmente necesario, es la mejor forma de ayuda posible; a veces es incluso necesario negar a estos pacientes una entrevista psiquiátrica, o aplazarla, a fin de que afronten y resuelvan los problemas que pueden resolver por su cuenta.

En otras ocasiones, el paciente ya se encuentra en tal situación que una intervención psiquiátrica continuada no reportaría beneficios sustanciales, mientras que existen momentos «de emergencia» en los que la ayuda técnica es indispensable.

Por ejemplo, una persona curada «por defecto» está bastante bien, pero periódicamente entra en crisis y se desequilibra con la irrupción de acontecimientos precisos, como la llegada de los padres que viven lejos, o la ausencia del marido, o la huida de cada uno de los hijos; o bien tiene tendencia a caer en depresiones a intervalos más o menos regulares. En otras ocasiones un paciente y su familia sufren problemas fundamentalmente sociales, más que psiquiátricos: problemas de asistencia material, de dificultades objetivas de inserción en un ambiente poco conocido, de trabajo, de escuelas o de pensiones; una vez resueltos, o al menos en vía de solución, no siempre se necesita una auténtica terapia psiquiátrica y es más sensato esperar a ver cómo se desarrolla la situación.

En todos estos y en muchos otros casos, la intervención terapéutica más oportuna es la que tiene una duración muy limitada: de una conversación a una serie de entrevistas, a una intervención «a varios niveles», médico, psiquiátrico, y social de breve duración. En otras ocasiones, según los casos, puede ser útil ofrecer a un paciente una psicoterapia de duración limitada (advirtiéndole previamente, por ejemplo, de que el tratamiento no durará más de tres meses, y que cesará aunque no esté curado: a veces esto es mucho más eficaz que un tratamiento de duración indefinida. Son posibles otros acuerdos. Se puede establecer un acuerdo explícito preliminar, por el que se garantiza al paciente un número limitado de sesiones advirtiéndole de que a continuación deberá arreglárselas por su cuenta durante unos meses antes de volver a la visita; o bien se puede basar en acuerdos tácitos, por lo que resulta evidente que el paciente se dirigirá al terapeuta sólo en los momentos en que está peor, y no puede salir adelante por su cuenta.

Con pacientes ya conocidos puede producirse la intervención psiquiátrica de urgencia en una situación dramática y aguda. En tal caso, casi siempre es una intervención tardía, y convendría preguntarse por qué motivos nadie se ha dado cuenta de que la situación estaba a punto de estallar –casi nada sucede sin motivo y sin preaviso– o por qué nadie ha pensado en una intervención más precoz. En muchas ocasiones se trata, sin embargo, de personas nunca vistas anteriormente, y en tal caso es posible que el paciente rechace el contacto con personas que desconoce y de las que, justamente, desconfía. En estos casos, los operadores psiquiátricos no están generalmente obligados por la ley a intervenir a la fuerza sobre una persona que previamente no era paciente suyo: puede intervenir el médico de la familia, pueden participar otras personas; es obvio que el interesado tiene derecho a ser dejado tranquilo si no comete delitos y no corre un peligro inmediato y real de

suicidio. En cambio, siempre es preciso ocuparse de la familia. En todos estos casos existe regularmente una atmósfera de tensión dramática y gran agitación: si el paciente designado nunca ha tenido una relación personal con quien interviene para ayudarlo, a veces no hay manera de vencer su desconfianza; puede estar, por ejemplo, encerrado con llave en su habitación y es imposible hablarle directamente. Si se consigue hablar con él, casi siempre es necesario que el paciente sea separado inmediatamente de los parientes y de los amigos presentes y que un operador permanezca largo rato con él en un local apartado, dejándole calmarse y escuchándole; otro operador, en general, debe ocuparse, en otro ambiente, de la familia para llegar a comprender cómo se han desarrollado exactamente los hechos y cuáles han sido los antecedentes (muchas veces la primera versión ofrecida por los familiares no es auténtica. En muchas ocasiones pasan varias horas antes de que la situación se calme y se aclare; puede ser necesario, después, que el paciente sea alejado durante unos días del ambiente en que se ha desarrollado la crisis: y tanto mejor si esto se puede conseguir sin necesidad de internarle en el manicomio.

En muchos casos, la intervención psiquiátrica de emergencia no puede resolver nada en pocas horas. Entonces puede resultar necesario un período de terapia intensiva de algunos días, e incluso de algunas semanas. Si se consigue tratar al paciente en su ambiente normal de vida, en general —no siempre— es mejor. Pueden ser necesarias muchas horas diarias de presencia de los operadores psiquiátricos; en ocasiones, incluso una asistencia nocturna. El paciente puede estar muy excitado, puede tener una relación fragmentada con la realidad, o puede presentar peligro inmediato de suicidio.

En tal caso, la presencia de los operadores tiene varias finalidades. En primer lugar, asegura una asistencia inmediata a las necesidades del paciente, que la familia no está capacitada para ofrecer. En segundo lugar, constituye un tipo de relación humana que tiene un preciso significado terapéutico: casi siempre el tejido de las relaciones psicológicas del paciente con los familiares está gravísimamente trastornado, y con gran frecuencia no existen relaciones humanas extrafamiliares válidas y eficaces; en tal caso, los terapeutas no sólo son los intérpretes de las exigencias y del lenguaje del paciente, sino también la inicial *estructura relacional normal* sobre la que recupera y reconstruye una comprensión más lúcida de su situación, y unas reacciones de comportamiento menos desastrosas y más aceptables. En tercer lugar, los operadores pueden ocuparse de la familia del paciente: esto significa tanto valorar las dinámicas psicológicas de la familia en la concreción de la vida cotidiana, como modificar

la estructura general de las relaciones interpersonales, de modo que cambien las actitudes específicas de los parientes hacia el «enfermo».

Las terapias «prolongadas» son las que duran, de manera continuada, varios meses o algún año. El psicoanálisis clásico es el ejemplo más típico de terapia prolongada: las otras formas de psicoterapia son todas más breves; algunas de ellas son mucho más breves.

La mayor parte de los pacientes, tanto psicóticos como neuróticos, presentan trastornos de una cierta gravedad ya arraigados en los hábitos cotidianos de vida, y agravados por dificultades materiales, por situaciones familiares complejas y desdichadas, por problemas educativos y culturales. En estos casos muchas veces es posible llevar una terapia que no sea «de mantenimiento» ni «de adaptación», y que evolucione, por consiguiente, hacia una solución de los principales problemas psicológicos que están en juego: pero, en realidad, es muy fácil que esta terapia avance con pasos lentos, siguiendo progresos y mejoramientos que se miden en años, no en semanas o meses.

Una situación de este tipo no es buena. Siempre que sea posible, conviene que la terapia avance por etapas breves, o sea abandonada y recuperada, y, en cualquier caso, no se convierta en una rutina o, peor aún, en un hábito tanto para el paciente como para el terapeuta. Pero esto no siempre es concretamente posible, y en ocasiones la terapia prolongada es realmente la mejor solución.

En tales casos, la primera necesidad es definir y redefinir junto al paciente el objeto de la terapia, e incluso las etapas parciales que se quieran alcanzar poco a poco (por ejemplo, prescindir de los sedantes, o llegar a trabajar, etcétera).

Cuando determinados objetivos parciales no son alcanzados, conviene, en general, intentar volver a definir toda la situación. La exigencia de definir y redefinir la naturaleza de la relación terapéutica sirve también en los casos (sobre todo de personas con problemas psicóticos y de personalidades psicopáticas) que tienen dificultades en mantener una relación terapéutica regular y continuada y, o no se presentan a las citas o se presentan sin preaviso al terapeuta en los momentos en que éste no puede ayudarles. En tales casos, la organización psiquiátrica en su conjunto, como equipo, es la que debe ser capaz de interpretar y dirigir una relación terapéutica «desordenada», pero deben realizarse todo tipo de esfuerzos para establecer

una *contractualidad* entre terapeutas y pacientes, es decir, respeto a una serie de recuerdos «mínimos» establecidos conjuntamente, que se refieren a los derechos y deberes recíprocos, a los horarios de las entrevistas, a las llamadas «fuera de horario», en función de un programa de tratamiento quizá limitado y parcial, pero siempre claro y explícito.

Uno de los modos de evitar que paciente y terapeuta permanezcan prisioneros de una relación interpersonal deteriorada, carente de imaginación y de coraje y obstaculizada por inconscientes dependencias recíprocas, consiste en referirse de manera intermitente a un segundo terapeuta. Este puede sustituir al primero en algunas sesiones, y por tanto, discutir con él, e incluso con el paciente, su punto de vista; o bien puede efectuar algunas sesiones en común con el otro terapeuta, visitar con él la familia del paciente, el lugar donde vive, hablar con otras personas; y también –aunque se trata de una solución menos eficaz– puede ser consultado por el colega sin conocer directamente al paciente ni a su familia.

Notas

No faltan estudios sobre el proceso terapéutico y sobre las dinámicas de la curación. Sigue dominando, sin embargo, incluso en el psicoanálisis, la influencia del modelo médico tradicional: existen los síntomas, las dolencias, los tratamientos, se describe cómo funcionan estos tratamientos, en un momento determinado el paciente dice que está bien, el terapeuta está de acuerdo, todos contentos, y se deja de profundizar el problema. Los psicoanalistas han planteado con mucha claridad el punto clave: curar no significa hacer desaparecer los síntomas. Sin embargo, han referido la curación a un modelo preciso, que no es fácilmente compartible por quien no sigue en todo y para todo la doctrina psicoanalítica, y suena a abstracto respecto a las consideraciones desarrolladas en este capítulo: la curación psicoanalítica es la adquisición de una sexualidad «madura», la obtención de un equilibrio razonable entre exigencias instintivas y represivas contradictorias, la adquisición de un control del Yo sobre el (Ello, y así sucesivamente según las diferentes corrientes. Corresponde a la psiquiatría interpersonal (y en especial, a la escuela de Palo Alto y de Filadelfia) el mérito de haber demostrado que el síntoma psiquiátrico es un mensaje, o bien un instrumento que es utilizado en el ámbito de precisas dinámicas de grupo. De este modo, es posible afirmar que cada escuela, autor importante o corriente

psiquiátrica tiene una teoría –raramente explícita– sobre la relación entre tratamiento del síntoma y tratamiento del trastorno, sobre la curación como posible inserción social o como obtención de una «madurez» (o de una «consciencia» o de un «equilibrio interior»), etc. En la práctica, no es posible ni correcto pretender profundizar el problema sin referirse al estudio de las principales escuelas psiquiátricas y psicoterapéuticas actuales: sólo dentro de este conocimiento se pueden captar con mayor precisión los diferentes significados posibles de la terapia y de la curación. Para todo ello, remito al lector, por tanto, al capítulo segundo y a su bibliografía, además de a la voz *Psicoterapia* y a sus notas. Para una profundización del concepto de normalidad (del que ya se ha hecho una implícita introducción crítica en este capítulo quinto), remito al capítulo siguiente.

En su conjunto, sin embargo, no puedo silenciar que casi todo lo que he podido leer sobre los temas afrontados en este capítulo tiene un corte que resulta poco homogéneo: es decir, tiene un corte más teórico y abstracto, menos ligado a los detalles y a los problemas empíricos, a los problemas del poder, a las vicisitudes concretas de la vida cotidiana de pacientes, familiares, vecinos, compañeros de trabajo, y terapeutas. No quiero decir en absoluto que yo me refiero a estas cosas y los otros no: por el contrario, es corriente hablar de este tipo de problemas, pero mucho menos escribir sobre ellos, quizá porque no se considera que sean problemas científicos. He descubierto en Inglaterra, y la he vuelto a encontrar al regresar a los Estados Unidos, una atención extraordinariamente concreta a los problemas de la vida cotidiana de los pacientes proletarios (obviamente, en los lugares donde se ocupan de pacientes proletarios): un sentido común, una modestia y un empirismo que nunca se convertían en trivialidad. Pero no siempre los anglosajones se distinguen por su altura teórica, y es posible que sus mejores contribuciones no circulen en letra impresa a nivel internacional.

Existen escritos, sin embargo, que deberían ser conocidos y traducidos: pienso especialmente en el olvidado problema de las *Urgencias* psiquiátricas, que no sólo es dramático sino también muy difícil técnicamente. Quisiera aconsejar sobre este punto algunos textos breves: L. D. Hankoff, *Emergency Psychiatric Treatment: A Handbook of Secondary Prevention*, Ch. Thomas, Springfield, 1969; P. K. Bridges, *Psychiatric Emergencies*, Ch. Thomas, Springfield, 1971; J. W. K. Morrice, «Emergency Psychiatry», en *Brit. J. Psychiat.*, 114, 1968, págs. 485 y ss.; y los textos de K. Glaser, M. Glenn, C. Robinson y otros en la sección III de J. Agel (a cargo de), *Rough Times*, Ballantine, Nueva York, 1973.

Capítulo Sexto

LA NORMALIDAD Y SU CRITICA

Premisa. La designación de normalidad

En varios sentidos y por distintos caminos se ha intentado comprender qué cosa se oculta tras términos como «trastorno mental», «curación», «tratamiento» y así sucesivamente. Del capítulo sobre la curación y la terapia, se desprende implícitamente una descripción psicológica –y en parte también política– de la normalidad. Aquí trataremos principalmente de esbozar las líneas de una crítica a la *imagen dominante de normalidad* y de indicar algunas hipótesis para la formulación de una normalidad alternativa. No se trata de atacar ni el concepto general de norma, ni el significado (que tiene absoluta validez) del bienestar físico y psíquico, es decir, de la plena utilización de las capacidades humanas. Se trata más bien de atacar la falsa normalidad impuesta por nuestro sistema social.

En relación con la idea de «trastorno», la idea de normalidad no es difícil de comprender si se la considera como «ausencia de trastornos». La consideración se hace más compleja cuando se quiere tocar fondo en la comprensión del tipo de persona que es ese sujeto «privado de trastornos»: es ahí donde se inicia el aspecto *crítico* de todo el problema de la normalidad. Empecemos por el nivel más simple. Contrariamente a lo que podría parecer lógico a primera vista, el concepto de «trastorno mental» no se comprende diferencialmente (o por contraposición respecto del concepto de normalidad). Bien por el contrario, se puede sostener con certeza que aquello que es relativamente evidente es precisamente el trastorno mental, de tal modo que la normalidad, concepto en sí mismo deleznable y ambiguo, se capta y se define, al menos en su aspecto más elemental, precisamente por su diferencia con respecto al trastorno.

Normal es, en consecuencia, precisamente aquel que no se considera y no es considerado como afecto a los problemas y trastornos de competencia de la psiquiatría; normal es el que no se considera «trastornado» y el que no es etiquetado como tal. Normal es el que se tolera a sí mismo y es tolerado; normal es el que tiene la suerte de formar parte de la definición convencional del no trastorno mental: es decir, el que tiene la buena fortuna de no caer en el área de lo que se define como el campo de la psiquiatría.

Se comprende con ello que es normal el que se resigna a su dosis cotidiana de sufrimiento y aquel que no es obstaculizado en sus proyectos por específicas dificultades psicológicas; y –más simplemente todavía– el que es aceptado por su ambiente como un individuo que no necesita ser curado.

Pero también es normal aquel que goza de una situación tal por la que puede permitirse comportamientos que no serían tolerados si formara parte de una clase social inferior o si dispusiera de un menor *poder de contratación* en su ambiente.

Es normal el que se conforma a las reglas dominantes, no tiene graves problemas y no plantea graves problemas a los demás.

Esta es, pues, la imagen básica de la normalidad, éste es el uso social del término, su acepción corriente, su significado real prevaleciente. Esta normalidad no es, evidentemente, salud: en el sentido de que no es un «estado de bienestar completo, físico, mental y social» sino algo mucho más limitado. Por otra parte, surge naturalmente la sospecha de que el precio de esta normalidad sea el conformismo social; por tanto, que ella signifique la esclerosis, la osificación de las posibilidades humanas personales. Más aún: esta imagen dominante de la normalidad parece definir un ámbito, un conjunto de fenómenos, que tienen bien poco que ver con la cantidad de sufrimiento psicológico, de angustia, de desesperación, existentes en las personas «normales» de todo el mundo. La miseria psicológica de las masas, que en el fondo es difícilmente separable de la miseria material ¿es, en consecuencia, la normalidad? El normal es entonces quizá tan sólo aquel inválido que, al no saber serlo, se considera suficientemente afortunado, no fastidia a los que detentan el poder, produce y consume; o bien ¿es tan sólo aquel que goza de tales y de tantos privilegios como para no curarse de las pequeñas dificultades psicológicas y materiales que encuentra en la vida cotidiana? Es lícito mantener que la normalidad psicológica no es otra cosa más que un aspecto de la normalidad social, es decir, del *status quo*, del mismo modo que la anormalidad psicológica es una forma particular de la inadaptación. La normalidad psicológica es consecuencia de la constante tentativa del poder de mantener los propios privilegios mediante una *normalización* social; o sea, en la práctica es la no percepción individual de los conflictos existentes en la sociedad. Es también la continua normalización de uno mismo, la construcción de un papel social, de una imagen de uno, que no deben salirse de ciertos límites y deben ser funcionales a los valores sociales dominantes.

Elo implica, entre otras cosas, una reducción de las propias necesidades a los *modelos de necesidad* impuestos, pero también el esfuerzo de adhesión activa a un determinado *modelo de normalidad*.

La normalidad como modelo

La imagen de la normalidad como «normalidad ideal», es decir como modelo al cual conformarse, es ya algo mucho más complejo de cuanto lo pudiera ser la normalidad como simple ausencia de trastornos. También la falta de trastornos es de algún modo un modelo de normalidad; podríamos llamarlo el «grado cero de la normalidad» o «primer modelo de normalidad»: pero es todavía un modelo *pobre*, porque es definido «por el negativo». En la práctica todos somos exhortados a ser algo más, y algo mucho más concreto, de lo que puede ser una persona que simplemente no sufre ni hace sufrir. Somos exhortados a ser normales obedeciendo a las leyes, honrando al padre y a la madre, vistiéndonos como requiere nuestra condición social, teniendo las distracciones y las costumbres de nuestro propio ambiente, comportándonos de modo tranquilo y sensato y así sucesivamente. La normalidad viene prescrita como una serie variable (según las clases) de *códigos de comportamiento*; si ésta es violada intervienen la represión judicial y la psiquiátrica, en particular si el sujeto pertenece a clases sociales subordinadas. Pero la normalidad es también propuesta como modelo universal bajo la égida general del conformismo. (Tan sólo la alta burguesía —y hasta hace pocos años— la nobleza, gozan del derecho tradicional a disfrutar de márgenes conspicuos de normalidad no conformista.)

Uno de los aspectos psicológicos importantes del modelo de normalidad como conformismo es el principio del sacrificio y de la tolerancia (sobre todo allí donde el poder de la religión es todavía fuerte); otro aspecto es el análogo principio (ya laico y «moderno») de la «gratificación diferida», es decir, de renunciar hoy al huevo para tener mañana la gallina. Respecto a la pura «ausencia de trastornos», éste es ya un segundo modelo más complejo de normalidad. En la mayoría de los casos, sin embargo, no se va demasiado lejos; el modelo de normalidad se reduce a una invitación a la obediencia y a la mediocridad, al menos en lo que concierne a la invitación dirigida a las masas, es decir a la mayor parte de la población.

Se puede al mismo tiempo afirmar que tal imagen empieza a no parecer atractiva a muchísimas personas, sobre todo a los jóvenes; es algo tan poco convincente ante una mirada mínimamente crítica que se siente la tentación de valorizar la locura. Considérese una vez más hasta qué punto el *juicio* psiquiátrico y el diagnóstico mismo son *juicios de valor*, etiquetas descalificadoras, intentos de reducir problemas humanos (por tanto sociales y políticos a designaciones reductoras y neutrales); considérese hasta qué punto la psiquiatría no es un instrumento creado para controlar y negar contradicciones y responsabilidades: frente a todo esto las actitudes y el pensamiento «fuera de lo normal» y «locos» adquieren valor de verdad, por lo menos, porque niegan el conformismo, la hipocresía, la estupidez y el prejuicio de aquel que llama «enfermedad» a algo que no comprende. Los actos de «locura» se contraponen idealmente a la obediencia, a la crudeza y a la muerte que caracterizan la «sana» y eficaz tecnología del mundo capitalista contemporáneo.

Desdichadamente la locura individual contiene, a pesar de todo, sufrimiento y confusión; su verdad es elíptica y paradójica; sus posibles iluminaciones se hallan sepultadas en un magma de oscuridad y de errores. Sobre todo, la locura no es socialmente utilizable *contra* el sistema, sino como ejemplo de la posibilidad de un rechazo: pero este tipo de rechazo difícilmente puede ser tomado como modelo. El loco demuestra la presencia de fracturas en la continuidad del orden social dominante, y demuestra la posibilidad de «ser distinto»; pero no provee un modelo eficaz y generalizable de diversidad: de hecho, su sufrimiento y su *destino negativo* transmiten sobre todo—asegurando la voluntad del poder dominante— el ejemplo de un intento *fallido* de rebelión contra la normalidad. La oposición del sistema social burgués puede, y quizá debe, hacer hincapié sobre los principios de vida cotidiana que el poder no aprueba: pero, en la práctica no puede tener como modelo ni aquello que se llama comúnmente neurosis, ni aquello que cae bajo la etiqueta de psicosis, ni siquiera la falsa libertad de la «fuga» psicopática.

Es lícito suponer que normalidad y trastorno no sean más que las dos caras de una misma medalla, dos aspectos indisolubles y artificiosamente separados de una misma realidad social que nos viene presentada como la única posible. Somos invitados a atenernos a *esta* normalidad si no queremos correr el riesgo de caer en los trastornos mentales: pero no se nos dice que es precisamente esta normalidad la que lleva consigo, indisolublemente, el trastorno; ni se nos dice tampoco que quizás existan otras posibles realidades

sociales y también otros modos de enfrentarse a la realidad actual, que no son ni la locura, ni el modo de ser normal al que insistentemente se nos invita.

La sociedad burguesa contemporánea ha elaborado un modelo de *normalidad positiva*, o activa, que es más complejo que el de normalidad como conformismo o mediocridad que acabamos de considerar brevemente. Este modelo de normalidad positiva y activa (que podríamos llamar «tercer modelo de normalidad») está propuesto y promocionado sobre todo en beneficio de las clases burguesas y con mayor fuerza en las clases dirigentes; este modelo ha sido elaborado y puesto a punto sobre todo por los psicoanalistas y tiende hoy a extenderse desde las clases dirigentes a los demás niveles sociales.

Las corrientes psicoterapéuticas y psicoanalíticas actuales, sobre todo las estadounidenses, tienen a este respecto una idea bascante clara del tipo de persona normal que quieren construir trabajando con los pacientes «privados». El objetivo no es aquí anular el síntoma (y por otra parte se ha visto ya en otro capítulo que la *cura* puede concebirse rara vez en este sentido) ni tampoco el crear un individuo meramente obediente: es más bien construir un individuo que esté felizmente integrado consigo mismo, pero también entusiasta, eficiente, productivo, dotado de iniciativa y de imaginación, espontáneo, sereno y «liberado». Este individuo debe ser capaz no sólo de vivir «bien» con los demás, sino que debe, además, saber aportar una nueva contribución, competente y «creadora» –dentro de ciertos límites– a su grupo social y en el seno de su trabajo. Sobre este mismo modelo «evolucionado» y «activo» de normalidad se basan también los psicoanalistas y psicoterapeutas que están directamente al servicio de la industria que actúan en los niveles jerárquicos medios y superiores de las instituciones modernas de represión y de asistencia como son las escuelas, las instituciones para menores, los organismos de policía; no digamos ya los consejeros del «correo del corazón» de los periódicos femeninos.

El modelo «evolucionado» y «positivo» de normalidad no contrasta más que en apariencia con la idea «por el negativo» o «limitada» de una normalidad concebida ya sea como ausencia de trastorno, ya sea como obediencia y sacrificio: es decir, con aquel tipo de imágenes que tradicionalmente les es reservado a las clases subordinadas. En caso de que complete y enriquezca las imágenes más burdas y limitadas de la normalidad, la normalidad «activa» se basa en la confianza de que el individuo «liberado» sepa hacer la elección «justa». Por otra parte, siempre se le *ayuda* en esto. Este tipo de normalidad «evolucionada» se acompaña en la práctica y en general –aunque se dan

importantes excepciones— de una adhesión activa a los ideales de la clase dominante. El objetivo es en todos los casos la integración. Esta puede ser la integración pasiva de un ejecutor al que se le exige obedecer, sacrificarse y no plantearse demasiados problemas; o bien, la integración del que es llamado a tener iniciativa, creatividad y responsabilidad de decisión pero siempre dentro de la adhesión a los beneficios de este sistema y mientras no se aparte de ciertos esquemas.

Cuanto más se complica la imagen de la normalidad —y éste es un fenómeno específico del siglo veinte—, cuanto más se articula, se hace activa y «responsable», mayor es la participación de las capas medias y subordinadas a esta imagen y se hace más necesaria, para el equilibrio del mismo sistema capitalista, una cuidadosa gestión de la *falsa consciencia* producida por la burguesía. De hecho, la falsa consciencia representa para el poder la garantía contra la insubordinación.

La falsa consciencia

En el pensamiento de Marx y en sus sucesivos desarrollos la *falsa consciencia* es connatural a la estructura misma de la sociedad capitalista. Es necesario aquí realizar un breve recorrido por los términos marxianos en referencia a la cuestión porque sólo la referencia a tales conceptos puede fundamentar una crítica *política* a la normalidad dominante.

La tarea histórica de la burguesía ha sido la de haber creado una sociedad como *sistema* racional de intercambios. En la sociedad capitalista todo se define como mercancía, y en consecuencia todo es objeto de compraventa. En la base de dicha sociedad se halla la producción industrial. La división en clases nace del hecho de que los medios de producción (la fábrica, las máquinas) no pertenecen al productor real, es decir al que hace funcionar la fábrica y las máquinas. En la situación típica, este productor es el obrero asalariado. El obrero vende al capitalista, propietario de los medios de producción, la propia mercancía: la fuerza de trabajo a cambio del salario. El objeto producto del trabajo no pertenece al trabajador más de lo que pertenecen las máquinas; del mismo modo no le pertenece tampoco la organización misma de su trabajo: la racionalidad productiva le es extraña y también hostil en cuanto que su objetivo último es la máxima explotación de su fuerza de trabajo. La actividad del individuo obrero queda incorporada en una totalidad racional que existe antes que él, existe a pesar de él y lo hace intercambiable.

Frente al poder del capital, el obrero no tiene poder sino en el momento en que el poder *colectivo* de los obreros se enfrenta al capital y adquiere consciencia de los propios derechos, es decir, en el momento en que los obreros se constituyen como *clase*.

Dado que la mercancía producida es inmediatamente *alienada* (o sea, sustraída, arrebatada) del productor (en cuanto que vive de una vida propia y de una racionalidad que es extraña a su control), todo lo que se produce en la sociedad (iniciativas, aportación de ideas, servicios), en el momento en que se expresa, tiende inmediatamente a entrar a formar parte del universo de los intercambios. La mercancía producida tiende, pues, a convertirse en funcional al capital y adquiere un significado y una utilidad que no coinciden necesariamente con las intenciones del productor. Pero, se ha visto que incluso *el modo de producción* no pertenece al productor en cuanto que es dominado por exigencias que forman parte del *plano del capital*: el modo de producción se modela en función del máximo rendimiento. Esto exige, entre otras cosas, un esfuerzo *particular* del productor para comprometerse en un trabajo en el que no es libre de expresarse a sí mismo. El productor es alienado de sí mismo en cuanto que el conjunto de su actividad productiva, que le es alienada, no es totalmente separable de él como persona.

Incluso fuera del momento de la producción, las relaciones entre las personas están mediatizadas por objetos, que son mercancías (por ejemplo los objetos de consumo, los instrumentos de comunicación y de transporte, las máquinas en el sentido más amplio). Estos objetos, que son instrumentos de intercambio en el sistema global de la sociedad capitalista, aparecen, en su especificidad, como *fetiches*, es decir como objetos a los cuales los individuos se adaptan, sirviéndoles sin plena consciencia según los intereses del capital. Los objetos, como son «tomados como garantizados» mediatizan, pero también ocultan, las relaciones entre los seres humanos. Los individuos singulares tienden, de hecho, a plantearse –falsamente– el problema de su relación con estos objetos y en particular con las máquinas (en su sentido más amplio) sin darse cuenta de que las máquinas son sólo mediadoras de las relaciones de poder. En la práctica, ya sea porque se considere la máquina como instrumento directo de producción (por ejemplo, un torno), ya sea porque se la considere como un bien de consumo (como el teléfono o el automóvil), sucede que el individuo particular tiende a plantearse a sí mismo en relación directa con la máquina (es decir como «problema hombre-máquina») en lugar de plantearse con aquel que ha querido *aquella* máquina con *aquella* función, o sea, como problema «hombre-máquina-

hombre». (Si, por ejemplo, esa máquina compleja y necesaria que es el sistema telefónico empieza a estropearse a cada instante, lo que sucede es que el individuo la toma con la máquina misma o bien –y es exactamente lo mismo– con el primer telefonista que se pone a tiro. Los patronos están bien al abrigo.) La relación «hombre-máquina-hombre» (o, lo que es lo mismo, «hombre organización-hombre») es una relación de poder: la máquina (o la organización de un negocio o de una unidad de servicios) es un instrumento de violencia en manos del capital, un medio de opresión, de explotación y de división entre los explotados.

Toda relación entre hombres, como que es mediatizada por esos instrumentos, *tiende* a reproducir dicha violencia. Pero, los momentos particulares de las relaciones entre las personas son también ellos mismos objetos, partes de máquina y de organización, en cuanto que son transformados en segmentos particulares funcionales al sistema; las personas mismas son objetivadas, reificadas, en la medida en que son instrumentos y momentos de las relaciones sociales que ellos no dominan directamente y cuya violencia les es hostil.

El universo social está, pues, constituido por un conjunto estructurado de partes (intercambiables) de un único y complejo, mecanismo organizativo, no controlado por la mayoría de la población. La naturaleza real de los intercambios es ocultada: en la aparente igualdad formal de oportunidades entre todos los hombres, y en el *aparente* «civismo» de las relaciones entre las personas, no son visibles las relaciones económicas y las leyes generales que gobiernan dichas relaciones. Cada uno de los aspectos singulares de este complejo sistema está *históricamente determinado*, es decir ligado a las exigencias del capital; pero, esto aparece falsamente como algo *naturalmente dado*, es decir como parte de un paisaje mecánico inmutable, como algo que «está ahí porque no podría dejar de estar». No sólo la mercancía se convierte en fetiche sino que también lo llega a ser toda forma de relación entre seres humanos.

Se ha visto que todo objeto, toda mercancía, todo instrumento, todo aspecto de las relaciones sociales, es fácilmente considerado como *dado* o sea como inevitable: en consecuencia tiende a no cuestionarse. Pero esto sucede en la medida en que se consideran estos objetos y estos hechos como *aislados, separados del conjunto* del sistema de intercambios del capitalismo. La ausencia de una comprensión del sistema como *totalidad* (comprensión que hace posible en cambio la lucha política, que fundamenta el reconocimiento

activo de los trabajadores asalariados como clase) hace a cada individuo, en cuanto individuo aislado, presa del sectarismo y fetichización de su personal y estrecha visión de las cosas. La complejidad del capitalismo moderno (que ciertamente no es fácil de comprender) y la aparente impersonalidad del poder, hacen difícil de distinguir, consecuentemente, más allá de esta apariencia parcelaria y falsamente *natural*, el cuadro de conjunto: es decir, los motivos *históricos* por los que una minoría de personas obtienen de este sistema unos beneficios que dependen de la explotación que ejercen sobre la mayoría.

La falsa consciencia existe en primer lugar como *no consciencia* de la realidad, o como consciencia parcelaria y deformada del modo hasta ahora descrito. Esta se convierte en consciencia *falsa* y no sólo en consciencia parcial o ausente, en el momento en que se racionaliza según la visión del mundo que la burguesía difunde *sistematiza* a toda la sociedad. La falsa consciencia es la normalidad dominante.

Con el mismo proceso con el que el capitalismo produce una estructura económica unificada para toda la sociedad produce también las premisas para un modo de vida y para una *estructura de consciencia* fundamentalmente unitarios. Esta estructura de consciencia se da en primer lugar por el modo en que estabiliza en cada individuo aquello que Freud llamaba el *aparato psíquico*: el equilibrio entre el Yo consciente, las pulsiones instintivas y las exigencias morales personales. Pero la estructura de la consciencia está dada también por el *modo de ver el mundo* y por las *ideas* sobre sí mismo y sobre el mundo. La continuidad y uniformidad de la estructura de consciencia queda asegurada, principalmente, a través de los tiempos y de los lugares, mediante un *molde* representado por la educación: en consecuencia, por la familia. La ética capitalista (que está hecha de disciplina, sentido de la responsabilidad, ahorro, pero también de productividad, creatividad dirigida e imaginación según los esquemas del capital) constituye el principal contenido de la estructura de consciencia del capitalismo. La estructura de consciencia, que el capitalismo tiende a hacer universal es falsa consciencia en la medida en que es capaz de impedir una toma de consciencia respecto de la naturaleza de la sociedad capitalista.

En este sentido, existe un aspecto particular del modo de vida que adquiere gran importancia como posterior instrumento productor de falsa consciencia: se trata del principio que confirma y sanciona como justa la separación categórica entre tiempo de trabajo y tiempo de esparcimiento. La separación

entre tiempo de trabajo y tiempo libre no es sólo un dato objetivo, es decir, que no sólo es el modo en que, de hecho, se racionaliza el empleo del tiempo en la sociedad capitalista sino que tal separación se convierte en un principio de vida, en un modo de ser subjetivo; en otras palabras, es uno de los parámetros fundamentales de la estructura de consciencia.

El productor, consciente de su alienación durante las ocho horas cotidianas del propio trabajo e imposibilitado para expresar su propia personalidad en el trabajo, divide su jornada y su tiempo en dos partes bien diferenciadas: durante el trabajo está al servicio del capital, fuera del trabajo utiliza los beneficios derivados de su salario para comprar *tiempo para sí mismo*. Tenemos así una escisión en la personalidad del individuo que intenta reconocerse y definir la propia personalidad fuera del trabajo, exclusivamente en el «tiempo para sí mismo» mientras que no se reconoce en el momento del trabajo. Pero esta operación de reducción triunfa tan sólo parcialmente o lo hace a un precio muy alto. Veamos por qué. En primer lugar, si bien es cierto que la alienación está presente de un modo inmediato en la actividad productiva ello no significa que no exista una alienación *mediata* –y menos evidente– también durante el tiempo libre. La vida cotidiana está de hecho alienada ya que está comprada por el sistema porque se estructura según la mediación de los objetos y de las formas institucionales en que se insertan todas las relaciones humanas. La alienación del tiempo libre existe en cuanto el sujeto se encuentra con que ha *revendido* su propio tiempo, su propia libertad, al dinero ganado, las ventajas y las garantías ofrecidas por las estructuras asistenciales a cambio de una serie de satisfacciones inmediatas que consisten esencialmente en *consumos*. La organización del tiempo libre según los consumos tiene el doble objetivo de insertar a cada ciudadano en un universo previsto de comportamientos bien ordenados –piénsese en el deporte– y de favorecer la venta de las mercancías producidas por la industria. El «tiempo para sí mismo» es una ilusión: las relaciones sociales existentes imponen un empleo del tiempo al que la voluntad individual queda totalmente subordinada.

El hecho importante es que precisamente en el momento de su alienación directa, es decir en el momento de la producción, en la fábrica, el obrero toma consciencia de la propia explotación y siente la necesidad de una futura actividad socialmente útil que en última instancia no sea alienada. Es ahí, en la fábrica, donde se organiza un *contrapoder de clase* que forja, en la solidaridad de las luchas y de la maduración política, el principio de una consciencia alternativa y, en consecuencia, también el principio de una serie

de valores diversos a los propuestos por la burguesía. Fuera del trabajo, a la inversa, en el tiempo libre y en especial en la vida privada dominan los valores hipócritas y burgueses de la familia, del racismo respecto de la mujer, del respetabilismo, del consumo, del espectáculo y de la evasión. Es preciso darse cuenta del hecho –sin duda desagradable– de que en el sector de la vida privada y del esparcimiento la visión del mundo y la ideología de la pequeña y media burguesía han *colonizado* la clase obrera de Occidente. La paradoja consiste precisamente en el hecho de que allí donde el productor se siente «negado a sí mismo», se siente alienado y *no se reconoce*, o sea en el trabajo, formula una alternativa; pero, en el tiempo «para sí» se vende, casi sin contradicciones, a un sistema de gratificaciones individuales en las cuales, falsamente, se *reconoce*.

Una tentativa importante de corregir esta situación se da en aquellos que, en las horas libres, se ocupan de política. Pero no se va demasiado lejos, si ello significa tan sólo asistir a la sesión del partido, dejando intactas las formas de la vida cotidiana. (Incluso creándose una justificación para no hacer política activa en el lugar de trabajo.) Un caso particular, y especialmente escuálido, se dio en aquellos intelectuales que, sobre todo después del 68, consideraban innecesario someter a una crítica política la propia producción –a menudo ideológicamente reaccionaria– pareciéndoles suficiente «hacer política» en las horas libres, mediante la afiliación al partido y firmando mociones y peticiones. Incluso ellos, que estaban en una situación privilegiada para obrar de un modo muy diverso, consideraban justa, una vez más, la separación entre *tiempo de trabajo* y *tiempo libre*; entre una producción apolítica y una política postlaboral

Es necesario añadir una última observación al respecto. La falsa consciencia y la alienación son la infraestructura de la *normalidad*, más que de la locura; es necesario también criticar una apresurada asimilación entre el concepto de alienación en el sentido marxiano y la alienación mental. Sin embargo, la falsa consciencia está en la base de esa ignorancia de las necesidades reales que es uno de los aspectos fundamentales que constituyen tanto el trastorno de tipo psiquiátrico como la llamada «normalidad». Tanto en el caso de la persona relativamente «normal», y como tal clasificada, como en el caso de la persona supuestamente «trastornada», existen necesidades que o bien no son percibidas o no son expresadas con claridad. La misma locura es, en el fondo, la expresión de una necesidad, es decir de una contradicción dramática que va más allá del caso del individuo singular y que exige ser resuelta: pero dicha necesidad no es de fácil lectura.

Quizá la *toma de consciencia* de las necesidades sea una vía de salida tanto de las ilusiones de la «normalidad» como de los sufrimientos psicológicos que la acompañan.

Necesidad y deseo. Las falsas necesidades

Una *necesidad* puede ser definida como la exigencia de un bien necesario para los objetivos vitales. En general, se tiende a confundir la necesidad con el deseo, es decir, a considerar la necesidad como un hecho puramente psicológico, un «anhelo de algo». En realidad el fundamento de la necesidad es objetivo antes que subjetivo. La necesidad se expresa habitualmente como sufrimiento por una *carencia*; si este sufrimiento se percibe como insatisfacción y si el sujeto es consciente de la existencia de un bien capaz de acabar con tal insatisfacción, la necesidad se expresa como deseo. El deseo es, pues, junto con la insatisfacción, el aspecto subjetivo de la necesidad: es decir, tendencia y tensión hacia un objetivo.

A menudo la necesidad existe objetivamente sin que se dé la plena y pertinente consciencia de ella. Esto puede suceder, por ejemplo, cuando no existe la consciencia de la carencia y sí, en cambio, el sufrimiento. (Una persona puede sentirse débil y con la cabeza vacía pero, momentáneamente, no darse cuenta de que lleva muchas horas en ayunas y de que tiene necesidad de comer.) También puede ser que la carencia se identifique equivocadamente. (Se puede suponer que la misma persona del ejemplo, estando en ayunas, cansada, nerviosa y fuera de un sistema habitual de referencia –como puede suceder en un viaje imprevisto y accidentado– busque el cigarrillo para vencer el mareo y la debilidad.) O puede suceder también que lo que falte sea el deseo (por ejemplo cuando la persona está tan deprimida y desesperada que no sienta ningún deseo de alimentarse). Incluso con unos ejemplos tan simples se puede comprender que a veces una necesidad puede pasar inadvertida solamente porque queda oculta tras otras necesidades no necesariamente más vitales para el organismo.

La necesidad de alimentarse puede quedar apagada porque en aquel momento el organismo sienta una necesidad real y apremiante de agua (de hecho esta concreta necesidad, a diferencia de la de comer, siempre es percibida inmediata y claramente como tal, es decir como sed, cuando existe). Pero puede también suceder que una necesidad marginal prevalezca sobre otra más grave y más real (como en el caso de los cigarrillos analizado más arriba); sucede también, a veces, que una necesidad falsa o patológica

prevalece, incluso de una manera estable, sobre las necesidades reales del organismo. Por ejemplo, en la condición psicológica llamada *anorexia mental*, la necesidad de *no* comer y el deseo de muerte prevalecen sobre la necesidad de alimentarse.

He elegido intencionadamente como ejemplo la necesidad más simple y natural, la de alimentarse, pero el lector mismo puede encontrar otros ejemplos de otras necesidades a las que puede hacerse extensiva tal consideración: es decir, que lo que aquí importaba era introducir la temática de las falsas necesidades, o de las necesidades *reificadas*. Para las necesidades más complejas que la de alimentarse y en especial para las necesidades «sociales» es, de hecho, muy fácil que se dé un desequilibrio entre la necesidad objetiva y la consciencia de ella. La tendencia a confundir necesidad y deseo, o sea la tendencia a confundir la necesidad con la consciencia de ella, nace, en el plano psicológico, de la ilusión de saber siempre «lo que se necesita», de la ilusión de pensar que el deseo es siempre la medida de la necesidad; en el plano social, esta tendencia se corresponde con la imagen confortante, pero falsa y reaccionaria, de una genérica disponibilidad de bienes capaces de saciar todas las necesidades «legítimas».

Pero, ¿quién define y cómo se identifican, cabalmente, las necesidades «objetivas»? Aparentemente no existe ninguna duda respecto de las necesidades fisiológicas elementales (alimento, agua, protección del frío). Se observa, sin embargo, inmediatamente que tales necesidades son en sí *naturales*, pero no totalmente naturales, porque se plasman de acuerdo con convenciones y costumbres. Por ejemplo, volviendo una vez más a la necesidad de comer ésta se ha modelado históricamente —al menos en parte—. Una persona habituada desde siempre a un alto régimen calórico y proteico puede dejar de sobrevivir si se la somete a una dieta carencial que, en cambio, podría ser bien soportada por alguien que haya comido siempre de modo distinto; o bien, incluso sobreviviendo, puede sufrir un agudo malestar a causa de la carencia de alimentos o de sustancias a las que desde tiempo está habituada. ¿Y qué decir de las necesidades sexuales; de la necesidad de sentirse protegido, amado, considerado; de la necesidad de jugar, de explorar, de conocer? Es difícil, si no imposible, establecer hasta qué punto incluso tales necesidades son naturales, es decir, biológicas, y dónde empieza su modelado social.

Las más típicas e importantes necesidades *sociales* son necesidades *radicales*, aparentemente no vinculadas a las necesidades inmediatas del cuerpo, tales por ejemplo, la necesidad de libertad, la necesidad de justicia, la necesidad de igualdad, la necesidad de conocimiento. Se puede observar que aunque todas ellas sean necesidades *históricas* (es decir, no dadas *a priori*, sino nacidas y determinadas por modos concretos de vida) tienen también todas ellas algo de constante, al igual que las necesidades elementales. Pero, tocamos aquí un difícil problema. Cuando *no* es el cuerpo el que expresa en términos directos, simples y universales, sus propias necesidades (como en el caso del hambre), es decir cuando se tocan las necesidades sociales más generales y radicales, es fácil caer en la posición idealista de quien mantiene la inmóvil universalidad y la eterna presencia de valores tales como la libertad y la justicia o bien (con una actitud análoga) en el apriorismo del que quiere hacer penetrar en cualquier momento en la sociedad, y según su propio juicio, necesidades sociales colectivas aunque importantes no siempre actuales.

Las necesidades sociales radicales no vienen de arriba sino que nacen de la praxis, es decir, que se definen en el definirse de los hombres a través de la historia de las generaciones, y del proceso de la lucha de clases. Su propia definición es pues –hay que insistir– histórica, o sea no absoluta.

Existe también aquí el peligro de un error opuesto. Es también fácil interpretar el carácter histórico de las necesidades sociales de un modo totalmente relativista y *no dialéctico*, limitándose a constatar que éstas pueden ser infinitas, existir o no existir, según cada caso, expresarse de modos distintos e incluso opuestos según las épocas y culturas, presentarse o no en el contexto social según los momentos. Según tal visión relativista, sólo hay que tener en cuenta las necesidades, neutralmente, en el momento en que se expresan. Una posición de este tipo, aunque aparentemente sensata, en el momento en que se absolutiza se convierte en la manifestación de una ideología pragmatista, mantenedora del *status quo*: la única verificación y la única medida de las necesidades no es ya el hecho de que ellas sean «universales» sino, por el contrario, el hecho de que algunas de ellas prevalezcan de cuando en cuando, es decir se hagan evidentes respecto de las demás con una cierta fuerza, según la exigencia dominante en la colectividad. Semejante posición sustancialmente conservadora, identifica, en la práctica, las necesidades sociales con las elaboradas, definidas y difundidas por la clase dominante.

En realidad, si se considera la sociedad como dividida en clases, como sociedad en transformación, entonces es legítimo y necesario asumir la responsabilidad de mantener que las necesidades que *aparecen* como dominantes no coinciden necesariamente ni con las de la mayoría de la población (y especialmente con las de las clases oprimidas) ni con las necesidades reales que presionan para la transformación total de la sociedad. La clase obrera hoy es, probablemente, la principal portadora de las necesidades sociales fundamentales y principales, es decir de aquellas necesidades *radicales* cuya satisfacción implica un cambio revolucionario de la sociedad. Las necesidades sociales radicales pueden también ser expresadas, en su propio interés, por los jóvenes, por las mujeres o por estratos y categorías sociales concretas como, por ejemplo, los negros de los Estados Unidos, en particulares momentos históricos. Pero, puede también suceder que todas estas necesidades no sean evidentes en todo momento y que no siempre puedan ser expresadas con claridad o que, momentáneamente, puedan quedar ocultas por necesidades marginales. La misma clase obrera no siempre es necesariamente capaz de determinarse como clase en cada momento, ni de expresar siempre y en todas partes con claridad las propias necesidades y la necesidad del cambio social revolucionario al que se suman. Según la tradición marxista y leninista es tarea –arriesgada– y responsabilidad de la vanguardia política ligada a las masas, el identificar y el articular el significado de las necesidades más radicales; es decir, el identificar aquellas exigencias históricas que movilicen fuerzas humanas, *corpóreas*, fundamentales, como el placer, el odio, el sacrificio, la disponibilidad para la rebelión, para la formulación de un programa revolucionario.

La identificación y la explicitación de las *necesidades reales* y, en particular, de las necesidades radicales, es tarea de la vanguardia política; pero no es –conviene insistir– una prerrogativa exclusiva de la vanguardia entendida del modo más tradicional, es decir como grupo dirigente oficial del partido y de las masas. Por otra parte, la identificación de las necesidades sucede y se expresa dentro de ciertos límites, incluso como toma de conciencia de *masa*, sin que sea necesaria la mediación continua de las vanguardias en momentos históricos agudamente revolucionarios. En el calor de la revuelta, aparece la *crisis de la apariencia burguesa de las necesidades* y la propuesta de necesidades radicalmente nuevas. Pero, en otros momentos no tan agudamente revolucionarios, determinados estratos y categorías sociales (además de los obreros, los jóvenes, las mujeres, los negros, etc.) pueden no sólo expresar *por sí mismos*, en interés propio, necesidades radicales (y se ha visto ya un

poco en párrafos anteriores sino también *señalar* y explicitar para *los demás* con particular consciencia y claridad, el significado más general de estas necesidades, constituyéndose así en *vanguardia* histórica frente a otros estratos y categorías. Por otra parte, existe en este punto, una posible fisura; se trata del hecho de que los jóvenes, los estudiantes, los intelectuales, los negros de los Estados Unidos, las mujeres, pueden ser precozmente sensibles a las necesidades sociales radicales, pero no siempre están, necesariamente, capacitados para generalizar su propia consigna y para luchar políticamente, de un modo eficaz, por tales necesidades.

En el crecimiento de cada individuo particular se nota un incremento de las necesidades: se pasa de las necesidades fisiológicas elementales indiferenciadas, típicas del niño pequeño, a las necesidades diferenciadas e historizadas, típicas del adulto. Esta evolución contiene ya en términos elementales, una más compleja «historia natural» de las necesidades, la que se realiza con el desarrollo de la historia humana. A través del desarrollo de la ciencia y de la tecnología y a través de la difusión de la cultura se produce un aumento de las necesidades. Es decir, se produce (siguiendo con la definición inicial) un aumento complejo de los bienes necesarios para los objetivos vitales. Los objetivos vitales se han vuelto paralelamente más ambiciosos y complejos. El hombre se modifica: *tiende* a convertirse en *rico de necesidades*, es decir en hombre «dotado de necesidades ricamente desarrolladas». Pero aparece aquí la ambigüedad histórica del problema, porque si, por una parte, ésta es verdadera riqueza, desarrollo de las potencialidades humanas, proyecto y articulación continua de posibilidades y de deseos, por otra parte, es insatisfacción, carencia, retraso continuo de aquello que es realizable respecto de lo que es necesario. Veamos mejor ahora los distintos aspectos de dicha contradicción.

El hombre rico de necesidades, preconizado por Marx, no existe en la sociedad capitalista actual, ni tampoco en las sociedades hoy consideradas socialistas; es el hombre de la sociedad sin clases. Pero, el capitalismo opulento y «maduro» produce ya su imagen, su exigencia. El hombre rico de necesidades es sobre todo el hombre liberado de la esclavitud de las necesidades elementales; por otra parte, el problema del hambre, de la sed, de la lucha cotidiana por la supervivencia contra las fuerzas de la naturaleza, o bien está ya resuelto para muchos o bien se ha convertido en marginal para una parte de Occidente, a causa del desarrollo tecnológico y de la disponibilidad de bienes materiales.

Pero –y éste es el punto– el hombre rico de necesidades *debería* estar también liberado de los deseos y de las ansias respecto del dinero, de las competencias individuales, de las costumbres y vicios producto hoy del tipo de vida dominante en los diversos estratos sociales de la colectividad industrializada de Occidente. Por último, y precisamente por estas razones, el hombre futuro, *rico de necesidades*, se plantea otros problemas, afronta exigencias más articuladas, elige la propia vida, desea y realiza placeres que lo reconcilian con las exigencias «naturales» del cuerpo, explora y domina la naturaleza, y generaliza, en fin, todas aquellas satisfacciones «superiores» relativas al arte y a la cultura que han sido hasta ahora secuestradas en los medios restringidos de la media y la alta burguesía intelectual.

La sociedad capitalista avanzada produce, como máximo, una caricatura del hombre rico de necesidades. El *commuter* norteamericano, el empleado medio es, claro está, rico de necesidades, pero de un modo contradictorio y distorsionado. En el momento mismo en que esta riqueza suya es real, es bienestar material, libertad de las necesidades naturales más elementales y brutales, apertura a un mundo de informaciones, de posibilidades y de alternativas, ella es también, y al mismo tiempo, esclavitud a nuevas necesidades marginales, cerrazón en el privilegio, embotadura crítica, infelicidad cotidiana por la absurdidad y dureza cotidiana de la vida profesional y por la feroz competitividad en el ámbito público y privado; es también, culpabilizada insatisfacción por la idiotez de la familia, de las diversiones, de los espectáculos, y del deporte, carrera extenuante hacia los falsos paraísos de la edad de la pensión. A esta mísera riqueza se le contraponen tendencias de las que vamos a hablar a continuación. Los hippies californianos y sus hijos han realizado con su verdadera pobreza, casi por casualidad, una condición que realmente está mucho más cercana del «hombre rico de necesidades» de Marx, y ello a pesar de sus limitaciones ideológicas, de su ingenuidad y de la excepcionalidad misma de una situación histórico-geográfica privilegiada. Su existencia es más rica que la del *communter* precisamente porque es pobre de lujos y de necesidades cotidianas pero plena a nivel de las relaciones humanas, al mismo tiempo que garantizada en lo que respecta a las necesidades «elementales» (comer, dormir) por la opulencia misma de aquella sociedad tecnológica que, en ciertos aspectos, puede permitirse mantener gratuitamente, con sus propias migajas y desperdicios, a un cierto número de personas marginadas y toleradas.

Pero en el conjunto del mundo, la temática de la necesidad es todavía la temática de la miseria o, más genéricamente, de la *carencia*. La necesidad es hambre, infelicidad y frustración; y es también inconsciencia y renuncia, no tan sólo tensión y deseo. Nos encontramos aquí sobre el terreno de un desequilibrio histórico por el que las necesidades y los placeres «superiores» más refinados y complejos son sentidos, se desarrollan y se sacian en una mínima parte de la humanidad, a expensas de su mayoría, que no satisface ni tan siquiera sus propias necesidades elementales. En consecuencia, si bien es cierto que se puede hablar –aunque sólo en cierto sentido– de un aumento de las necesidades a partir del bienestar, puede ser importante recordar que las mayores necesidades no son de aquellos que quieren satisfacer las más «refinadas», con el problema de las necesidades «imprescindibles» resuelto, sino de aquellos que se encuentran aún luchando por estas últimas.

A este respecto, uno de los errores teóricos más comunes en el tema de las necesidades es el de pensar que la persona habituada al bienestar, si es privada de sus bellos objetos, de sus complicadas costumbres y de sus refinados placeres, sufre un estado de necesidad que es en todo parangonable al de la persona habituada a la pobreza, cuando ella sea privada de sus burdas cosas, de sus sencillas costumbres y de sus elementales placeres. Evidentemente, puede suceder que el *deseo* sea análogo en ambos casos, mas nunca, ciertamente, la necesidad. Sólo excepcionalmente, *es decir en un cierto sentido*, en ámbitos muy limitados y particulares, las necesidades del rico y del privilegiado pueden ser consideradas mayores que las del pobre y del subprivilegiado. Por ejemplo, los vietnamitas consideraban justo dar a los pilotos de los Estados Unidos capturados una dieta que, aunque no lujosa, era superior en calorías a la de sus guardianes: se les reconocía una mayor necesidad de alimentación. También el medio o alto burgués *puede* encontrarse como depositario de *necesidades culturales* que tienen un significado que va más allá del privilegio de su clase, pero cuya exclusividad, de hecho y en cierto momento histórico, es detentada por ella. Sin embargo, en general, entre el rico sin su riqueza y el pobre amenazado en lo poco que tiene, está claro que es el segundo quien se encuentra en una situación de mayor necesidad, si no por otra razón, porque se encuentra más directamente enfrentado a sus necesidades elementales, o sea con el problema inmediato de la propia supervivencia física.

Ello no significa, sin embargo, que personas de clases diversas tengan en última instancia necesidades sustancialmente distintas.

Las necesidades humanas nacen y se determinan en las condiciones objetivas de vida, en la división del trabajo, en el estadio de las relaciones de producción. En el mundo contemporáneo, no sólo existe una distribución desigual de la necesidad, sino también una manipulación de la consciencia de las necesidades (es decir una manipulación de los deseos) por parte de los que detentan el poder en la sociedad. Esta manipulación tiende a ocultar la existencia de las contradicciones sociales (y por tanto de las necesidades sociales radicales) que podrían amenazar los privilegios del poder. Esto se obtiene, entre otras cosas, mediante la fabricación de nuevas necesidades.

Quien tiene en sus manos las palancas de la producción de los bienes de uso (servicios, diversiones u objetos de consumo) tiene la posibilidad de crear intencionadamente, con la ayuda de la publicidad, la necesidad de nuevos servicios, diversiones y objetos más o menos inútiles. La sociedad industrial del capitalismo avanzado hace pasar a primer plano *necesidades marginales* como *necesidades manipuladas*. Estas necesidades se caracterizan por el hecho de que la tendencia a su satisfacción, mediante el *consumo*, obstaculiza el desarrollo de toda la sociedad hacia la satisfacción de las necesidades elementales y de las necesidades sociales «radicales». El «hombre rico en necesidades» está más lejos que nunca.

La promoción de estas *falsas necesidades* equivale a una falsa definición de la necesidad: el *valor de uso* del objeto de consumo termina con la desaparición –como fundamento natural– de la necesidad de él, y el objeto existe sólo para demostrar el poder adquisitivo de su propietario. La definición de la necesidad remite entonces al *valor de cambio* del objeto; de este modo, las múltiples necesidades humanas *se extrañan* reasumiéndose y resumiéndose en una sola necesidad, la de *poseer*.

La realización colectiva de las necesidades reales, así como la liberación de las necesidades extrañadas, pasa por la lucha de clases.

La consciencia del extrañamiento, cuando existe, se concreta en el rechazo de las necesidades «manipuladas»; este rechazo está más o menos ligado, en los hechos, a la reivindicación de un nivel superior de necesidades por parte de los que están, evidente y gravemente, privados de la satisfacción de necesidades «elementales» (como el alimento) o «radicales» (como la libertad). El intento de hacer surgir y de satisfacer las necesidades sociales radicales, rechazando las manipuladas, se identifica con la exigencia de construir, e incluso de prefigurar ya desde ahora, una sociedad capaz de

promover y de satisfacer plenamente las necesidades superiores y «ricas» (es decir, no manipuladas, no falsas) del hombre.

La sociedad capitalista produce, de hecho y contradictoriamente, no sólo falsas necesidades, sino también necesidades sociales radicales (como la necesidad misma de negar y de superar el extrañamiento de las necesidades). Al mismo tiempo, produce un «modelado» nivelador del deseo (tal que éste tiende a saciarse con falsas necesidades) junto a un deseo de rechazo de tal «modelado». La sociedad capitalista produce, pues, necesidades *alternativas*.

La reformulación de las necesidades sobre la base del valor de uso de los objetos, la separación liberadora de la *búsqueda del placer* respecto de su falsa y reductiva identificación con el *deseo de posesión*, la elaboración de una nueva escala de necesidades, son los aspectos de un examen *crítico y práctico* del concepto corriente y dominante de necesidad, de cuyo concepto es también el único examen *científico* posible.

Conflicto de clase y política de la vida cotidiana

Según la tradición marxista la clase obrera identifica las necesidades reales y guía la lucha para la transformación revolucionaria de la sociedad. La clase obrera, de hecho, «no tiene nada que perder más que las propias cadenas» y está situada, en el momento de la producción industrial, en el corazón mismo de la explotación capitalista. Algunas teorías revisionistas tienden hoy a minimizar o a negar el papel revolucionario de la clase obrera de Occidente, basándose en el hecho de que ésta ha adquirido, con relación a los tiempos de Marx, unos beneficios económico-sociales bastante notables y un poder contractual que le hace partícipe de los mecanismos de equilibrio y de desarrollo del Estado capitalista. El desarrollo de las distintas luchas de liberación nacional de los pueblos ex coloniales y la falta de una verificación de la posibilidad de una revolución socialista en un país industrial avanzado son hechos que contribuyen al replanteamiento del problema; problema todavía no resuelto y quizá no siempre afrontado con franqueza por el movimiento obrero. No es éste el lugar para discutirlo pero, se puede señalar, tan sólo, que según el punto de vista de quien se encuentra en un país como Italia, con una clase obrera luchadora y consciente, la hipótesis del papel revolucionario principal del proletariado industrial no parece, ciertamente, una teoría fuera de lugar. Sin embargo, sería absurdo negar el hecho de que en estos últimos decenios, y más especialmente en los últimos años, se han

manifestado en el seno de las sociedades capitalistas de Occidente, incluso fuera de la clase obrera, nuevas contradicciones y también nuevos y radicales impulsos hacia el cambio. La difusión de las informaciones y de la cultura, el aumento de la preparación política de las masas, las nuevas formas de consciencia y de crítica de que hoy son portadores los jóvenes y los estudiantes, son factores todos ellos que contribuyen a crear una consciencia de la necesidad del cambio social que se expresa en términos más amplios, radicales y articulados que en el pasado. El mismo poder burgués contribuye a acentuar dicho proceso: se ha visto que éste se apoya cada vez menos en un consenso basado en la *obediencia* pasiva y que se ve obligado a buscar un *consenso activo*, es decir, una contribución «libre», «positiva» y «creadora» a la sociedad por parte del individuo. Pero, precisamente una consciencia de este tipo empuja a nuevas personas, a nuevos estratos sociales, a plantearse este nuevo tipo de críticas, y, por tanto, a actuar en un sentido no conformista.

De todo lo que se ha dicho anteriormente a propósito de la falsa consciencia y de las falsas necesidades se desprende, evidentemente, la maduración de una contradicción histórica no ya tan sólo a nivel de la producción, es decir en la fábrica, sino también a nivel de la vida privada, del tiempo libre y del consumo. La separación entre tiempo para el trabajo y tiempo «libre» está en el origen del proceso que ha llevado a la «alienación del tiempo libre» (o, lo que es lo mismo, a la alienación de la llamada «vida cotidiana» o «vida privada») pero, poco a poco, también a la consciencia –hoy en día sentida cada vez con mayor agudeza– de esta alienación. Esta consciencia creciente del sinsentido y de los perjuicios causados al individuo y a las masas por el condicionamiento burgués en la esfera de la vida privada es el resultado de un conjunto de factores objetivos y de factores subjetivos. Los factores objetivos se refieren a todo aquello que hace descaradamente ilusorios los beneficios de la sociedad de consumo: la agudización de la violencia y de la injusticia social; la disfunción de los grandes sistemas tecnológicos; la contaminación; la agudización de la competencia individual aislada; la degeneración de la estructura urbana; la ineficacia y los daños del sistema sanitario; la desilusión de las vacaciones y de la evasión; la disgregación de la familia y la desaparición de sus tradicionales gratificaciones afectivas; la crisis de los viejos valores educativos; y así sucesivamente. Los factores subjetivos, en cambio, son los que más arriba hemos analizado: se resumen en una menor disposición para *soportar* y una mayor capacidad de *comprender*. También ellos son el resultado de un proceso histórico: es decir, son en primer lugar la consecuencia indirecta del extraordinario impulso científico y cultural extendido

por toda la sociedad por el desarrollo económico del poder burgués y, por lo tanto, del tipo de consciencia que la misma burguesía promueve y difunde para poder gestionar la propia y compleja tecnología y el propio y complejo sistema de poder. Estos nuevos factores subjetivos de consciencia son también, sin embargo –y en una medida no secundaria– consecuencia del crecimiento y de la maduración de un contrapoder y de una consciencia alternativa, a través de la lucha de clases y la difusión de la preparación política a nivel de masa.

En perspectiva, la contradicción suma de la sociedad burguesa, en la que se expresan todas las contradicciones del capitalismo, consiste en el hecho de que esta sociedad, en su evolución, produce problemas que generan a su vez nuevos problemas, que en último análisis no pueden resolverse en el interior de este mismo tipo de estructura social. El principal factor que empuja a la sociedad burguesa a defenderse y a evolucionar es la contradicción entre trabajo asalariado y capital; este enfrentamiento de clase, la contraposición entre explotador y explotado, formula desde ahora una sociedad distinta no basada sobre la explotación: el socialismo. La sociedad socialista se construye, más allá del momento de la toma del poder por el proletariado, a través de un continuo y prolongado proceso revolucionario que trunque el resurgimiento de la mentalidad y del poder burgués en las «nuevas clases» de burócratas y de tecnócratas «socialistas». Es lícito, hoy en día más que nunca, dudar del hecho de que el socialismo coincida con la propiedad estatal de los medios de producción, o con la planificación o con el desarrollo de oportunidades educativas y asistenciales extendidas a todos los ciudadanos. El socialismo es el ejercicio directo del poder por parte de la clase obrera y de las clases populares aliadas y es, indisolublemente, otra cosa: lucha de clases también a nivel de la supraestructura; destrucción tenaz de la «falsa consciencia» burguesa que continuamente intenta replantear su propia hegemonía; construcción de un modo de vida y de pensamiento distintos, de una escala de necesidades diferente de la eficazmente propagada por todo el mundo –incluso en países socialistas– por el capital monopolista. El «modo de vida» y el «modo de pensar» capitalistas, en la esfera de la «vida cotidiana» y fuera de ella, no pueden constituir una premisa para la «construcción del socialismo». En este sentido, en la medida en que persisten y son estimulados por el debilitamiento de la lucha de clases, tienen una parte importante en el replanteamiento de formas burguesas en muchos países en los que dicha construcción había sido posible.

En la clase obrera de Occidente y en los movimientos revolucionarios que evolucionan en el seno de los países capitalistas existe una dificultad análoga. Por una parte, de hecho, masas y militantes se baten contra el poder burgués y la explotación capitalista, y construyen en sus lugares de trabajo, en la escuela, en las luchas, valores de solidaridad, de desinterés personal y de igualdad que son alternativas a los valores burgueses; por otra parte, masas y militantes, sufren en sus relaciones privadas en la familia, en su tiempo libre, y –demasiado a menudo– también en sus relaciones interpersonales en el seno de las mismas organizaciones políticas, el condicionamiento de valores, aspiraciones y deseos que no escapan a las reglas del más mezquino individualismo competitivo pequeñoburgués. No se trata aquí de echarle en cara a la clase obrera la reprimenda intelectualista de no ser la portadora de nuevos valores, formados y dispuestos desde ahora, y menos que nunca de no estar suficientemente impregnada de «espíritu proletario». Por una parte, se trata de poner de manifiesto y de denunciar la responsabilidad de las organizaciones y de las vanguardias políticas (tanto de la izquierda parlamentaria como de la extraparlamentaria) de haber omitido un sector –el de la familia, de la educación, de la vida privada y de las relaciones interpersonales– que plantea urgentes y graves problemas políticos. Por otra parte, se trata de valorar en toda su positiva importancia el surgimiento desde la base, en el seno de la clase obrera misma (y sobre todo entre los jóvenes obreros y obreras) pero también en otros estratos y categorías sociales, de una consciencia creciente de la necesidad de cambiar de raíz los modos de vida y de pensamiento que la burguesía ha hecho hegemónicos en la sociedad.

La contradicción de clase se hace concreta no sólo en las reivindicaciones salariales y de poder que se producen en la fábrica, o en las reivindicaciones civiles (mejores escuelas, asistencia sanitaria...) y «democráticas» (más amplia representatividad de la base en la democracia local, elecciones...). La contradicción de clase impregna concretamente *todos* los aspectos de la vida y se ejerce en la esfera de lo privado, en la vida de cada día, en las relaciones aisladas entre las personas dentro y fuera de la familia, en los grupos, en las organizaciones políticas. Aquí la contradicción de clase es enfrentamiento entre la hegemonía burguesa que –casi omnipotente– existe a este nivel y –por otra parte– la necesidad de contrarrestarla, proyectando nuevos modos de vida y un tipo distinto de relaciones interpersonales. Y el hecho de que el enfrentamiento sea grave y real se advierte en el precio –altísimo– que pagan las organizaciones políticas y los grupos (en términos concretos de derrota

política) al permanecer en tales valores burgueses. Estos valores burgueses al partir de sus fortalezas institucionales (la familia en primer lugar y en mayor grado, pero también, la esfera toda de lo *privado*) producen la infiltración y la conquista del *estilo y la norma* de las relaciones humanas en el seno de las organizaciones mismas y de los grupos militantes.

El modo prevaleciente hoy para defenderse y el modo de reaccionar ante esta situación, es todavía el del sello staliniano; la negación de la subjetividad, la disciplina, la rigidez, un estilo de militancia que acaba con la privación de la iniciativa y de la imaginación, pobre, árido, activista e, incluso, improductivo.

Todos estos problemas son minimizados y, normalmente, ocultados por parte de los responsables políticos, encerrados –con pocas excepciones– en una visión calcificada y miope de la lucha de clases; el resultado es –entre otras cosas– que las organizaciones no siempre funcionan y a veces desaparecen. Si esto sucede, no es sólo por errores políticos y estratégicos sino también por el peso –que se hace insoportable precisamente porque es negado– de las relaciones interpersonales que, por debajo de una apariencia de rigidez, corrección y funcionalidad, son a menudo relaciones humanas de mierda. (Forma parte de este mismo error la ilusión de superar de un modo rápido, fácil y voluntaristamente antipsicológico, todas las «viejas» contradicciones burguesas de la vida privada y de las relaciones interpersonales.) Pero, se paga también otro precio; se trata del costo humano respecto de aquellos cuadros y militantes que caen en estas dificultades. Entre la exigencia de una renovación humana real y la necesidad de gestionar *viejas* relaciones; entre una disciplina árida, estéril, fatigosa, externa y el deseo de vivir y de renovar con los compañeros afectos, entusiasmos y esperanzas, existen contradicciones difíciles de superar. Se niega el malestar o bien los cuadros y los militantes de base que lo advierten empeoran más las cosas reaccionando de modo moralista y obtuso: dicen, por ejemplo, «hay que trabajar más», «me comprometeré más»; el resultado, a la larga, no puede ser otro, en lo que les afecta personalmente, que un desequilibrio psicológico. Nacen así con impresionante frecuencia «agotamientos nerviosos» atribuidos generalmente al «exceso de trabajo».

En esta situación, no es de extrañar que muchos jóvenes desilusionados por los grupos y las organizaciones tiendan a abandonarlas ya sea para regresar a formas explícitas de adaptación burguesa a los valores de la carrera y de la familia, ya sea para pasar a formas despolitizadas (aunque muy cargadas de insatisfacción y de protesta) de experiencia y de convivencia, como, por

ejemplo, las «comunidades» de derivación hippie. La subcultura adolescente de la música rock, del pelo largo y de las «drogas mórbidas» (hashish y LSD) representa, aunque limitada y criticable, una indicación muy precisa: la de la necesidad de construir formas de experiencia personal, de búsqueda de la identidad, de toma de consciencia y de relaciones interpersonales, que no sean aquéllas hegemónicamente impuestas por la burguesía.

El único ejemplo de movimiento que hoy recoge y lleva adelante la doble exigencia de una batalla planteada según las grandes líneas estratégicas de las reivindicaciones políticas y también según las «líneas internas» de una lucha sobre los múltiples frentes de la vida cotidiana, está representado por grupos feministas. Por el hecho de que el origen mismo de la problemática feminista se sitúa en la intersección de ambas líneas y constituye un fenómeno único en el panorama de las luchas políticas actuales, es necesario plantear sobre el feminismo un juicio que va más allá del tema de la liberación de la mujer. Los grupos feministas contemporáneos imponen una exigencia vital y correcta que es la de ligar estrechamente la teoría y la acción política a un análisis y a una lucha sobre el terreno de la «política de la vida cotidiana». Así, los grupos feministas señalan que es necesario, y también posible, actuar a través de una valoración y de una corrección continua de la *subjetividad* personal, es decir del nivel y del tipo de consciencia individual en el ámbito de una tarea interpersonal y colectiva basada en la solidaridad recíproca.

Una exigencia análoga se expresa hoy en la praxis y en el análisis político cotidiano que realizan los chinos, en los grupos y en las asambleas, respecto de todo aspecto de su vida de relación. Si en China no está tan desarrollado el análisis de las relaciones interpersonales en la vida privada, ni tampoco la valoración de los componentes psicológicos individuales, sin embargo es muy aguda la atención continua al hecho de que la lucha «entre las dos líneas» no es sólo la lucha de clases en su acepción tradicional sino –indisolublemente– construcción de una ética alternativa y es también enfrentamiento entre tendencias burguesas y tendencias revolucionarias (o entre línea avanzada y línea reaccionaria) en cada momento de la vida, en cada decisión, en el seno de cada grupo así como en el seno «de la propia cabeza de cada persona individual». Los chinos sostienen también –y con importantes razones– que los trastornos mentales son debidos a estas contradicciones «en la cabeza» y que por esto son un problema político.

En la sociedad capitalista avanzada, el plantear estos problemas supone hacer todavía más evidentes las contradicciones que aparecen en la esfera del «tiempo libre», de la familia, de la vida privada, de las relaciones interpersonales en el trabajo y en la actividad política, para demostrar que es precisamente en este terreno donde más sutil y peligrosamente tiende a reproducirse el tejido de violencia de la sociedad burguesa. Pero, plantear estos problemas significa también luchar políticamente para deshacer estas estructuras y estas relaciones abriendo el camino hacia relaciones distintas y estructuras alternativas. No se trata aquí, evidentemente, de pretender estar fuera de las grandes contradicciones sociales para refugiarse en un ghetto de acción ilusorio y artificial en el que con toda tranquilidad se cultivarán relaciones humanas como fuente de consuelo para los miembros del grupo y –obviamente– de exclusión para las personas y los problemas que quedarán fuera de sus confines. No se trata pues de plantearse una ilusión «ajena» a la realidad política según la mitología privilegiada e individualista de una «ética alternativa», desvinculada (aunque sólo aparentemente) de las contradicciones existentes en la sociedad. Se trata, por el contrario, de tomar y utilizar un aspecto importante de las contradicciones de clase y de elegir un planteamiento, una acción frente a una parte dominante de los sufrimientos, de las contradicciones y de las necesidades que *esta* sociedad expresa y que se expresan en cada uno de nosotros.

En consecuencia, se trata de reconocer no sólo la posibilidad sino también la necesidad de hacer política en un ámbito de graves y urgentes problemas, que no forma parte del marco tradicional y aceptado de las luchas. Los jóvenes fueron los primeros en plantear esta exigencia frente al mundo en 1968: y el reflujo que siguió es el signo de la incapacidad de las organizaciones para recoger y desarrollar aquella enseñanza. Tendencia al rechazo del mito casi omnipotente de la propiedad privada y de la posesión, intentos de trabajar menos pero –en compensación– pensar más, búsqueda de valores de disponibilidad y generosidad contrarios al individualismo competitivo imperante, construcción de modos de vida basados en la reducción de necesidades superfluas, esfuerzos por establecer relaciones menos hipócritas y menos instrumentales y opresivas entre hombres y mujeres y entre adultos y niños, estructuras de vida cotidiana en las que sea posible redescubrir la ternura, la curiosidad y el juego: todo ello forma parte de una orientación que puede conducir a unos resultados –aunque sólo parciales– pero con la condición de que estas cosas no se separen de la política, de la confrontación con la vida real, de una participación consciente en las cosas del mundo.

Subjetividad y racionalidad en la consciencia revolucionaria

Desde hace algunos años el tema de la *subjetividad política* y, en particular, de la *subjetividad obrera* ha adquirido notoria importancia en el debate dentro de la izquierda. Con este término se señala comúnmente el modo en que los obreros y las masas, colectivamente, advierten e interpretan su condición en la fábrica y en la sociedad. Se habla de subjetividad a propósito del problema de la salud: la consciencia colectiva del hecho de que en la fábrica existe un alto nivel de nocividad y la consciencia del propio malestar se contraponen a la falsa objetividad de los argumentos del patrón y del médico del patrón y se convierten en la medida de hasta qué punto es necesario cambiar las cosas. O bien, más en general, se habla de subjetividad política en lo que se refiere a la consciencia con que el colectivo obrero advierte e interpreta las condiciones en que se encuentra viviendo y trabajando. La subjetividad política no es más que el modo (cualitativa y cuantitativamente variable) en que se manifiesta la toma de consciencia de las contradicciones sociales: es decir, el modo en que la naturaleza real del sistema capitalista es comprendida y desvelada más allá de sus apariencias apolíticas y de las mistificaciones de la falsa consciencia. En cuanto a la subjetividad revolucionaria, no es algo demasiado distinto: ella está dada por el grado y el modo en que la fuerza del rechazo del sistema burgués adquiere claridad en cada uno y se expresa en un programa colectivo de lucha que nace de la consciencia de los militantes.

La subjetividad política se expresa en *conocimiento* o de hecho no se expresa: es una experiencia eminente y profundamente cognoscitiva que se fundamenta en la comprensión del sistema capitalista, en la claridad respecto de lo que es necesario hacer para abatirlo y en la valoración realista de las propias disponibilidades y capacidades en la situación concreta. El carácter cognoscitivo de la subjetividad deriva del hecho de que la capacidad de acción correcta no es innata, no es instintiva y ni siquiera cae del cielo en los momentos de tensión revolucionaria (momentos en los que precisamente se expresan, sobre la base de la experiencia y de las luchas precedentes, nuevas claridades), sino que se fundamenta en una serie de vías de adquisición del conocimiento de la sociedad. Estas vías están constituidas esencialmente por la experiencia política, interpretada según los instrumentos del análisis marxista. La importancia del factor cognoscitivo en la consciencia política no se subvalora: del mismo modo que se subraya que este conocimiento no es intuitivo, no proviene de una sensibilidad totalmente práctica y prerreflexiva sino que proviene sobre todo de los instrumentos de la razón, continuamente verificados en la práctica.

Las organizaciones políticas de la izquierda se diferencian de las otras organizaciones (y en especial de las de la derecha) precisamente por reclamar una toma de consciencia basada, desde el principio, en argumentos racionales. Lo que se rechaza —y con razón— es el recurso visceral e instintivo a las emociones, como sucede, en cambio, con el proselitismo religioso y con los que siguen la ideología de la extrema derecha. Es del todo ajeno, no sólo al marxismo sino a toda la tradición del progresismo socialista, el recurso a aquellos mitos naturalistas, regresivos, irracionalistas, impulsivos (como los mitos de la violencia, de la sangre, de la tierra, de la vitalidad o de la muerte) que son, en cambio, constitutivos y típicos del fascismo. La referencia a la razón constituye, desde hace dos siglos, una de las raíces fundamentales de la fuerza hacia las transformaciones sociales y de la lucha contra la opresión y contra la seducción de la falsa consciencia. En este sentido, la referencia a la razón es también un instrumento de lucha contra el *fascismo cotidiano* que continuamente asoma en la tendencia a vivir de modo irracionalista las relaciones afectivas, los ligámenes de sangre, la experiencia de la muerte y los mitos tradicionales, difíciles de eliminar, de la tierra y del honor.

Cuando se habla, pues, de subjetividad política o incluso de subjetividad revolucionaria, se hace referencia a un modo, que es a la vez personal y colectivo, de *sentir* la situación y los problemas; pero, este «sentir» tiene valor sólo en la medida en que toma cuerpo en un conocimiento de la situación histórica que, a su vez, se expresa en una posibilidad de explicación lúcida, articulada, comunicable, de la misma. El concepto de subjetividad entendido como *modo de la consciencia política* tiene, en consecuencia, un significado voluntariamente limitado y restrictivo. Se contrapone a la *subjetividad alienada* o falsa consciencia; pero se diferencia también de los modos de sentir, todavía informes e inconscientes, del que sufre sin pleno conocimiento de sus necesidades o del que siente un impulso vivo y angustiante hacia la renovación y la rebelión, estando todavía privado de una real y articulada consciencia de la situación así como de un concreto programa de acción.

El concepto de subjetividad obrera (o bien de subjetividad política de las masas o de subjetividad revolucionaria) constituye uno de los más importantes criterios de valoración de las perspectivas revolucionarias en una determinada situación histórica. Es el criterio más abandonado por el movimiento obrero de Occidente que ha privilegiado, por una parte, el análisis de las contradicciones *objetivas* de la economía y, por otra, la valoración de las condiciones *organizativas* del movimiento, vistas en general no a través de los ojos de la base sino más bien a través de los ojos de los vértices del partido. El hecho de

haber pretendido «secuestrar al vértice» el derecho de tener un pleno conocimiento histórico e intelectual está acompañado por una concepción de la subjetividad de la clase obrera (y más en general de las masas) como subjetividad *espontánea* y también *irracional*. Por ello, el olvidar hoy el problema de la subjetividad obrera constituye un error, no porque de este modo se ignoren los factores espontáneos e irracionales en la lucha política sino, por el contrario, porque de este modo se niegan implícitamente tanto el grado de consciencia racional de los problemas políticos que han alcanzado las grandes masas trabajadoras en el transcurso de nuestro siglo, como la pertinencia y la exactitud de las fuerzas que se producen en la base y que empujan desde abajo.

Una vez señalado sin equívocos el carácter fundamental cognoscitivo y racional de la subjetividad política, es necesario, para continuar, explicar que las cosas, en general, no son tan simples y lineales. En parte, es necesario realizar una corrección; o mejor, ver las cosas de un modo más dialéctico. En primer lugar, es necesario señalar que la racionalidad revolucionaria no se encuentra hoy luchando tan sólo contra la irracionalidad del fascismo sino también y sobre todo contra un enemigo más sutil y aguerrido: la racionalidad burguesa, la racionalidad del sistema capitalista. En segundo lugar, de hecho no es verdad que la subjetividad revolucionaria sea *tan sólo* consciencia racional; esta consciencia es *sobre todo* racional pero se alimenta y se enriquece con impulsos afectivos, emotivos, con sentimientos de indignación y de esperanza, de odio y de renuncia, que movilizan las acciones de los hombres. Es sobre esta compleja temática sobre la que se fundamentan los problemas de una moralidad alternativa a la de la burguesía. Todos estos aspectos, tanto racionales como afectivos y emotivos, son constitutivos de la complejidad y de las contradicciones de la subjetividad revolucionaria; es necesario decir que el haber menospreciado su importancia o el haber reducido su significado interpretando la subjetividad como subjetivismo y la pasionalidad como irracionalismo ha sido un error histórico no marginal. El stalinismo ha constituido en este sentido la negación total de la subjetividad. Ello ha supuesto el triunfo de la interpretación *objetivista* del marxismo: personas o categorías sociales enteras se convirtieron en «objetivamente» traidoras; otros fueron objetivamente héroes: *fuera cual fuere* la actitud de estas personas, tuvieran o no algo que decir, esto había perdido todo significado. La subjetividad fue abandonada a la derecha, que la utilizó según sus propios fines.

La relación entre racionalidad y moral en la sociedad y en la ética del capitalismo ha sido descrita de la manera más precisa por Freud. Según el fundador del psicoanálisis, la «civilización» se basa en la parcial renuncia al placer: el individuo aprende en la infancia, por medio de la educación, a reprimir sus propios deseos de placer «inmediato y absoluto» y utiliza la energía vital, así ahorrada, para trabajar y producir. La fuerza instintiva se canaliza hacia fines socialmente útiles; la transmisión de nuestra propia satisfacción personal y la subordinación de esta última a las necesidades de convivencia social constituyen la base de la acumulación del saber y de la riqueza. Todo esto dirigido por la consciencia y la razón del individuo que median entre las exigencias represivas planteadas por la sociedad y las propias fuerzas instintivas.

Tal esquema fue puesto de relieve en los años treinta por una serie de psicoanalistas y sociólogos políticamente orientados a la izquierda. Estas críticas evidenciaron que la moral de la prestación, de la eficacia, de la acumulación, de la renuncia, resumida en términos psicológicos por Sigmund Freud, no es más que la moral burguesa, la interiorización de la represión y de la violencia ejercidas por el capital. En la medida en que la moral burguesa ha sido transmitida –a través del modelo de la familia (cosa ya subrayada por Marx y Engels) y a través del modelo *burgués* de la educación– a las masas subordinadas constituye un freno para la toma de consciencia y para la rebelión. Esta temática ha vuelto a plantearse en los últimos años. Se ha visto que desde la infancia de cada individuo en particular la hipocresía y la represión familiar y educativa ahogan el impulso a la satisfacción del propio placer y, con ello, el impulso hacia la libertad y la insubordinación. Pero el sentido de la profunda legitimidad de la insubordinación y el sentido del propio derecho de acceso al placer, constituyen la premisa indispensable para la rebelión y el cambio social. Más aún: es precisamente la expresión de la necesidad de goce y de felicidad lo que produce la energía necesaria para el compromiso militante y revolucionario. Esta reivindicación del placer es así la sustancia misma, la materia activa de la claridad, del coraje, de la tenacidad y del odio con los que es posible luchar eficazmente contra el sistema.

Por el contrario, la convicción de la ilegitimidad del placer físico, la sensación de la ilicitud de los impulsos vivos hacia la violencia y el amor, y por tanto el conformismo, la represión disciplinada y la frialdad de acción, son los mecanismos psicológicos que no sólo castran de raíz la energía necesaria para rebelarse eficazmente contra el sistema sino también, en último análisis, los que impiden la percepción de la injusticia y además sofocan la originalidad y

la pluralidad del pensamiento, inhiben la toma de responsabilidades imprevistas, bloquean el coraje para la discontinuidad y la revuelta. Por otra parte, la represión es seductora, tiene sus aspectos gratificantes y agradables; da seguridad, motivaciones «cívicas» a la propia vida, permite prever un futuro estable para uno mismo y para los hijos; ella es duración, garantía, rutina, medida, sentido común. Incluso el «hacer política» aceptando esta represión se convierte en algo evidentemente poco espinoso: nacen así *líderes*, racionadores y contabilizadores de la política. En la práctica, el *espíritu burocrático* en la administración y en la política no es otra cosa más que esta sabia *gestión de la continuidad*. Pero aquel que por su propia naturaleza juega en la propia casa, en este terreno, supera *esta* eficacia –y se muestra generalmente más hábil y sin prejuicios– es siempre el capitalista moderno, no el militante de izquierda.

Es necesario subrayar aquí, siguiendo a Reich, la importancia específica de la represión sexual. Esta se realiza hoy, en la sociedad contemporánea, mediante la reducción y el encasillamiento del Eros en una dimensión culturalmente empobrecida, consumística, entendida como desfogue, vacación, evasión y olvido; al mismo tiempo, a través de su persistente institucionalización en el interior de la genitalidad «privada» monogámica, «normalmente» heterosexual y procreadora. La represión sexual infantil constituye todavía hoy, en el condicionamiento educativo de los individuos, la estructura básica de toda represión; así, podemos hoy reafirmar con Reich que el rechazo de la represión y de la *marginación y privatización* de la vida sexual es un momento fundamental de la identificación de las necesidades reales, momento de liberación de la disidencia.

Al problema de la sexualidad se liga el del uso y el significado político del *cuerpo*. La represión sexual es represión del derecho a *reconocerse* en el placer del propio cuerpo y en el del otro. Con esta represión, el cuerpo humano es más fácilmente alienable del sujeto para convertirse en un instrumento de trabajo (y de consumo) que responde a una lógica eficientista. Por último, en la sexualidad, el cuerpo tiende a ser utilizado como instrumento productor de prestaciones. La imposibilidad de reconocerse en el propio cuerpo determina un *extrañamiento* de la *visceralidad* que entonces es sentida como oscura, regresiva y extraña. El carácter visceral y profundamente corpóreo de sentimientos como el odio, el amor, el entusiasmo y la rendición es castrado y negado: la vida cotidiana se hace mecánica, estéril, privada de fantasía; la lucha política queda privada de su fuerza emocional; las emociones son esterilizadas.

La visceralidad, precisamente porque ha sido apartada, puede entonces reaparecer, no dominada, en instancias políticas regresivas o en explosiones de exasperados e individualistas espontaneísmos.

Se comprende, en este punto, cómo la separación entre racionalidad y vida afectiva (separación que precisamente hemos mantenido en el curso de la exposición por exigencias de claridad) es en realidad el resultado de una *escisión* realizada en nombre de la *racionalidad burguesa*. La racionalidad en su sentido amplio y correcto debe poder incluir en sí misma la vida afectiva.

No se pueden negar la importancia y la pertinencia política de las críticas planteadas a Freud desde la izquierda en los años treinta ni la importancia de su desarrollo. Sin embargo, también aquí el problema debe ser visto de modo dialéctico: es necesario decir que ciertas críticas a los planteamientos freudianos no deben ser entendidas de modo dogmático aun presentando aspectos aventurados.

En primer lugar, Freud no estaba del todo equivocado cuando hablaba de la necesidad, para todo niño, de aprender a pasar de un universo subjetivo dominado por el *principio del placer* a un universo condicionado por el *principio de realidad*. Es difícil y quizá necio imaginar, dado el mundo en que vivimos, una educación idílica y naturalista, basada sólo sobre el placer del niño. La realidad con la que el niño debe llegar a enfrentarse y que debe saber manipular en su propio beneficio, con inteligencia y, si es necesario, con dureza y sacrificio, es la realidad de este mundo histórico, hecha de violencia y de miseria. Freud había ignorado que la «realidad» del «principio de realidad» no es natural, no es dada de una vez por todas, sino que es una realidad política y, por lo tanto, contestable: «enfrentamiento con la realidad» no es entendido hoy, en consecuencia, como «adaptación a la realidad» sino como oposición y lucha.

La disciplina, la dura renuncia, e incluso lo que más arriba hemos llamado «gratificación diferida» son exigencias que, por desdicha, toman, invariablemente, en nuestra sociedad, la forma dominante de la moral burguesa: pero es difícil imaginar (bien entendido en una sociedad todavía dividida en clases) una vida asociada, una lucha política, una actividad científica, que no estén ligadas de algún modo a la paciencia, a la disciplina e incluso a conscientes renunciaciones. El problema está, en cualquier caso, en establecer por parte de quiénes, en interés de qué y con qué espíritu se realizan tales renunciaciones; es decir, en la práctica, si existe una verdadera realización de las propias

necesidades y si las personas que realizan la renuncia están personalmente motivadas a hacerlo por la fuerza que da la realización de un proyecto *propio*, o bien, si, por el contrario, las renunciaciones son impuestas desde el exterior como freno a una insistencia de cambio.

La viva reivindicación del placer, de la imaginación, de la libertad, del deseo e incluso del juego, constituyen ciertamente la energía y una premisa para la acción revolucionaria. Esta energía, sin embargo, no es en sí misma suficiente para formar la conciencia revolucionaria, en una lucha que —en la práctica— siempre es de larga duración. El aliento es corto si esta energía no se estructura en el conocimiento de las posibilidades políticas de la situación dada, si no se concreta en un programa de acción y si no se encamina en una paciente y a menudo ingrata disciplina de una organización. Si se olvida esta cautela del método, la única propuesta política que de ello resulta es de sello individualista y espontaneísta, tendencialmente libertaria y anárquica, extremista e ingenua, quizá tocada por notas y nostalgias de tipo irracionalista.

Otra observación que es necesario hacer respecto de las críticas a Freud «propuestas desde la izquierda» en los años treinta (pero también en años más recientes) se refiere al hecho de que la relación entre la represión y la permisividad en la sociedad capitalista de los años setenta se ha convertido en algo muy complejo. Esta sociedad, de hecho, no es sólo represiva sino que también es —dentro de ciertos márgenes— tolerante. Quizá la obediencia es menos útil al sistema que la participación, la represión menos eficaz y económica que la concesión de ciertos márgenes de autonomía, la inhibición del placer y del deseo menos rentable que la exhortación al individual dejarse llevar, algunas veces, por la fantasía y la espontaneidad. Incluso aunque la represión sexual, como se ha visto más arriba, exista todavía, no constituye ya una barrera tan rígida. Hoy en día, muchos psicoanalistas y los animadores de los «grupos de encuentro» invitan a una espontaneidad prerreflexiva para reencontrar la expresividad corporal perdida; los especialistas del análisis y de la manipulación de los grupos y de las instituciones enseñan a exaltar el derecho al placer del cuerpo, la «libre» creatividad individual (en el interior de los límites establecidos) y quizás incluso la contestación para darle oxígeno al sistema y cortar sus ramas secas. Esto sucede de un modo previsto y controlado; la invitación a «dejarse ir» se recupera en pro de la «autenticidad del encuentro» pero en momentos y lugares señalados: con los ritos y las liturgias de un espontaneísmo institucionalizado se intenta contrapesar la esterilidad de las relaciones humanas.

Todo ello, una vez más, es pura y simple mistificación en la medida en que oculta la existencia de las contradicciones de clase y la violencia de las relaciones de poder: en definitiva, en lugar de una verdadera toma de consciencia, que significa identificación de las *necesidades* (y, por lo tanto, lucha contra la opresión), el sistema propone hoy a los burgueses y a los intelectuales la *libertad del deseo* como premisa –para los individuos privilegiados– de la «realización personal». Se puede evidenciar aquí, concretamente, la inconsistencia de ciertos *slogans*: frente a la exhortación hacia la «liberación del deseo» es necesario recordar que el deseo en abstracto (es decir sin un objeto del deseo) no existe; que el deseo no tiene ningún significado liberador, ni destructivo, si no está ligado a necesidades sociales radicales exactamente identificadas.

Pero, probablemente, no es cierto que la sociedad capitalista se rija hoy *sobre todo* por la «tolerancia represiva» y quizá ni siquiera es tampoco cierto que se rija «tendencialmente» por dicha tolerancia; más bien acude intensamente a la represión en el sentido más directo y brutal y la emplea todas las veces que la considera necesaria o menos costosa. Los problemas reales del poder son tenazmente mantenidos al margen de cualquier contestación seria; los demás son *reciclados* cada vez que resulta cómodo. Pero, una vez más, queda la sospecha de que precisamente a través de sus concesiones la sociedad burguesa se está cavando su propia fosa; el *consenso activo*, enfrentándose a contradicciones estructurales cada vez más graves, cede cada vez más amplio margen a la *actividad del disenso*; quizás el proceso sea irreductible.

Una cierta indicación de respuesta a muchos problemas podría quizá ser dada, más que por la tendencia al rechazo de la vida burguesa por parte de las nuevas generaciones, por algunas observaciones respecto de la figura del revolucionario.

Respecto de las organizaciones políticas de izquierda de tipo tradicional (partidos, sindicatos) y respecto de las típicas organizaciones políticas extra-parlamentarias actuales, los grupos políticos que han actuado durante la Resistencia o que hoy actúan en países en los que existe una situación realmente revolucionaria acentúan la movilización de todos los resortes con la finalidad de la acción política. Mientras que en una organización política en tiempo de paz, los individuos del cuadro y los activistas deben dar una parte de sí mismos y del propio tiempo al grupo y al partido (siendo libres por lo demás de comportarse como crean más oportuno –o lo «mejor posible»– en la vida privada) en las organizaciones militantes en situación revolucionaria el compromiso es más global.

Para los militantes en ciertas situaciones de lucha, de hecho, la realidad misma acentúa las necesidades de aproximar la «vida pública» y la «vida privada» subordinándolo todo a las exigencias políticas. Hemos estado tentados de pensar que, de este modo, las emociones, los afectos, las debilidades personales, las tempestades interpersonales, son duramente reprimidas para subordinarse a un fin cuya racionalidad es —aparentemente— absoluta. Pero es necesario preguntarse si una represión de este tipo es verdaderamente necesaria y verdaderamente funcional.

Los mejores militantes revolucionarios nacen por lo general, y de manera decidida, de un esquema completamente represivo y disciplinario. Estas personas se presentan como vitales, pasionales, capaces de un ligamen emotivo profundísimo con los amigos, los compañeros, los demás militantes, las masas; están dotados de una gran carga de optimismo y de amor por la vida. La necesidad de disciplina y de rigor, el hábito de la modestia y del sacrificio personal, la renuncia a las comodidades e incluso a los antiguos afectos, no sólo no provocan un marchitamiento de la afectividad sino que parecen exaltarla y la catapultan hacia un plano de relaciones interpersonales que es muy distinto del tradicional constreñido por las trabas de los circuitos amicales y familiares. Incluso la relación con las exigencias del cuerpo y con el placer de la imagen se hace más simple y directa. Su respuesta a la racionalidad capitalista parece ser no tanto una nueva racionalidad aún más rígida, exclusivamente dirigida contra el sistema, como la construcción de una *nueva subjetividad*, racional pero apasionada, quizá contradictoria pero libre y vital. No es realista proponerse *hoy*, como algo posible, la reconciliación entre vida privada y vida pública o entre placer y disciplina: pero, en estas personas se dibuja quizás una clara indicación respecto de la dirección en que hay que moverse. También, quizá, de algunos aspectos específicos y particulares del panorama político occidental, así como de las luchas de masas de otros países, se entrevén indicaciones o anticipaciones respecto de lo que será el hombre «rico de necesidades» del futuro. Corresponderá a las generaciones venideras verificar la concreción de lo que hoy aparece aún como algo más que una esperanza.

Notas

La idea que de la salud mental tienen los psiquiatras y demás especialistas no siempre se hace explícita y, en general, cuando se expresa, se hace de un modo no sistemático. Los escritos dedicados explícitamente a este problema no son, en general, las fuentes más importantes: la concepción de la normalidad psíquica se encuentra en otro lugar y se lee, por lo general, entre líneas o en anotaciones diversas. Wilhelm Reich y la izquierda psicoanalítica y sociológica de los años treinta tenían una concepción propia de normalidad; los neofreudianos desarrollaron una distinta, como se ha señalado en el capítulo segundo, y así sucesivamente. (En otro lugar, en el ensayo introductorio a la edición italiana de *Clases sociales y enfermedad mental* de Hollingshead y Redlich, en 1964, me ocupé del problema de la ideología de estas corrientes aunque desde un punto de vista de la naturaleza del trastorno mental muy distinto del que tengo actualmente.) Quisiera advertir aquí que la historia de la ideología de la normalidad es compleja; si bien en los años treinta y cuarenta se manifestó en los Estados Unidos el triunfo del principio de *adaptación* se expresaron al mismo tiempo opiniones contrarias concretas. La crisis de la psiquiatría se corresponde con la nueva aproximación al tema de la normalidad hecha por los autores de los años sesenta (con la filosofía de los «grupos de encuentro» y con el «desarrollo del potencial humano»).

Véanse los siguientes textos, relativamente «de izquierdas» de los años treinta y cuarenta: Kingsley Davis «Mental Hygiene and the Class Structure», en *Psychiatry*, I, 1938 págs. 55 y ss. (reeditado en varias antologías); A. W. Green, «The Middle Class Male Child and Neurosis», en *Amer Sociol. Rev.*, 11 de febrero de 1946, págs. 31 y ss. Otros puntos de vista y análisis, no necesariamente «de derechas» pero, sin embargo, menos críticos y menos conscientes de ciertas contradicciones, nos vienen de un decenio reaccionario y son los de M. Jahoda, *Current Concepts of positive Mental Health*, Basic Books, Nueva York, 1958; de F. C. Redlich, *The Concept of Health in Psychiatry*, en A. H. Leighton, Clausen, y Wilson (a cargo de) *Explorations in Social Psychiatry*, Tavistock, Londres, 1957. Pero, para una buena información sobre el problema de la salud mental, véase también el más dúctil espíritu británico de Lady Wootton en el capítulo 7 de su *Social Science and Social Pathology*, G. Alien y Unwin, Londres, 1960. Es también muy útil la recopilación a cargo de B. Sells, *The Definition and Measurement of Mental Health*, U. S. Govt. Printing Office, Washington, 1968.

En los años sesenta, además de la llamada *crisis de la psiquiatría*, aparece el desarrollo de una serie de estudios de sociología de la desviación y así se produce la inserción en una más vasta revisión teórica de la contraposición entre normalidad y anormalidad mental. Entre los muchos escritos «antipsiquiátricos» que analizan más o menos directamente el problema de la normalidad hay que recordar *The Obvious* de Ronald Laing, en *Dialectics of Liberation* a cargo de D. Cooper (Penguin, Londres, 1968); y *The Death of the Family* de D. Cooper, Penguin, Londres, 1971 (trad. cast. *La muerte de la familia*, Paidós, Buenos Aires).

Para los problemas tratados en el párrafo sobre la *falsa consciencia* me he referido a las siguientes interpretaciones modernas (no todas homogéneas entre sí) del pensamiento de Marx. De G. Bedeschi, *Alienazione e feticismo nel pensiero di Marx*, Laterza, Bari, 1968; de E. Mandel, *La formation de la pensée économique de Karl Marx*, Maspero, París, 1967, caps. 10 y 11; de B. Ollman, *Alienation's Marx Conception of Man in Capitalist Society*, Cambridge Univ. Press, 1971, parte 3.^a; de L. Sève *Marxisme et théorie de la personnalité*, Ed. Sociales, París, 1969, caps. IV-II-2 y IV-II-3, por último y evidentemente de Lukács *Storia e coscienza di classe*.

Si, por una parte, es evidente que el antipsicologismo de Lukács no está en la línea de este capítulo, quisiera precisar (aunque espero que no sea necesario) que no estoy de acuerdo tampoco con ciertas interpretaciones psicologistas de la alienación, como la de Erich Fromm y Fritz Pappenheim. Debo decir además que *La fausse conscience* de Gabel (Ed. de Minuit, París, 1962) que me dejó perplejo cuando fue publicado me ha parecido decididamente deficiente en la relectura. Más interesante de J. Gabel, B. Rousset y Trinh Van Thao *L'aliénation aujourd'hui* (Ed. Anthropos, París, 1974). (Pero, también aquí, la parte menos convincente es la que hace referencia a la psiquiatría.)

Sobre el empleo capitalista y el empleo alternativo del tiempo véase Sève, *op. cit.*, cap. IV-II-2 quizá la parte mejor y más original de su libro.

Sobre el concepto de necesidad y, en particular, sobre las necesidades radicales me he referido a la obra de Agnes Heller, *Bedeutung und Funktion des Begriffs Bedürfnis im Denken von Karl Marx*, traducido en Italia por Feltrinelli en 1974 como *La teoría dei bisogni in Marx*, con un ensayo añadido de la Heller de 1971; además he utilizado el Sève, *op. cit.* en el cap. IV-II-1.

Sobre la subjetividad política, creo que el primer gran teórico a que hay que referirse en la época contemporánea es Fanon, psiquiatra y revolucionario (cfr. G. Jervis, prefacio a la *Opere Scelte di Frantz Fanon* a cargo de Giovanni Pirelli, Einaudi, Turín, 1971). Además, todos los documentos y la historia de la Revolución Cultural China tienen como centro una precisa revaloración de la subjetividad política y revolucionaria. Viceversa, creo que es imposible rendir cuentas aquí del significado demasiado complejo –y quizás ambiguo– de la *subjetividad como reivindicación* en el ámbito de los movimientos políticos y culturales europeos y norteamericanos de oposición en el transcurso de este siglo: desde los surrealistas al movimiento *beat*, a los situacionistas, a algunos aspectos de la revuelta juvenil del 68 hasta los problemas actuales de los jóvenes. Russell Jacoby, en «The Politics of Subjectivity» (*New Left Review*, 79, mayo-junio de 1973, págs. 37 y ss.), la emprende, con buenas razones, con lo que él define como el «culto a la subjetividad» en la Nueva Izquierda Estadounidense; pero, en esta como en otras críticas «de izquierdas» no se puede hacer otra cosa más que sentirse irritado por la mezcla de justo rigor y de incompreensión sustancial que muestran parte de los marxistas más «serios» sobre ciertos problemas. En una vertiente más filosófica creo que la mayor contribución a la relación marxismo-subjetividad nos viene todavía de Sartre. (Remitimos a *Aut Aut*, fase. 136-137, julio-octubre 1973 y en particular al escrito de F. Fergnani.)

Con relación a la temática de «la política de lo cotidiano» las posiciones de Agnes Heller, por cuanto condicionadas por una situación cultural e histórico-política determinada, son de entre las más equilibradas (A. Heller, «La teoría marxista della rivoluzione e la rivoluzione della vita quotidiana, en *Aut Aut*, n.º 127, enero-febrero de 1972; y en *Per una teoría marxista del valore*, Ed. Riuniti, Roma, 1974). Véase también de B. Brown, *Marx, Freud, and the Critique of Everyday Life*, Monthly Review Press, Nueva York, 1973.

Pero quizá los documentos más importantes sobre estos problemas no deben buscarse en textos escritos por intelectuales sino más bien en las publicaciones políticas periódicas actuales. Por ejemplo, de hecho es posible que, querámoslo o no, se puedan leer cosas más ciertas y quizás incluso más profundas sobre la relación política-subjetividad-vida cotidiana-moral burguesa en una revista italiana contracultural como *Re nudo* o en ciertas páginas del *Quotidiano dei lavoratori* (por ejemplo el del 23-24 de marzo del 75) que en muchos libros y artículos más reconocidos.

Un balance completo de toda esta problemática sólo podrá realizarse quizá dentro de unos años. Frente a este vivo debate la palma de la más inútil y desfasada aportación se la llevarán seguramente ciertos intelectuales decadentes que, presas de discutibles y tardías reminiscencias del sesenta y ocho, revenden hoy con absoluta buena fe a los burgueses en crisis la recomendación de leerse a Sade, Artaud, Bataille y Klossowski como campeones del materialismo revolucionario y debo decir que sobre todo el pobre Artaud no se lo merecía.

Algunas notas más:

Sobre el cuerpo y su empleo político véase D. Deleule, F. Guery *Le corps productif*, Repères-Mame, París, 1973. Sobre Reich y el debate de los años treinta véase el capítulo segundo de este manual y el libro de B. Brown ya citado.

Sobre la psiquiatría en la China contemporánea se aconseja consultar los últimos años de una revista seria y política sobre China como *Vento dell'Esti* (Ed. Oriente, Milán). De hecho, una comprensión justa de este aspecto sólo es posible en el ámbito de otros aspectos políticos más generales de la China. Un intento interesante de aplicar en términos occidentales los principios políticos fundamentales de la psiquiatría china es el descrito por S. Piro, *Le tecniche della liberazione*, Feltrinelli, Milán, 1971.

PEQUEÑO DICCIONARIO RAZONADO DE PSIQUIATRÍA

Agotamiento nervioso

Término carente de significado preciso, que sirve para designar, de manera tranquilizadora y neutral, cualquier trastorno psíquico. Ni el sistema nervioso en general, ni el cerebro en concreto, son sistemas u órganos que se «agoten»: esta manera de hablar carece de significado científico.

Alcoholismo

El alcoholismo, o etilismo, es una situación de *dependencia* de la ingestión habitual de bebidas que contienen alcohol etílico: se trata, pues, de la *toxicomanía* de alcohol (véase *Toxicomanías*). Normalmente, alcoholismo y alcoholismo crónico son considerados sinónimos.

El alcoholismo es un problema psiquiátrico de fundamental importancia. Es interesante observar cómo un individuo víctima de alcoholismo agudo, o embriaguez, presenta el comportamiento de una persona aquejada de un serio trastorno psíquico de tipo psicótico: en nuestra civilización encuentra, sin embargo, una notabilísima tolerancia. El alcoholismo agudo se caracteriza por comportamientos que, en el caso de que se atribuyeran a sustancias voluptuosas consideradas «prohibidas» (como todo lo que se incluye bajo el nombre de «droga»), no serían en absoluto toleradas y ocasionarían la más viva alarma social. También el alcoholismo crónico forma parte de nuestra civilización: con tal de que no supere determinados límites, por otra parte variables, es aprobado e incluso estimulado.

El problema del alcoholismo varía según las clases sociales. El fenómeno tradicional del alcoholismo proletario y campesino, ligado al vino, a la miseria y agravado por la desnutrición, ha disminuido en los últimos cincuenta años en los países occidentales. El alcoholismo en su conjunto, sin embargo, va en aumento en Italia y en el mundo: se debe cada vez más a los licores y menos al vino; está más difundido en las ciudades; se extiende a los adolescentes y las amas de casa; respecto al pasado, se manifiesta muchas veces sin clamorosos fenómenos de alcoholismo agudo. Están en aumento las personas que nunca efectúan significativos excesos y que se intoxican y pasan a depender del alcohol con la convicción de que su dosis cotidiana es totalmente inocua. De todos modos, los casos más graves de alcoholismo siguen afectando en su gran mayoría a las personas de condición social más difícil, que beben para soportar situaciones vitales carentes realmente de

perspectivas. La tolerancia social hacia el alcoholismo, tanto agudo como crónico, es notable en general para los alcohólicos de clase social alta: en el caso de los alcohólicos proletarios y subproletarios no sólo hay una tolerancia menor, sino también y sobre todo un *destino vital* muy diferente, que en general conduce a salidas sociales y personales catastróficas.

En términos estrictos, el alcohol es un alimento, porque su oxidación produce calorías: esta energía, sin embargo, no puede ser utilizada eficazmente a causa de los efectos tóxicos concomitantes. Por consiguiente, no tiene ninguna utilidad dietética.

Los efectos principales del alcohol atañen al sistema nervioso, sobre el cual actúa (contrariamente a lo que muchos piensan) como un depresivo: en efecto, desde un punto de vista farmacológico es un narcótico. La ingestión de una dosis limitada produce un cierto grado de desinhibición de las emociones y de la instintividad, con disminución del sentido crítico, euforia y liberación de actitudes impulsivas. Desde el principio se produce un círculo vicioso: la incipiente ebriedad provoca una caída de las inhibiciones y de la autocrítica incluso en lo que se refiere al consumo posterior de alcohol. Con el aumento de las dosis se manifiestan trastornos visuales, restricción del campo de la atención y de la consciencia, disminución del tiempo de reacción a los estímulos, falta de coordinación motriz; a continuación, torpeza, sueño, eventualmente coma. Las intoxicaciones agudas mortales de alcohol son más frecuentes en los niños y en los adolescentes. Desde un punto de vista social, las consecuencias más graves del alcoholismo agudo consisten en los accidentes automovilísticos.

Sin embargo, el problema central del alcoholismo está constituido por el alcoholismo crónico. El hecho de que el consumo de alcohol sea prácticamente universal plantea el problema del límite de la normalidad. Se trata de un falso problema: no existe una frontera entre uso y abuso de bebidas alcohólicas: un uso moderado del alcohol provoca daños moderados, un uso más amplio provoca daños más graves. Minuciosos experimentos han demostrado que incluso dosis muy pequeñas de alcohol producen una disminución de la discriminación, de la memoria, de la destreza de conducción; estas mismas dosis determinan daños orgánicos que se acumulan con el tiempo si la ingestión es cotidiana.

Los aspectos a valorar, en lo que se refiere a la definición y la valoración individual del alcoholismo, son sustancialmente dos: el grado y la dependencia, y la gravedad de los daños orgánicos producidos por el tóxico. La dependencia es el fenómeno por el cual el individuo inserta más o menos establemente el alcohol en su equilibrio vital: en otras palabras, recurre regularmente al alcohol, incluso en dosis eventualmente limitadas, para afrontar las dificultades de su existencia. Así se forma un círculo vicioso, en cuanto el uso del alcohol provoca dificultades a las que se hace frente tras recurrir de nuevo al alcohol. Contribuye a la dependencia alcohólica el *hábito* del organismo, que exige dosis cada vez más elevadas para producir los efectos psíquicos deseados, y manifiesta trastornos después de la privación del tóxico.

El otro aspecto que define al alcoholismo se refiere a la presencia de significativos daños orgánicos, y de alteraciones del comportamiento. Los daños del organismo comienzan en general a manifestarse con síntomas de gastritis (inapetencia), de colitis (diarreas) y con trastornos hepáticos. A largo plazo los daños en el hígado pueden producir la cirrosis hepática. La insuficiente aportación alimenticia y sobre todo vitamínica, consecuencia de la inapetencia además del tipo de vida llevado por el bebedor, se agrava por defectos de absorción intestinal. Muchos trastornos físicos y psíquicos de los alcohólicos se deben, más directamente que al alcohol, a carencias vitamínicas del grupo B: entre ellos, la neuritis y la polineuritis que muchas veces se manifiestan, al comienzo, con trastornos duraderos de la locomoción. En lo que se refiere a los trastornos psíquicos y del comportamiento, el alcoholismo crónico determina alteraciones del tono de humor con irritabilidad e impulsividad, trastornos de la memoria y de la atención, indiferencia moral, disminución de la inteligencia. Los trastornos de la memoria son quizá los más precoces y se manifiestan al principio como una amnesia referente a la borrachera de la noche anterior.

Una posible consecuencia psíquica del alcoholismo crónico es el *delirio de celos*: el alcohólico, quizá también a causa de la menor capacidad sexual ocasionada por el alcohol y por las dificultades psicológicas con la mujer, se convence de que ésta le traiciona y busca de todos modos las pruebas de la traición. Otra posible consecuencia del alcoholismo crónico grave es la *psicosis de Korsakov*, que consiste en una pérdida de la memoria de fijación, el individuo recuerda bien los acontecimientos pasados pero no consigue aprender y recordar nada nuevo: por ejemplo (en el caso de los pacientes internados), dónde está situada la cama del hospital.

Un trastorno especial, que aparece asimismo en el alcoholismo crónico grave, es la *alucino sis alcohólica*: consiste en molestas alucinaciones auditivas, y es un trastorno prolongado.

Los trastornos de abstinencia aparecen, a falta de tratamientos adecuados, cuando el organismo del alcohólico es privado repentinamente de alcohol. El más corriente es el temblor, que aparece en general por la mañana, cuando el individuo está más fácilmente sobrio, y cesa con la ingestión de la primera bebida del día. El *delirium tremens* es un grave trastorno de abstinencia que aparece después de unos días de sobriedad en los alcohólicos crónicos graves, muchas veces con ocasión de un internamiento por enfermedades triviales. Se trata de una psicosis tóxico-confusional aguda: el individuo está desorientado, agitado, asustado por enemigos inexistentes, ve en la cama y en la habitación animales e imágenes. Las condiciones físicas generales están claramente deterioradas; hay trastornos de varios órganos y grandes temblores. En general, el *delirium tremens* se trata eficazmente en el hospital.

Las causas del alcoholismo son sociales, y están relacionadas con las dificultades y las frustraciones de una existencia competitiva. Parece que determinados tipos de personalidades son más propicias al alcoholismo: entre ellas, las personalidades dependientes e inmaduras, y los individuos definidos como «pasivos-agresivos». Pero el alcoholismo puede ser el problema de cualquiera. La terapia del alcoholismo se refiere tanto al tratamiento de sus consecuencias físicas como, y sobre todo, a la liberación del individuo de su dependencia del alcohol. Al comienzo casi siempre es necesario un período de internamiento en un hospital (eventualmente con una asistencia psiquiátrica continuada) para los aspectos orgánicos: pero el problema principal se refiere tanto a la posibilidad de una intervención social (si, como ocurre con frecuencia, existen problemas económicos y sociales) como a una intervención psicoterapéutica prolongada que debe implicar, necesariamente, además de al individuo, al cónyuge y muchas veces a los demás miembros de la familia. Muchas veces son muy útiles las psicoterapias de grupo. En este terreno, puede resultar útil en ocasiones a los pacientes que deseen vivamente dejar de beber, la utilización del *disulfiram* (Antabus), una sustancia que, una vez ingerida, provoca náuseas y malestar si se ingiere también alcohol. Sin embargo, este método nunca debe utilizarse a escondidas o contra la voluntad del paciente, entre otras cosas porque es peligroso y, además, por sí solo resulta ineficaz.

En lo que se refiere a la prevención del alcoholismo, valen las consideraciones generales hechas a propósito de las toxicomanías. En el caso de los alcohólicos y en especial de los superalcohólicos. la presencia de un fuerte impulso publicitario a su consumo, en ocasiones con francas mentiras (por ejemplo, que una determinada bebida favorece el organismo) demuestra de manera especialmente clara cuál es el tipo de opción hecho por el poseedor del poder. Es obvia en tal caso la incompatibilidad entre la promoción del alcoholismo y su prevención de masas.

Notas

N. Kessel, H. Walton, *Alcoholism*, Penguin, Londres 1965; R. W. Me Nichol, *The Treatment of Delirium Tremens and Related States*, Ch. Thomas, Springfield 1970.

Alucinación

Introducción

(Se aconseja ver en primer lugar el término *Delirio*, y también *Psicosis*; dado que la psicología del delirio y de las psicosis antecede a la comprensión de la experiencia alucinatoria.) Alucinación es percepción de algo que no existe y que es considerado real. En la alucinación visual una persona ve personas, objetos, etc., donde no hay nada o donde hay otras cosas. En ocasiones lo que se ve carece de relación con el ambiente (por ejemplo, aparece como proyectado sobre una pared vacía), pero más frecuentemente está integrado con las cosas reales. Si alguien al despertarse, por ejemplo, descubre a un hombrecillo verde que hace cabriolas en el antepecho de la ventana, observará que se coge a los barrotes de la ventana, o que pasa hábilmente entre ellos. Quien tiene alucinaciones auditivas sostiene que con sus propios oídos oye de unas voces claras, precisas, palabras y frases reales. Del mismo modo puede haber alucinaciones olfativas, táctiles, etc. Las *pseudo-alucinaciones* son percepciones que no tienen las características de aparente realidad de las alucinaciones, y que son *criticadas* por el individuo.

Entender por qué y cómo se pueden tener alucinaciones es una de las claves más preciosas para penetrar en el mundo de la psicosis. La alucinación es una experiencia compleja, no un simple «trastorno». Por otra parte, la misma dimensión del «trastorno» es variable: para alguno puede ser una experiencia traumatizante, para otros un hecho marginal. Un paciente aquejado de

alucinosis alcohólica, por ejemplo, vivía una vida casi enteramente normal: se limitaba a sentir molestas voces en los oídos, por lo que se internaba frecuentemente en una sección hospitalaria de otorrinolaringología donde, sin atreverse a hablar de las voces, pedía a los médicos que le examinasen los oídos, en los que afirmaba que oía «ruidos».

Sólo en una minoría de casos las alucinaciones se deben a un trastorno neurológico, es decir, a una especie de lesión eléctrica cerebral, a la específica disfunción de una zona del cerebro. El ejemplo más corriente en dicho sentido es el ofrecido por las alucinaciones olfativas (consistentes en general en malos olores) que constituyen el comienzo de algunas crisis epilépticas. En la mayoría de las ocasiones, sin embargo, las alucinaciones no son un trastorno aislado que pueda considerarse aparte, en sí mismo, sino que son parte integrante e inseparable de una cierta manera de *percibir* la realidad, que es el modo de percepción psicótico.

Podemos decir ahora que los ejemplos dados al inicio, como el del hombrecillo verde, ofrecen en el fondo una imagen inexacta y desorientadora de lo que es la alucinación. El hombrecillo verde no es un elemento extraño que se suma a la percepción normal: siempre es parte de un conjunto perceptivo alterado. Pero ¿*cuan* alterado? No mucho, en todos los casos: la alucinación –por decirlo de algún modo– está detrás del ángulo de la percepción normal cotidiana, casi forma parte de ella. En qué modo la experiencia alucinatoria puede ser no sólo *próxima*, sino también sustancialmente *afín* a la percepción «normal», es lo que intentaremos demostrar en estas páginas.

En el caso de las alucinaciones visuales, es evidente que la alucinación forma parte de una experiencia perceptiva globalmente alterada. Estas prácticamente nunca se presentan en condiciones de consciencia lúcida y despierta. En las alucinaciones visuales el trastorno del estado de consciencia es generalmente agudo y se debe a un estado tóxico cerebral: toda la *consciencia de realidad* es incierta y confusa; todas las percepciones son inseguras, el significado de los objetos más simples aparece transformado, las sombras se convierten en fantasmas, las personas conocidas no son identificadas y parecen enemigas, se proyectan imágenes oníricas al mundo externo. El ejemplo más típico de dicha situación es aquel especial tipo de estado tóxico-confusional que se denomina *delirium tremens* y que aparece en ocasiones en los alcohólicos.

En el caso de las alucinaciones auditivas, en cambio, el sujeto puede estar perfectamente lúcido y despierto: parece percibir el mundo ambiente de manera normal salvo por el hecho de que oye voces o sonidos inexistentes. (Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes en sentido absoluto, y son muy comunes en la esquizofrenia.) Pero si bien es cierto que en tales casos el sujeto percibe correctamente lo que le rodea, hay que preguntarse si también es correcto que sea capaz de distinguir entre una voz «fuera de la cabeza», una voz «dentro de la cabeza», y su pensamiento formulado y transformado en palabras. Como veremos a continuación, el sujeto víctima de alucinaciones está en una condición psicológica caracterizada precisamente por *esta* dificultad; tiene además, muy frecuentemente, motivos específicos para negarse a creer que es él mismo quien produce esos pensamientos y esas voces, y para preferir creer, en cambio, que las voces están fuera de su cabeza y que son independientes de su voluntad. Es más que lícito dudar de que las voces alucinatorias sean *percibidas* de la misma manera que las voces reales: más probablemente, son *interpretadas* como voces reales, y así creídas. Estos ejemplos ya nos permiten comprender cómo el mismo concepto de alucinación tiene unas características y unos límites mucho menos evidentes y definidos de lo que pueda parecer a primera vista. El error que se comete habitualmente al aproximarse al problema de la alucinación consiste en considerarla como una especie de imagen extraña, un objeto fantasmal insertado inadecuadamente en un campo perceptivo concebido como un film, o como una tarjeta postal.

Nuestra dificultad en comprender la experiencia alucinatoria se debe en gran parte a la concepción habitual, ingenua y reductiva, que tenemos acerca de la percepción «normal». Para entender mejor qué son las alucinaciones es necesario esclarecer anteriormente éste y otros conceptos, y esclarecerlos polemizando con los errores y los prejuicios del «sentido común». Los principales conceptos a esclarecer son los de *percepción*, *representación* y *cuerpo*.

Algunos aspectos de la percepción normal

Estamos habituados a considerar nuestra percepción visual del mundo que nos rodea como una especie de fotografía. La percepción visual se nos aparece como un film hecho con los ojos. Estos son como videocámaras en circuito cerrado, con un visor situado en la corteza cerebral, donde un hombrecillo fantasmal (¿el Yo?, ¿la consciencia?) contempla, a través de este mecanismo, lo que sucede en el exterior.

La realidad es muy diferente. Los *estímulos* procedentes del mundo exterior se transforman, en los ojos y en los restantes órganos sensoriales, en *señales* que llegan al cerebro a través de los nervios. Estas señales ofrecen *informaciones* sobre el mundo ambiente y sobre las relaciones entre el cuerpo y éste. La cantidad de información que llega al cerebro en cada unidad de tiempo no es muy grande. Los órganos sensoriales no ofrecen un film detallado y actualizado sobre lo que está alrededor: más que otra cosa ofrecen informaciones «por diferencia» respecto al cuadro informativo general anteriormente construido.

Las señales de los órganos sensoriales no tienen significado *por sí mismas*: sólo son utilizables como informaciones *integradas*, a partir de la experiencia. En otras palabras, las informaciones se convierten en percepciones, y sólo pasan a imágenes en la medida en que son decodificadas, elaboradas e interpretadas en y por el cerebro. El individuo aprende de la experiencia anterior cómo utilizar una señal determinada. La profundidad de una habitación, la percepción de la dimensión respectiva de objetos diversamente distantes, la consciencia de que un plato redondo inclinado es redondo y no ovalado, como se nos presentan, no son más que la *reconstrucción* imaginativa del ambiente a partir de la experiencia práctica. Un ciego de nacimiento que recupere de pronto la vista no entiende el significado de lo que ve: no sabe cómo utilizar las señales visuales, porque nunca ha aprendido a coordinarlas con los demás sentidos y con sus actividades. Tampoco el niño paralítico de nacimiento, si nunca ha podido desplazarse *activamente* y no ha podido explorar el ambiente midiéndolo con sus propios movimientos, llega a adquirir jamás una correcta representación de las distancias y del espacio. Si un experimentador se pone unos anteojos especiales, hechos de prismas o espejos que invierten en 180 grados la imagen, en un primer momento la realidad aparece al revés, el individuo extiende la mano hacia arriba para buscar un objeto que está abajo, y viceversa. Pero si sigue utilizando los anteojos, ensayando en la vida cotidiana normal la coordinación de lo que ve con los movimientos de su propio cuerpo, en el lapso de una semana percibe muchas imágenes prácticamente enderezadas. Una vez más, el cerebro se ha limitado a aprender a utilizar las señales de manera útil: a partir de estas señales, la *imagen representada* de la realidad vuelve a ser la más funcional. Esto es una eficaz refutación experimental de la concepción según la cual el aparato visual funciona como un sistema que se limita a registrar imágenes en la «pantalla de la consciencia».

Así pues, la imagen que tenemos de la realidad es una reconstrucción y una representación de la mente: el mundo «visto» sigue siendo un *escenario* útil, que está dentro de nosotros. La imagen de la realidad está basada en parte en informaciones actuales, pero en parte está constituida asimismo por imágenes viejas, reelaboradas no sólo por la experiencia, sino también a partir de una real y auténtica actividad *imaginativa*. La *pertinencia a la realidad* de esta actividad imaginativa no procede de la supuesta superposición de la «fotografía mental» a la realidad externa (que es un concepto carente de sentido) sino que está en la *praxis* del individuo. En otras palabras, la exactitud de la percepción se verifica en la *manipulación* de las cosas, en el «hacer»; y también, podría añadirse, en el hacer con los demás: es decir, en la práctica social.

La convicción de captar en cada momento una realidad total es ilusoria. Los prestidigitadores hacen desaparecer y reaparecer pequeños objetos gracias al hecho de que el ojo del espectador, aunque esté situado a dos metros de distancia, no sólo no ve todo sino que imagina que ve lo que está acostumbrado a ver. El espectador *integra* lo que de hecho no percibe a través de una actividad imaginativa basada en la propia experiencia, es decir, en la convicción de que los gestos del prestidigitador, aparentemente normales, siguen vías conocidas y usuales. De este modo, como siempre ocurre en nuestra percepción, los gestos del prestidigitador son parcialmente imaginados, pero mal. Su habilidad consiste en realizar gestos aparentemente triviales, en distraer, en ocultar movimientos nuevos bajo los conocidos: si se mueve de manera brusca e innatural, se descubre inmediatamente, porque acaba «por atraer la atención» sobre algunos aspectos de los movimientos que realmente realiza.

Así pues, los detalles de la realidad se organizan según una jerarquía de formas significativas para el individuo, se *construyen* según su uso y su practicabilidad. Los errores son frecuentes. Las *ilusiones* son falsos reconocimientos, atribución de estructuras y detalles a la realidad de acuerdo con deseos, temores y fantasías: se está convencido de ver una cosa, una determinada persona, y parece incluso que se reconocen sus detalles específicos; pero, en realidad, la persona es desconocida, la cosa vista no es aquélla. Las *alucinaciones negativas* consisten en no ver lo que en cambio está presente, muchas veces incluso un objeto que se está buscando y que, sin embargo, está ante nuestra vista. En ocasiones se trata de no conseguir ver una imagen que no coincide con la que nos hemos construido en la mente; muchas veces en no querer ver algo o a alguien que no desearíamos que estuviese presente.

Representación mental y alucinación

La capacidad de representar la realidad, es decir, de crearse *imágenes mentales*, también existe independientemente de una percepción inmediata. Representaciones mentales de cosas, escenas y personas ausentes de la percepción actual pueden ser extremadamente vividas. En ocasiones un rostro conocido y amado se presenta casi espontáneamente y con extraordinaria precisión a los ojos de la mente y en la escena de la memoria, con las expresiones típicas, la voz y detalles que parecían olvidados. Esta capacidad de representar imágenes y escenas sólo es parcialmente controlable por la voluntad: con frecuencia estas reevocaciones de imágenes y de escenas se presentan casi por sí solas asociadas a estímulos específicos y a determinados estados de ánimo. A menos que en aquel momento no provengan del mundo ambiente nuevos estímulos de importancia primaria, puede ocurrir muy bien que por un instante el sujeto imaginante, enteramente absorto, no vea y no oiga lo que tiene alrededor y pierda el contacto con la realidad, sin dejar de permanecer totalmente despierto.

En general, estas escenas y representaciones de la mente se consideran distintas de la percepción real. Si el componente visual de la representación mental es especialmente fuerte, pueden surgir las denominadas *imágenes eidéticas*, que difieren muy poco de una percepción alucinatoria: se trata de una especie de visiones que, sin embargo, no se confunden con la percepción real habitual y son parcialmente controlables por la voluntad. Las imágenes eidéticas son bastante frecuentes entre los niños. La marihuana y el LSD pueden producir en ocasiones (pero no siempre) la posibilidad de producir representaciones visuales que casi tienen carácter alucinatorio.

En muchos individuos normales, 48 horas sin dormir o bien un antineurálgico tomado en ayunas basta para oír «palabras y voces en la cabeza» o «en los oídos» que no difieren sensiblemente de las alucinaciones auditivas; en otros, unas horas de privación sensorial ambiental o una dosis de LSD pueden producir auténticas alucinaciones visuales, o sea, vividas representaciones mentales tomadas por imágenes reales.

Aquí conviene tener en cuenta un punto importante. Las imágenes, las voces y los sabores producidos como *representaciones* de la mente, de la fantasía y de la memoria, o como sueños y fantasías, sólo son reconocidos como *ficciones* en la medida en que el individuo está dispuesto a reconocer que es productor *responsable* de tales representaciones. En nuestra sociedad, los sueños

siempre han sido considerados como un producto de nuestra mente hasta cuando su contenido es desagradable o, incluso, «inaceptable». En las sociedades «primitivas», la responsabilidad personal de determinados sueños puede, en cambio, negarse: por ejemplo, cuando el sueño expresa agresividad hacia personas amigas. En tal caso, el sueño es interpretado como algo que ha sido *enviado* por un enemigo mediante una magia. Lo mismo puede ocurrir en nuestra sociedad en el caso de determinadas representaciones mentales. Cuando el individuo debe afrontar, en el escenario interno de su mente, imágenes y escenas cuya responsabilidad no puede aceptar, las interpreta como algo *externo*. Las representaciones se convierten entonces en autónomas, parecen visiones y voces reales, enviadas desde fuera. Una mujer se queja de oír «voces», «palabras y frases reales en los oídos y en la cabeza». Se trata de una persona lúcida e inteligente; se discute con ella la eventualidad de que estas «voces» estén producidas por ella misma. Pero esto es excluido: «Es imposible, son pensamientos totalmente ajenos a mi mundo, al mundo de mis pensamientos: sólo pueden venir de fuera». Es lícito suponer que en este caso la proclamada extrañeidad indique precisamente el rechazo profundo de aceptar todo un mundo de deseos y de fantasías.

Representaciones y alucinaciones se confunden entre sí. En situaciones experimentales de privación sensorial, en los naufragos aislados en medio del mar, en personas en estado de duermevela (poco después de despertar o antes de dormirse), o en condiciones creadas artificialmente con fines rituales, puede ocurrir fácilmente que representaciones mentales inesperadas y extremadamente vivas se interpreten y refieran como percepciones reales. La escena de Charlot que, en *La quimera del oro*, atormentado por el hambre en una cabaña aislada, ve a su compañero convertido en pollo, indica un hecho no infrecuente, y sitúa con precisión su origen y su posible marco ambiental. En muchas zonas del sur de Italia sigue siendo posible oír, sobre todo en boca de ancianos, relatos extremadamente vivos y precisos de visiones de santos, ambiguamente interpretables como representaciones mentales, alucinaciones o como inconscientes falsificaciones de la memoria. No es raro que personas queridas, recién muertas, puedan ser *vistas* por sus supervivientes más próximos, con representaciones mentales que en ocasiones son tormentosamente «vivas».

No siempre es fácil dilucidar si fenómenos parecidos son o no auténticas alucinaciones. Pero esta duda remite a una pregunta legítima: ¿existe una distinción clara entre lo que es alucinación y lo que no lo es?

No todas las alucinaciones poseen una neta *proyección* en el espacio externo, y tampoco son siempre alucinaciones de *cosas*. Hay diferentes casos incluso en la percepción normal. Por ejemplo, cuando se ve una cosa realmente existente, está *allí* en el espacio; en cambio, cuando se oye un sonido, está situado mucho más ambiguamente *allí* en el espacio, porque también está *aquí*, en el oído; cuando se percibe un olor éste *existe*, pero totalmente desprovisto de objetividad externa; la percepción táctil está sobre la piel o en la piel, no fuera. De la misma manera, algunas alucinaciones, que no tienen una «físicidad» externa, son más fácilmente comprensibles. Veamos dos ejemplos. Una persona profundamente religiosa realiza una acción que considera mala; el mismo día se ensucia por casualidad con excrementos. Se limpia cuidadosamente, pero en los días y en las semanas siguientes, contra toda evidencia y contra la opinión de todos, siente que su cuerpo despidе mal olor. Después el trastorno desaparece. Otro ejemplo más corriente: si la mayoría de las personas son invitadas a imaginar que tienen piojos en la cabeza, al cabo de unos segundos los sienten caminar y tienen ganas de rascarse. Sensaciones desagradables, en ocasiones extremadamente precisas, son por otra parte percibidas por muchísimos individuos neuróticos a nivel de diferentes órganos internos. No es justificable considerar estas últimas sensaciones como auténticas alucinaciones, porque se trata de sensaciones escasamente estructuradas, pero también es discutible considerarlas algo radicalmente diverso a las alucinaciones.

Cuerpo y alucinación

Las alucinaciones claramente referidas al *cuerpo* (como las viscerales y táctiles), o bien ambiguamente referidas al cuerpo (como las olfativas y las auditivas), se desarrollan en un escenario, en un lugar, que es precisamente el cuerpo. No se trata de un espacio «interno» ni de un espacio «externo». La atribución de sensaciones táctiles, olfativas o auditivas a causas externas («me siento tocar por personas malas, hay olores en el ambiente, en la habitación se oyen sonidos y voces») es una explicación que el individuo se da a sí mismo sobre el *origen* de la percepción, pero no atañe al *lugar* de la percepción. Existe una ambigua superposición entre percibir un olor *con* la nariz, o un ruido con los oídos, y percibirlos *en* la nariz, en los oídos. Sólo en el caso de las alucinaciones visuales, como por otra parte en la visión en general, el ojo siempre es, en cierto modo, «saltado», y la percepción o bien es proyectada directamente en el espacio externo, o bien existe únicamente como representación mental, «en la cabeza». Nunca está «en el ojo».

El cuerpo es un espacio ambiguo. El significado del cuerpo puede intuirse al examinar la relación entre estas dos afirmaciones: *a) yo soy este cuerpo; b) yo tengo mi cuerpo.* Cada una de ellas es exacta, pero cada una es incompleta respecto a la otra. La segunda afirmación identifica un concepto importante, el del *yo* como *sujeto* pensante. En el fondo, lo que está realmente *dentro del yo* no es el interior del cuerpo, sino el mundo psicológico: es decir, el teatro interior imaginario de las emociones, de las representaciones, de los pensamientos. El cuerpo es exterior al *yo* pero está *imprecisamente próximo* a él. En ocasiones el *yo* es advertido al mismo tiempo *en el* cuerpo, pero sin embargo separado claramente de él: ésta es la concepción primitiva y religiosa del alma –el *yo* agente– que manda al cuerpo como a una máquina y que constituye su consciencia y su vida. A veces, en cambio, el *yo* es advertido como identificable con el cerebro y con las vísceras: o bien, de manera bastante correcta, aparece indicado como una *función* del cerebro. De este modo, sin embargo, el *yo* aparece como algo abstracto, huidizo y difícilmente imaginable.

Así pues, el cuerpo es «espacio interno» respecto al mundo circundante, al tiempo que «espacio externo» respecto al *yo*. El *yo* «ocupa», o «invierte», en medida variable el cuerpo, es decir, «se concreta» variadamente en él. Algunas partes del cuerpo están más lejos, y otras más próximas, del *yo*. Por ejemplo, lo que ocurre en un pie ocurre en un espacio que está *allí*, lejano respecto al *yo* que lo considera, es decir, a una cierta distancia del sujeto, si bien forma parte de él. Si, en cambio, le ocurre algo a mi mano (por ejemplo, una infección), ésta ya es algo que siento más cerca. Si examino sistemáticamente *mi* relación con las diferentes partes de *mi* cuerpo, entiendo claramente que tiendo a situar en la cabeza, y especialmente en el cerebro y en los ojos, la sede del *yo-que-considero-mi-cuerpo*. Y por tal motivo, como decía antes, en la percepción el ojo es «saltado»: no es un «*lugar-allí-en el cuerpo*» ni tampoco un «*lugar del cuerpo*»; es posible que ni siquiera sea *un lugar*, sino que forma parte del *yo*. El ojo no puede ser considerado: el ojo somos nosotros.

La investidura del yo en las diferentes partes del cuerpo varía mucho, sin embargo, de persona a persona, y según las clases y las culturas. Quien utiliza las manos se identifica más con ellas; según los casos, las vísceras pueden estar totalmente desinvertidas del *yo*, o ser, por el contrario, tan centrales que casi constituyan su sede. Los órganos genitales son vividos muchas veces como un objeto, un mecanismo, un instrumento totalmente exterior al *yo* y, además, como un instrumento amenazadoramente descontrolado (tanto el del hombre como el de la mujer), una especie de máquina extraña, un animal.

Sólo si una persona tiene una vida sexual segura, no ansiosa, y dichosa, los genitales pueden llegar a ser, por el contrario, una parte constitutiva central del yo. En tales casos, durante la relación sexual y el orgasmo, el yo se inviste sin contradicciones en los propios órganos genitales y, como reflejo, el erotismo genital puede investir a todo el cuerpo.

La relación del yo con el propio cuerpo no es considerable únicamente bajo el punto de vista de la «investidura del yo», sino que también debe ser examinada desde el punto de vista del *control* del cuerpo como cuerpo propio, de la *delimitación de sus fronteras* (es decir, de sus relaciones con el espacio externo), y de su *uso social*. El cuerpo, *bisagra* entre el yo y el mundo, recibe significado e identidad como *cuerpo social*, es decir, a través de los modos históricos de la *praxis*. A través de la práctica social, el individuo define su propio cuerpo, su naturaleza, sus límites, su «pertenencia». Un cuerpo no controlado, globalmente desinvertido del yo, extraño, «no perteneciente», externo y, por consiguiente, con fronteras indiferenciadas con el espacio externo, es un cuerpo *despersonalizado*. La despersonalización es una experiencia que puede resultar extremadamente penosa, y es uno de los componentes posibles de la experiencia psicótica.

La distinción entre yo, cuerpo y espacio externo no siempre aparece clara en cualquier circunstancia. Es una de las adquisiciones fundamentales, quizá la superior, en el desarrollo madurador del individuo. En los primeros meses de su vida, el niño aprende que existe una distinción entre el propio cuerpo y el espacio externo; pero puede decirse que la total distinción entre yo, cuerpo y espacio externo no acaba de completarse hasta después de la adolescencia. (La esquizofrenia nace precisamente, en buena medida, de la imposibilidad de madurar plenamente esta distinción.) En circunstancias excepcionales de la vida, leves sensaciones de despersonalización, y rupturas y confusiones entre espacio interno del yo, espacio del cuerpo y espacio externo, son posibles incluso al margen de lo que suele llamarse trastorno psíquico. La anestesia general o la ingestión de sustancias como el LSD, por ejemplo, pueden dar lugar a transitorias alteraciones de este tipo. En tales casos, uno puede sentirse distanciado del propio cuerpo, o bien sentir el mundo externo *en* el propio cuerpo, o el propio cuerpo en el mundo externo.

Por otra parte, el problema se complica con la *investidura del yo* en objetos, personas y espacios externos al cuerpo. Así, por ejemplo, la ropa, que sirve indirectamente para definir las características sociales de la persona; en el caso de un mutilado, su prótesis; en el de un accidentado, su escayola: todas

estas cosas pasan a formar parte de la propia *imagen del cuerpo*. (Extraer la escayola de una fractura curada –sobre todo en el caso de un niño– puede provocar una violenta emoción, y en ocasiones un desvanecimiento.) Pero la investidura del yo se extiende mucho más allá de la imagen del cuerpo. Así pues, el yo se inviste en la casa, en los objetos personales y queridos; para la mayoría de los padres, en los hijos. Estas investiduras externas son auténticas «prolongaciones» del yo.

Los límites entre yo, cuerpo y mundo externo, nunca son, por consiguiente, límites claros y rígidos, sino *articulados*, y a veces *fluidos*. Esto explica la gran facilidad con que, en determinadas condiciones psicológicas, estos límites pueden llegar a ser *confusos*.

La alucinación no debe explicarse en sí misma, sino que debe ser entendida con relación al problema de la representación mental, al problema del cuerpo, y a la experiencia de la psicosis. La alucinación no es más que una representación mental proyectada y hecha autónoma en un espacio que no es el propio de las representaciones mentales.

Si existe una definición incompleta de las relaciones entre espacio interno al yo, espacio del cuerpo, y espacio externo, la representación mental adquiere autonomía y apariencia de realidad. Pero para que pueda hablarse de alucinación, es preciso que la representación aparezca escondida de la actividad pensante e imaginativa, es decir, que sea renegada. Así pues, la alucinación se verifica (es decir, se produce y atribuye a estímulos externos, y situada en el exterior) cuando el yo no controla totalmente los contenidos y los límites del propio espacio corpóreo, o del espacio externo, y cuando no consigue apropiarse plenamente su producción imaginativa. Todas éstas son algunas de las características típicas de la condición psicológica que denominamos *psicosis*, y dentro de ella de la llamada esquizofrenia.

Quisiera concluir estas notas sobre las alucinaciones con lo que cuenta Cooper en un pasaje de *La muerte de la familia*.

«Un monje tibetano entregado a un prolongado y solitario retiro meditativo comenzó a sufrir alucinaciones, en las que veía una araña. La araña se le aparecía cada día, y cada vez era mayor, hasta que llegó a ser tan grande como el propio hombre y de aspecto muy amenazador. Llegado a este punto, el monje pidió consejo a su gurú, y obtuvo una respuesta:

“La próxima vez que se te aparezca la araña, dibuja una cruz en su vientre y después, al cabo de una debida reflexión, coge un cuchillo y húndelo en el centro de la cruz”.

Al día siguiente, el monje vio la araña, dibujó la cruz y reflexionó. Y precisamente cuando estaba a punto de hundir el cuchillo en el vientre de la araña, bajó su vista y descubrió con estupor que tenía una cruz dibujada con tiza en su propio ombligo.»

Notas

El librito de R. L. Gregory, *Eye and Brain*, McGraw-Hill, Nueva York 1966, es una excelente introducción elemental al problema.

Consúltense además: M. D. Vernon, *The psychology of Perception*, Londres, 1962; respecto a las peculiaridades de la percepción visual me he referido a algunas observaciones de Husserl en *Phänomenologische Untersuchungen*, II, 3, 37 (especialmente pp. 541 y ss. de la edición italiana *Idee per una fenomenología pura e per una filosofía fenomenologica*, a cargo de E. Filippini, Einaudi, Turín, 1965); sobre la vista como experiencia, J. M. Heaton, *The eye: Phénomenology and Psychology of a Function and Ducrder*, Tavistock, Londres, 1972; sobre percepción y representación mental, M. Horowitz, *Image Formation and Cognition*, Londres, 1970; A. Richardson, *Mental Imagery*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1969; es fundamental, M. Merleau-Ponty, *Phñomenologie de la perception*, París, 1945; sobre el cuerpo, aparte el anterior, M. Bernard, *Le corps*, Ed. Universitaires, París, 1972. Sobre las alucinaciones en sí mismas (en el supuesto, no admitido, de que puedan ser tratadas aparte la percepción normal) el estudioso puede encontrar datos y clasificaciones en el *Traite des hallucinations*, de H. Ey, Masson, París, 1973.

Anorexia mental

Se trata de un trastorno psíquico especial y poco frecuente, que irecta de manera casi exclusiva a las jóvenes, y consiste esencialmente en un rechazo a alimentarse. El adelgazamiento, siempre intenso, puede llevar a condiciones de extrema debilidad, e incluso a la muerte. Aparte del rechazo a alimentarse y asimilar la comida y la aparente despreocupación total por el adelgazamiento, el comportamiento es vivaz y aparentemente normal.

En la condición psicológica de la anorexia se reconocen problemas de identificación con el papel biológico y social femenino, así como aspectos de un más amplio trastorno psicológico de todo el núcleo familiar. Las posibilidades de tratamiento reposan exclusivamente en la psicoterapia: los mejores resultados se obtienen con la psicoterapia de la familia.

Nota

M. Palazzoli Selvini, *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milán, 1963.

Ansia

El ansia es una condición fisiológica y psicológica no anormal en sí misma: puede interesar a la psiquiatría en tanto que ansia neurótica (véase *Neurosis*) o ansia psicótica (véase *Psicosis*).

Autismo

Como significado general, véase *Esquizofrenia*. El *autismo infantil* es una condición psicótica afín a la esquizofrenia, que consiste esencialmente en la pérdida de relaciones humanas por parte del niño: éste se recluye en sí mismo limitándose a mantener relaciones con objetos, y tratando a las personas como objetos inanimados. Salvo cuando el autismo infantil aparece en el curso de una insuficiencia mental, o cuando es ocasionado por una enfermedad evolutiva del cerebro, la inteligencia aparece normal. Se trata de una condición psicológica poco frecuente, difícil y lenta de curar, ligada probablemente en muchas ocasiones a relaciones psicológicas anormales entre los padres y el niño durante los dos o tres primeros años de vida. Se trata con una psicoterapia intensiva, efectuada por personas competentes.

Nota

M. Rutter (a cargo de), *Infantile Autism: Concepts. Characteristics and Treatment*, Churchill Livingstone, Edimburgo, 1971.

Ciclotimia

Sucesión alternada de episodios depresivos (véase *Depresión* y maníacos (véase *Manía*). Llamada también «psicosis maníaco-depresiva».

Confusión mental

Véase *Consciencia*, como trastornos del estado de consciencia.

Consciencia, como trastornos del estado de consciencia

Se habla propiamente de *estado de consciencia despierta o lúcida*, para designar la condición de atención al ambiente, y de autoconocimiento, que caracteriza a la persona perfectamente despierta. Las alteraciones principales del estado de consciencia son el torpor, la confusión, el estado crepuscular, el coma. Se trata de trastornos de tipo psicótico «orgánico».

El *torpor*² es la condición típica de la persona no totalmente despierta, que tiene una consciencia ofuscada, aparece fuertemente soñolienta, lenta de pensamientos y de reacciones al ambiente, y no demasiado consciente de lo que sucede alrededor. Ejemplos típicos son el torpor de los sedantes (por ejemplo, el estado onnubilado del individuo bajo la acción de fuertes somníferos), el torpor del alcoholismo agudo grave, el torpor debido a enfermedades cerebrales como encefalitis o tumores, o al despertar de un sueño profundo o del coma.

La *confusión mental* ya es una situación más compleja de alteración de la consciencia, y es típica de las psicosis orgánicas agudas. El individuo ya no es plenamente consciente de lo que sucede alrededor, y puede estar tanto onnubilado como excitado y agitado. Es característico de la confusión mental la desorientación respecto al tiempo y al espacio, que se asocia a falsos reconocimientos, y a la sucesión incoherente de expresiones verbales y de intenciones motoras inadecuadas a las circunstancias. Pueden darse estados Transitorios de confusión mental en los niños con fiebre alta, sobre todo nocturna; en algunas enfermedades graves generales caracterizadas por un estado tóxico del organismo; en muchas enfermedades del cerebro; después de traumas craneales; durante un breve tiempo al despertar del coma o de una crisis epiléptica; en todas las psicosis orgánicas agudas conocidas como psicosis tóxico-confusionales; en algunas ocasiones, en la excitación maniaca acentuada, y en las psicosis agudas muy graves de tipo esquizofrénico; bajo la acción de sustancias tóxicas de tipo vario, etc. La confusión mental es una *desestructuración* de la consciencia: las experiencias perceptivas no se *organizan* en un conjunto coherente, sino que invaden la mente en una

² [sopor]

confusión caótica, mezclándose a pensamientos, representaciones mentales, imágenes y sentimientos *proyectados* en el ambiente exterior. El individuo no distingue entre lo que sucede en la mente y lo que sucede en el mundo exterior. Así pues, aparecen con facilidad alucinaciones, ilusiones véase *Alucinación*); en ocasiones, se producen auténticos *estados oníricos*, u oniroides.

El *estado crepuscular* se caracteriza por un *estrechamiento* del campo de la consciencia. El individuo interrumpe casi totalmente sus relaciones con el ambiente y no es consciente de lo que sucede a su alrededor, salvo en un ámbito extremadamente restringido, que se refiere a la acción concreta que está llevando a cabo. Las acciones realizadas durante el estado crepuscular son casi siempre simples acciones habituales: caminar, desplazar maquinalmente un objeto, decir frases triviales, efectuar consuetudinarias actividades domésticas. Para el observador atento, el comportamiento aparece caracterizado por una profunda distracción: la persona parece ausente; por otra parte, no conserva ningún recuerdo de lo ocurrido.

El ejemplo más común de estado crepuscular es el sonambulismo, que es frecuente (y habitualmente no anormal) en los niños.

Puede haber asimismo estados crepusculares epilépticos, e histéricos.

El *coma* es una condición de ausencia de estado de consciencia parecida al sueño; pero se diferencia de éste en que el individuo no puede ser despertado ni reacciona a estímulos normales.

Otras alteraciones, más complejas y sutiles, del estado de consciencia, son provocadas por la introducción en el organismo de determinadas sustancias químicas, como los llamados alucinógenos.

El estado de consciencia lúcido es inseparable de la presencia de un triple *objeto de consciencia*: la consciencia de uno mismo como consciencia reflexiva, es decir, como consciencia del propio *ser sujeto*; la consciencia del propio cuerpo; y la consciencia del mundo externo. En los trastornos psicóticos (tanto orgánicos como «endógenos», pero en especial en los de tipo esquizofrénico) siempre existe, por definición, una dificultad en percibir con claridad el objeto de la consciencia, y en distinguir entre sus tres aspectos constitutivos. En la esquizofrenia, esto se produce sin un real trastorno del estado de consciencia, es decir, en condición de consciencia lúcida.

Deficiencia mental

El término deficiencia mental puede considerarse sinónimo de *frenastenia* y de *oligofrenia*. En sentido estricto, designa la condición de los sujetos portadores, desde la primera infancia, de lesiones cerebrales que ocasionan una significativa disminución de las capacidades operativas de la mente.

El cerebro de un deficiente mental no tiene una enfermedad: tiene una lesión, que es el resultado de una enfermedad sobrevenida en el pasado.

Las lesiones cerebrales que ocasionan deficiencias mentales son destrucciones extendidas de la corteza cerebral. Puesto que las células nerviosas no aumentan a lo largo de la vida, y no pueden regenerarse una vez destruidas, se trata de lesiones permanentes. Así pues, desde su primera infancia, el individuo debe utilizar un cerebro que, en cuanto instrumento de elaboración de los datos de la experiencia, dispone de capacidades reducidas respecto al cerebro normal. Las deficiencias mentales deben considerarse algo diferente a las *demencias*: éstas son situaciones de pérdida de inteligencia que surgen después de la infancia, y que casi siempre tienden a empeorar con el paso del tiempo.

Las causas de las lesiones cerebrales que determinan la deficiencia mental son muy variadas. Antes del nacimiento pueden formarse lesiones que se distinguen en *genéticas* (o sea ligadas a una alteración existente desde la célula-huevo), muchas de las cuales son hereditarias, y en *adquiridas*. Entre las adquiridas están las infecciones del embrión. Por ejemplo, algunas enfermedades víricas (como el sarampión), cuando afectan a la madre, lesionan al embrión en los 2-3 primeros meses del embarazo, produciendo en tal caso daños irreversibles en el cerebro. Entre las muchas alteraciones genéticas la más conocida es la *enfermedad de Down* o «trisomía 21» (llamada mongolismo) que consiste en una alteración de todas las células del organismo, y, por consiguiente, también de las del cerebro. Otras alteraciones genéticas consisten en la falta de enzimas concretos en el organismo: en tales casos, el organismo se enfrenta a una autointoxicación progresiva porque determinadas sustancias tóxicas que produce no pueden ser expulsadas. El órgano más afectado sigue siendo el cerebro y, en tal caso, el trastorno puede manifestarse con un desarrollo progresivo en el sentido de que el niño, en apariencia normal al nacer, empeora después gradualmente. Así pues, el trastorno asume el carácter de una enfermedad evolutiva y se asemeja por este aspecto a una demencia. La más conocida de estas *oligofrenias dismetabólicas* es la *oligofrenia fenilpirúvica* que se puede corregir parcialmente si se

interviene muy pronto con una dieta especial. El *cretinismo* es la deficiencia mental debida a una ausencia congénita de la tiroides: también en este caso es posible una intervención terapéutica si el diagnóstico se hace precozmente.

Las causas que intervienen en el momento del nacimiento van ligadas al mecanismo del parto, y en su mayoría se deben a la asfixia del niño por un parto prolongado y dificultoso. Los conocimientos y las técnicas de que se dispone actualmente en materia de obstetricia están tan perfeccionados que reducen al mínimo —en caso de ser aplicados correctamente— los riesgos para el niño. El hecho de que sigan naciendo muchísimos niños con lesiones cerebrales permanentes debidas al parto debe atribuirse casi exclusivamente, pues, al hecho de que la organización sanitaria es defectuosa, y los médicos no siempre concienzudos y preparados. En efecto, quien, gracias a su dinero y posición social, puede asegurarse una buena asistencia durante el embarazo y el parto, difícilmente tendrá un hijo deficiente mental por razones debidas al parto. Basta con comprobar la condición social de los niños con lesiones cerebrales internados o visitados en cualquier institución o centro para deficientes mentales, para descubrir que en su gran mayoría son hijos de familias pobres.

Las causas que intervienen después del nacimiento consisten fundamentalmente en encefal meningitis, que a veces curan dejando amplias destrucciones de sustancia cerebral.

Muchas causas que provocan deficiencia mental, por ejemplo, las lesiones del parto, provocan también con facilidad epilepsia y parálisis cerebral. (La parálisis cerebral es un trastorno de los movimientos debido a lesiones del cerebro.)

Los niños con deficiencia mental pueden ser portadores de una lesión más o menos grave; los grados más graves de deficiencia mental se denominan *idiotéz*, los que son algo menos graves *imbecilidad*. Muchas veces se utiliza la *edad mental* para indicar groseramente el nivel de inteligencia de un niño deficiente mental: por ejemplo, un niño de ocho años puede tener una inteligencia similar a la de los niños normales de cuatro años: se dice entonces que tiene una edad mental de cuatro años. Dividiendo la edad mental por la edad cronológica se obtiene el *cociente intelectual* que se expresa habitualmente en centésimas y en el caso citado es de 50/100, o sea 0'50. Recordamos estas nociones porque son de uso común, pero cabe dudar de su utilidad. En efecto, no es posible en primer lugar valorar la inteligencia

de manera abstracta: con toda probabilidad la inteligencia «pura» no existe, y lo que siempre se valora es el conjunto de conocimientos y capacidades de un individuo determinado en una edad determinada: pero éstos varían sobre todo por el aprendizaje. En segundo lugar, para efectuar estas valoraciones numéricas se utilizan unos *test o reactivos*, sobre cuyo significado y sobre cuya autenticidad y utilidad real se discute mucho en la actualidad, entre otras cosas porque parecen privilegiar el tipo de «inteligencia» de la clase media. En tercer lugar, parece criticable reducir la compleja valoración cualitativa de un individuo como el niño (deficiente mental o no) a un número, que, en definitiva, dice poco.

Un niño nacido con un cerebro normal puede ser más o menos «dotado»: de cualquier manera, está capacitado para desarrollar sus potencialidades con excelentes resultados si desde un principio se le ofrecen relaciones interpersonales afectuosas y estables, si es estimulado a jugar, explorar, hablar, si poco a poco es animado a enfrentarse de manera activa y creadora con un mundo cada vez más complejo. Si, en cambio, las relaciones afectivas son insuficientes o contradictorias y los estímulos son pobres, la inteligencia del niño no se desarrolla en todas sus posibilidades.

Nos encontramos entonces con un cuadro de *pseudodeficiencia mental*. El cerebro carece de lesiones anatómicas pero las prestaciones del niño son inferiores a las de la mayoría de los niños de su edad. Sabe hacer menos cosas, posee menos nociones, dispone de menores capacidades operativas (es decir, en la práctica, es menos capaz de aprender): en una palabra, parece menos inteligente. Además, casi siempre está más inseguro, más tímido, menos alegre; tiende menos a explorar y a conocer, tiene muchas veces crisis de ansia y problemas neuróticos; con mucha frecuencia también está delicado. Se entiende, pues, que su desventaja respecto a los demás tienda a aumentar con el transcurso de los años.

Esta es la situación típica del niño crecido en condiciones de clara desventaja social: de quien ha crecido en orfanatos y asilos, o en familias muy pobres y numerosas, o en núcleos familiares arrasados por la miseria y la ignorancia. La desventaja tiende a aumentar posteriormente cuando este niño es discriminado en la escuela por sus condiciones sociales, por el escaso dominio de la lengua, por la dificultad en utilizar símbolos y conceptos abstractos, así como también por la aparición de problemas disciplinarios.

El resultado es una condición psíquica aparentemente igual a la de una deficiencia mental no grave (o de gravedad media) por lesión cerebral. (En algunos casos, los trastornos de un niño de este tipo pueden ser, sin embargo, mucho más serios, sobre todo cuando se unen problemas de *autismo*.)

Existe, no obstante, una diferencia fundamental: mientras en el caso de una lesión cerebral las capacidades del individuo tienen un límite objetivo, que es un límite anatómico invariable para toda la vida, en las pseudodeficiencias mentales existe sustancialmente una infrautilización del cerebro, y es posible, por tanto, una recuperación sustancial, en ocasiones incluso rápida.

En el extremo opuesto de este caso aparece el niño físicamente sano porque está bien tratado, insertado desde los primeros meses de vida en una relación muy estimulante con otros niños y con adultos inteligentes, afectuosos y atentos a sus exigencias. En la escuela recibirá muchas veces las mayores atenciones del enseñante, y devolverá esta atención con prestaciones cada vez mayores.

No se deben extraer conclusiones esquemáticas: es obvio que existen numerosísimos niños de clase superior que sufren problemas neuróticos, nacen no demasiado inteligentes, están poco estimulados afectivamente, etc.; de igual manera, es obvio que casi todos los niños de ambiente obrero crecen normalmente inteligentes; también los niños que viven en zonas agrarias *no* deprimidas están en condiciones análogas. Entre todos estos niños algunos gozarán de un cerebro especialmente brillante, de padres y de ambientes vitales vivaces y estimulantes, pese a la discriminación social se desenvolverán magníficamente bien en la escuela; etcétera.

Pero, en cualquier caso, si consideramos un gran número de casos, existe una correlación general entre las *prestaciones* del niño (o, mejor dicho, sus éxitos escolares y en las pruebas con el psicólogo) y su condición social.

Esto lleva a algunos a concluir que existe una correlación entre inteligencia y condición social. Aunque fuese cierto, no significaría en absoluto que los niños de clase social elevada *nacen* con una inteligencia superior, gracias a privilegiadas herencias. El punto a destacar sería otro. Es cierto, probablemente, que graves deficiencias afectivas y educativas (y –cabe añadir– reales deficiencias alimenticias) producen un cuadro de pseudodeficiencia mental, es decir, una real *desventaja* de la capacidad de algunos frente a cualquier tarea requerida por la vida. Pero aparte estos casos, casi todos los demás niños, también de condición no privilegiada, que son considerados «menos

«inteligentes» respecto al hijo del profesional o del burgués rico, no son en absoluto «menos capaces». Se les discrimina, simplemente, a través de criterios valorativos que son cualquier cosa menos objetivos: así pues, son —muchas veces de manera no deliberada— «mantenidos atrás» para que asuman en la vida tareas subordinadas. Es el criterio de la valoración de la inteligencia, diría incluso el mismo concepto de inteligencia, lo que se manifiesta inadecuado e impropio: lo cierto es que niños de clases sociales distintas tienen diferentes capacidades en campos diversos, según la educación que han recibido, el ambiente social en que han crecido, el diverso tipo de personalidad de que son portadores. Pero la sociedad en que vivimos valora más algunas capacidades que otras.

La división de los niños en superdotados, normales e infradotados es, pues, una mistificación: el aval pseudocientífico de una discriminación de clase, no una selección a partir de «dotes naturales».

Existe una tendencia general a considerar auténticos deficientes mentales a niños carentes de lesiones cerebrales, que, en realidad, están en una condición de pseudodeficiencia mental; de este modo, existe la tendencia a considerar «menos dotados» o «menos inteligentes» a niños enteramente normales que ni siquiera son pseudodeficientes mentales, y que han cometido el único error de no ser de condición social elevada, de hablar el dialecto mejor que la lengua, de no haber adquirido, en casa, mucha familiaridad con la pluma y con los libros, de preferir el aire libre a las cuatro paredes de las aulas, de no entender (¡justamente!) el sentido y la utilidad de nociones abstractas, librecas, inútiles e incluso absurdas.

De ahí, la tendencia a *psiquiatrizar* una cantidad de niños que no tienen nada, o bien poco, de psiquiátrico, y de separarles de los demás a través de escuelas y clases diferenciales o especiales, clases «de segunda categoría», instituciones y centros «de recuperación». Todas estas instituciones no sólo no recuperan, sino que discriminan, y disminuyen las posibilidades sociales de los niños, creando situaciones psicológicas de malestar, conflictos y graves inseguridades.

Tanto los niños pseudodeficientes mentales como los equivocadamente considerados inferiores a los demás, necesitan en primer lugar no ser discriminados. Si en algunos casos requieren atenciones particulares, éstas conciernen casi siempre a sus problemas emocionales y afectivos, antes que a los intelectuales.

En cualquier caso, deben ser tratados con los demás niños, en el ámbito de un sistema educativo que asegure a todos iguales oportunidades, y que en todo caso tienda a favorecer al más débil, no al originariamente privilegiado.

Considérese ahora, a partir de lo dicho, el destino de los niños que presentan realmente una desventaja orgánica de lesión cerebral, es decir, un auténtico *handicap* mental.

Un niño normal está dotado de instrumentos que le permiten aprovecharse del ambiente para aprender a manipular objetos, a moverse, a hablar. Si el ambiente no es anormalmente desfavorable, este proceso se desarrolla en general sin tropiezos. Pero si existe una limitación de las capacidades de la mente, el niño necesita una ayuda mucho mayor: debe ser estimulado, ayudado y asistido con especial atención, debe ser guiado con paciencia a adquirir capacidades y autonomías cada vez mayores. Si todo esto no se hace precozmente, si el niño considerado anormal es abandonado a sí mismo, rechazado o (y sucede muy a menudo) tratado como un perenne lactante, sus capacidades no podrán desarrollarse ni en la medida de sus limitaciones orgánicas. Es decir, a la auténtica deficiencia mental acaba por sumarse una pseudodeficiencia mental, «cultural», que se agrava con relación a la facilidad con que el niño, debido a su situación social, es dejado solo o confiado a una institución de recuperación.

La valoración de un deficiente mental no puede consistir únicamente en la apreciación de sus capacidades mentales, o, menos aún, en la de esa actividad imprecisa y abstracta denominada inteligencia. Debe ser, por el contrario, una valoración articulada de su personalidad y de sus diferentes aptitudes. En ocasiones, las lesiones cerebrales de que es portador el niño pueden ocasionar torpeza psíquica, inquietud, dificultad de atención; su personalidad puede hacerle más propicio al aprendizaje verbal que al aprendizaje práctico, o bien más inclinado a actividades manuales, etc. Todo deficiente mental es un caso aparte, lleno de características complejas. Así pues, el individuo puede tener también problemas neuróticos de varios tipos y formas de cerrazón psicótica de tipo autista. La valoración de un caso debe incluir asimismo (y de manera no secundaria, sino asignando a estos factores una importancia central) un examen de la situación global de vida: la actitud, el equilibrio emotivo, la capacidad educativa de los padres deben valorarse en primer lugar, de la misma manera como es necesario comprender cuáles son los recursos culturales y sociales del ambiente familiar, cuáles las posibles relaciones con los demás niños y adultos, etcétera.

Según una distinción bastante usual, los deficientes mentales se dividen en «recuperables» e «irrecuperables». Hay que decir que pocas veces se ha visto un diagnóstico tan estúpido y desorientador. Si se considera la desventaja psicológica debida a la lesión cerebral, está claro que es inmodificable: un niño deficiente mental será deficiente mental toda la vida. Pero si se consideran las posibilidades educativas, es posible una recuperación parcial incluso en los casos más desesperadamente graves. Ningún deficiente mental carece de posibilidades de aprender. En el caso de los niños más gravemente desventajados, se tratará de cultivar y desarrollar sencillas reacciones al ambiente, las más elementales relaciones afectivas, condicionamientos y respuestas a estímulos repetidos; para muchísimos otros, el objetivo a alcanzar es el control de las necesidades fisiológicas, y la adquisición del máximo posible de autonomía en lo referente a las actividades de la vida cotidiana (comer por su cuenta, vestirse, etc.); en los casos menos graves, el problema está en alcanzar un adecuado nivel de socialización autónoma tanto en la familia como en la sociedad externa (saber caminar por la calle, tomar el autobús, afrontar a personas desconocidas, etc.); y con algunos, se podrá afrontar incluso la enseñanza de la lectura y de la escritura, actividades laborales, formas de socialización más complejas.

En esto consiste la terapia de las deficiencias mentales: es, esencialmente, un problema educativo. En cierta medida, sin embargo, también es un problema psicoterapéutico: los padres del deficiente mental son, en general, personas que necesitan una ayuda técnica para superar los problemas emocionales planteados por la existencia de un hijo anormal. La madre, en concreto, tiene casi siempre sentimientos de culpa, y con frecuencia intenta superarlos con actitudes de excesiva protección y dedicación respecto al hijo: estas actitudes, en general, le perjudican más que le favorecen, porque no es ayudado a ser autónomo. El padre, en cambio, reacciona muchas veces «negando» la realidad de tener un hijo anormal, e intenta evadir sus responsabilidades. Pero también el deficiente mental, sobre todo llegada la adolescencia, tiene problemas neuróticos, y muchas veces problemas de personalidad, de los que es necesario ocuparse.

Tanto en la infancia como cuando el deficiente mental comienza a ser adulto, el problema de la intervención terapéutica es inseparable del problema de las estructuras asistenciales. Estas se refieren sobre todo a las oportunidades educativas al margen de la familia: escuela, centros especiales en régimen de externado, estructuras asistenciales para deficientes adolescentes y adultos, centros de adiestramiento, casas-familia, etc.; pero también formas de seguro

y de asistencia para el momento en que los padres ya no puedan proveer a ellas, y así sucesivamente.

Los deficientes mentales leves deberían ser insertados en la medida de lo posible en escuelas y estructuras educativas normales, y en contacto con niños normales. Existe, sin embargo, la tendencia general a enviar a instituciones de internamiento a niños considerados «irrecuperables» que, en cambio, deberían ser educados en centros especiales en régimen de externado para deficientes mentales graves; a insertar en estos centros especiales a niños que serían capaces (con las ayudas oportunas) de frecuentar grupos escolares para normales; a reagrupar en clases diferenciales o especiales casos tan leves que podrían participar en escuelas para normales. También en estos casos, la selectividad, la competición individualista y la discriminación social que dominan el sistema educativo «normal» se reflejan en el tratamiento reservado no únicamente a los deficientes mentales sino también a los niños erróneamente considerados como tales.

La tendencia y el deseo natural de los padres es considerar a su hijo como aquejado de un trastorno tratable con los instrumentos de la medicina o de la cirugía: de ahí se derivan gastos y sacrificios totalmente inútiles en visitas a famosas eminencias médicas, medicinas, vitaminas. De ahí, también, la tendencia a tener confianza en instituciones y métodos que, en lugar de dirigirse a las necesidades psicológicas y educativas del niño, proponen simplemente unos «tratamientos».

Es oportuno recordar que sólo en casos muy raros, que deben valorarse atentamente, puede ser oportuno suministrar tranquilizantes suaves a deficientes mentales muy inquietos (pero, en la mayoría de los casos, la inquietud tiene causas psicológicas, interpersonales, educativas, y es a ese nivel donde hay que intervenir), o estimulantes leves, en el caso de niños muy retardados. Conviene insistir en que todas las demás medicinas no sirven para nada o perjudican (si se excluyen los casos poco frecuentes de oligofrenias dismetabólicas que requieren dietas muy especiales).

En la actualidad, tiene mucha importancia la prevención de las deficiencias mentales. Puesto que algunas formas son hereditarias, los cónyuges en cuyas familias existan casos de deficiencia mental susceptibles de ser transmitidos (la enfermedad de Down, por ejemplo, puede serlo) deberían someterse a exámenes cromosómicos antes de concebir hijos. La vacuna contra el sarampión y la higiene en el embarazo son fundamentales. En algunos casos,

es posible diagnosticar la anormalidad del embrión desde los primeros meses del embarazo, y practicar el aborto. Como ya hemos dicho antes, la asistencia al parto es de excepcional importancia y llega a constituir la más importante tarea preventiva respecto a las deficiencias mentales en general. En los «embarazos difíciles» el parto sólo debería efectuarse en ambientes hospitalarios bien equipados, cosa que no siempre ocurre. Después del nacimiento, un sencillísimo análisis de la orina del niño puede permitir diagnosticar la oligofrenia fenilpirúvica; retrasos en la adquisición de las etapas normales de desarrollo psicomotor en los primeros años pueden y deben conducir a diagnósticos precisos y correctos y, por tanto (en los casos en que esto sea posible y útil), a terapias precoces; formas inflamatorias capaces de provocar infecciones del cerebro pueden ser prevenidas y tratadas de manera eficaz.

Por muy importante que sea el problema de la prevención y del diagnóstico precoz de las deficiencias mentales (en primer lugar –que quede claro– en lo que se refiere al problema de la asistencia obstétrica), conviene precisar que hoy es probablemente más urgente afrontar y combatir la discriminación que en las estructuras educativas y en la sociedad empareja en una misma opresión (y muchas veces en un mismo destino vital e incluso en unas mismas etiquetas de diagnósticos) al «subnormal» biológico y al subnormal por motivos sociales.

Notas

Un texto claro, de carácter introductorio y útil para educadores y padres es B. H. Kirman, *The Mentally Handicapped Child*, Th. Nelson, Londres, 1972. Véanse también: A. H. Passow, M. Goldberg, A. Tannenbaum, *Education of the Disadvantaged*, Holt, Rinehart & Winston, Londres, 1967; M. Mannoni, *L'enfant arrieré et sa mere*, Seuil, París, 1964 (trad. cast.).

Sobre la falacia del cociente intelectual y en contra de los «test de nivel» véanse: M. Tort, *Le quotient intellectuel*, Maspero, París, 1974 (trad. cast. *El cociente intelectual*, Fontanella, Barcelona); J. García, «I. Q.: The Conspiracy», en *Psychology Today*, septiembre de 1972 (contiene, entre otras cosas, una refutación de la hipótesis de que la inteligencia está determinada por factores raciales).

Delirio

Introducción: el delirio según las descripciones clásicas

En el lenguaje no psiquiátrico, delirar significa «no estar en sí». Como término psiquiátrico, delirar, por el contrario, es fundamentalmente producir *ideas* irracionales, y creer firmemente en ellas. Según las definiciones psiquiátricas más comunes, el delirio es «una convicción falsa e ilógica que no cede a la discusión ni a la experiencia». Pero ¿quién decide que algo es falso e ilógico? De manera más exacta, podemos definir provisionalmente el delirio como una *creencia* personal, que tiene dos características:

a) es inaceptable según los criterios de sentido común de las personas que pertenecen al mismo ámbito cultural del delirante;

b) es de importancia central en la «visión del mundo» del delirante.

Veamos brevemente en primer lugar cómo orientarnos en la terminología tradicional del delirio. El tipo de delirio más típico y corriente es el de *persecución*: alguien se convence de que es víctima de un complot, o bien piensa que todos le son hostiles, y están de acuerdo entre sí; una persona le ha puesto un veneno en la sopa, hay quien intenta influenciarle, matarle, violar su intimidad psicológica con medios mágicos o científicos. Afín y muchas veces precedente a este tipo de delirio, es importante el *estado de ánimo*, la *experiencia* (y también el delirio) *de referencia*: en esta experiencia, el individuo tiene la penosa impresión de que todos se refieren a él. Por ejemplo, los demás le miran por la calle, se hacen señas, los vecinos hablan de él, la televisión alude a su persona. Los estados de ánimo y los delirios de referencia, de influenciamiento y de persecución se llaman también *paranoides*. (El término *paranoia*, en cambio, es el nombre genérico de cualquier delirio que se desarrolla y mantiene durante años, con una evolución sistemática y en ausencia de trastornos psíquicos de otro tipo.)

En el delirio de *grandeza* existe una convicción, o un conjunto de convicciones, que sitúan al protagonista en el centro de un destino glorioso. El delirio de *celos* consiste en interpretar los aspectos y los detalles más inocentes del comportamiento del cónyuge o de la cónyuge como indicio o prueba de traición. El delirio *erótico* consiste en sostener que se es secretamente amado/a por una persona, generalmente de elevada posición. Los delirios de *negación*, que aparecen en ocasiones en los deprimidos graves ancianos, consisten en sostener que el mundo se ha acabado, o que todo está en ruinas,

o que el propio cuerpo ha muerto, que está vacío, que las vísceras han dejado de funcionar o están podridas. Los delirios *fantásticos* se alimentan de teorías mágicas, religiosas o científicas personales.

Podríamos continuar. Las clasificaciones y las subclasificaciones de los delirios no son muy importantes, son obviamente convencionales, y pueden extenderse indefinidamente. El delirio también es llamado *delirio lúcido* para distinguirlo del *delirio confuso*. En el primer caso el delirante está tranquilo y atento al ambiente. En el delirio confuso, en cambio, aparece el «delirar» del lenguaje común: hay una alteración del estado de consciencia debido a confusión mental, por ejemplo a temperaturas elevadas. El delirio es un trastorno de tipo *psicótico*: sin embargo, resulta impropio hablar de trastorno psicótico en algunos casos de delirio de tipo crónico, y/o delirios «en los límites de la normalidad» (véase a continuación).

En general, el delirio posee un carácter de relativa estabilidad temporal. Si dura pocas horas o pocos días, se habla de *crisis delirante aguda transitoria* (o *bouffée delirante*). En la práctica es una psicosis aguda, que muchas veces sana espontáneamente sin dejar residuos. Si el delirio se presenta de manera incierta, vaga y marginal, se habla de *brotes delirantes* o de ideas delirantes *larvadas*. Si (en especial después de un período de meses o años de delirio) el individuo tiende a circunscribir el delirio como una convicción secreta, se habla de delirio *incapsulado*. Etcétera. Los autores franceses consideran el *delirio crónico* como una enfermedad aparte, igual o afín a la paranoia. Los delirios se acompañan muchas veces de alucinaciones, especialmente auditivas, o de otros trastornos, como puede ocurrir en la esquizofrenia. Alucinaciones y delirios se deben a factores psicológicos parecidos, y en un determinado individuo se ligan a una problemática común: en realidad, siempre se refuerzan recíprocamente. Por ejemplo, el que siente delirio de persecución oye voces que le insultan, etcétera.

El conocimiento del mundo cotidiano y el sentimiento de familiaridad. El reconocimiento

A primera vista, el delirio parece algo incomprensible y absurdo. Forma parte del concepto habitual, de la idea misma de delirio la imagen de su incomprensibilidad: se presenta como algo que, por definición, «no puede ser compartido por nadie». En suma, el delirio parece un descarrilamiento de la razón. En realidad, las cosas son muy diferentes. Veamos en primer lugar algunos problemas de psicología.

a) Anteriormente se ha hablado de visión del mundo. Una persona «normal» *organiza* sus conocimientos del mundo en que vive, es decir, posee una cierta «visión del mundo», o, en otras palabras, vive su propio conocimiento y teoría de la realidad circundante. En parte, este conocimiento es una *ideología* expresada en conceptos e ideas sobre el mundo y la sociedad; en parte, y más simplemente, es el modo de orientarse en el mundo, un conjunto de esquemas prácticos de referencia, es decir, de jerarquías no siempre claramente expresadas, de juicios comparados sobre las cosas y las personas de nuestro entorno. El modo práctico de ver, de concebir el mundo en que se vive no es una teoría general del universo y de la humanidad: el *mundo personal de vida* es, de manera más modesta, el mundo práctico, personal y cotidiano de cada uno de nosotros, que se organiza a partir de lugares familiares, de personas de comportamiento previsible, de pequeños hábitos garantizados.

b) Para vivir en este mundo personal se precisa una serie de claridades fundamentales. Una de éstas es la claridad de la *imagen de uno mismo*, el *saber quién es uno*. Otra claridad necesaria es la distinción entre quién es amigo y quién no lo es; otra procede del sentimiento de la propia *pertenencia* y *aceptación*, es decir, de un lugar propio legítimo en el interior del grupo de personas *amigas* (por ejemplo, la familia, o el ambiente del café, etc.) al que se tiene la consciencia de pertenecer. Cada uno de nosotros construye, a partir de las propias actividades y costumbres, una propia visión de sí mismo y de las cosas, y de uno mismo en las cosas, basada en la seguridad interior de la existencia de un mínimo de *sentido previsible de los acontecimientos*, es decir, un mínimo de estructura significativa de la sociedad y del mundo. Es con los demás cómo la propia visión del mundo es continuamente verificada y corregida: la concepción del mundo, el conjunto de valores, de creencias (en política, en religión, en moral, etc.), los hábitos, los juicios, son siempre, en alguna medida, concepciones compartidas por unos pocos, o por grupos más amplios, o por colectividades enteras.

c) Cada uno de nosotros entra en contacto con personas y lugares nuevos, con nuevos acontecimientos, con situaciones externas al ámbito más restringido representado por la vida cotidiana: y esto es siempre un *riesgo*. También en este caso la posibilidad de sostener una relación normal entre uno mismo y los nuevos aspectos del mundo exterior implica que este último tenga siempre, de entrada, al menos en parte, algo de reconocible y familiar. La *atribución*, o investidura, de *familiaridad* respecto a todo lo que vemos o con lo que entramos en relación es algo fundamental y primario, de lo que no nos damos cuenta precisamente porque no existe ningún momento de nuestra

vida en que este sentimiento no esté presente. A partir de este sentimiento-base de familiaridad se construyen poco a poco otras certidumbres; es decir, el reconocimiento de que toda cosa nueva que vemos tiene *un sentido*; la seguridad de que tiene un sentido *tanto para nosotros como para los demás*, de que tiene una *practicabilidad social*.

Lo que denominamos conocimiento empírico, es decir, conocimiento y adquisición de cosas nuevas, es un proceso de reconocimiento basado en la apropiación y clasificación de las experiencias según una jerarquía constituida por grados diferentes de *familiaridad*. Conviene insistir en el hecho de que el concepto de familiaridad implica siempre la posibilidad de una relación *práctica y social* con las cosas, es decir, no sólo implica un ver y un conocer, sino también un tocar, un hacer, un apropiarse de los objetos, una posibilidad de hacerlos entrar en un circuito de intercambios sociales significativos y útiles.

El *reconocimiento* de una persona, de un lugar, o de un objeto, o de una situación determinada, puede ser también un reconocimiento no total. Por ejemplo, podemos ver una persona y no reconocerla con nombre y apellido, ni reconocerla como rostro y expresión; podemos también no haberla visto nunca, pero siempre reconocemos en alguna medida el hecho, o la hipótesis, de que esta persona es al menos algo parecida a nosotros. Si pretendemos tener una relación con esa persona, *la investidura de familiaridad* todavía es mayor, se estructura en expectativas, deseos e hipótesis; dicha persona habla probablemente la misma lengua, posee algunas características en su expresión o en su vestido por las que podemos, al menos en una parte mínima, clasificarla en nuestro mundo y prever sus reacciones, de modo que resulta posible planificar con ella una relación social concreta. También una relación con objetos y ambientes nuevos es necesariamente una relación con objetos ya dotados de un mínimo de significado familiar, de un *contenido humano*, de una fruibilidad social en cierto modo ya asegurada.

Cabe discutir si los hechos siempre justifican un parecido mecanismo psicológico de afianzamiento; es decir, si esta confianza *a priori* siempre es correspondida y si el mundo en que vivimos nos ofrece verdaderamente una garantía de seguridad y de comprensibilidad. Como es obvio, cualquier interpretación de la realidad es convencional: pero todas las interpretaciones, en el fondo, tienden a negar la presencia y la incontrolabilidad de las amenazas reales, es decir, tienden a preconstituir la confianza. En realidad, el universo de las relaciones sociales es concretamente más amenazador, menos

comprensible y sobre todo menos dominable prácticamente, e incluso menos previsible, de cuanto todos están dispuestos a admitir. Construirse mecanismos de familiaridad, recortarse ambientes de afirmación recíproca, afirmarse con la ideología de las cosas conocidas, constituyen en amplia medida unas convenciones, pero también unas ficciones. Hay algo de *no realista* en el «sano» realismo del «buen sentido común». En nuestra sociedad, la *racionalidad corriente* domina estos mecanismos de afianzamiento, y se vale de ellos para mantener inmutada la estructura social.

d) El *reconocimiento* se produce en gran parte como reconocimiento de *nuestras* sensaciones experimentadas en *aquella* situación. Si dichas sensaciones nos son conocidas, construimos y anticipamos una imagen de nosotros mismos en aquella situación: esta imagen nos es familiar porque está construida con sensaciones, sentimientos y pensamientos que ya hemos experimentado en situaciones semejantes. La continuidad en el tiempo de nuestra persona, la estabilidad de nuestra imagen, son garantía de continuidad en lo que se refiere al encuentro con personas, cosas y situaciones nuevas. La persona o la cosa «nueva» que encontramos nos resulta, en primer lugar, familiar, con una familiaridad que sentimos *con nosotros mismos*. En otras palabras, la familiaridad que experimentamos al acercarnos a un objeto o a una persona no es más que la familiaridad que sentimos hacia la continuidad de la imagen que tenemos de nosotros mismos y hacia el conocido sentido de *nuestras* experiencias interiores, que —preveamos— se repetirán, al igual que en el pasado, también respecto a aquel objeto o aquella nueva persona.

Así pues, antes de reconocer cosas o personas, reconocemos una continuidad y un sentido en nosotros mismos y en nuestras situaciones vividas. Este reconocimiento de nosotros mismos, y de la continuidad de nosotros mismos en el tiempo y en las cosas, es uno de los fundamentos del *sentimiento de identidad*, de la *imagen de uno mismo*. La imagen que cada uno de nosotros posee de sí mismo también es una imagen social. La imagen que tenemos de nuestro cuerpo, de nuestra personalidad individual, de nuestra colocación social, no es algo que nos construyamos por nosotros mismos, sino algo que los demás nos construyen para nosotros (pero que también nosotros construimos para ellos), en lo que nos reconocemos, y que modificamos día a día en nuestra práctica social. Nos reconocemos por lo que somos a través del modo en que los demás nos reconocen, y a través del reconocerse como afines a los demás que reconocemos.

Los trastornos más simples del sentimiento de familiaridad

Personas conocidas, vistas por primera vez fuera del contexto en que nos es familiar verlas, pueden parecer desconocidas; una carretera, recorrida en coche por vez primera en el sentido opuesto al habitual, puede ser reconocida en su conjunto, pero aparece extraña y nueva, a veces sutilmente angustiada, en sus detalles. Si nos sentimos no familiares e incómodos con nosotros mismos, si no tenemos una sólida imagen de nosotros mismos y de nuestra continuidad, si no nos sentimos «a gusto» por los motivos más diversos y triviales (un malestar, la ingestión de sustancias tóxicas, una noticia grave imprevista), también el mundo puede aparecérsenos en ocasiones nuevo y extraño. Trastornos del sentido de familiaridad pueden ocurrir con los falsos reconocimientos, pero también con otros fenómenos aparentemente inmotivados: por ejemplo, en el *déjà vu* (ya visto: atribución excesiva de sentido de familiaridad respecto a una escena que nunca se ha vivido antes), o, por el contrario, en el *jamais vu* (nunca visto: sentido de no familiaridad y de extrañidad de cosas conocidas). La impresión de que una persona perfectamente conocida no sea la auténtica y familiar, sino algo falso y nuevo, es decir, otra, o un robot que la ha sustituido, determina *la ilusión del sosias*: pero en tal caso se trata de un fenómeno psicológico que ya implica la presencia de un trastorno de tipo psicótico. Viceversa, en momentos concretos de la vida, bajo la influencia de fuertes emociones o en situaciones que alteran nuestros «términos de referencia» hacia la realidad, puede ocurrir con bastante facilidad y normalidad que cosas o personas sean percibidas «como si fuese la primera vez». En situaciones de fuerte angustia, malestar o miedo, toda la realidad puede aparecer extraña, hostil, artificial, desprovista de significado humano y de cualquier familiaridad.

Una descripción de lo que ocurre cuando se pierde el sentido habitual de familiaridad hacia los objetos cotidianos aparece al comienzo de *La nausée* de Sartre. También en *Le voyeur* y en algunas descripciones de *Les gommés*, de Alain Robbe-Grillet, el mundo real es descrito sin familiaridad; pero en estos casos el autor no se interesa (a diferencia de lo que hace Sartre) por los sentimientos de su protagonista: la mirada minuciosa del novelista, precisamente en cuanto carente de cualquier simpatía y referencia a un posible individuo, es una mirada desfamiliarizada desde su origen. Eso comunica directamente al lector una sensación de extrañidad y de malestar. Análogamente, el mundo descrito por los pintores hiperrealistas norteamericanos está —acaso sin intención por su parte— desfamiliarizado y deshumanizado: esto hace pensar que la familiaridad que *atribuimos* obstinadamente a nuestro mundo

cotidiano no sea más que un último residuo, acaso una ilusión. En estas imágenes, el universo de la sociedad capitalista avanzada es un mundo de objetos, donde (como ya vio Marx) las relaciones entre los hombres están reificadas en fetiches, y hechas amenazadoras para los propios hombres.

El nacimiento del delirio. La pasividad y el aislamiento: opresión y exclusión

El delirio nace y es comprensible a partir de una insuficiente incontrolabilidad del mundo real y de una insuficiente claridad sobre la propia identidad en el mundo real. En el delirio, la situación «nueva» es realmente nueva, porque no se refiere a nada dominable ni suficientemente familiar: quien comienza a delirar no es familiar consigo mismo, no se reconoce a sí mismo en la situación, y no reconoce ni domina plenamente la situación. No puede construir una jerarquía de los reconocimientos, bien porque es mal interpretable su propio lugar en esta jerarquía, bien porque lo que tiene ante sí no es en absoluto previsible: las cosas ya no se organizan espontáneamente según un sentido humano y *doméstico*; las informaciones ya no pueden ser seleccionadas por el individuo. Lo que le sucede no es coherente con su experiencia (cuyo sentido habitual ha perdido) y con su mundo común. Las cosas son *extrañas*, al pie de la letra, y, por consiguiente, deshumanizadas, las personas, incomprensibles. No es necesario que en su organismo exista nada sustancialmente *enfermo*, para que esto ocurra: es suficiente, por ejemplo, que una persona –por motivos sociales– esté alejada de las demás, excluida, marginada de los autoafianzamientos cotidianos de los demás miembros de su grupo, invalidada en sus propias seguridades; o bien que esté dominada por una realidad tan nueva y amenazadora que no consiga dominarla. Veremos mejor todas estas cosas en las páginas siguientes.

Se ha dicho en otra parte de este libro que la situación de dolencia de tipo psiquiátrico es considerable, en general, como una crisis existencial que se le «está escapando» al sujeto. Entonces tiene la precisa sensación de no controlar lo que le ocurre: pierde el control *activo* de los acontecimientos. Así pues, afirma fácilmente: «tengo la sensación de *no estar*», «todo se organiza fuera de mí, pero no entiendo cómo»; y también: «no entiendo, y me siento culpable por no entender». Aquí capta una posible génesis de la experiencia delirante; y se intuye asimismo que pueda ser breve el pasaje entre un «todo se organiza fuera de mí», y un «todo se organiza en contra de mí»; o bien incluso entre «me siento culpable por no entender» y un «no entiendo de qué se me acusa».

El delirio no se debe a la alterada interpretación de *un* aspecto de la realidad, sino a una situación de dificultad en la comprensión de las relaciones entre uno mismo y los aspectos significativos de la realidad. Lo que se ha perdido es, sobre todo, una *estructura*, socialmente condivida, de las relaciones entre uno mismo y las demás personas. En la mayoría de los casos, y en las situaciones más típicas, la pérdida de esta «estructura significativa» va unida a dos factores principales.

El *primero* es la experiencia de *pasividad*, es decir, la sensación de estar dominado por la realidad; esto significa sentir que no se consigue determinar la realidad externa sino que se está determinado por ella; que no se es capaz de invadirla, sino que se está invadido por ella. El individuo tiene entonces la sensación precisa de ser *influciado*. Se produce, por consiguiente, la inversión del modo habitual y normal de referirse al ambiente. Normalmente cuando una persona penetra en una habitación nueva, la explora con la mente, la invade con la mirada y el pensamiento, la reconstruye en su interior, la hace doméstica, se la apropia para poderla manipular y utilizar de cualquier modo; si esto no es posible, la habitación nueva es lo que asusta, domina, influye e *invade* al individuo. Si no consigue defenderse de esta invasión, su psique aparece *anegada* en sensaciones y emociones incontroladas.

Así pues, en determinados momentos existen experiencias que son, simplemente, *demasiado difíciles* de gestionar: son *aplastantes*. Pero la pasividad es el resultado de hechos sociales, no de un mecanismo natural; tiene también otro nombre, que designa con mayor claridad sus implicaciones políticas: *opresión*. De esto se hablará más extensamente a propósito de la esquizofrenia.

El *segundo* factor es la situación y la experiencia del aislamiento. (El aislamiento también puede ser prácticamente considerado sinónimo de otro concepto: el de *exclusión*.)

Antes de comenzar a delirar, cuando comienza a delirar y cuando delira, el individuo está aislado de la posibilidad de verificar con los demás la existencia de esquemas y criterios comunes de interpretación de la realidad: es decir, esquemas y criterios que pertenezcan tanto a él como a su ambiente familiar y social. La sensación de no familiaridad expresa entonces un hecho real: el que delira ya no tiene una interpretación *social común* de la realidad, sino únicamente una interpretación *privada*: ya ha sido cercenado de la familiaridad consigo mismo y con los demás, y ha perdido de hecho una real familiaridad con *su* ambiente. Quien delira está encerrado en su mundo.

Quien delira –por el mismo hecho de que delira– está, además, estigmatizado, posteriormente aislado y pasivizado por parte de los demás, y por consiguiente obligado a delirar cada vez más. La experiencia de pasividad y la experiencia de aislamiento se refuerzan mutuamente: el que se siente pasivizado por los acontecimientos y la situación en que se encuentra, tiende a estar aislado de los demás y a aislarse de la realidad; el que está en una situación de aislamiento respecto a los demás tiende a sentirse pasivizado, influenciado, amenazado e impotente respecto a los acontecimientos. A esto se añade una inevitable situación psicológica de ansia, de inseguridad, de amenaza, de grave frustración, de dificultad de adaptación, que refuerza el carácter delirante de la experiencia del mundo ambiente. Acaso ya resulte posible comprender, a partir de estas consideraciones, que la experiencia delirante de referencia, el delirio de influenciamiento, y el delirio de persecución, son la condición psicológica típica y fundamental de la experiencia delirante en general.

El delirio como explicación

El delirio como interpretación del mundo nace en el momento en que el individuo busca unos *mensajes*, unos símbolos, una *clave* que le expliquen quién es él y qué es el mundo, qué está sucediendo realmente, cómo puede entrar en este mundo que le domina pero del cual está excluido y sobre el que no tiene ningún poder. El individuo intenta reconstruir una realidad que se le ha disgregado parcialmente ante sus ojos y que le invade en una serie de fragmentos de experiencia, separados entre sí y ya no plenamente significativos. El mundo se le aparece como insoportablemente extraño, hostil, amenazador, falso y desestructurado. La *reestructuración* de la realidad parte de una *intuición de significado* en torno de la cual todo el mundo se reorganiza y, por decirlo así, vuelve a funcionar. La *explicación* (delirante) vuelve a poner en marcha una existencia que se había bloqueado en la angustia, en la pasividad, en la pérdida de sentido de las cosas. De pronto, el individuo *intuye*: está invadido por fuerzas extrañas, sucede algo, existe un complot, o un ocultamiento; hay algo que se le esconde, pero él comienza a entender, descubre significados nuevos y cifrados. Es el delirio. En este caso, el delirio tiene importantes afinidades psicológicas con la conversión religiosa, con la iluminación poética, y también con la percepción alterada inducida a veces por algunas sustancias llamadas impropriamente alucinógenas. (Cabe observar de pasada que, en ocasiones, la conversión a una secta –por ejemplo, a una secta milenarista, que sostiene el próximo fin del mundo– *protege* al individuo del delirio, ofreciéndole una interpretación de lo real símil-delirante pero, sobre todo, socialmente compartida por todo un grupo cultural.)

Para el individuo, el mundo externo o no tiene sentido en absoluto (y en tal caso es un no sentido no doméstico, no amistoso) o es un acertijo que resolver, un arcano que desvelar y al que se interroga. Puesto que todo el sentido del mundo ha pasado a oscurecerse, sólo puede ser interpretado entendiendo sus *símbolos*. Acontecimientos casuales, dos personas que hablan entre sí, una silla al revés, una frase en la televisión, le amenazan y le *invaden*, pero al mismo tiempo penetran en su cuerpo y en su mente, están en su interior, le pertenecen, constituyen un *mensaje*, están allí para él.

El esfuerzo de devolver un sentido a las cosas, pero al mismo tiempo de explicarse a sí mismo la propia extrañidad a las cosas, nace de una fractura entre uno mismo y la realidad: pero también es cierto que este esfuerzo sólo es posible a condición de que permanezca alguna relación con la realidad. Si la relación con la realidad está totalmente destruida, o, mejor dicho, disgregada, ya no es posible reconstruirla en el delirio lúcido: la experiencia subjetiva se rompe en el estado de confusión.

Veamos algunos ejemplos bastante sencillos.

Puede fácilmente delirar (de referencia o de persecución) quien se encuentra de repente en un país desconocido, donde todos los términos usuales de referencia se han esfumado. Pero la pérdida de un mundo conocido puede deberse también a otras causas. El anciano ligeramente demente no recuerda bien, ha perdido una parte de su capacidad de autocrítica; e inventa, rellena los huecos de su memoria con lo que se denomina *pseudología fantástica*, pero en parte cree en lo que dice, vive poco a poco en su propio delirio.

El internado por vida en un asilo, en un presidio, en un manicomio, destruido por la institución, reconstruye una propia imagen de sí mismo y una figura social recluyéndose en el sueño de especiales privilegios: en los largos años de aislamiento, de vacío y de miseria de la reclusión se defiende con una dignidad que busca sus razones *en otra parte*, y fabrica riquezas y honores inexistentes que son un baluarte contra la disgregación de su mente.

Una obrera estropeada por años de trabajo en una fábrica textil y por un matrimonio desgraciado no es capaz de darse cuenta de las causas históricas y políticas de su opresión ni puede reaccionar: internada en un sanatorio por una afección tuberculosa se aísla en sí misma, queda alejada de los familiares, y desarrolla una rebelión oscura, que la culpabiliza y que se concreta en la convicción de que es considerada una puta y de que es perseguida por este motivo.

Un adolescente no llega a prever el comportamiento de sus padres, no consigue relacionarse con los demás, no se siente aceptado, no sabe quién es, vive terriblemente solo en un mundo de mensajes contradictorios y de símbolos difícilmente interpretables: entonces descubre de improviso que el mundo, las cosas, las casas, están cifradas, son *ficticios*, que él no es más que una marioneta en manos de otras personas; no posee el mundo, y no se posee a sí mismo: sus propios pensamientos no son suyos, le son impuestos o robados. En este caso, la estructuración del delirio es un intento de comprender la desestructuración, la invalidación y la violencia psicológica que sufre y ha sufrido en sus relaciones interpersonales.

Un joven enfermero, tímido y sexualmente inseguro, entra a trabajar por primera vez en un pabellón hospitalario donde rige un clima autoritario y donde se ve obligado –como todos los recién llegados– a hacer los trabajos más humildes y humillantes; sus propuestas y sus protestas –inteligentes y justas– son anuladas por la indiferencia y el intento sistemático por parte de los antiguos de demostrar que lo que dice es una tontería. No entiende el porqué de todo esto. De pronto, cree que se le considera homosexual y se convence de que los demás leen su pensamiento.

Una maestra de mediana edad vive aislada, poco a poco se va convirtiendo en extravagante, habla sola, se construye creencias y hábitos religiosos personales. La muerte de su única hermana y la progresiva consciencia del fracaso de su vida le imbuyen la convicción de que es víctima de las prácticas mágicas de los vecinos. Con esta convicción, consigue dar un sentido a su desorientación y a su angustia.

Una madre está muy unida a su hijo de catorce años, convencida de que entiende perfectamente su psicología, en ocasiones llega a tener casi la impresión de conseguir leer en su mente. El hijo (que, afortunadamente, está muy seguro de sí mismo y equilibrado) comienza a hacerse autónomo y a tener un espacio personal ajeno a la familia. La madre no consigue entender ni aceptar este hecho y, poco a poco, se convence de que el chico es «drogado» sin que él lo sepa: sólo esta certidumbre le explica que ya no sea «transparente» para ella, como fue una vez.

Un deprimido grave vive en un abismo de dolor, de culpa, de total desconfianza en sí mismo y en el pasado. Sus ideas delirantes de *culpabilidad* («soy la ruina de la familia, soy la ruina del mundo»), de *ruina* («nos morimos de hambre, todo está perdido») y de *negación* («todo está muerto, yo estoy muerto en mi

interior») no son más que la descripción de la realidad de su mundo, la exacerbada y unilateral ordenación imaginaria de una experiencia subjetiva de indignidad y de condenación sin dialéctica, sin alternativas visibles, y sin más relaciones con el mundo social.

Esclarecimientos y ejemplos sobre algunos mecanismos originarios del delirio

Otras consideraciones psicológicas y nuevos ejemplos pueden servir para hacer más comprensible el origen y la naturaleza del delirio.

Según una descripción que se remonta a la psiquiatría del siglo pasado, una experiencia símil-delirante de referencia y de persecución puede ser conseguida voluntariamente mediante un ejercicio: basta ir a solas por la calle, pasear por un barrio semidesconocido y, caminando, jugar a convencerse de que todos nos miran y se hacen señas convencionales. Si se persevera en el ejercicio, en poco tiempo determina, en la mayoría de las personas, la penosísima sensación de no conseguir verdaderamente librarse de la atención hostil y secreta de la gente.

En las psicosis orgánicas, el delirio es una experiencia que nace y crece a partir de la disminución del control y del *poder* sobre la realidad, es decir, a partir de una falta de lucidez, de autocrítica y de crítica; esto se refuerza con la aparición de imágenes oníricas. En la esquizofrenia y, en general, en las psicosis endógenas, el delirio es el modo en que la pérdida de la relación con uno mismo y la pérdida de la relación con la realidad toman forma, a veces de repente, en una *interpretación* de esta realidad alterada. En la mayoría de los delirios de aparición gradual y desarrollo crónico, en cambio, el delirio se forma de manera lentísima, en el transcurso de años: siempre en una situación psicológica o material de soledad y de ausencia de verificación con los demás; casi siempre en una situación de impotencia social. En tales casos, la construcción delirante crece por superposición sucesiva de sutilísimos estratos de hipótesis convertidas poco a poco en certidumbres, y luego de nuevas hipótesis y esperanzas, de la búsqueda de confirmaciones necesarias, de inversiones afectivas cada vez más tenaces, de fe en el valor de verdad de las propias convicciones. Conviene analizar un poco estos delirios crónicos de aparición gradual, cuyo mecanismo psicológico puede llegar a ser más comprensible refiriéndose al concepto psiquiátrico de «idea dominante» y a una serie de otros ejemplos.

Existe una barrera más bien débil entre *convicción delirante crónica* e *idea dominante* (en sentido psiquiátrico). Las ideas dominantes no son convicciones sino hipótesis, temores, preocupaciones, especulaciones e intereses predominantemente personales, que han adquirido una importancia muy grande (e incluso, según el trivial sentido común, una importancia excesiva) en la vida psicológica del individuo. Se pueden tener como ideas dominantes el temor de una posible invasión de los marcianos, el ansia por la posible ruina económica, la especulación monomaniaca de quien dedica años a la búsqueda del sistema para ganar a la ruleta, la convicción de tener que dedicar todas las energías a la obtención del resarcimiento de un incidente común, la sospecha de la posible infidelidad del cónyuge, el tormento por la posible presencia de radioespías o micrófonos, la eufórica dedicación a la construcción de sistemas filosóficos «definitivos», el miedo obsesivo de tener un cáncer cerebral, etc. Muchas ideas dominantes pueden tener serias justificaciones (por ejemplo, en muchos casos, que los teléfonos estén controlados), pero el problema es otro. No siempre estas ideas llegan a ser elaboradas por el individuo con una *práctica* que en cierto modo las verifique y les atribuya su exacto lugar en la realidad. Cuando falta esta verificación, la idea dominante tiende a crecer sobre sí misma, a ocupar un espacio enorme, se hace excesiva, en ocasiones monstruosa e incongruente, busca confirmaciones en indicios marginales y poco significativos: es decir, se convierte en delirio.

Otra situación psicológica afín a la del delirio (pero que *no* es delirio), y que también sirve para explicar su origen y naturaleza, aparece en ocasiones en situaciones de grupo, cuando éste tiene las características de estar estrechamente cerrado a las influencias externas, y al mismo tiempo entregado a tareas a las que todos sus miembros atribuyen gran importancia. Una circunstancia de ese tipo se verifica en los grupos políticos sectarios y carentes de una línea de masas. La dinámica entre los miembros del grupo resulta entonces afín, aunque no igual, a la que se crea en el interior de la psicología del delirante: el reforzamiento de las ideas no procede de verificaciones con la realidad, ni de una confrontación con quien piensa de manera diferente, sino únicamente de circuitos internos de autoconfirmación. Así, por un mecanismo psicológico bastante comprensible, se crea una clara separación entre la certidumbre necesaria del propio derecho (o sea, de la justeza de las propias ideas, o de la convicción de las propias virtudes) y, a la inversa, la atribución de cualquier error o maldad a los enemigos del grupo. En tal caso, resulta inevitable el crecimiento de un estado de ánimo cada vez más suspicaz

hacia todos aquellos –aunque no sean enemigos– que no forman parte del grupo. Se atribuyen intenciones hostiles a todas las personas y a todos los grupos *externos*, muchas veces sin la menor base real. La aparición de frustraciones y de fracasos en la operatividad política externa, o de dificultades en el interior del grupo, determinan fácilmente un posterior aumento de las convicciones sectarias y de las actitudes de cerrazón y de suspicacia. La autocrítica significaría autodestrucción del grupo, de este modo se produce la atribución necesaria y sistemática de la responsabilidad de los propios fracasos a causas externas: lo exterior es vivido de manera paranoide.

Por análogos mecanismos psicológicos, sucede fácilmente que grupos de exiliados políticos alimenten en su interior la esperanza no realista en una próxima y fácil caída del odiado régimen político: en estos casos, el deseo se convierte en esperanza, y la esperanza circula por el interior del grupo, sin verificaciones con la realidad y en una situación de autoexaltación recíproca del optimismo, hasta convertirse en error colectivo de juicio.

En algunos grupos de trabajo (por ejemplo, en una asociación informal, en un laboratorio, en un grupo de estudios, en un grupo de aprendizaje, pero también en un grupo político) puede producirse otro fenómeno. Cuando las relaciones entre los diferentes miembros del grupo son poco claras, poco explícitas, cuando los roles y las jerarquías de poder no han sido claramente discutidas, cuando los privilegios y los derechos de cada cual no son bien conocidos por los demás, y cuando existe una lucha interna por el poder en una situación general de inseguridad y precariedad, nacen fácilmente desconfianzas entre los miembros del grupo y suspicacias recíprocas de tipo paranoide: éstas se alimentan de noticias y rumores absurdos y carentes, en realidad, de fundamento, pero que, sin embargo, nacen del grupo y son regularmente considerados auténticos por una parte de sus miembros.

Muchos delirios personales pueden tener una aparición menos gradual, pero pueden estar *preparados* por situaciones psicológicas concretas. Nacen, por ejemplo, de la dificultad para comprender la razón de un fracaso o de una contrariedad, de una desgracia o de la frustración de un proyecto importante. Existe una dificultad general en aceptar la idea de que una desgracia o un fracaso se deban, en realidad, a circunstancias triviales y totalmente casuales («pero ¿por qué tenía que sucederme esto precisamente a mí?»), o a responsabilidades personales del individuo, para reconocer las cuales serían precisas autocríticas valerosas y dolorosas (y, por tanto, inaceptables). Esto provoca que todos tendamos, en situaciones parecidas, a buscar chivos

emisarios, influencias externas, turbios complots. Otras veces, en situaciones análogas, la reacción del individuo a la insoportable e «inaceptable» situación de fracaso es una «fuga» psicológica de tipo maniaco, con la aparición de delirios de omnipotencia y grandeza. Esta tendencia a reaccionar a los fracasos con un fantástico agigantamiento del yo puede verse favorecida por un cierto tipo de personalidad «expansiva» y escasamente autocrítica.

Actitudes mentales teñidas de suspicacia, espíritu de víctima, sectarismo individualista, espíritu revanchista, aparecen no pocas veces como parte integrante de la personalidad y del *estilo psicológico* de determinadas personas. En tales casos, una determinada constitución de carácter y las circunstancias de la vida han plasmado una mentalidad aparentemente segura y estable, pero en realidad desconfiada y *rígida* (es decir, poco receptiva y poco adaptable a las circunstancias), poco capaz de sintonizar feliz y espontáneamente con los demás, ambiciosa y orgullosa, insegura, aislada, ansiosa, fácilmente melancólica pero obstinada, tendente al fanatismo, propensa a frecuentes fracasos y, por consiguiente, a ulteriores cerrazones, a aislamientos, y, finalmente, a la aparición de experiencias y de ideas de referencia y de persecución.

Un tipo afín de actitudes símil-delirantes aparece con cierta facilidad en personas que gozan de una posición de poder, y que por ello mismo sospechan constantes amenazas a él, al tiempo que están aisladas de posibles críticas y verificaciones. Por ejemplo, la aparición en determinados hombres políticos y en algunos profesores universitarios de extraños amaneramientos en su modo de dirigirse al público, de hábitos obsesivos y absurdos, o de una suspicacia arisca y extravagante, forma parte de un cuadro psicológico de aislamiento que fácilmente se liga a brotes delirantes. Es conocido el reciente caso de un célebre catedrático de psiquiatría que de pronto se convenció – erróneamente – de que un determinado ayudante le echaba regularmente psicofármacos neurolépticos en el café matutino.

Sucede otras veces que un hombre con una personalidad rígida, cerrada, aislada, suspicaz e insegura mantenga un equilibrio excelente hasta que un acontecimiento externo, incluso trivial, derriba algunas de sus defensas, es decir, derriba los hábitos y las convicciones familiares por las que este individuo se había sentido hasta aquel momento como parte integrante de un *mundo sensato*. Una frustración o una desilusión grave, la pérdida de una persona querida y significativa, una crisis económica, un cambio de vida, pueden llevarle a encerrarse en sí mismo, a hacerle perder aquellos antiguos,

garantizados y consolidados puntos de referencia que constituían los «porqués» de sí mismo y de su posición, y a hacerle elaborar una interpretación delirante.

Pero las ideas de referencia y de persecución pueden resultar comprensibles en situaciones todavía más comunes. Por ejemplo, un hombre sufre un accidente en la calle: se golpea la cabeza en el suelo, pierde el sentido durante unos instantes. Después sufre un estado confusional leve, está ligeramente desorientado y no recuerda qué ha sucedido. No sabe qué hora es y la pregunta con insistencia, pregunta si tiene «una cara normal», se siente extraño, «sonado». Sus amigos no le toman en serio, pero al mismo tiempo intentan tranquilizarle con bromas. El está cada vez más angustiado: piensa que se trata de una broma, después de un complot. Está suspicaz, susceptible, irascible; el trastorno dura unas horas, luego se duerme, se despierta, se siente bien sin el menor residuo, y no recuerda nada de lo sucedido.

La proyección

Una de las características más importantes (pero quizás —a diferencia de lo que consideraba Freud— no la principal) de la psicología del delirio está en el mecanismo de la *proyección*, al que ya hemos aludido implícitamente. La tendencia a proyectar está presente en todas las personas y es el factor de error más habitual en la valoración de las relaciones interpersonales. Consiste en atribuir a los demás intenciones y actitudes que, en realidad, son las nuestras, pero cuya presencia en nosotros negamos. La proyección se basa en una contradicción: contiene, al mismo tiempo, una consciencia, aguda pero incompleta, de la existencia de un *problema*, pero existe también la tendencia a negar que este problema sea *nuestro*. Una persona, por ejemplo, puede estar atormentada por la ambición y por el deseo de dominar a los demás, pero debe negar este hecho frente a sí mismo. En tal caso, tenderá con gran facilidad a percibir y denunciar brotes de ambición y de afán de dominio en otras personas (sobre todo si le perjudican), pero mostrará una curiosa ceguera acerca de la presencia de brotes análogos en su propio comportamiento.

Más típicamente, la proyección consiste en atribuir a los demás una agresividad y hostilidad hacia nosotros que, en realidad, nosotros sentimos hacia ellos. Los temores de ser agredido reflejan y esconden muchas veces una agresividad negada; una de las causas de los delirios de persecución puede ser la agresividad hacia otras personas. La imagen que queremos tener

de nosotros mismos, o la obediencia a principios superiores, nos obligan a no vernos tal y como somos realmente, y a no permitirnos fantasías que *deben* estar alejadas de nosotros. En tal caso, la proyección permite afirmar y negar a un tiempo la presencia del *mal*, y combatirlo en un terreno seguro y alejado de uno mismo. En esta perspectiva, el delirio es una proyección que ha pasado a ser autónoma. Es la representación, muchas veces de carácter simbólico, de una necesidad, de un deseo, de un proyecto, de una protesta que no pueden ser aceptados como tales, y que, por consiguiente, se rechazan como propios. Estos sentimientos son proyectados, y de manera irreconocible pues están enmascarados, en la realidad externa. Ahí, en la realidad externa, la proyección se convierte en un *acontecimiento* que, como tal, no implica ya la voluntad y la responsabilidad del individuo que, sin saberlo, lo ha producido y del que, en realidad, sigue siendo su centro.

Dignidad del delirio

El delirio es más una creencia que una convicción, más una fe que una certidumbre, más una necesidad psicológica, desesperada y vital, que el conocimiento tranquilo de un hecho imaginario. El delirio es tensión, deseo, carga afectiva. Su impermeabilidad a la discusión y a la evidencia no procede tanto de su carácter arraigado y definitivo, como del hecho que para su autor y protagonista es una cuestión de vida o muerte. El delirio no define únicamente una manera de interpretar la estructura general del mundo externo, sino que define también la figura y la dignidad del sujeto delirante: este último *se determina* y confirma su propia identidad a través de la propia visión del mundo y defendiendo las cosas en que cree. Esto sirve para el delirante inicial de referencia y de persecución, que en el mismo nacimiento del delirio se halla en el centro de un mundo de cosas que suceden *para él*; sirve para muchos jóvenes esquizofrénicos, que encuentran en el delirio –acaso por primera vez en su vida– la posibilidad de construir una visión de los hechos y una razón de existir, distinta a la de sus padres; sirve, con mayor motivo todavía, para todos los delirios crónicos, que son búsqueda y afirmación de una real dignidad humana, de una batalla por los propios derechos.

Pero muchas veces el delirio también define a su protagonista de una manera mucho más directa y específica: es decir, en su contenido. El contenido de la idea delirante (es decir, el tema del delirio) es, especialmente en la esquizofrenia, la descripción metafórica de la situación psicológica del delirante y de

sus relaciones interpersonales. No es raro, por ejemplo, que el delirio de persecución indique, en términos de representación dramática, una sutil y real persecución psicológica por parte de los familiares; o que las ideas de envenenamiento expresen con singular exactitud la actitud psicológica invalidante y destructiva de otro miembro de la familia que es designado como «el que me echa veneno en la comida». Un joven boxeador semi-analfabeto de origen campesino es realmente drogado antes del combate, le estafan su bolsa, y acaba en la cárcel implicado en un intento de atraco; después es obligado a volver a su pueblo sin una peseta y sin haber acabado de entender qué le ha sucedido; se encierra en sí mismo y al cabo de poco tiempo desarrolla un delirio de persecución que toma por objeto a los carabineros del lugar y a las autoridades estatales. Una joven esquizofrénica dice «ya no tengo piernas, me las han cortado»; pero, en realidad, si intenta materialmente levantarse de la cama y hacer algo por su cuenta la madre la reprime inmediatamente, demostrándole que es inútil que se levante y que haga algo porque «allí están todos para ayudarla», y además «en cualquier caso tampoco haría nada bueno». Otro joven comienza a decir con insistente y angustiada convicción: «me he convertido en un insecto, ya no soy humano, me aplastan»; pero sabe que es despreciado por la única persona que ama y considera, y después lleva dos días encerrado en la celda del manicomio donde los enfermeros ya no le prestan mucha atención porque es su cuarto internamiento en dos años: «cada vez está peor» y «esta vez hasta se ensucia en la cama».

No siempre es posible entender si el delirio (especialmente si es agudo) expresa una convicción de realidad, y hasta qué punto expresa, en cambio, un «como si», o un mensaje, una petición de ayuda. El delirio es *utilizado* muchas veces por el delirante. Por ejemplo, en ocasiones, y de manera paradójica, el delirio es una auténtica «cortina de humo» que el psicótico extiende ante sí para ocultar sus auténticos pensamientos, su confusión y su angustia. A veces, pues, el delirio se *presenta*, deliberada e «insinceramente», como una máscara; otras, en cambio, es vivido emotivamente como una defensa casi deliberada, pero, sin embargo, convencida, profunda y sincera. Se observa con mucha frecuencia que en los momentos de dificultad y de frustración los delirantes crónicos recurren con mayor decisión a sus temas más o menos explícitos y comprensibles, reevocan delirios enterrados, y se defienden, escondiéndose en ellos, de la dureza de la realidad práctica inmediata.

Generalizando, resulta claro de cuanto llevamos dicho hasta el momento que el delirio es una defensa, y a veces incluso una defensa eficaz: impide la disgregación psicótica, permite vivir, atribuir un orden a las cosas, soportar una situación insostenible. Por estos motivos, es equivocado plantearse de manera restrictiva el problema de la «terapia del delito»: la terapia consiste en poner al individuo en una situación en la que ya no necesite delirar.

Algunas consideraciones finales

El delirio es casi siempre un hecho individual, y hay que ser muy cauto a la hora de hablar de delirios colectivos. No es extraordinario que una convicción delirante crónica sea compartida por varias personas de la misma familia, contagiadas por la lógica del delirio y emparejadas por un mismo destino de vida. Resulta muy discutible, en cambio, considerar como delirios las interpretaciones religiosas y mágicas de algunos grupos, las inopinadas expectativas de acontecimientos extraordinarios como el fin del mundo, los terrores colectivos. Estas convicciones nunca nacen únicamente de contradicciones psicológicas de individuos concretos (aunque también pueda afirmarse que estas últimas pasan siempre por la mediación de contradicciones sociales): se trata, en cambio, de convicciones que recogen de manera mucho más clara temas culturales ya presentes, y, sobre todo, los elaboran de una manera que sigue siendo utilizable a nivel social.

En el fondo, la esencia de la situación del delirante reside en la fractura con *su* mundo social, y en su no conseguir crear cultura. Así pues, es evidente que debemos ser muy cautos a la hora de considerar delirio las interpretaciones mágicas de la realidad (sobre todo si es en términos de maleficios, como «mal de ojos» y «hechizos») expresadas por personas pertenecientes a culturas muy diversas de la del psiquiatra, en especial cuando se trata de culturas agrarias preletradas. En tal caso, lo que puede parecer delirio forma parte muchas veces de una cultura mágica y es elaboración de ella.

En nuestra cultura, el delirio es rechazado con violencia por los «sanos». Cada cual, para vivir en esta sociedad, debe esforzarse en aparecer más racional de cuanto lo sea su propia realidad psicológica interior; cada cual, entre otras cosas, debe reprimir su propia tendencia a delirar. En las culturas «primitivas» la falta de lo que constituye *nuestra* racionalidad es –paradójicamente– una proyección, pero también una condena a la inmovilidad: tradiciones y ritos canalizan y explican –pero también ocultan– la impotencia, la pasividad, la soledad y el miedo del «primitivo» respecto a las enfermedades, las

calamidades y las fuerzas naturales; alivian y enmascaran su miseria y su opresión. Accidentes y fracasos nunca se atribuyen al azar, sino que tienen un nombre desde el comienzo, en cuanto son atribuidos a fuerzas mágicas perfectamente determinadas, sobre las cuales siempre cabe la esperanza de intervenir. Sueños, fantasías y crisis personales son integradas y superadas en ceremonias colectivas.

En la sociedad industrial avanzada, en cambio, la amenaza inmediata para el individuo no es natural, toda ella es directamente social: pero también carece de rostro, de nombre, está perpetuamente velada, jamás racionalizada y es difícilmente dominable. El individuo está aislado frente a ella, y debe simplemente *reprimir* la angustia de su pasividad y de su soledad. La comunidad no le ayuda. Debe sofocar y negar no sólo sus angustias, sino también a una parte de sí mismo: para no delirar debe convertirse en el contable de su vida, permanecer pegado a los hechos más domésticos, a las costumbres garantizadas; no pensar demasiado, no fantasear, no imaginar realidades diferentes.

Es difícil valorar qué potencialidades psicológicas humanas se pierden irremediabilmente con esta represión. En el «necesario» desprecio hacia el delirante, se pretende ignorar que la necesidad, la tendencia y la potencialidad de delirar es patrimonio común. Una *investidura delirante* de la realidad quizás esté justificada por la propia realidad, y quizá sea incluso necesaria en cualquier creatividad, en el arte, en el descubrirse, proyectar, ambicionar cambios radicales. Algunas realidades no deliradas pueden ser atroces: es posible que la negación total del delirio equivalga a conformismo y muerte. Al delirante, en definitiva, se le reprueba algo exacto: sus creencias no tienen la modestia y los límites de las de los demás, sus delirios no son los permitidos. Su error, la definición de su condición, su condena, no consisten en el hecho de que se equivoca, sino en que está solo.

Podemos concluir estas notas recordando que Breton, en el primer manifiesto del surrealismo (1924), escribía: «Se sabe, en efecto, que los locos deben su encierro a un pequeño número de actos legalmente reprobables; y que, sin estos actos, su libertad (lo que se ve de su libertad) no estaría en juego». Pero añadía: «No es el temor a la locura lo que nos obligará a dejar a media asta el estandarte de la imaginación».

Notas

Sobre el aislamiento psicológico como condición de desarrollo del delirio, véase N. Cameron, «The Paranoid Pseudocommunity», en *Amer. Journ. of Sociology*, 46, 1943, págs. 43 y ss. El tema ha sido continuado y desarrollado en el texto de E. Lemert, «Paranoia and the Dynamics of Exclución» en *Sociometry*, 25 de marzo de 1962, págs. 2 y ss. Lemert vincula el aislamiento psicológico del delirante a una situación *social* de aislamiento a la que el individuo es activamente obligado.

Para el concepto de la *invasión* de la realidad externa en la psique del delirante véanse: P. Federn, *Ego Psychology and the Psychoses*, Basic Books, Nueva York, 1952; el concepto de *hiperinclusión* también de N. Cameron («Reasoning, Regression and Communication in Schizophrenics», en *Psychol. Monogr.*, 50 (1), 1938); y el concepto psicológico de *implosión* en R. D. Laing en el conocido *El Yo dividido*, ya citado. Varias observaciones sobre el delirio se hallan en los capítulos 5, 6 y 7 de G. Reed, *Anomalous experience*, Hutchinson & C., Londres, 1972; sobre la relación entre opresión y delirio, véase también el cap. 1 de S. L. Halleck, *The Politics of Therapy*, Science House, Nueva York, 1971. Sobre la personalidad paranoide, véase el cap. 3 de D. Shapiro, *Neurotic styles*, Basic Books, Nueva York, 1965.

Demencia

Este término no significa locura, sino pérdida de la inteligencia. La demencia es consecuencia de la muerte de un gran número de células de la corteza cerebral. Cuando las células capaces de funcionar son muy escasas, no basta para permitir que el individuo elabore los datos de su experiencia de manera útil para desarrollar las actividades normales de la vida cotidiana. Entonces aparecen los síntomas de la demencia.

En la mayoría de los casos, la demencia es progresiva, porque sus causas siguen actuando. Las células cerebrales destruidas no se pueden reformar: la difusa lesión anatómica que provoca los síntomas de la demencia no puede mejorar ni curar. La causa más frecuente de la demencia es la insuficiente aportación de oxígeno al cerebro; y la causa más corriente de esta asfisia es la arterioesclerosis cerebral. No obstante, las células de la corteza también mueren por envejecimiento, que comienza pasada la adolescencia y se acelera en la edad madura.

En efecto, el cerebro alcanza su potencialidad máxima a los 14-16 años, y después decrece; sin embargo, con el estímulo intelectual y el ejercicio el individuo aprende poco a poco a utilizar cada vez mejor su cerebro (pese al deterioro anatómico) hasta los 40-50 años y muchas veces incluso más allá.

En algunos casos excepcionales, existen específicas predisposiciones genéticas que aceleran el envejecimiento: la demencia, en lugar de aparecer en la edad senil, surge entonces en la edad presenil. Otras causas de demencia pueden ser las encefalitis (inflamaciones del cerebro) tanto agudas como crónicas. Entre las crónicas está la *parálisis progresiva*, debida a la infección del cerebro por el microorganismo de la sífilis. (Así pues, la parálisis progresiva no es una parálisis sino una demencia, caracterizada entre otras cosas por un conspicuo *defecto de autocrítica*, con elaboración consecuente de *delirios*, y frecuentemente de delirios de grandeza.) Otras causas son algunas intoxicaciones: tanto –más raramente– agudas como crónicas, la de alcohol por ejemplo. O bien traumas craneanos muy graves.

El cuadro clínico de la demencia es el que todos conocemos por haberlo visto en muchos ancianos: consiste, en primer lugar, en una pérdida de la memoria –especialmente, en lo que se refiere a los hechos recientes–, percibida en general por el individuo, que también se da cuenta, inicialmente, de sus disminuidas capacidades de atención y respuesta, y de su reducida elasticidad mental. A continuación, son más bien los familiares quienes advierten el empeoramiento del proceso de la demencia, mientras surge en el individuo una disminuida capacidad de crítica y de autocrítica, que poco a poco le sumerge en un mundo psicológico empobrecido, por lo que acaba por percibir de manera muy vaga su condición y sus límites.

El anciano consigue defenderse de la demencia y conservar parcialmente su equilibrio a cambio de dos condiciones. La primera es que se restrinja el campo de actividad a un ambiente conocido desde antes, en el que pueda encaminar su vida por las sendas de una serie de hábitos estables y perfectamente garantizados. La segunda condición puede parecer contradictoria respecto a la primera: que utilice al máximo todas sus restantes capacidades intelectuales, es decir, que no viva por debajo de sus capacidades, sino que estimule continuamente su mente con tareas y problemas que sea capaz de concluir y resolver.

Los dementes ancianos no deberían ser internados sino (en compatibilidad con las exigencias de la familia) asistidos en casa mientras esto sea posible. La asistencia por parte de un servicio domiciliario para ancianos (eventualmente también con la ayuda de personal psiquiátrico) puede ser decisiva para mantener con la mayor integridad posible el equilibrio mental del demente en su casa y en sus hábitos. Casi siempre, el internamiento en el manicomio, en la casa de reposo, o en el hospital, provoca una descompensación del equilibrio del individuo. En efecto, éste se encuentra de improviso ante la necesidad de afrontar un ambiente nuevo, nuevas reglas de vida, nuevas personas: sus capacidades mentales, suficientes para permitirle vivir de manera autónoma en un ambiente ampliamente conocido, se revelan totalmente insuficientes para el aprendizaje de nuevas realidades.

Puede producirse entonces un hundimiento repentino de sus capacidades: el demente puede convertirse, por ejemplo, en un ser desorientado espacialmente, confuso e infantil; puede comenzar a mojar la cama, a ser incapaz de comer por su cuenta. Si entonces es asistido pasivizándole como un demente grave, definitivamente incapaz de valerse por sí mismo con un mínimo de autonomía, es evidente que jamás recuperará lo que ha perdido; si, por el contrario, es ayudado a valerse por sí mismo, es estimulado y animado, motivado a moverse y actuar, podrá recuperar muchas de las capacidades perdidas.

La terapia de la demencia es, por consiguiente, una terapia de ambiente y una terapia psicológica. Los fármacos pueden tener una utilidad muy marginal, para mejorar –en algunos casos– la irrigación sanguínea y la oxigenación del cerebro.

La prevención más tradicional de la demencia senil y arterioesclerótica consiste en la vida activa, en la estimulación cultural, y en normas dietéticas, higiénicas y sanitarias aptas para conservar en buenas condiciones el sistema circulatorio. Hay que observar también, sin embargo, un hecho psicológico y social al que debemos atribuir una gran importancia: el inicio o la agravación del proceso demencial coinciden muchas veces con la pérdida del rol social del anciano.

La demencia se manifiesta muchas veces como una *renuncia* a proyectar, a luchar por los propios derechos, incluso a vivir: muchas veces esta renuncia no aparece tanto como consecuencia del deterioro de las capacidades cerebrales sino como de la marginación del anciano, y del hecho de que percibe que ya no tiene nada creativo que ofrecer a la familia y a la sociedad. El proceso demencial aparece, en tal caso, como una *cesión*, más o menos repentina, del esfuerzo realizado hasta el momento por el individuo para afrontar, pese a la vejez física y psíquica, las necesidades de la vida. Muchas veces una condición psicológica de este tipo va unida a un estado de depresión del humor; la *melancolía involutiva* del anciano es una condición relativamente común, que a veces conduce al suicidio.

El término *demencia precoz* no tiene nada que ver con la demencia, y es una antigua denominación de la esquizofrenia.

Notas

S. M. Chown, *Human Ageing*, Penguin, Londres, 1972; M. Williams, *Brain Damage and The Mind*, Penguin, Londres, 1970; J. Pearce, E. Miller, *Clinical Aspects of Dementia*, Balière Tindall, Londres, 1973; A. E. Slaby, R. J. Wyatt, *Dementia in the Presenium*, Ch. Thomas, Springfield, 1974; C. Müller y otros, *Alterpsychiatrie*, G. Thieme, Stuttgart, 1967.

Depresión

Premisa

Depresión (melancolía, etc.) significa, en su acepción más simple, tristeza. La depresión se considera anormal, y por tanto de incumbencia psiquiátrica cuando es de intensidad y duración excesivas, o se presenta en circunstancias que –según el sentido común– no la justifican. Cuando la intensidad de la depresión supera determinados límites, asume características psicóticas. (Véase *Psicosis*.) Se suele distinguir entre la depresión *endógena*, de acusadas características psicóticas, y la *reacción depresiva*. La primera sería una depresión que surge sin causas aparentes (como dice el nombre, es algo que «viene de dentro», pero esto significa muy poco); la segunda sería una «reacción excesiva» a acontecimientos tristes o luctuosos. En realidad, la distinción entre ambos modos de represión es discutible.

La depresión es un desequilibrio del *tono del humor*. El humor opuesto a la depresión es la euforia. El desequilibrio de tipo eufórico se denomina *manía*; e *hipomanía* si está poco acentuado. El desequilibrio eufórico es decididamente más raro que el depresivo; depresión y manía constituyen las *distimias*, o trastornos de tipo *distímico*. Los trastornos distímicos graves se presentan casi siempre en fases, o ciclos, de semanas, separados por periodos de bienestar.

El tono del humor, es decir, el equilibrio entre depresión y euforia, es el más frágil e inestable de todos los equilibrios psíquicos. En el recién nacido, la inestable y constante alternancia de alegría, o satisfacción, y de tristeza con infelicidad y agudo sentido de necesidad, constituye un *modo de ser* muy sencillo y fundamental, sobre el cual se estructura progresivamente toda la vida psíquica. En el adulto, el absoluto equilibrio de humor es raro: para ser exactos, la normalidad es casi siempre una ligera euforia; pero cualquier persona «normal» puede caer con gran facilidad en horas o días de leve depresión.

Depresión y euforia están regulados por unos centros nerviosos situados en la base del cerebro. Estos centros son muy sensibles a los más variados estímulos. Tanto experiencias vitales como factores químicos, físicos o climáticos pueden determinar un desequilibrio del tono del humor hacia la depresión o, más raramente, hacia la euforia. Débiles cantidades de alcohol y de otras sustancias tóxicas determinan casi siempre euforia; una transitoria depresión, en cambio, es favorecida por algunas enfermedades como la gripe, medicamentos diversos, el fuerte cansancio físico, las variaciones de clima o de los ritmos biológicos diarios. (Por ejemplo, es mucho más fácil estar deprimido al despertar, y de mañana, que por la tarde.)

En el transcurso de la infancia, y durante toda la vida, cada individuo aprende a tamponar sus desequilibrios de humor, corrigiendo especialmente los de tipo depresivo. Los mecanismos equilibradores del tono del humor son, sobre todo, mecanismos sociales, y muchas veces de carácter colectivo y ritual. Banquetes y fiestas mundanas, beber con los amigos, los espectáculos, los juegos, las bromas y el humorismo, el sexo, son utilizados para reactivar aquel clima eufórico que nuestra sociedad suele considerar aceptable. Pero quizá no se trate únicamente de convenciones sociales: un cierto grado de euforia es un aspecto constitutivo del deseo de vivir, y probablemente sea indispensable para hacer proyectos o incluso vislumbrar el futuro. O, viceversa, poder hacer proyectos y vislumbrar el futuro es necesario para un justo «equilibrio eufórico» del humor.

Regulación y desarreglos del tono del humor

Como ya hemos insinuado, el equilibrio del humor se basa también en mecanismos neurofisiológicos. En condiciones normales, a un desmoronamiento en sentido depresivo del tono del humor sigue automáticamente, después de un período de horas (o más raramente de días) un cambio hacia la euforia; y, por consiguiente, un retorno gradual al humor normal. Y, de igual manera, a la euforia provocada por el alcohol o por celebraciones festivas, sigue casi siempre una ligera, brusca y breve depresión. Desde la antigüedad es conocida la euforia que sigue al duelo. (Un mecanismo pendular de este tipo puede interpretarse en términos de cibernética: los instrumentos neurológicos de equilibrio del humor funcionan como una imperfecta máquina homeostática.)

Existe una notable variedad individual en lo referente al equilibrio del humor. Muchos individuos tienen un tono de humor estable y poco sensible a las influencias externas; otros, numerosísimos, se enfrentan a considerables fluctuaciones a lo largo de la jornada, según los acontecimientos, y muchas veces tienen días «negros» o períodos de «inexplicable» tristeza, desconfianza, mal humor, o bien días o períodos de alegría, seguridad, actividad y disponibilidad. En la mayoría de los casos, estas variaciones de humor no tienen suficiente peso como para obstaculizar significativamente las actividades cotidianas.

Sucede en algunos individuos que el equilibrio dominante individual del tono del humor sea fundamental y establemente de tipo depresivo; o bien de tipo eufórico. Aparecen de este modo las personalidades depresivas, y las personalidades eufóricas, o hipomaníacas. Las «personalidades depresivas» son personas raramente alegres, que tienden al pesimismo, tienen escasa confianza en sí mismas y son poco agresivas: se dedican, en general, con diligencia, entrega y profundidad a sus tareas porque tienen un fuerte sentido del deber, pero muestran escaso entusiasmo y escasa creatividad; arriesgan poco y construyen lentamente; disfrutan con las pequeñas cosas. A veces tienen una o varias crisis depresivas en la edad madura. Las personalidades eufóricas son expansivas, emprendedoras, seguras de sus fuerzas, en ocasiones pendencieras: en general, triunfan en las actividades prácticas y sociales, aunque realicen errores de superficialidad, impulsividad e imprudencia. A veces se enfrentan, en un momento u otro de la vida, a bruscos desequilibrios de tipo depresivo.

La tendencia a los desequilibrios del humor, y, más aún, la tendencia a la depresión, no solamente están ligadas a la personalidad de cada individuo concreto, sino que también dependen de factores hereditarios. Es difícil establecer, a este respecto, cuál es el peso relativo de la herencia y cuál el de las experiencias vitales, sobre todo infantiles. En los desequilibrios depresivos aparece una influencia hereditaria que, probablemente, es mayor que en los restantes tipos de trastorno psíquico (aparte los trastornos ligados a lesiones cerebrales): pero el *peso* mayor en la determinación de los desequilibrios depresivos sigue siendo probablemente, ahora y siempre, el relativo a las experiencias vitales. En otras palabras, la herencia constituye una predisposición, pero probablemente no *determina* el trastorno. La dificultad en distinguir entre factores hereditarios y factores ambientales en la génesis de la depresión está perfectamente ejemplificada por el hecho de que los padres tendencialmente deprimidos someten a sus hijos a un clima familiar poco alegre y a una educación rígida y culpabilizadora que facilita su futura depresión.

Todos los desequilibrios depresivos y maníacos son típicos de la edad madura y senil, y raros en la juventud. Uno de los motivos que explica la mayor frecuencia de trastornos depresivos durante o después de la edad madura está dado por el hecho de que en este momento de la vida ya no es posible confiar en un futuro en el que todo siga siendo todavía posible: cada uno está obligado a hacer el balance de lo que ha conseguido o no realizar. En la edad madura es obligatorio darse cuenta de que el futuro destino de la vida ya está determinado por las opciones anteriores, y que probablemente no tiene muchas posibilidades de cambiar hasta el momento de la muerte: aparece una crisis de la normal capacidad de proyectarse hacia el futuro, y proyectarse hacia el futuro significa no estar deprimido.

Depresión y respuesta social

Es especialmente justa una observación hecha a propósito de los trastornos mentales en general: también en el caso de la depresión todos tienen sus desequilibrios, pero la mayoría de las personas disponen de mecanismos de compensación, por lo que consiguen reducir su sufrimiento a límites razonables. Cuando una persona está «normalmente» deprimida por un duelo, un desengaño o un «período de crisis», la depresión es vivida con cierta distancia, como un hecho legítimo y comprensible: en cierto modo, el individuo es consciente de que puede salir de su estado de crisis. Sólo en raras ocasiones el sufrimiento llega a ser incontrolable: quien está verdaderamente deprimido se siente arrastrado y ha perdido toda esperanza de poder liberarse de su

condición. En tales casos, el desequilibrio depresivo asume características típicamente psiquiátricas, e incluso típicamente psicóticas.

A este respecto, es muy importante el tipo de *respuesta social* evocada por la depresión. En general, la persona deprimida no suscita simpatías, sino fastidio, enojo y agresividad. Cualquier persona «normal» lucha contra su propia depresión, y todos creen que gracias a su buena voluntad consiguen mantenerla a raya; éste es uno de los motivos por los que el deprimido se siente reprobar generalmente que carece de voluntad, que es egoísta y que no está en absoluto enfermo. A lo más, se le anima a divertirse, a reaccionar, a «dejar de pensar en ello»: una actitud semejante, que, además, siempre está teñida de hostilidad y de impaciencia, no sólo no le resulta útil, sino que tiende en general a culpabilizarle más de su estado de ánimo, a hacerle sentir más impotente y solitario, más desprovisto de esperanza. Con frecuencia, en el seno de la familia, el deprimido es, o llega a ser, el chivo emisario sobre el que todos descargan libremente sus agresividades y malos humores.

En general, la depresión es vivida por el individuo como una actitud de absoluto realismo respecto a la propia situación vital o la condición humana en su conjunto. En otras palabras, el deprimido suele sostener que tiene todos los motivos para estar así. No siempre carece de razón. Considerar únicamente los aspectos negativos de la realidad puede tener justificaciones: su vida puede estar marcada por los duelos y la miseria, su futuro puede estar, en ocasiones, efectivamente desprovisto de perspectivas. Cabe discutir si es «más normal» la persona que se da cuenta de su grave situación objetiva, y renuncia a luchar después de haber comprobado las insuficientes probabilidades de salir de ella; o bien la persona que se hace ilusiones, y proyecta sueños acaso irrealizables. Lo importante es que el deprimido, sea cual fuere la causa y la legitimidad de su depresión, se halla en un estado de sufrimiento que siempre hace justificado y significativo un intento de ayuda.

Los diferentes aspectos de la condición psicológica del deprimido

La psicología de estado de depresión es compleja, pero, en general, bastante comprensible: los diferentes aspectos de este estado psicológico forman un conjunto coherente y difícil de esquematizar, pero pueden entenderse a partir de las experiencias de depresión que todos hemos vivido alguna vez. Sin embargo, la depresión grave es totalmente diferente de la vida psicológica normal y habitual. El deprimido no sólo es una persona triste: le caracterizan, además, la desconfianza y la falta de aprecio en sí mismo, el sentimiento de

culpa, la incapacidad de expresar la agresividad, el encerrarse en sí mismo, la necesidad de autocastigo. El deprimido es, además, una persona que no consigue imaginar el futuro. Carente de confianza en la vida, totalmente pesimista sobre cualquier posibilidad, privado de creatividad y de fuerza, es incapaz de proyectarse en el tiempo y de formular proyectos concretos: así pues, no puede ni imaginar la curación, porque su vida es un eterno presente, desprovisto de perspectivas, de posibilidades y de alegría. El mundo se le antoja incoloro, uniforme, petrificado: los sentimientos han muerto, y la muerte está por doquier, en su cuerpo y en las cosas. Cuando aparecen delirios (como ocurre a veces en los deprimidos muy graves, sobre todo si son viejos) siempre expresan la inmovilidad y la muerte, junto a sentimientos de culpa «monstruosa»: la familia está arruinada, la casa se hunde (jamás «se hundirá»: el tiempo futuro no es imaginable), todos están muertos, la sangre se ha detenido, el interior del cuerpo está podrido, las vísceras están bloqueadas.

La jornada típica del deprimido grave es un abismo de dolor; el tiempo se eterniza. El deprimido siente permanentes dificultades en dormirse, y con gran facilidad se despierta muy pronto por la mañana, con una sensación de profunda angustia. La idea de tener que pasar el día le asusta: no consigue imaginarse cómo conseguirá llenar unas horas que se le antojan vacías, inútiles y desprovistas de sentido. El sentimiento de tristeza y de inutilidad que experimenta le sugiere inevitablemente la imagen de la muerte como una liberación. Al deprimido le resulta incomprensible que las demás personas consigan ver la vida como alegre y vivible, pero nunca llega a pensar que los demás estén equivocados, porque está abrumado por los *propios* errores, las propias culpas, las propias limitaciones. Con exasperado rigor moral, no consigue disculpar nada de su pasado, pero tampoco la situación presente. Existe en él la imposibilidad de encontrar el más mínimo interés en cualquier cosa, y, por tanto, en concentrarse y trabajar: por otra parte, cualquier trabajo se le aparece demasiado difícil, por encima, incluso, de sus capacidades. El deprimido grave puede conseguir ejecutar pequeñas tareas de encargo (que nunca considera bien hechas) pero muchas veces pasa el tiempo inmóvil, pasivo, o moviéndose con lentitud, atormentándose con expresiones repetitivas de tristeza y de ansia, o llorando. A medida que avanza el día suele estar algo mejor.

Muy frecuentemente, la depresión va acompañada de la ansiedad: aparece entonces el cuadro de la *depresión ansiosa*. Depresión y ansiedad son dos estados de ánimo afines, pero claramente diferenciados. La ansiedad es espera de amenazas desconocidas, sufrimiento y temor ante posibles acontecimientos desagradables; la depresión, en cambio, no se dirige al futuro sino exclusivamente al presente y al pasado: es remordimiento, dolor por las cosas perdidas, angustia no por la amenaza de un mal, sino por un mal irremediamente actual. Existen válidos motivos para distinguir entre la *depresión ansiosa* y el *ansia* (neurótica) con componente *depresivo*. En el *ansia* neurótica el pesimismo está más encaminado al futuro que al presente, está menos acentuado (es vivido como temor, más que como certidumbre), y asume con más facilidad el aspecto de mal humor (o *disforia*) que el de la tristeza (distimia). De este modo, cuando se trata un estado de *ansia* neurótica con componente (secundaria) depresiva, la orientación terapéutica debe encaminarse en primer lugar al trastorno neurótico. Cuando, por el contrario, exista una depresión ansiosa, el problema de fondo es la depresión. En este caso, el *ansia* suele adoptar características diferentes, más elementales, más profundas, que el *ansia* neurótica: es *ansia* psicótica, en el sentido de que es sensación oscura y profundamente angustiada de un estado de muerte interior, de una pérdida de la propia presencia en sí mismo y en el mundo. En el *ansia* neurótica, el peligro de suicidio no es grande, mientras que en cualquier forma de depresión la eventualidad de suicidio está siempre presente.

El dolor de la depresión es tan intenso, tan constante el sentido de la inutilidad de la vida y tan presente el sentido de la pérdida del propio *valor*, que es raro que un deprimido no piense alguna vez en el suicidio aunque no siempre lo mencione. (El hecho de que no lo mencione no constituye en absoluto –en contra de la opinión habitual– una garantía contra el suicidio.)

El duelo. Duelo y depresión

Una contribución fundamental a la comprensión de la psicología de la depresión puede proceder de la psicología del *duelo*. Duelo no es sólo el estado de ánimo que sigue a la pérdida de un familiar: es –más en general– la pérdida de un *objeto significativo* que ha formado parte integrante de nuestra existencia. Puede existir experiencia de duelo por la separación geográfica de una persona amada; así, por ejemplo, en la vida de una madre posesiva, hay duelo por el hijo primogénito que se va de casa o que contrae matrimonio;

pero también puede significar duelo la pérdida de un objeto querido o el abandono de un lugar, o la pérdida de una parte del cuerpo (como sucede en una amputación) o, más genéricamente, de una parte de las capacidades físicas. En el fondo, el duelo es siempre una especie de amputación. Es el dolor por la pérdida de una parte de sí mismo (o, si preferimos, de una parte de la propia vida), es la dificultad en admitir este cambio, pero también un sucesivo proyecto de elaboración psicológica (que toma precisamente el nombre de *elaboración del duelo*) por el cual el individuo se adapta poco a poco a una nueva realidad, y aprende, en definitiva, a construir y a utilizar una nueva vida, es decir, una nueva imagen de sí mismo, de la que ya no forma parte el objeto perdido.

El concepto psicológico de duelo puede ser ampliado. Muchas veces el duelo no sigue a una pérdida material, sino, directamente, a la pérdida de una parte de la propia imagen social. Cualquier humillación significativa, cualquier grave desilusión respecto a un programa de vida, un fracaso personal, una seria autocrítica respecto a la propia actuación, son otras tantas causas de duelo. Pero también es una situación de duelo darse cuenta de que no se cumplirán unas esperanzas formuladas: o que los instrumentos de que se dispone en determinado momento para construir la propia vida son menos válidos y eficaces de lo que se había pensado.

Una vez aquí, es fácil intuir que no existe diferencia sustancial entre los acontecimientos que ocasionan el duelo y los que ocasionan la depresión. La diferencia está en la experiencia, en lo *vivido* por el individuo. La depresión procede de un bloqueo en el mecanismo de elaboración del duelo, y constituye, en la práctica, la incapacidad para salir de él. En el duelo puede existir la desesperación, el sentido de vacío y de inutilidad de la existencia, un recluirse en sí mismo que parece cerrar la puerta a los consuelos del mundo; así pues, puede existir también un «no querer aceptar» la realidad: por ejemplo, un querer ignorar que determinada persona ha muerto. Pero el individuo no está necesariamente investido y sumergido en la depresión, aunque su dolor sea grande. En el duelo, el individuo vive una pérdida precisa, y elabora la experiencia de esta pérdida, distanciándose progresivamente de ella. El objeto perdido formaba parte de esta persona, pero ahora esta cosa ha muerto: el objeto del duelo sufre un rechazo; quien elabora el duelo no hace otra cosa que expulsar un cadáver, y tiene una sana prisa en liberarse de él. En la depresión, por el contrario, el objeto perdido no es reconocido con claridad, y al mismo tiempo el individuo lo vive como una parte inalienable de sí mismo, de la que siente que no podrá liberarse a no ser con su propia muerte.

El deprimido se vive a sí mismo como indigno, muerto e «inútil»: la parte de sí mismo que debería elaborar activamente el duelo también está investida por la depresión. Así pues, esta autocondena es total: el deprimido está «muerto» como sujeto del propio juicio. Entonces, el juicio se expresa en nombre de un imperativo moral, exterior al deprimido, un imperativo moral absoluto. El deprimido se refugia en esta moralidad de tipo absoluto, y, por tanto, de tipo religioso, y se refleja en ella, como apelando a un valor del cual ya no es dueño, y por el cual sólo puede ser aplastado.

Depresión y moral autopunitiva. Las terapias

El duelo, por ser elaboración, también es evolución y proyecto; en la depresión nada evoluciona: el tiempo se ha detenido. El sentimiento de culpa de la depresión es tal que el individuo se corta de raíz la posibilidad de reaccionar, de combatir contra una situación difícil; se siente inducido a pensar que esta situación no sólo es inevitable, sino que también es justa, y que su deber es vivirla hasta el fondo. Esto no significa que *no quiera* salir de su sufrimiento: significa, más bien, que no consigue imaginar un *legítimo* modo de ser, diferente de este dolor.

Uno de los mecanismos fundamentales de la elaboración del duelo consiste en identificar en otras personas, y en procesos sociales, las causas de la propia y difícil condición: es decir, consiste en pasar de la situación psicológica de víctima a otra en que se considera justo reaccionar, e incluso agredir. Este paso no se opera en la depresión. El deprimido en ocasiones se adapta y se esmera en perpetuarse en su papel de persona desgraciada y afligida; pero con mayor frecuencia y más típicamente no sale del duelo, por una voluntad de clausura autopunitiva. El insomnio del deprimido, por ejemplo, está hecho de arrepentimiento y de autoacusaciones, pero también de una especie de exacerbada tensión moral; el deprimido se niega a sí mismo cualquier posible relajamiento, cualquier derecho a olvidar, ni siquiera durante las escasas horas de sueño.

Lo que siempre es específico de la situación psicológica del deprimido no es tanto el no conseguir descubrir alternativas como el no conseguir descubrir las causas (sociales) de aquella situación vital dolorosa o decepcionante que ha sido el origen de su depresión. Quien no consigue descubrir en la sociedad y en la historia el designio más amplio en que se inscribe su propia condición de vida, está abocado a encerrarse en sí mismo, y en buscar las causas del mal en su interior.

Así pues, el deprimido no se considera tan culpable de la propia depresión como de haberse construido (en cuanto individuo aislado) una existencia en la que ya no cree.

Quien, en un determinado momento de su vida, se halla solo, desilusionado, frustrado, carente de posibilidades, o sin las personas, las cosas, los principios y las certidumbres que hasta aquel instante le habían permitido confiar en el futuro, y formular proyectos, no es necesariamente un deprimido. Es un deprimido aquel que, hallándose en este momento difícil de la vida, se siente obligado a interpretar el mundo, y su propia vida, según una visión *moral* particular, individualista y autopunitiva. En la infancia y en la historia de la vida de las personas que se encontrarán con descompensaciones depresivas aparece siempre la formación de esta moralidad particular, de un «deber ser» rígido, perfeccionista, absolutista, dogmático y punitivo. Y, al mismo tiempo, se encuentra una precisa dificultad en conseguir situar la propia historia en una visión más amplia, es decir, no «particular», no «privada», no «egoísta» de la historia humana.

Uno de los principios más elementales del tratamiento del deprimido consiste en realizar una serie de estrategias que sirvan para desresponsabilizarle y disculparle. La depresión, por ejemplo, es la única situación psiquiátrica en que puede resultar útil transmitir al paciente una idea de su dolencia como enfermedad orgánica, sobrevenida por azar y de la que no es responsable. Así pues, puede resultar de gran ayuda al paciente deprimido (o al individuo que se enfrenta periódicamente con descompensaciones depresivas) adquirir no sólo concepciones morales menos rígidas, sino también una mejor capacidad de análisis de su situación familiar y social; de este modo, el paciente es ayudado a formular y a expresar su propia agresividad, y a aceptarla como legítima.

Al mismo tiempo, la terapia de la depresión debe dirigirse siempre hacia los familiares: muchas veces contribuyen con su actitud a agravar las condiciones psicológicas del paciente.

El deprimido grave debe ser tratado fundamentalmente como una persona adulta, dotada de dignidad, y responsable; su dolencia debe tratarse con respeto; pero al mismo tiempo debe permitírsele retroceder provisionalmente a una situación de pasividad, de dependencia, de dolor, de ausencia total –aunque temporal– de responsabilidad hacia los demás, y, por consiguiente, de irresponsabilidad hacia sí mismo, hacia la propia enfermedad, hacia la

posible curación. Si la depresión no es tan grave, debe ayudársele a restablecer relaciones significativas con la realidad; debe poderse sentir necesario a los demás, y al mismo tiempo hacer valer su propio papel de manera que pueda someter a críticas a las personas con las que convive.

Se utilizan siempre, en dosis apropiadas, los psicofármacos antidepresivos. Las personas que se enfrentan a períodos cíclicos de depresión deberían recibir una ayuda psicoterapéutica en el período de bienestar, especialmente con el fin de rediscutir sus orientaciones vitales y los principios de su visión del mundo.

La depresión es el único trastorno mental realmente peligroso: el deprimido es peligroso esencialmente para sí mismo, en relación al riesgo de suicidio. Este peligro debe ser valorado de manera clara y explícita y discutido con sus familiares. Si es necesario, al deprimido muy grave deben imponérsele restricciones de su libertad y autonomía individual, pero con las terapias farmacológicas actualmente en uso es raro que el período de peligro agudo de suicidio se prolongue por mucho tiempo. El mismo problema del suicidio, y del ansia que esta posibilidad provoca en parientes y terapeutas, debe discutirse con el paciente; en muchos casos, puede resultar oportuno –sobre todo, si la depresión no es grave– responsabilizar al paciente sobre este punto, diciéndole y haciéndole entender que es libre, y que nadie, si realmente lo desea, puede impedirle que se suicide. Una actitud de este tipo puede ser útil asimismo para romper el frecuente círculo vicioso de ansias, amenazas y chantajes psicológicos entre el paciente y los familiares.

Notas

La relación duelo-depresión, central para todo el problema, se basa en el escrito de Freud, *Trauer und Melancholie*, 1917 (*Mourning and Melancholy* en la «Standard Edition», vol. 14, Londres, 1957); el tema ha sido elaborado por Abraham, y ha tenido una interesante evolución en los estudios de Melanie Klein. (Puede verse, a este respecto ,1ª antología a cargo de W. Gaylin, *The Meaning of Despair*, Science House, Nueva York, 1968.) Véase también C. M. Parkes «Bereavement and Mental Illness», *Brit. J. Med. Psychol.*, 38 (a) 1, (b) 13, 1965.

Sobre el duelo es excelente el volumen de C. Murray Parkes, *Bereavement*, Int. Univ. Press, Nueva York, 1972. También sobre el duelo y su elaboración ritual, son importantes los trabajos de E. De Martino, y en especial *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, Einaudi, Turín, 1958.

Sobre la depresión véase de A. T. Beck, *Depresión, Clínica, Experimental and Theoretical Aspects*, Staples Press, Londres, 1969. Interesante y estimulante la obra de J. Borel, *La psychologie de l'humeur*, Ed. Causse, Montpellier, 1971. Véase también de E. Jacques, «Death and the Mid-Life Crisis», *Int. J. Psychoan.*, 46, 502, 1965.

Diagnóstico psiquiátrico

Síndrome significa un conjunto característico de síntomas. Puesto que en psiquiatría rara vez es justificable hablar de enfermedades, el concepto de síndrome permite reagrupar grupos de estructuras del comportamiento. Se puede hablar, por ejemplo, de síndrome esquizofrénico agudo, de síndrome depresivo, etc. (Para los conceptos de *síntoma* y de *estado*, por ejemplo «estado ansioso», «estado de agitación», véase *Psicología*.)

El diagnóstico psiquiátrico es, en general, un diagnóstico sindrómico, no un diagnóstico de enfermedad. Es el resultado de un juicio, y, por tanto, de la decisión de valorar por encima de los demás algunos aspectos del comportamiento del individuo: es decir, es el resultado de una opción entre los diferentes aspectos de la manera de comportarse del individuo sometido a diagnóstico.

El diagnóstico psiquiátrico no es más que una manera, sólo que más oficial, más técnica y menos comprensible, de expresar un juicio sobre una persona. Estos juicios son inevitables: todos clasificamos a las personas como estúpidas, inteligentes, egoístas, pesadas, simpáticas, antipáticas, etc.; expresamos estos juicios, y resumimos en ellos una serie de «síntomas» observados. La psiquiatría realiza la misma operación, con una diferencia muy importante: la *etiqueta* psiquiátrica tiene consecuencias sociales mucho más graves. Así pues, los diagnósticos psiquiátricos son unas designaciones más «técnicas» y autoritarias, sin dejar de ser someras y toscas; un diagnóstico psiquiátrico, en el fondo, aclara bien poco sobre una persona. Pero lo que importa es que el diagnóstico psiquiátrico siempre es un juicio de valor fuertemente desvalorizador y, en definitiva, denigrante. Por ejemplo, definir un individuo, sobre todo si es inconformista, como «personalidad psicopática» o «sospechoso de esquizofrenia» significa quitar significado a cuanto hace, introducir una duda social que arrastrará durante toda la vida. El diagnóstico psiquiátrico es un juicio *totalitario*: introduce la imagen de un individuo monoprogramado y *robotizado* por la locura: es decir, un ser peligrosamente irresponsable.

Así pues, los diagnósticos psiquiátricos deberían utilizarse lo menos posible: podrían tener una única (aunque tenue) justificación como breves indicaciones resumidas de tipo técnico. Sin embargo, términos y conceptos como «neurosis», «psicosis», «esquizofrenia», «neurastenia» (y demás) tienen su precisa justificación en otro sentido. Aparte injusto y reductivo, es superfluo resumir a una *persona* identificándola con una de estas etiquetas: decir, por ejemplo, «es un esquizofrénico», «es un neurótico», etc. Pero está mucho más justificado resumir un *comportamiento* de dicha manera. Resulta inevitable identificar la existencia de particulares mecanismos psicológicos a partir de comportamientos concretos: es decir, identificar particulares modos de ser y de reaccionar. Existen dinámicas definidas relativas a las experiencias subjetivas y al comportamiento; y es inevitable utilizar una terminología conocida, y llamar a estos modos psicológicos y comportamientos, en cada ocasión y según sus características, modos agresivos, ambivalentes, regresivos, neuróticos, psicóticos, y así sucesivamente. No obstante, sigue tratándose de una terminología comprometida por su utilización desvalorativa: y de ahí que la diferencia entre diagnosticar un *comportamiento* concreto y una *persona* acaba, en la práctica, por esfumarse. De todos modos, el «diagnóstico» del comportamiento es más claramente inevitable.

Cualquier persona, «normal» o no, puede presentar estos modos de sentir, de ser, de comportarse. En algunas personas, en determinados momentos de su vida, uno o más mecanismos psicológicos de este tipo son especialmente evidentes, trastornadores y dominantes, y entonces decimos que estas personas están mentalmente trastornadas.

Es perfectamente posible afirmar, por consiguiente, que una persona «normal», examinada en alguno de sus comportamientos, ha demostrado reaccionar con una modalidad de tipo histérico; o bien que otra persona tiene probablemente dificultades de control de su cuerpo de tipo psicótico; o que el comportamiento de una tercera está dominado en ocasiones por dificultades que consideramos de tipo neurasténico-ansioso; etc. Esto no significa que *todo* el comportamiento de esta persona sea resumible en todo momento en una de estas etiquetas: significa únicamente que esa persona tiene problemas de ese tipo.

Conviene añadir que raras veces el comportamiento «trastornado» y sufriente de una persona es resumible en *un solo* mecanismo, o modo de reaccionar: por ejemplo, quien tiene problemas dominantes de tipo paranoide puede presentar también con facilidad una serie de dinámicas de defensa de tipo obsesivo; un individuo con una seria depresión puede tener problemas agudos de ansia neurótica, etcétera.

Esto explica cómo surgen con frecuencia discrepancias muy fuertes en los diagnósticos emitidos por diferentes psiquiatras sobre un mismo individuo: esto no siempre se produce por errores de valoración, sino más bien por la diversidad de puntos de vista y de criterios de juicio, muchas veces relacionados con variables de tipo ideológico.

Notas

E. Zigler, L. Phillips, *Psychiatric Diagnosis: a Critique*, en B. Maher (a cargo de), *Contemporary Abnormal Psychology*, Penguin, Londres, 1973 (bibliografía); J. K. Wing, «Le variazioni internazionali della diagnosi psichiatrica», en *Triangolo* (Sandoz), vol. 12, n.º 1, enero de 1974. Sobre los modos concretos en que se llega a un diagnóstico psiquiátrico y sobre las variables de clase que dominan este procedimiento, el mejor trabajo sigue siendo el de Hollingshead y Redlich, en el ya citado *Classi Sociali e Malattie Mentali*.

Distimia

Véanse *Depresión* y *Manía*.

Distonía neurovegetativa

Término impropio, con el que se designan, en general, trastornos neuróticos de tipo neurasténico.

Epilepsia

La epilepsia se considera con excesiva frecuencia un trastorno de tipo psiquiátrico, y existen muchos prejuicios sobre su naturaleza. Se trata de una disfunción neurológica bastante corriente, que consiste en la aparición más o menos frecuente de crisis especiales, en general de brevísima duración.

Las crisis epilépticas consisten en los casos más típicos (es decir, en los ataques del «gran mal»), en una pérdida de consciencia repentina (precedida, a veces, de sensaciones «premonitorias»), con caída al suelo y rigidez muscular, acompañadas de breves sacudidas repetidas, más evidentes, en general, en la cara y en las manos. Sigue el despertar, o un breve período de sueño o de torpor, con olvido de lo sucedido. Otras veces las crisis consisten en brevísimas interrupciones de la consciencia («ausencias»), sin más fenómenos, muchas veces inadvertidas. Más raramente, existen individuos que tienen crisis consistentes en automatismos más o menos complejos: la persona puede realizar incluso movimientos y gestos habituales, desplazar un objeto, caminar, etcétera.

La gran mayoría de los epilépticos puede llevar, y lleva, una vida normal. La toma cotidiana de fármacos antiepilépticos reduce o elimina la aparición de las crisis. La epilepsia dura en general años y aparece más fácilmente en la infancia, o, en cualquier caso, en la edad juvenil. Una epilepsia que aparezca por primera vez en la vida pasados los 35 años es casi siempre un signo precoz de tumor cerebral.

Algunos epilépticos adquieren poco a poco una personalidad definida como «viscosa», es decir, se convierten en personas insistentes y algo tediosas. En algunos casos (en general, en epilepsias mal tratadas) aparecen trastornos accesorios del comportamiento: serias crisis de mal humor con irritabilidad y, en ocasiones, impulsividad. La epilepsia se asocia a veces a la insuficiencia mental, cuando los dos tipos de trastornos tienen como causa común lesiones cerebrales extendidas.

Los síntomas y las manifestaciones de la epilepsia deberían ser conocidos en detalle por todos los que se ocupan de psiquiatría, para no confundirlos con síntomas de índole psiquiátrica. Los epilépticos tienen casi siempre problemas psicológicos (sobre todo, en la adolescencia), pero esto ocurre en gran medida porque los médicos casi nunca discuten de manera comprensiva y comprensible con sus pacientes el significado de sus trastornos.

Notas

AA. VV., *Epilepsie-Diagnose und Therapie*, Karger, Basel, 1969; L. D. Boshes, F. A. Gibbs, *Epilepsy Handbook*, Ch. Thomas, Springfield, 1972.

Esquizofrenia

Definición del término

Qué se indica con este término, y cuál pueda ser su primera definición, ya se desprende de las voces *Psicosis*, *Delirio*, *Alucinación*. Estos textos (y, en especial, la voz *Delirio*) representan la premisa necesaria para las líneas siguientes, y deben ser leídos con anterioridad. Una definición más precisa de lo que se indica habitualmente como «esquizofrenia» resulta, sin embargo, mucho más compleja y menos lineal. En primer lugar intentaremos entender en qué casos se utiliza este término.

«Esquizofrénico» es el término convencional con que se designa a las personas que tienen algunos comportamientos ocasionados –según algunos– por una hipotética enfermedad llamada precisamente esquizofrenia. No existe una plena claridad ni un acuerdo entre las diferentes escuelas psiquiátricas sobre cuáles sean los comportamientos que definen «lo esquizofrénico». En los Estados Unidos, por ejemplo, el diagnóstico de esquizofrenia se produce con más facilidad que en Europa; en Francia el término es utilizado menos que en otras partes. Tampoco está claro si todas las personas designadas como esquizofrénicas a partir de determinados comportamientos tienen unos problemas parecidos y unos mecanismos psicológicos comunes: no acaba de ser bien conocida la causa de estos comportamientos, y no son perceptibles con certidumbre ni un hipotético trastorno psicológico «fundamental» ni mucho menos una hipotética «enfermedad esquizofrénica» de la que hacer depender todos los aspectos de la esquizofrenia.

«Esquizofrenia» designa un conjunto de dificultades psicológicas de tipo psicótico. De cien personas que nacen, al menos una será diagnosticada como esquizofrénica en el transcurso de su vida. El diagnóstico de esquizofrenia (a veces llamada «estado disociativo», o, mejor dicho, «estado disociativo procesual» para distinguirla de la disociación histérica) no es, en general, un diagnóstico trivial. En la mayoría de los casos, la persona diagnosticada como esquizofrénica padece trastornos de media o larga duración, que inciden pesadamente en sus posibilidades de vida social y en la construcción de su existencia. Esto no significa que una condición de ese tipo no pueda en ocasiones curar del todo, e incluso en breve tiempo. Algunos datos parecen confirmar la hipótesis de que una de las causas principales de cronicidad reside en el tipo de reacción del ambiente a la persona que presenta trastornos iniciales de tipo esquizofrénico, así como en el tipo de procedi-

mientos «terapéuticos» que casi siempre son adoptados. Con gran frecuencia, después de una «descompensación» más o menos prolongada de tipo esquizofrénico, pueden existir mejorías graduales, que permitirán al individuo llevar una vida normal, o casi normal, por el resto de su vida. La condición conocida como esquizofrenia surge casi siempre en los jóvenes. No se ha demostrado ninguna herencia, aunque sí es probable en muchos casos una predisposición; tampoco se ha encontrado una causa biológica en general (disgenética, tóxica, vírica, etc.) que pueda considerarse como origen del trastorno.

Las características más inmediatamente típicas y evidentes del comportamiento designado como esquizofrénico son las siguientes: *a)* aislamiento de la realidad; dificultad, muchas veces dramática, en establecer de manera espontánea una fluida relación de sintonía y de comunicación con los demás; la clausura de la propia vida en un mundo personal escasamente comunicable. Todo esto se conoce con el nombre de *autismo*; *b)* los delirios; *c)* las alucinaciones; *d)* la conservación de una inteligencia normal y –en general– de un estado de perfecta orientación en el tiempo y en el espacio; *e)* la extrema dificultad del individuo en entender de qué modo su comportamiento puede ser considerado anormal en relación con los comportamientos más aceptados socialmente.

En los textos de psiquiatría la esquizofrenia es tratada habitualmente como una misteriosa enfermedad que «ataca» al individuo, y no –cosa que sería más correcta– como un conjunto de comportamientos, de experiencias y de estados de ánimo que conciernen directamente a la vida del individuo y le pertenecen.

Se sostiene habitualmente que en la base de la esquizofrenia existe una escisión, una disociación entre pensamientos, afectos y voluntad; se distingue de manera escolástica entre los varios tipos de trastorno (del pensamiento, de la afectividad, de la voluntad, del movimiento); así pues, se obliga a los esquizofrénicos a dejarse etiquetar según algunas categorías: los *paranoicos* (donde prevalecen los delirios); los *catatónicos* (donde existe una separación mayor respecto a la realidad y prevalecen la inmovilidad o crisis graves de agitación); los *hebefrénicos* (caracterizados, sobre todo si se trata de individuos jóvenes, por un comportamiento fatuo, evasivo, infantil, frecuentemente excitado, aparentemente incoherente); y, finalmente, los individuos aquejados de esquizofrenia «*simple*» (en la que dominan, sin otros síntomas evidentes, la desaparición lenta y gradual de la iniciativa, y una fría distancia de la vida

afectiva y de la realidad). Es muy discutible que todas estas interpretaciones, distinciones y clasificaciones sean verdaderamente útiles y pertinentes a la naturaleza del problema. En especial, ya es hora de preguntarse si el concepto de «disociación» de la personalidad de que deriva el término «esquizofrenia» tiene un sentido y una utilidad.

Un «diagnóstico» de esquizofrenia suele formularse sin la menor vacilación, cuando en un sujeto determinado aparecen las cinco características antes enumeradas. Ni el autismo, ni los delirios, ni las alucinaciones son, por sí solas, exclusivas de la esquizofrenia. Si el autismo no está muy acentuado, puede ser la característica central de la personalidad de algunas personas, o bien una manera episódica de reaccionar a unas concretas y graves experiencias vitales. Al igual que en la esquizofrenia, los delirios pueden aparecer también en la depresión grave, en las demencias (y en especial en aquella demencia especial llamada parálisis progresiva), en los estados tóxico-confusionales; los delirios pueden ser también «modos de reacción» al límite de la normalidad de muchos individuos en circunstancias especiales. (Por otra parte, la paranoia, o los delirios crónicos sin más síntomas no son considerados por muchas escuelas como parte de la esquizofrenia.) También las alucinaciones aparecen en las situaciones más diversas.

Pero también se suele hablar de esquizofrenia en varios otros casos. Por ejemplo, cuando a un delirio más o menos crónico y estabilizado se asocia otro trastorno, como las alucinaciones, o cuando le acompañan serias dificultades en gestionar de manera socialmente aceptable las relaciones interpersonales cotidianas; en estos casos, las convenciones establecen que se de un «diagnóstico» de esquizofrenia aunque no exista autismo.

O bien, se habla asimismo de esquizofrenia cuando el autismo –sin delirios ni alucinaciones– es muy acentuado, hasta el punto de aislar al individuo de la comprensión de los demás; o también cuando coexisten al menos dos de los tres síntomas principales (autismo, delirios, alucinaciones) en un estado de consciencia lúcida.

En conjunto, no existe un límite evidente e inequívoco entre lo que es esquizofrenia y lo que no lo es. Se puede discutir y se discute, por ejemplo, si hay que situar en la esquizofrenia algunas especiales condiciones psicológicas: la alucinosis alcohólica; las experiencias paranoides típicas de los consumidores de benzedrina y otros psicoestimulantes; la «paranoia» o delirio crónico; los celos de los bebedores; los estados de «regresión institucional» grave, típicos

de muchas personas reclusas prolongadamente en las cárceles y en los manicomios; algunas personalidades caracterizadas por el individualismo, la extravagancia y el fanatismo; muchos estados de excitación graves y agudísimos de carácter símilconfusional y símilmaníaco; no pocas «personalidades esquizoides» escasamente afectivas y con tendencia al aislamiento; el autismo infantil; y, finalmente, todos los casos considerados *borderline*, o sea, en el límite entre neurosis y esquizofrenia.

Muchos trastornos psicóticos de brevísima duración, y/o muy leves, caracterizados por experiencias psicológicas de tipo esquizofrénico, no son habitualmente catalogados como «esquizofrenia». (Se habla de ellos en las voces *Psicosis* y *Delirio*.)

En suma, los límites de la esquizofrenia sólo pueden trazarse de manera convencional, además de imprecisa.

Pese a todas estas incongruencias, existe indudablemente una cierta homogeneidad en los mecanismos psicológicos de la mayoría de las personas (quizá no todas) que son diagnosticadas como esquizofrénicas: y a esto nos referiremos ahora. Intentaremos aproximarnos a una comprensión psicológica de la manera de formarse la condición de la llamada esquizofrenia utilizando sucesivamente una serie de conceptos: el de no autonomía; el de autismo, el de no consciencia de la opresión.

Autonomía y no autonomía

Como ya hemos visto, una de las principales características psicológicas de la esquizofrenia es el autismo. Contrariamente a lo que pueda parecer a primera vista, el autismo no es una forma de autonomía respecto a los demás. Cuando se habla de autonomía psicológica nos referimos a una característica de la personalidad que es constitutiva, junto a otros parámetros, de las condiciones que groseramente indicamos como equilibrio psíquico. Vale la pena insistir sobre el concepto de autonomía y no autonomía precisando desde el comienzo, sin embargo, que, de la misma manera que autismo no es sinónimo de esquizofrenia, no autonomía no es sinónimo de autismo. La infinita mayoría de las personas poco autónomas no tienen las características psicológicas del autismo: esto no impide que todas las personas con características de autismo tengan, en el fondo, una grave situación de no autonomía.

Autónoma es una persona que no necesita depender en todo momento de las demás, que es capaz de elaborar y de expresar juicios personales sobre la realidad, que sabe en qué cree y lucha por sus ideas, y que es capaz de soportar bien la soledad. La persona autónoma no es, en general, poco sociable; por el contrario, es capaz de llevar las relaciones personales ocasionales, las relaciones de amistad, y aquéllas con mayor componente afectivo, con seguridad y disponibilidad, pero protegiendo al mismo tiempo los propios espacios de libertad. La persona no autónoma, en cambio, necesita de las demás, y no para intercambiar comunicación y afecto sino porque depende de ellas: no consigue estar sola, necesita constantemente ser tranquilizada, guiada, confirmada, apoyada afectivamente. La persona no autónoma vive aprisionada en una alternativa dramática: la soledad y la dependencia de los demás. Al no soportar la soledad, esta persona busca lo que podríamos denominar una *dependencia fusional*, o un *solidarismo simbiótico*, respecto a otras personas, como garantía de defensa contra angustias e inseguridades.

Otra distinción entre autonomía y no autonomía es más sutil, pero también básica y significativa. Autonomía significa capacidad de distinguir con claridad entre uno mismo y los demás, es decir, seguridad en saber que un determinado pensamiento, imagen o sentimiento sólo es nuestro y no de los demás, o de los demás pero no nuestro; significa saber distinguir de manera intuitiva, elemental y básica entre lo que es la propia vida psicológica interior (personal y no comunicada), lo que se comunica e intercambia con los demás, y lo que los demás viven en sí mismos como su propia vida interior, o bien lo que comunican e intercambian. La persona no autónoma, además de estar fundamentalmente insegura de sí misma, no es capaz de elaborar una vida psicológica personal y una personalidad claramente definida e independiente: pero, sobre todo, no es capaz de entender claramente hasta qué punto no es autónoma, ni en qué medida los pensamientos, los afectos y las imágenes que expresa no son suyos, sino el reflejo y la repetición de pensamientos, imágenes y afectos ajenos. Quien no es autónomo no sólo no posee una clara imagen de lo que siente y piensa, sino que tampoco tiene una clara imagen de sí mismo, y se halla en la situación de tener que pedir siempre a los demás la confirmación de su propia legitimidad básica, y la descripción de un *si mismo* que se le escapa. Quien no es autónomo no solo depende de los demás, sino que tampoco se pertenece enteramente a sí mismo. Está en todo momento «habitado» por los demás los demás (y, en especial, las personas significativas de su vida afirmativa) le definen, deciden por él, le sustituyen, pero también

le «pasan a través», le «invaden», viven en su espacio privado y violentan sutilmente sus decisiones.

Si la situación de no autonomía es grave, ya no existen más decisiones personales, ni pensamientos o sentimientos: cualquier decisión ya está tomada y cualquier pensamiento pensado por los demás. Así pues, ya no existe una vida psicológica propia, ni siquiera una clara identidad de uno mismo.

Es fácil considerar la falta de autonomía de una persona como su problema privado y su insuficiencia: en otras palabras, nos sentimos tentados a atribuir la responsabilidad y la culpa de la situación al propio individuo. Esta manera de ver las cosas no es correcta. La no autonomía no es una simple característica psicológica personal: es una situación vital e interpersonal. Más precisamente, siempre es una situación de violencia.

Si, como se ha dicho, el individuo «no autónomo» es, por definición, constantemente «invadido» y violentado por los demás, esto es algo que no hay que ver, de manera simplista, como consecuencia del hecho de que él, por algún oscuro motivo propio, «no sabe defenderse». Por el contrario, esta situación es consecuencia del hecho de que ha sido sometido en el pasado, o es sometido actualmente, a una presión, a una violación de su personalidad, a un impedimento activo a su fabricación de ideas, sentimientos, fantasías propios, a sus movimientos y determinaciones en libertad. Cuando se toma en consideración, en todos sus detalles, la situación de una persona con graves problemas de no autonomía nos damos cuenta regularmente de que existe al menos una de estas dos condiciones (y con frecuencia ambas): o el individuo ha sufrido en el pasado (y en especial durante la infancia y la adolescencia) una prolongada situación psicológica y objetiva desautonomizante (constituida, en general, por excesiva protección y/o opresión), que le ha impedido desarrollar capacidades personales de seguridad y de autonomía: o esta situación sigue estando activamente presente. La actitud de los adultos y, en especial, de los padres es lo que determina más fácilmente el crecimiento –desde la primera infancia– de una personalidad no autónoma, incapaz de determinarse como individuo, aquiescente, mimetizada y *transparente* a las sollicitaciones y a la voluntad de las figuras parentales.

Una personalidad de este tipo está presente muchas veces en los jóvenes que han estado recluidos durante largo tiempo en instituciones represivas, como los orfanatos o asilos, o que han sufrido durante años un clima de violencia física y de terror en el ambiente doméstico. Pero el resultado puede ser el mismo también en aquellos que sin haber sido oprimidos de manera brutal y evidente han tenido en la familia un rol caracterizado por la escasísima o nula «capacidad contractual», y han sido oprimidos por una constante, sutil y precoz desvalorización de su valor, de sus capacidades, de sus propuestas, protestas e iniciativas respecto a los adultos y los hermanos. (En una situación de este tipo se hallan con frecuencia los miembros más jóvenes y de sexo femenino de la familia.)

En segundo lugar, una opresión desautonomizante más sutil, pero tanto más eficaz en la medida en que no es evidente, e incluso está enmascarada de amor, es identificable en los niños y en los jóvenes que han sido sutil y eficazmente condicionados y sofocados por una educación tan afectuosa y solícita como, en la práctica, capilarmente penetrante, previsora, omnipresente, protectora, totalitaria, aparentemente perfecta (o, mejor dicho, perfectamente eficaz), pero de tal índole, precisamente por dicho motivo, que suprime –en el niño que es objeto de ella– cualquier libertad real y cualquier capacidad de rebelión, cualquier posibilidad de personalizarse. En una familia de este tipo, el niño no tiene la posibilidad de formarse una opinión y una voluntad propias porque cada una de sus opiniones le es «enseñada» por los padres, y cada una de sus voluntades es prevista, guiada, corregida e inculcada por los demás.

Un tercer tipo, y más especial, de situación aparece en los casos en que las «instrucciones» y las «expectativas» de los adultos respecto al niño, en lugar de ser claras y coherentes son oscuras, contradictorias e incoherentes: así pues, el niño está psicológicamente paralizado, confuso sobre sí mismo y sobre su propio papel. Hablaremos de ello a continuación.

En cambio, en lo que se refiere a las situaciones «actuales» desautonomizantes, y, en especial, a las que se presentan después de la adolescencia, se caracterizan en general por una situación de opresión mucho más descubierta, directa y menos «psicológica». La miseria, la falta de oportunidades educativas, la violencia de las instituciones respecto a quien no tiene poder social, las humillaciones de la vida cotidiana, la mediocridad y la brutalidad de la vida en los barrios más pobres, son factores que pueden provocar rebelión y toma de consciencia, pero que muchas veces, en cambio, suprimen al individuo no sólo

su libertad real, sino la propia libertad psicológica, es decir, la capacidad de proponer día a día de manera concreta y eficaz la propia imagen y la perspectiva psicológica de la autonomía respecto a quien le oprime.

La violencia desautonomizante, en la familia o fuera de ella, imposibilita a los jóvenes la asunción de una identidad y de un rol adulto, y constituye la premisa básica para la explosión de la descompensación esquizofrénica entre los 15 y los 20 años. Una de las características psicológicas de quien está destinado a llegar a ser esquizofrénico es el haber vivido durante años en una situación de no autonomía grave, en los modos descritos anteriormente.

El autismo

Entre otras cosas, el autismo es el modo más típico de reaccionar a la falta de autonomía psicológica. El autismo es, si se quiere, un estilo de relaciones interpersonales, un modo de estar en relación con los demás; no hay que confundirlo con la introversión, ni con la simple timidez, ni con el gusto por la soledad y la escasa sociabilidad natural de muchas personas que se encuentran perfectamente bien solas. Sin embargo, el autismo *también* es timidez, introversión y escasa sociabilidad. Es malestar y encierro en uno mismo, barrera respecto a los demás, pero también molestia y dolor en el aislamiento, necesidad desesperada de relación, y temor de esta misma relación. El autismo constituye una defensa, no consciente, a una amenaza existencial, pero también la búsqueda de un rol personal y de una identidad autónoma que en cierto modo «funcione». Este recluirse en sí mismo, este defenderse de los demás, se convierte en el único modo posible de administrar unas relaciones interpersonales opresivas. A partir del momento en que ya no se es suficientemente autónomo ni se está seguro de la propia identidad de manera de poder establecer con los demás una relación que lo sea realmente (es decir, que sea encuentro, confrontación, dialéctica entre personas y si es necesario lucha), cualquier presencia del otro se convierte en amenazadora respecto a la integridad del propio yo. La presencia del otro se hace tanto más invasora y destructiva respecto a la poca autonomía restante en una medida directamente proporcional a su fuerza, proximidad, cargada de violencia o de posesión afectiva.

El autismo es incapacidad de encontrar en sí mismo las razones y la definición de la propia existencia, de encontrar en una coherente y estable imagen de uno mismo la seguridad mínima necesaria para afrontar el modo social y la realidad externa en su conjunto.

El individuo autista se encierra en una serie de pantallas, de actitudes rígidas e innaturales, de máscaras: no permite que la propia afectividad se articule libremente hacia los demás, pero sobre todo siente el terror de descubrirse, de verse invadido por la mirada, la afectividad y la voluntad ajena. La voluntad de comunicar, unido al temor a esta misma comunicación, determinan, además de actitudes rígidas e innaturales, comportamientos inseguros, contradictorios, muchas veces incongruentes, y otras extravagantes. El intento del individuo autista de enviar unos mensajes y de buscar y recibir ayuda es torpe, obstaculizado casi siempre por la tendencia simultánea a retirarse, es decir, a no descubrirse plenamente; el individuo autista quiere participar de la vida social, pero sin dejar traslucir sus sentimientos reales.

El gesto típico del individuo autista que al dar la mano la entrega y la retira a un tiempo; la respuesta defensiva, vaga, deliberadamente no pertinente, u oscuramente alusiva; el ocultarse tras actitudes singulares y oscuras; el gesto o la expresión «desplazados», muchas veces originales pero en cualquier caso no pertinentes al clima social dominante; la repentina manifestación de afecto seguida de una precipitada retirada: todos estos comportamientos forman parte de la *ambivalencia* autista.

Cuando el individuo no autónomo y no gravemente autista encuentra (bien o mal) un equilibrio, y se estabiliza de manera duradera en un «estilo personal» de vida y de relaciones —evidentemente, no hasta el punto de la descompensación esquizofrénica— se habla de una *personalidad esquizoide*.

El autismo representa en general una situación de equilibrio inestable; en la práctica es, con frecuencia, la premisa para una serie de círculos viciosos destinados a hacer cada vez más grave la situación. Estos círculos viciosos son fácilmente intuibles. De cuanto se ha dicho resulta comprensible, por ejemplo, que el autismo sea una «mala defensa»: en cuanto estilo de comportamiento, es decir, como modo de mantener relaciones con los demás, es mal acogido y, por consiguiente, empeora las dificultades interpersonales. El individuo autista no es aceptado por los demás: sus actitudes de aparente autosuficiencia, orgullosas, imprevisibles, poco claras, muchas veces altaneras y agresivas, junto a la exhibición de una *aparente* autonomía, son hechos que determinan dificultades y clausuras, hostilidad, agresividad y exclusión. De este modo, sus relaciones sociales acaban por deteriorarse: esto provoca ansia, ulteriores clausuras en sí mismo, más ansia e insoportabilidad de esta clausura, e intentos cada vez más torpes, forzados e infelices de salir de todo ello. El aislamiento en que acaba por encontrarse; y el rechazo ajeno,

acentúan su angustia. Su ya escaso poder respecto a los demás, su poca contractualidad social, la insegura dignidad de su persona, disminuyen poco a poco: los instrumentos de seguridad y los mecanismos de autoestimación que, mal o bien, habían constituido un soporte de compensación a su fundamental inseguridad y a su falta de autonomía, se van erosionando y derrumbando. El individuo autista, precisamente por su manera de comportarse, es estigmatizado por los demás, desvalorizado, desvalorado o incluso *invalidado* en sus actos, en sus propuestas, en sus residuales intentos de autonomía y de libertad; es identificado como individuo «débil» y «extraño» y, por consiguiente, violentado en su dignidad personal y social, en su ambiente vital, en su lugar de trabajo. Si acaba por ser internado en un ambiente psiquiátrico este proceso se acelera.

En suma, las personas con problemas de no autonomía y de autismo se enfrentan regularmente a reacciones sociales que confirman sus dificultades y sus temores, y tienden a insertarles en un círculo vicioso, en una reacción en cadena, en un mecanismo autoalimentado y progresivo, que es el camino de la esquizofrenia. Muchos adolescentes presentan problemas psicológicos y sociales que son parecidos a los de la persona con problemas de autismo, y a veces son fuente de graves dolencias subjetivas; sólo una minoría de ellos, sin embargo, tiene problemas tan graves que determinan el desarrollo de una condición de tipo esquizofrénico.

La no consciencia de la opresión como parte de la opresión

Entre los mecanismos psicológicos que constituyen factores decisivos en la determinación del paso de la condición que denominamos «normal» a la etiquetada como esquizofrenia hay uno que conviene profundizar especialmente, el que se refiere a la experiencia de la opresión.

La opresión sobre un individuo puede ejercerse de muchos modos. Puede estar representada de la manera más brutal, como se ha visto, por la miseria, por el hambre, por la injusticia social, por las «desgracias» personales y familiares procedentes de vivir un determinado peldaño de la escala social. Puede ser una opresión más directa y personalizada, que se expresa en la violencia por parte de una persona concreta, o de un grupo, sobre otra persona u otro grupo. Puede ser también una violencia de tipo predominantemente psicológico, como puede suceder entre personas de la misma familia, por ejemplo, entre marido y mujer, o entre padres e hijos.

La opresión modifica la psicología del oprimido. Se crean mecanismos de compensación: en determinados casos se onnubila la consciencia, y se produce una situación de adaptación mediante una disminución de la sensibilidad respecto a un sufrimiento que ha pasado a crónico; otras veces se buscan y se crean gratificaciones sustitutivas, que pueden ser de carácter ilusorio, no realista, o incluso delirante; o, en fin, los individuos sometidos a la opresión reaccionan con la rebelión y la lucha, y de esta forma adquieren coraje, identidad personal, dignidad a través del rechazo, de la contestación, del intento de derribar el poder que les domina. Pero existen situaciones en las que la rebelión aparece imposible, y tampoco funcionan los mecanismos de adaptación, consolación y compensación. Esta circunstancia puede producirse tanto cuando la opresión es tan grande como para dominar cualquier respuesta como cuando el individuo oprimido es privado, mediante varios sistemas, de la capacidad de elaborar la menor respuesta.

En determinados casos, no hay duda de que la violencia es tan masiva y tan abundante que determina por sí misma un hundimiento psicológico, la autodestrucción de la personalidad, un considerable retiro en uno mismo: esto puede comprobarse en situaciones extremas de miseria, en las cárceles, en los manicomios, en la tortura, a causa de violencias bélicas. En todos estos casos, la respuesta psicológica individual puede ser de tipo depresivo, pero con gran frecuencia es una reacción de tipo esquizofrénico.

Pero es más importante el caso de quien no puede reaccionar a la opresión por otros motivos. El más simple se refiere a la ignorancia sobre las *causas* de la opresión; y el más típico a la *confusión* sobre la *naturaleza* de la opresión. El problema de la mayor o menor consciencia de la opresión, o de su incomprensión, es muy amplio y no puede ser afrontado aquí, ni como problema político (cosa que fundamentalmente es) ni como problema filosófico y psicológico. La fallida consciencia de las causas de la opresión es consciencia oscura e insuficiente de la misma presencia de la opresión. No conocer ni comprender el origen, los mecanismos, la auténtica naturaleza de la opresión no significa únicamente «ser desgraciado sin saber por qué», sino algo mucho más grave: significa pensar que si se es desgraciado es por *nuestra culpa* (ésta es la posición depresiva, de quien sitúa su propia inadecuación o presunta culpa en el origen de su miseria); o bien significa dejar de pensar, estar extraviado o confuso; o pensar que es culpa de personas, organizaciones, estructuras, o fuerzas que, en realidad, no tienen ninguna responsabilidad real en la determinación de la opresión, o incluso no existen.

El errar de enemigo, el identificar enemigos inexistentes, el considerar enemigos a otros oprimidos es, al mismo tiempo, el mecanismo individual originario de la actitud paranoide y del delirio, y el mecanismo de masas de aquellos que, oprimidos pero todavía no conscientes de la opresión, son dirigidos por el poder, o sea, por el auténtico opresor, a buscar falsos blancos, falsos objetivos y falsos dioses.

Aquel que es objetivamente privado de su libertad y de su autonomía es puesto también, en el mismo momento y precisamente por dicho motivo, en la situación de quien no es capaz de identificar dónde reside la responsabilidad de toda la situación en que vive. No conseguir formular un *propio* pensamiento autónomo claro, unas propias propuestas, una protesta real (es decir, no poder definirse y *hacerse* como sujeto incluso en *contra* de personas y fuerzas a las que se está sometido cotidianamente —y éstos pueden ser los padres, pero también el dueño de la fábrica, o la autoridad del Estado—), significa no llegar a entender ni la propia colocación social, la propia identidad: lo que se determina es una auténtica *alienación de sí mismo*.

La confusión sobre la naturaleza de la opresión se produce cuando el opresor consigue mistificar las propias intenciones y el propio comportamiento. En tal caso, la opresión es llamada tutela y solicitud; el odio amor; la rapiña generosidad; la agresión defensa. Puede encontrarse a escala muy amplia y más conscientemente cínica un mecanismo de dicho tipo en la propaganda política y comercial; a escala más limitada, inconsciente y personal, en la actitud de muchos padres respecto a sus propios hijos, o, en ocasiones, de un cónyuge hacia el otro. Más en general, este mecanismo nace del éxito de quien posee mayor poder cuando intenta convencer al otro de que sólo actúa *por su bien*. Una parecida acción de *mistificación* crea un estado de ánimo de *confusión* pero también, en el individuo sometido, un problema de *conflicto*. (Estos tres términos son utilizados por Laing —en un contexto y con significados algo diferentes— como puntos clave de referencia en la génesis de la esquizofrenia.) El conflicto nace de una consciencia incompleta: es decir, de la necesidad contradictoria de considerar a un mismo tiempo buena y mala la propia persona, de la necesidad de rebelarse a la vez que del paralelo deseo de considerar «de su parte» (y necesaria para la propia supervivencia material y afectiva) a la persona o la estructura de poder contra la cual el individuo querría rebelarse. La incapacidad de identificar la opresión y de rebelarse no se debe, pues, *en primer lugar* a factores psicológicos, sino que se remonta a precisas y objetivas relaciones de fuerza. Sin embargo, esta situación se mantiene y se refuerza *también* a partir de mecanismos psicológicos: en

primer lugar, el sentimiento de *dependencia* que liga el oprimido al opresor; en segundo lugar, la formación, en el oprimido, de una *falsa consciencia*.

El máximo de sumisión, de dependencia, de mistificación y de falsa consciencia es actuable no cuando el poder expresa sus exigencias de manera clara, sino cuando las expresa de manera oscura, vaga y contradictoria. Cuando la persona sometida sabe que debe comportarse «bien», es decir, «de cierta manera», pero no sabe cuál es; cuando al mismo tiempo que se le enseña, e inculca, que es extremadamente grave elegir el comportamiento equivocado, no se le explica con un mínimo de claridad y de coherencia cuál es éste y cuál el justo; cuando las órdenes, las disposiciones, las exigencias, las imposiciones morales son de tal índole que crean confusión y extravío, dependencia, angustia y parálisis, entonces es cuando el poder llega a ser verdaderamente total, y la persona sometida ya no es capaz de expresar una voluntad propia. Este proceso puede ser especialmente dramático si la persona sometida está en tales condiciones de dependencia que no sólo debe pedir al mismo poder alimento, afecto, capacidad de vivir, sino incluso *legitimidad*: cuando la persona sometida debe preguntar no sólo «qué debe hacer» sino también «quién debe ser». En tal caso, la persona dependiente pregunta al opresor la vida y la definición de sí misma: pero la vida es violencia y muerte; y cualquier definición resulta ambigua o contradictoria. Esta dependencia es tanto más trágica en la medida en que el individuo, llegado a este punto, se siente siempre como un fracasado, como una persona sin valor e inútil, como un ser inseguro de su propia culpa, o en cualquier caso «anormal» o «subnormal». Y casi siempre la actitud de los demás acaba también por confirmar esta convicción.

Una forma especial de violencia psicológica en el sentido descrito anteriormente es el *doble vínculo*. Establecer una relación de «doble vínculo» con una persona significa hacerla dependiente mediante instrucciones o imposiciones paradójicas y contradictorias, de modo que el sujeto no puede obedecer, ni desobedecer, ni librarse de la misma relación. Imposiciones en sí mismas claramente paradójicas son «¡desobedéceme!»; o bien «debes esforzarte en ser más espontáneo»; o también «no te fíes de los consejos que se te dan». Imposiciones de este tipo sólo constituyen doble vínculo si existe inicialmente una relación de dependencia afectiva que hace que la persona objeto de la imposición *no pueda* mandar al diablo a quien la somete a esas órdenes diabólicas. Quien se halla en una situación de doble vínculo se encuentra, pues, en una condición imposible, en la que todo lo que haga está equivocado, y en la que, al mismo tiempo, se le prohíbe observar la

«imposibilidad» de la situación. Se produce, pues, una relación de poder, en cuyo interior existe una víctima, que está totalmente privada de la posibilidad de *redefinir* su propia condición: es decir, debe aceptar una definición que es tan contradictoria que resulta destructiva.

La falta de consciencia del carácter paradójico o contradictorio del «doble vínculo», tanto por parte de la persona agente como por la víctima, contribuye a hacer patológico y férreo el mecanismo. Ejemplos de «dobles vínculos» contradictorios aparecen en los casos en que un padre pide a su hijo manifestaciones de afecto, pero después le castiga por haberlas expresado, y le impide darse cuenta de esta contradicción; o bien afirma verbalmente un principio (por ejemplo: «te quiero mucho») y al mismo tiempo lo desmiente con la mímica y la acción, y hace sentir al otro culpable del malestar resultante; o también cuando obliga al otro a la dependencia impidiéndole tomar decisiones sin autorización, pero hace fracasar las decisiones autorizadas, y prohíbe que la cosa se discuta, negando la existencia del problema. Un ejemplo clásico es el de la madre que visita al hijo esquizofrénico, y si éste le echa impulsivamente y con afecto los brazos al cuello se pone rígida, pero cuando el hijo se retira y se calla le dice: «¿No me quieres?»; entonces él se sonroja, y ella añade: «¡Querido, no debes estar embarazado y ser tan contradictorio con tus sentimientos!».

Las relaciones de doble vínculo son especialmente frecuentes en las madres respecto al hijo, o hija, esquizofrénicos o futuros esquizofrénicos. En general, dependen de una cadena de complejos problemas psicológicos y de poder, de los que la madre no es más que un eslabón.

Cuando un niño, un adolescente, y después un joven es sometido durante años en la vida familiar a un tratamiento psicológico de este tipo, vive atrapado en un mundo carente de seguridad, siente que no puede hacer nada aceptable, no puede decidir nada que se le confirme como válido, está paralizado en sus decisiones, no es definido como persona por los adultos y no conquista una identidad, una consciencia de sí mismo, una autonomía, la capacidad de definirse; entonces *se pierde* a sí mismo. Su equilibrio, mantenido precariamente en la dependencia y no autonomía naturales de la infancia, se resquebraja y, finalmente, se descompensa durante y después de la adolescencia, frente a la imposibilidad de crearse una identidad psicológica y social, y una autonomía adulta. Esta situación de trampa, esta pérdida de sí mismo, este no saber quién es uno, esta «no identidad» es el producto final del proceso, y es la esquizofrenia. Pero también puede surgir un proceso

parecido en los adultos (aunque con menos frecuencia o de manera menos acentuada); el resultado puede ser o no una condición de necesidad psicológica tan grave como para ser denominada esquizofrenia, pero siempre es una situación no autónoma, de dependencia, de parálisis, de angustia y de falsa consciencia. A algunos se les da la posibilidad de encontrar correctivos, evasiones, instrumentos de equilibrio, pero no a todos.

Comprensibilidad de la esquizofrenia

La manera de comportarse de la persona etiquetada como esquizofrénica tiene una característica en la que concurren todos los autores que se han ocupado de manera seria del tema.

Examinado de manera superficial, el comportamiento esquizofrénico resulta incomprensible, «roto», disociado: aparece como la expresión de un desperfecto, de un puro desorden mental. En una palabra, aparece como enfermedad. Poco a poco, si se entra en relación con el «enfermo», se examina en detalle su comportamiento, se quiere comprenderle, y, sobre todo, si se le estudia en relación con el ambiente familiar y social, todo se hace comprensible, mucho menos desordenado, más lógico.

Surge inevitablemente la impresión de que en el individuo no hay nada realmente «enfermo», sino únicamente un modo de reaccionar a una situación psicológica interpersonal y social «no vivible»: un modo de reaccionar ciertamente «excepcional», pero que se desarrolla y articula según leyes psicológicas no sustancialmente diferentes de las que regulan el comportamiento de las personas consideradas sanas y equilibradas. Sin embargo, todo esto no implica en absoluto que la persona etiquetada como esquizofrénica sea inmediatamente comprensible con la mera buena voluntad y el más corriente sentido común: se precisan unos instrumentos de análisis, un mínimo de conocimientos psicológicos, unos conceptos (como los de autismo, de no autonomía, de opresión, de mistificación del oprimido, de regresión, etc.) que sirven para no extraviarse en la gran cantidad de datos a interpretar. Pero aparte y antes que esto, es preciso en este caso, como siempre y más que nunca en psiquiatría, que la persona que quiera entender el mundo subjetivo del psicótico esté armada de una real voluntad de entender, de simpatía humana, de mucha paciencia, y también de modestia.

Ya se ha visto someramente, en el conjunto de exposiciones referentes a *Psicosis, Delirio, Alucinaciones*, y en este mismo capítulo, cuáles pueden ser los motivos y los mecanismos psicológicos que producen los estados de ánimo y el comportamiento que denominamos esquizofrenia. Casi siempre, la persona etiquetada de esquizofrénica se halla en una situación psicológica bastante característica: no sabe quién es, no sabe definirse a sí misma si no es con extrema fatiga y de manera insegura, retorcida, distorsionada y con artificios simbólicos; no se siente dueña de sí misma y, de manera particularmente aguda, no se siente dueña de su cuerpo; no entiende las relaciones que la ligan a las restantes personas y, en especial, a las que están en posición de poder; está perpleja, insegura, se siente vacía, innatural y asustada; vive en una situación real de opresión y exclusión, que advierte confusamente, pero a la que no sabe dar un nombre; siente que cualquiera de sus comportamientos es equivocado, o enfermo, o inmoral, o chiflado; tiende a recluírse en sí misma, pero percibe este aislamiento como insoportable. La pérdida (o, en el caso de muchos jóvenes, la fallida adquisición) de una autonomía implica (si es grave) la pérdida paralela del conocimiento elemental de *ser sujeto*: implica la falta de un centro constitutivo unificador y ordenador de los propios pensamientos, de los propios sentimientos, de las propias imágenes. Pensamientos, sentimientos e imágenes fluyen hacia el mundo exterior, al mismo tiempo que dicho mundo invade continuamente bien un cuerpo que ya no es sentido como propio, bien una mente que ya no consigue ordenar y seleccionar los datos de la experiencia, y escapa en parte a su control. Pensamientos, imágenes y sentimientos son evocados o llegan confusamente tanto «de fuera» como «de dentro»; y todo esto se sitúa en la búsqueda desesperada de un centro ordenador, de una razón, de un parámetro interpretativo que todavía sirva para explicar lo que está sucediendo, y ordene un caos mortalmente angustioso. El comportamiento resultante es el producto de un compromiso entre la tentación de retirarse en una especie de defensa extrema, que es el total cese de relaciones con el mundo y con los demás (de ahí la inmovilidad, el mutismo, el rechazo a comunicar con la mímica, característico de algunos casos) y el intento de mantener abierta una comunicación, vivida, por otra parte, como dispersiva, pero sobre todo como amenazadora e invasora. Casi siempre se produce en tales casos una cierta medida de fuga de la realidad, el intento de abstraerse del contacto con un mundo angustioso e intolerable, o el esfuerzo por dominarlo mediante fórmulas e interpretaciones mágicas.

La situación del esquizofrénico se expresa en estilos de comportamiento y características contradictorias y variables; depende, en parte, del deseo de mantener un comportamiento socialmente aceptable, aunque inevitablemente no espontáneo e innatural (y este intento es con frecuencia desesperado, y es puntualmente ignorado y subvalorado por médicos y psiquiatras); en parte nace de la necesidad de aferrarse a alguna certidumbre, a una esperanza, a una idea que dé sentido a las cosas; en parte depende también de la necesidad de enmascararse, de no dejar transparentar el propio extravío, ni ninguna debilidad de la que los demás puedan valerse para dominar e invadir más gravemente su personalidad y su propia voluntad. Las ambigüedades procedentes de estas exigencias contradictorias y la necesidad constante de defenderse constituyen la clave interpretativa de gran parte del comportamiento esquizofrénico. El psiquiatra del manicomio somete al sujeto psicótico a un interrogatorio (muchas veces consistente en preguntas idiotas), que no es raro que produzca únicamente respuestas absurdas, «locas» e incomprensibles, hasta el momento en que el paciente oye que le preguntan una cosa realmente importante para él, por ejemplo (si está recién llegado al manicomio) «¿Quieres irte a casa?». En este momento la respuesta es clara: «¡No quiero estar aquí!».

Pero el comportamiento psicótico depende también de muchos otros factores, entre los que, obviamente, aparecen en primer lugar la perplejidad, la desorientación, la dificultad en «hacer pie en la realidad», la incapacidad en situarse como un *sujeto* capaz de adoptar decisiones, de seleccionar y de entender ideas y sensaciones.

Otras determinantes del comportamiento esquizofrénico se refieren a la presencia de delirios y alucinaciones. (No es preciso repetir una vez más de qué modo estos fenómenos psicológicos son consecuencia del «modo de ser» psicótico y esquizofrénico: por otra parte, los capítulos sobre los delirios y las alucinaciones resultarán más claros y explicativos después de estas líneas sobre la esquizofrenia.) Otro concepto muy importante, útil para entender mejor gran parte del comportamiento y del modo de reaccionar esquizofrénico, es el de la *regresión* (véase).

Todos estos factores, variadamente unidos, se articulan en la extrema diversidad de casos y de modos de reaccionar de estas personas. Por muy compleja que sea su situación psicológica, ningún esquizofrénico es «incomprensible».

Itinerarios y terapias

En las páginas anteriores, un inevitable esquematismo ha condicionado el intento de hacer comprensible la génesis principal y más plausible de esa condición psicológica que habitualmente suele atribuirse a la «enfermedad» esquizofrénica. Hay que insistir aquí en el hecho de que, de la misma manera que los comportamientos y las experiencias subjetivas de las personas diagnosticadas esquizofrénicas son muy diferentes entre sí, también la génesis de los itinerarios psicológicos, el proceso de nacimiento de esta condición, no aparece igual en todos los casos, sino que es más bien decididamente heterogénea.

El hecho de que existan, y en la infinita mayoría de los casos sean claramente reconocibles, los mecanismos psicológicos que hemos intentado perfilar, no impide que el peso respectivo de estos diferentes mecanismos pueda variar de una a otra persona. Las situaciones de opresión y de mistificación anteriormente indicadas son a veces brutales, duras y evidentes, pero en la mayoría de los casos son sutiles, ambiguas, ocultas y enmascaradas bajo la apariencia de la normalidad y del más trivial respeto a la discreción y los buenos modales, y acumulan su efecto a lo largo de años. Diferentes personalidades pueden reaccionar de modos diversos, según circunstancias y hechos imponderables, y predisposiciones hereditarias.

En ocasiones, pueden entrar en juego otros factores. Al hablar de la psicosis y del delirio, se ha insistido en decir con cuánta facilidad acontecimientos triviales pueden determinar transitorias experiencias subjetivas no sólo de tipo genéricamente psicótico sino también, más propiamente, de tipo esquizofrénico (o, en cualquier caso, de tipo no sustancialmente diferente del de las de tipo esquizofrénico formalmente diagnosticadas). Ahora bien, es bastante probable que muchas experiencias prolongadas de vida que reciben la etiqueta de esquizofrenia estén originadas por «tempestades» psicóticas repentinas y sin transcendencia (véase Psicosis) o por experiencias delirantes en los límites de la normalidad (véase Delirio) y, por decirlo así, al alcance de todo el mundo, y es probable que la intervención de la psiquiatría, del manicomio, de la opresión familiar y del etiquetamiento social resulten determinantes a la hora de prolongar, y tal vez hacer definitivo, un viaje en la locura que nunca se habría producido o habría podido ser de breve o brevísima duración. Reflexiónese sobre cuanto se ha dicho respecto a la «no consciencia de la opresión» y, antes, los mecanismos que determinan y mantienen la condición de no autonomía. Pues bien, la situación en la que

esta violencia desautonomizante ejercita más pesadamente su poder es aquella en que ya ha sido emitido el veredicto de enfermedad mental. ¿Qué hay de más opresivo, de más antiautonomizante, que el manicomio? En efecto, quien está internado en él, aunque esté totalmente sano (y la experiencia se ha hecho más de una vez), resulta totalmente condicionado por una serie de mecanismos psicológicos invalidantes y mistificantes que le empujan hacia la locura. Pero también en la familia la actitud más corriente consiste en negar a la persona «agotada» y etiquetada como enferma hasta un mínimo de reconocimiento de su autonomía, de su contractualidad social, de su dignidad y valor; la persona que está al borde del delirio, o en una crisis psicótica que podría ser transitoria y leve, a menudo es objeto, en su familia, de comunicaciones reticentes, de mensajes contradictorios, ambiguos, invalidantes y amenazadores: todo esto la hace objeto de una inconsciente manipulación psicológica que coincide exactamente con los mecanismos anteriormente perfilados, que fabrican la esquizofrenia.

Lo que hace dramáticamente real, y no ficticio, el problema de la esquizofrenia no es únicamente la existencia de los trastornos definidos como autismo, alucinación, delirio, delirio crónico, crisis psicótica aguda, represión psicótica, etc. Cada uno de estos trastornos existe asimismo al margen de situaciones definidas como esquizofrenia, aunque cada uno contribuya, junto con los demás, a determinar el complejo cuadro. Pero el problema es otro: nace de la dificultad extrema del individuo en salir de la experiencia de tipo esquizofrénico, una vez que su vida ha embocado establemente el camino de esa específica manera de ser.

Cuando un episodio psicótico de tipo esquizofrénico surge de manera aguda, y como consecuencia de acontecimientos ocasionales, hay muchas probabilidades de que dure poco y cure de manera definitiva. Si, por el contrario, las causas que llevan a esta experiencia actúan a lo largo de años, insidiosa y sistemáticamente, hay escasas probabilidades de que la descompensación resultante sea sólo una crisis pasajera: la aparición de lo que es etiquetado como «esquizofrenia declarada» es, en tal caso, el momento en que se hace evidente una problemática psicológica que llevaba tiempo existiendo; y también es el inicio de una manera de ser y de vivir que tenderá a recluir al individuo en una serie de círculos viciosos personales y de férreas dinámicas interpersonales. Estos mecanismos llegan a hacer muy difícil el paso sucesivo a una vida normal y a una participación familiar y social que no estén marcadas, al menos en parte, por alguna significativa ausencia de autonomía, de autismo, o de formas estables de regresión.

Si por una parte los diferentes aspectos de la experiencia psicológica denominada esquizofrenia son, tomados uno a uno, contiguos y en continuidad con la experiencia psicológica «normal», también es cierto que cuando están muy acentuados y cuando se van estructurando establemente, constituyen un modo de ser que a partir de un cierto momento en adelante se configura como una especie de «viaje sin regreso».

Para quien ha emprendido este camino, y ha estado sometido a la represión psiquiátrica que inevitablemente le acompaña, volver a adquirir modos de vida socialmente aceptables puede ser un trabajo de años, acompañado de gran paciencia, inteligencia y sensibilidad por parte de familiares y personal terapéutico.

El destino vital de una persona tan entrampada no depende en general de la utilización o no de técnicas terapéuticas: depende, en primer lugar, de la probabilidad de que el paciente no esté destruido por años de opresión manicomial; y en segundo lugar del tipo de relaciones interpersonales cotidianas que se le ofrecen. En otras palabras, lo más importante es el sentido y la utilidad de la relación del individuo con los demás; su capacidad de ayudarle, su equilibrio psicológico, su mayor o menor aptitud para tener relaciones interpersonales no «esquizofrénicas» sino, por el contrario, claras y «normales». Este problema no concierne primariamente a los terapeutas sino sobre todo a las personas (habitualmente, ajenas al manicomio, los familiares) que conviven cotidianamente con el paciente y le asisten en sus intentos de reconstruirse una autonomía, un rostro, una existencia vivible.

Los problemas terapéuticos que se plantean son muy diferentes según los casos. Es muy difícil unificar en un solo esquema al joven que se comporta de manera presuntuosa e incoherente, está agitado, oye la voz de Dios y quiere hablar con el papa, y al internado manicomial crónico, ya mudo y casi desprovisto de toda aparente humanidad; o bien a la mujer que lleva años comportándose casi como todos, salvo en los períodos en que se encierra en casa y espera aterrorizada a los enemigos que quieren llevársela; o al muchacho de dieciséis años que vive su propio cuerpo como extraño y poco a poco deja de usarlo, lamenta sentirse «diferente», acusa fantasmales dolores de cabeza, incapacidad de pensar y afirma que tiene «los órganos atrofiados».

Del problema de los casos *agudos* esquizofrénicos se habla en otras partes de este libro, y en especial en el capítulo quinto (pero véase asimismo la voz *Regresión*). En general, la terapia de la esquizofrenia es fundamentalmente un trabajo paciente de reconstrucción de unas relaciones interpersonales que tengan un sentido para el sujeto, el lento y gradual intento de ayudarlo a encontrar una identidad, un motivo para vivir, unos objetivos concretamente alcanzables por los que existir; es el esfuerzo por romper los círculos viciosos interpersonales que determinan sus regresiones, las fugas en el delirio, las crisis de aislamiento de la realidad y en sí mismo o los intentos de reacción y de respuesta incongruentes, no realistas, de fuga o de agresión. También es el esfuerzo por entrar en su mundo privado, en la red de sus terrores, en los pensamientos que ni siquiera se atreve a confesarse a sí mismo, en los impulsos y en las inhibiciones que bloquean su mente, o la conducen por senderos lejanos; es el intento de ayudarlo a introducir orden, a comprender, a verificar pacientemente cada cosa en el lenguaje y en la práctica y en el uso del cuerpo, en contacto con la experiencia social, con la realidad.

Notas

De los numerosísimos libros sobre la esquizofrenia, creo que el tratado sistemático introductorio «clásico» más útil sigue siendo el de S. Arieti, *Interpretation of schizophrenia*, Brunner, N. Y., 1955. Otro libro consultable no reciente es D. D. Jackson (a cargo de), *The Etiology of Schizo-phrenia*, Basic Books, Nueva York, 1960; importante (y olvidado, porque los estudiosos suelen ocuparse de la esquizofrenia en sus comienzos y poco de la crónica) otro «antiguo» texto: de T. Freeman, J. L. Cameron y A. Me Ghie, *Chronic Schizophrenia*, Tavistock, Londres, 1958.

E. Bleuler, que acuñó el término, ofreció una definición bastante concisa del *autismo*. Más amplia e interesante la descripción de E. Minkowski en el capítulo 3 de *La schizophrénie*, Deesclée de Brouwer, París, 1935 (pero la primera edición es de 1927).

Sobre el doble vínculo (aparte que existe un texto de J. H. Weakland en la antología de D. D. Jackson anteriormente citada) *cf.* de G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. Weakland, «Toward a Theory of Schizophrenia», en *Behavioral Science*, vol. I, 4, octubre de 1956, págs. 251 y ss. Véase también, a cargo de E. Mishler y N. Waxler, *Family Processes and Schizophrenia*, Science House, Nueva York, 1968; y, de T. Lidz, *The origin and treatment of schizophrenic disorders*, Nueva York, 1973.

Un concepto muy útil para entender la psicología de los individuos con trastornos de tipo esquizofrénico (pero acaso más pertinente a cuanto se ha dicho sobre la psicología del *delirio*) es el debido a N. Cameron, de *pensamiento hiperinclusivo* (*over inclusive thinking*), es decir, de un modo de pensar sustancialmente incapaz de *seleccionar*: véase la nota a la voz *Delirio*, también para otras indicaciones bibliográficas.

Pero véanse sobre todo las interpretaciones de «nueva psiquiatría» de la esquizofrenia, es decir, los libros principales (por otra parte, muy conocidos) de R. D. Laing, *The Divided Self*, Tavistock, Londres, 1961 (trad. cast., *El Yo dividido*, F.C.E., México); *Self and Others*, Tavistock, Londres, 1961 (trad. cast., *El Yo y los otros*, F.C.E., México); *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*, Penguin, Londres, 1967; de R. D. Laing y A. Esterson, *Sanity, Madness and the Family*, Tavistock, Londres, 1964 (trad. cast., *Cordura, locura y familia*, F.C.E., México).

Para la comprensión y el estudio de la esquizofrenia son muy útiles los análisis intensivos de casos concretos. Por ejemplo: M. Barnes y J. Berke, *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness*, Mc Gibbon & Kee, Londres, 1971; A. Esterson, *The Leaves of Spring*, Tavistock, Londres, 1970; M. Schatzman, *Soul Murder: Persecution in the Family*, Random House, Nueva York, 1973; Hannah Green (Joanne Greenberg) *I never promised you a rose garden*, Gollancz, Londres, 1964 (interesante también porque la anónima terapeuta del caso fue, notoriamente, la famosa Frieda Fromm-Reichmann); G. Bateson, *Perceval's Narrative: a Patient's Account of his own Psychosis 1830-1832*, Stanford Univ. Press, 1961; M. A. Séchehayé, *Journal d'une schizophrène*, PUF, París, 1950. Este último texto lleva tiempo siendo un «clásico». Todavía más clásicos, y por consiguiente necesarios para quien quiera estudiar más a fondo la esquizofrenia, son los famosos casos de Binswanger, que sin embargo ya resultan «datados».

Son también útiles, obviamente, films como *Family Life*, de K. Loach: pero éstos, como todo el resto, deben ser examinados con ojos críticos.

Estupefacientes

Los estupefacientes son una serie de sustancias de acción analgésica (el opio y derivados: morfina y heroína; la cocaína; los estupefacientes sintéticos) cuya venta está sometida a restricciones, en cuanto son tóxicos y provocan fácilmente toxicomanía (véase *Toxicomanías*).

Las leyes nacionales sobre los estupefacientes incluyen y enumeran genéricamente tanto sustancias que tienden a provocar hábito (como los psicoestimulantes «simpaticomiméticos»: simpatina y derivados), como sustancias que no tienden a provocar hábito, como la marihuana, el hashish y el LSD.

Fobias y Obsesiones

Definición. Introducción al mecanismo obsesivo

Los trastornos fóbicos y obsesivos se caracterizan por la presencia dominante y repetitiva de mecanismos especiales de elaboración de ansia neurótica.

Fobia significa sentirse obstaculizado por una angustia irracional e invencible hacia algo que habitualmente, de acuerdo con el sentido común, no debería provocar temor, ni tanta ansia; el fóbico es racionalmente consciente de que este temor es injustificado u obsesivo, pero sin que por ello consiga vencerlo. Los ejemplos más comunes de fobia son la fobia a los lugares abiertos, vivida generalmente como temor a sentirse mal en medio de la calle; la fobia a los lugares cerrados (como los ascensores o los sótanos con techo bajo) o a los lugares atestados (como las salas de baile y los cines), vivida generalmente como temor a quedar atrapado y aplastado; muchas personas sienten fobia a los lugares elevados y cortados a pico, y ocultan este miedo considerándolo un trastorno neurológico, es decir, «vértigo». Otras pueden tener fobia a las arañas, a la sociedad, a las enfermedades venéreas, etcétera.

Obsesión es sentirse obstaculizado por la necesidad irracional e invencible de realizar determinados actos, de pensar algo específico, o de abstenerse de otros actos concretos; también es la necesidad de repetir indefinidamente esta obligación mecánica, sin conseguir sofocarla. También en este caso, el individuo es consciente de la insensatez sustancial del acto obsesivo, pero no consigue evitar su repetición. La obsesión es un *ritual* puesto en marcha para calmar el ansia, pero que pasa a ser autónomo, y se convierte en una esclavitud en la medida en que el ansia no se calma, y el ritual sigue constante e inútilmente en marcha. El ejemplo más simple y obvio que puede permitir

comprender el nacimiento del mecanismo obsesivo es el caso de la persona que vive sola, que quizá sufra alguna fobia, y que al ir a acostarse teme que ha dejado abierto el gas, o que no ha cerrado bien la puerta de entrada. Sabiendo que no conseguirá dormir si antes no se ha cerciorado, irá a controlar el cerrojo y la espita del gas; pero, una vez en la cama, descubrirá poco a poco que la duda reaparece en su mente: esta duda, que será incesante y finalmente tormentosa, le llevará a levantarse una vez más, aún sabiendo que con toda probabilidad puerta y gas están perfectamente cerrados, pero con la casi total certidumbre de que, una vez comprobado materialmente su cierre, tendrá mayor tranquilidad y nada obstaculizará su sueño. Efectivamente, es probable que a partir de ahí ya no necesite levantarse otra vez; pero no lo es menos que la noche siguiente se repita el ritual, cada vez más rápido y formal, pero quizá también más complicado y ligeramente más largo: poco a poco, esta persona intentará tranquilizarse dando tres o cuatro vueltas (pero quizá también, para un máximo de autogarantía simbólica, nueve o trece) al cerrojo, tranquilizando la consciencia con unos últimos retoques a la casa, realizando una serie de actos más o menos mágicos, de pequeños y secretos conjuros, y así sucesivamente.

En su aspecto más inconsciente y repetitivo, los mecanismos obsesivos son parecidos, en su dinámica psicológica, a los rituales mágicos de los niños (no caminar por encima de las junturas de las losas; si de aquí a la escuela me tropiezo con más coches con matrículas nones que pares me preguntarán la lección, etc.); se asemejan también a los rituales de los adultos supersticiosos (tocar madera, etc.) y, en algunos aspectos, a los mecanismos mágico-religiosos de las poblaciones preletradas. Sin embargo, el contexto cultural a que pertenecen estas diferentes experiencias es muy distinto, y esto es lo que caracteriza el significado de los diversos rituales. Una cosa, por ejemplo, es pertenecer a una cultura donde el conjuro es universal; otra, en cambio, ser víctima –sin acabar de creer en ellas– de magias personales tan largas y meticulosas que interfieren la vida cotidiana. Es evidente que la obsesión tiende a transformarse de *rito* en *trastorno* en el momento en que el individuo, en lugar de utilizarla, se convierte en su prisionero; o en lugar de servirse de ella como de un instrumento de defensa del ansia, la convierte en un motivo de ansia incesantemente renovada. Pero el punto de transición es ambiguo: se puede observar que existe un mecanismo de perpetuación del ansia incluso en el tradicional rito colectivo de tipo mágico-religioso; de igual manera, a la inversa, también es valorable en ocasiones una real defensa del ansia en los rituales obsesivos «privados».

Una forma especial del ritual obsesivo es el *tíc*. Siempre tiene un origen y un significado bastante precisos: guiñar un ojo puede servir para congraciarse con los demás, o con la buena suerte, en un momento difícil; alzar un hombro es un conjuro hacia un pensamiento molesto y provocador de ansia; arrugar la nariz es un gesto de alejamiento y de desconfianza, y así sucesivamente. Raras veces el individuo es consciente de ello, pero estos significados pueden llegar a ser evidentes si reflexiona sobre cuáles son los momentos en que repite el *tíc*, y recuerda el contenido de su mente en aquellos momentos. El *tíc*, como todos los rituales obsesivos, tiende con el tiempo a hacerse autónomo, es decir a repetirse en las circunstancias más variadas de manera casi automática como mecanismo de alejamiento y de «descarga» de ansia.

Fobias y obsesiones tienen muchas veces –no siempre– un claro significado simbólico. Por ejemplo, el temor a los espacios abiertos, o a alejarse de ambientes conocidos, expresa muchas veces una situación psicológica de inseguridad, de dependencia de la familia, y sentimientos de culpa referentes a la propia autonomía; en una joven, el temor a la suciedad puede ocultar en ocasiones el terror del sexo, de la esperma y del embarazo; en otras ocasiones, la preocupación por tener las manos sucias y la necesidad obsesiva de lavárselas ocultan sentimientos de culpa.

Dinámica de la fobia y de la obsesión

Existe una diferencia fundamental entre la fobia y el miedo. En la situación de miedo, hay una confrontación con la realidad. Por dar un ejemplo, una persona puede temer la corriente eléctrica, las vacas, o viajar en avión. Puede que reciba una vez una descarga eléctrica, encuentre unas vacas y viaje en avión: descubrirá entonces que no muere, que no sucede nada grave, y poco a poco el miedo tenderá a desaparecer ante una verificación de la realidad. O bien podrá evitar cuidadosamente las sacudidas eléctricas, las vacas y los aviones, y en tal caso vivirá una situación de inseguridad bastante normal (aunque filtrada de elementos neuróticos) pero no especialmente angustiada, hasta que el individuo escape de la situación o del objeto temido: el miedo, no reforzado por el encuentro con el objeto y la situación, tenderá, por otra parte, a desvanecerse poco a poco. Supongamos, por el contrario, que el individuo tenga un tipo de miedo algo diferente: que tenga un miedo intenso, por ejemplo, de una situación prácticamente inevitable (salir de casa, tocar el interruptor de la luz, oír el ruido de un avión); o bien que tema una situación evitable (tocar una vaca, viajar en avión), pero con tal intensidad que sólo de

pensar en ella se sienta mal. En este último caso, hallarse en la situación temida, o, más aún, hallarse próximo a ella, e incluso el hecho de pensarla, le hará sentirse muy mal independientemente de que ocurra realmente algo desagradable. En realidad, la vaca no le corneará, la corriente eléctrica no le matará, el avión no cae. Pero para los efectos de la fobia será como si todo esto sucediera: el ansia, el pánico, el sufrimiento del individuo seguirán estando allí para confirmar y *reforzar* su miedo. La próxima vez todavía estará peor, sabiendo cuánto le hizo sufrir la misma situación. Este es el mecanismo que tiende a perpetuar, e incluso a acentuar con el paso del tiempo, la dolencia fóbica. En definitiva, el individuo no temerá tanto la vaca como su sufrimiento por el miedo a la vaca; ya no los lugares cerrados como el horror hacia los lugares cerrados; etc. Y, puntualmente, cada vez se sentirá mal, tendrá pánico y angustia; y, por consiguiente, también, al aproximarse el acontecimiento o la situación temida, una «angustia por la inminente angustia», con un mecanismo que de este modo tenderá gradualmente a ampliar el área psicológica de la situación angustiante. (Un mecanismo análogo aparece en trastornos sexuales no típicamente fóbico-obsesivos como la eyaculación precoz y el vaginismo: en el hombre, el ansia de eyacular prematuramente en el momento de la relación sexual provoca la eyaculación, y cada vez se refuerza el mecanismo debido al fracaso anterior; en la mujer, la angustia de la penetración provoca un doloroso espasmo vaginal, y la tensión por el miedo al espasmo provoca el espasmo.)

El origen primero de una situación fóbica es muchas veces ocasional. En los niños, por ejemplo, la fobia por los perros puede proceder del terror provocado por un mordisco, reforzándose a continuación bien por la falta de una consciencia racional de la real peligrosidad de los animales, bien por el mecanismo de «terror del terror» ya mencionado. Con mayor frecuencia, una causa del nacimiento, de la estabilización y del empeoramiento de las fobias reside en la tendencia a reaccionar a las dificultades, y más precisamente a las situaciones que son fuente de ansia, de una manera al mismo tiempo rígida y poco clara. Quien tiene tendencia a los problemas fóbicos afronta muchas veces de manera ciegamente voluntarista el encuentro con cualquier situación angustiante, porque es típico de su personalidad el error de considerar que «con la voluntad podemos controlarnos»: pero fracasa, entra en crisis, tiene pánico. En realidad, se trata de un encuentro ciego: el individuo no afronta realmente la situación que es fuente de ansia porque la pinta con los colores del terror, y crea en torno de ella un mito negativo, evita considerarla, no es capaz de mirarla frente a frente, y en el momento preciso oculta la cabeza

bajo la arena. Su miedo se convierte en fobia precisamente en la medida en que, como miedo del miedo, es un ocultarse, un recluirse, un oscuro e invencible pánico que significa negarse a una verificación de realidad. De este modo, la fobia acaba por apoyarse en un ansia que, hecha casi autónoma, se desencadena en ocasión de una señal-gatillo a la que permanece condicionada establemente a través de los sucesivos refuerzos del dolor y del fracaso.

La fobia se basa siempre en una inseguridad del individuo sobre su manera de reaccionar. Es, en el fondo, un esfuerzo minucioso y metódico (y protegido por un sistema psicológico de alarmas) para evitar de manera categórica una situación o un objeto que son imaginados como intensamente desagradables. Pero esta situación es temida esencialmente en tanto que el sujeto fóbico no se siente en absoluto seguro de cómo funcionan su cuerpo y su emotividad. Teme los lugares abiertos porque teme sentirse mal, caerse bajo un autobús, hacer el ridículo con sus gritos; teme quedarse encerrado en un ascensor porque siente horror a sentirse preso del pánico; teme las vacas, o las arañas, o la suciedad, porque tiene la impresión de que estas cosas, o estos animales, podrían *invadirle* y él ya no conseguiría ser dueño de sí mismo; de igual modo, una joven madre siente fobia a los cuchillos porque teme no poder resistir al impulso irracional de matar a su hijo no deseado.

Así pues, el fóbico es un ansioso con una intensa preocupación acerca del control racional de su actuación: es una persona que teme su propia impulsividad, el posible desorden de un comportamiento instintivo, el resultado catastrófico de una liberación de los deseos. El fóbico es un reprimido, además de ser –fundamentalmente– un inseguro.

La construcción de mecanismos obsesivos de defensa se inserta en esta dinámica psicológica.

La fobia es el intento de construir una defensa contra la propia ansia alejando obstinadamente su ocasión de manifestarse con una mágica y precipitada actitud de rechazo que no hace más que evocar continuamente el fantasma: la defensa obsesiva, en cambio, es el intento de construir una serie de barreras mágicas entre uno mismo y el ansia, un laberinto de conjuros, una estructura de comportamientos meticulosamente controlados, útiles para alejar infinitamente el momento de descontrol, el riesgo de la crisis. El ritual obsesivo enjaula en la segura repetitividad de un ciclo siempre igual y perfectamente previsible (la fórmula reiterada al infinito, el lavarse las manos, el contar, etc.) todo momento de *riesgo* para la persona. En último término,

este riesgo es el terror de lo que De Martino denominaba la *pérdida de la presencia*, es decir, una vez más el riesgo del descontrol, de la pérdida de uno mismo en el mundo, la pérdida posible del control a cargo de la razón, y de una racionalidad concebida de manera rígida. Esta experiencia de angustia por el riesgo de la «pérdida de la presencia» es el aspecto que liga el ansia fóbica al ansia típica de la psicosis. El rito obsesivo es un intento de negar esta ansia, empaquetándola en un orden meticuloso, y haciéndola pasar sin peligros, de este modo, a través de cualquier situación difícil, imprevisible, incontrolable y amenazadora.

La ética fóbico-obsesiva y el «espíritu» del capitalismo

Fobias y obsesiones constituyen, antes que un trastorno, un típico modo de ser y de reaccionar. Los estilos personales de vida de los fóbicos, y más marcadamente aún de los fóbicos-obsesivos, encarnan una serie de características bien conocidas: la escrupulosidad, el orden, la obstinación, la avaricia, la tendencia a planificar, clasificar y diferenciar, la disciplina, el sentido del deber, la escasa tendencia a la espontaneidad, la sumisión a la autoridad. La capacidad de obsesión es la virtud media del capitalismo: es la virtud de la acumulación y de la eficiencia, de la puntualidad y de la precisión industrial, del ahorro de dinero y de la posesión de bienes. Los países de mayor desarrollo industrial y de más antigua tradición capitalista, como Alemania y los países anglosajones, han desarrollado a través del condicionamiento de varias generaciones una relación bastante estrecha entre las costumbres medias de la vida cotidiana y la personalidad de tipo obsesivo.

En ningún otro trastorno de tipo neurótico es tan evidente el contraste entre instinto y represión. Fobias y obsesiones nacen de la tendencia a querer encerrar la afectividad en una razón entendida como represión, orden, normalidad y moral. Fobias y obsesiones son una negación de los derechos de la afectividad, de las emociones, de los instintos, de la espontaneidad: son la superposición de una serie de esquemas autoritarios a los derechos y a las ansias legítimas de la subjetividad individual. El fóbico niega derecho de existencia y de ciudadanía a las propias ansias, e intenta abolirlas de manera rígida y abstracta, pero precisamente por este motivo tiene que contar continuamente con una emotividad que, negada y reprimida, no consigue controlar y que, en cada momento, amenaza con arrastrarle. Así pues, de manera análoga, el obsesivo enumera infinitas defensas, y permanece prisionero de ellas, a veces hasta trágicas consecuencias de desperdicio de

tiempo y de inmovilidad, pero, cuanto más multiplica estas defensas, más se somete a sí mismo y a sus convivientes a la tiranía de sus ritos, y más se hacen éstos irracionales y monstruosos, hasta el punto de convertirse en sí mismos en fuente de ansia y de amenaza, generando posteriores e inútiles ritos.

La terapia de los trastornos fóbicos y obsesivos no es fácil, y puede resultar una tarea prolongada y desesperante cuando las fobias y las obsesiones ya se han consolidado en el espacio vital del paciente, y ocupan en él un puesto importante. Muchos trastornos fóbicos aislados desaparecen establemente con una terapia sintomática llamada «terapia del comportamiento», basada en la psicología de Pavlov y especialmente desarrollada en los últimos años en Inglaterra. Consiste en *desensibilizar* al individuo al estímulo que origina su ansia fóbica, adaptándole progresivamente, y en condiciones «protegidas», a gestionar sin ansia un contacto cada vez más próximo y directo con dicho estímulo. En el momento en que se interrumpe el círculo vicioso del mecanismo del refuerzo fóbico, anteriormente descrito (por ejemplo, en el momento en que el individuo consigue mirar tranquila y prolongadamente a un gato, quizá de lejos y a través de la mirilla de una puerta, en el caso de que sienta fobia por gatos) la respuesta fóbica comienza a extinguirse.

En muchos otros casos, el trastorno fóbico y sobre todo fóbico-obsesivo no está estrictamente ligado a una fobia delimitada y concreta, y, por el contrario, forma parte de una modo general de gestionar la propia neurosis y las propias relaciones con el mundo. En estos casos, la psicoterapia debe tender a un fin mucho más general y bastante ambicioso: es decir, a enseñar al paciente a vivir de manera diversa. El obsesivo tiende a utilizar mal la psicoterapia, o sea, a vivir la toma de consciencia de las causas y de la dinámica de los propios trastornos como conocimiento puramente racional, es decir, no vivido en las opciones concretas de vida y en sus experiencias afectivas. Así pues, puede afirmarse que más que aprender a vivir de una manera diversa debe aprender a vivir, o, lo que es lo mismo: a no temer la propia afectividad, a no tener que justificarse de todo, a orientar su modo de actuar por caminos distintos a las rígidas vías de la eficiencia, de la obediencia y del orden. En esta perspectiva, la terapia, no sólo de los auténticos y reales trastornos obsesivos, sino de la obsesividad presente en muchísimas personas, asume un específico espesor político: significa una educación al coraje, al anticonformismo y al disenso.

Notas

I. M. Marks, *Fears and Phobias*, Heinemann, Londres, 1969; H. R. Beech (a cargo de), *Obsessional States*, Methuen, Londres, 1974; G. Benedetti, «La neurosi obsesiva: una rivalutazione critica», en *Psicoterapia e scienze umane*, 3, julio-septiembre de 1971; L. Salzman, *The obsessive personality*, Science House, Nueva York, 1968. Sobre la relación «capitalismo-obsesividad» véase el capítulo 6 de este libro; véase también, de R. Reiche, *Sexualität und Klassenkampf*, Neue Kritik Verlag, Frankfurt, 1969 (trad. cast. *Sexualidad y lucha de clases*, Seix y Barral, Barcelona, 1969). (Pero véanse asimismo las notas a *Neurosis*.) Sigue siendo válida en la actualidad la obra de P. Janet, *Les obsessions et la psychasthénie*, Alean, París, 1908.

Véase también, de S. Rachman y otros, «The Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis», *Behav. Res. Ther.*, 9, 237, 1971.

Frenastenia

Véase *Deficiencia mental*.

Histeria o histerismo

Considerado un tiempo como una enfermedad, el histerismo es visto hoy como una de las posibles formas de manifestación del conflicto neurótico (véase *Neurosis*). El histerismo es un modo de reaccionar, o, mejor dicho, es un modo particular de vivir el malestar psíquico, de expresarlo, de comunicarlo a los demás, y también de utilizarlo.

En el caso del histerismo se presenta con particular evidencia un hecho más general: el síntoma psiquiátrico no es únicamente la manera de manifestarse, muchas veces inconsciente, de una situación de malestar, sino que también es un modo de comunicarlo a los demás. El síntoma siempre es una manera de comunicación interpersonal, pero lo específico de la histeria es que el síntoma es producido instrumentalmente por el individuo con el fin de comunicar a los demás un malestar psicológico que no sabe expresarse de otra manera, y de recabar algunos beneficios.

Los trastornos clara y clamorosamente histéricos no son muy frecuentes en nuestra sociedad, pero es importante determinar los mecanismos psicológicos que los determinan, porque constituyen una clave de comprensión para una serie más bien amplia de comportamientos y de problemas psicológicos.

Se manifiestan bajo el aspecto de síntomas que imitan enfermedades y lesiones orgánicas (parálisis, mutismos, convulsiones, crisis de asfixia, etc.) y poseen, además, la particularidad común de expresarse de manera muy perceptible, pero sin una intensa participación de sufrimiento por parte del individuo. El espacio que separa la histeria de la simulación de enfermedades es sutil y ambiguo: la histeria se distingue de la simulación en la medida en que el individuo no es plenamente consciente del significado y de la real intencionalidad de su comportamiento.

El individuo histérico *disocia* de su persona lo que él mismo produce: en lugar de afirmar «yo hago esto» es como si dijese «me ocurre esto». El síntoma histérico es *presentado* como un daño o un bloqueo accidental en el funcionamiento del cuerpo, del que el individuo se proclama totalmente irresponsable. En el caso de una parálisis histérica en un brazo, por ejemplo, el trastorno es vivido como distante de cualquier control (está allí, en el brazo); en el caso de una convulsión o de una pseudopérdida de consciencia, el histérico afirma que «no ha sabido nada más»; en el caso de un comportamiento más complejo (como una clamorosa crisis de rabia, o de agresividad), el histérico afirma «yo no lo he querido, no era yo, no recuerdo nada, algo actuaba en mi interior». En otras palabras, el individuo se escinde entre personaje social y organismo «enfermo», y atribuye al organismo lo que sustrae al personaje social. El concepto de *disociación histérica* es fundamental, por consiguiente, para entender la dinámica de la histeria.

Tanto si se presenta como mutismo, o como parálisis, o como excitación desordenada, el trastorno histérico, en el fondo, siempre es una *parálisis de la acción*, una fractura en la posibilidad de hacer y de comunicar. Es un sustancial «no quiero» que, sin embargo, se presenta bajo la máscara del «no puedo», pero que, en definitiva, siempre expresa un rechazo.

El individuo se halla en una situación conflictiva: por una parte, tiene una necesidad que debe expresar (por ejemplo, la necesidad de negarse a los demás, de protestar, o bien de recibir afecto, o la necesidad de agredir); por otra, *no puede permitirse* expresar esta necesidad, porque sabe que si lo hiciera sería censurado, antes que por la sociedad, por sus propias instancias morales. El resultado de esta situación conflictiva es que la necesidad se expresa de manera retorcida y enmascarada, muchas veces simbólica, como *síntoma* (histérico); y que el individuo se convence a sí mismo y a los demás de que su voluntad no interviene para nada. El síntoma histérico presenta la ventaja de ser *socialmente aceptable* (en cuanto síntoma de una –aparente–

lesión orgánica); contemporáneamente, permite la obtención del fin propuesto, que puede ser la propia indisponibilidad, la propia valorización, la desvalorización indirecta de otras personas, la agresión, la ayuda por parte de los demás, y así sucesivamente. Pero el fin general y permanente del síntoma histérico es la creación de una *situación de fuga*; el individuo no consigue afrontar la situación, la propia responsabilidad, y el mismo problema de su mala fe. En dicho sentido, el ejemplo más simple es el clásico del pseudo-desvanecimiento histérico de la señora del siglo XIX: puesta en una situación embarazosa (por ejemplo, el encuentro del marido y la amante), la señora no se puede permitir salir de los límites de la propia respetabilidad ni tener claridad consigo misma respecto a lo que quiere hacer realmente. La fuga en el desmayo desplaza la confrontación, desvía la atención de los presentes, transporta toda la situación social a otro registro. La señora ya no está obligada a elegir cómo actuar, porque su «desvanecimiento» le da un buen motivo para no hacerlo: no debe ocuparse del marido o de la amante, serán, por el contrario, ellos quienes deban ocuparse de ella.

El histérico es tratado generalmente con aprensión por quien no se da cuenta de cómo nacen sus síntomas, pero es fácilmente sometido a una actitud punitiva y agresiva por quien se siente irritado ante lo que interpreta como mala fe deliberada, deshonestidad y ficción. Es necesario reafirmar que la producción del síntoma histérico no debe ser interpretada en términos moralistas; el histérico es, fundamentalmente, la víctima de una situación de entrapamiento y de sufrimiento, a la que encuentra una vía de comportamiento que es fruto de un fatigoso compromiso. Está sometido a una opresión típicamente moralista, que es la que le impide expresar libremente, ante sí mismo y los demás, sus propias necesidades reales: en general, someter posteriormente al histérico a una actitud moralista, para reprimir sus síntomas, no hace más que empeorar la situación.

El histerismo es uno de los modos típicos de reacción de quien está en una situación de opresión, y no es capaz de concebir con claridad la posibilidad de una revuelta. El histérico no es un «enfermo», no es un psicótico, no es una persona oprimida y mistificada hasta el punto de haber perdido una definición autónoma de sí misma: es, sin embargo, una persona que se halla en conflicto consigo misma o, si se prefiere, enredada en las contradicciones de un estado de *falsa consciencia* neurótica. El histerismo es siempre una negación, y por consiguiente una manifestación de protesta, pero se trata de la protesta de quien no sabe cómo protestar, de quien no sabe cómo hablar, de quien no se atreve a arriesgar, de quien sigue queriendo ayuda del amo, de quien intenta

escapar a una situación insostenible obteniendo beneficios marginales a través de actitudes que siguen siendo de subordinación y de dependencia. El histerismo es un acto de poca claridad, un hacer y no querer hacer; es un fingir, un mimar; totalmente interno a una lógica de represión, y puede ser definido como una *protesta parasitaria*: su protagonista, sin culpa por su parte, todavía no se ha asomado a las posibilidades de una auténtica insubordinación. El histerismo es muy frecuente en los pueblos coloniales y oprimidos, y entre las capas más incultas y sometidas de las masas rurales socialmente subdesarrolladas; por los mismos motivos, es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

La modalidad de reacción histérica aparece con mucha frecuencia en los trastornos psíquicos de varios tipos: casi siempre, en el contexto de trastornos neurasténicos o fóbico-obsesivos; en algunos casos de las llamadas personalidades psicopáticas; a veces en la depresión. En relación con los trastornos neurasténicos, el factor histérico se manifiesta habitualmente como *exhibicionismo del trastorno*, o sea, como tendencia a acentuar (y, muchas veces, a dramatizar) los trastornos, con el fin de obtener atención y consideración por parte de los familiares y del médico.

El histerismo es uno de los modos posibles de *utilización del síntoma*: en muchísimas situaciones psiquiátricas, si no en todas, los síntomas más variados son utilizados tanto por el paciente designado como por las personas a quienes puede beneficiar. Esto no significa que en todos los casos se pueda hablar legítimamente de mecanismos histéricos. Utilizar los síntomas para asumir el rol de enfermo y gozar de sus ventajas, o para pedir ayuda, u obtener la preocupación y el ansia de los demás, o culpabilizarles, o modificar las relaciones en el seno de la familia, obtener internamientos o pensiones, es un fenómeno común y constante, que responde a mecanismos psicológicos más generales. En la mayoría de los casos, los síntomas, a diferencia de lo que ocurre en la histeria, son simplemente utilizados, o hechos crónicos, pero no fabricados; falta además, o es marginal e irrelevante, el mecanismo típico de la disociación histérica.

Por otra parte, la histeria no debe confundirse con las manifestaciones *pseudosomáticas* de la neurastenia, ni con los trastornos psicósomáticos.

Es difícil concebir una terapia del histerismo sin una toma de consciencia, o sea, una salida de aquella oscura y activa negación de lucidez que es una de sus características. En realidad, esto sólo puede suceder si se le ofrecen al histérico unas alternativas. Su problema básico no es ser inconsciente, sino estar obligado a la inconsciencia del síntoma histérico para obtener lo que quiere, o lo que se le debe, dado que no puede obtenerlo de otra manera. Así pues, la terapia del histerismo pasa en primer lugar por la terapia de toda la familia, para favorecer una manera diversa, menos rígida y más explícita, de comunicar las recíprocas exigencias y expectativas; pasa a través de la construcción de alternativas de comportamiento, no sólo para el paciente sino también para los miembros de su grupo de referencia; y, finalmente, tiende específicamente a llevar al individuo a formas de reacción más eficaces, y a una toma de consciencia de sus objetivos y de sus problemas. El primer paso de la terapia del histerismo consiste en enseñar a los familiares (y, en general, a las personas relacionadas con el individuo histérico) a reaccionar al síntoma histérico de manera que no refuerce su repetición. La perpetuación del síntoma histérico va siempre ligada al hecho de que «funciona», es decir, determina en las demás personas los comportamientos deseados por el individuo (por ejemplo, inquietarse por su salud). Así pues, una de las primeras providencias es la de no «premiar el síntoma», pero en todo caso satisfacer las necesidades y las exigencias del histérico cuando se expresan a través de canales «normales». Poco a poco, la discusión de las relaciones interpersonales y su modificación permiten una gradual consciencia de las relaciones de poder existentes; y el final de la terapia se produce idealmente cuando, al mismo tiempo que estas relaciones están totalmente cambiadas, existe una plena consciencia de su significado en términos no sólo individuales, sino también sociales.

Notas

S. Freud, *Estudios sobre la histeria*, Alianza Editorial, Madrid; W. Abse, *Hysteria and Related Mental Disorders*, J. Wright & Sons, Bristol, 1966; E. Slater, «Diagnosis of histeria», *Brit. Med. J.*, 1935, 1965; S. B. Guze, «The diagnosis of hysteria», *Amer. J. Psychiat.*, 124, 491, 1967; para algunos aspectos históricos, I. Veith, *Hysteria, the history of a disease*, Univ. of Chicago Press, 1965.

Manía

(Véanse en primer lugar *Psicosis* y *Depresión*.)

En el lenguaje corriente, «manía» significa algo así como «idea fija». En el lenguaje de la psiquiatría, en cambio, la manía (o condición, o situación maníaca) es un estado psicológico complejo, pero unitario, de excitada euforia, de anómala, casi ilimitada y acrítica confianza en uno mismo, de agresiva, cordial e irreductible arrogancia, de fuga dispersiva de las iniciativas y de las ideas, de infatigable actividad y buen humor acrítico. El maníaco nunca está parado, habla continuamente, no atiende a razones, comete en cadena las más terribles tonterías, no se concede reposo, duerme poco o nada. El maníaco es el polo opuesto del deprimido.

El término *hipomanía* designa genéricamente una situación de manía menos acentuada y socialmente casi soportable.

El significado de la manía sólo puede entenderse en relación con el de la *depresión* (véase), y en el ámbito de los problemas de regulación del tono de humor, de que se hablaba en aquella ocasión. La manía es una modalidad de fuga: es proyectarse hacia adelante hasta el punto de perder contacto con el presente; es perseguir justificaciones y soluciones siempre futuras; la imposibilidad de detenerse en buscar la realidad de uno mismo; haber perdido el lugar de la reflexión y de la propia presencia; dejarse arrastrar por una excitación que conduce a dispersarse en una distracción continua, en los infinitos detalles de una realidad que huye vertiginosamente de los dedos.

La manía es una manera de defensa que, una vez escapada al control del individuo, le encierra en una trampa: cuando se corre tras la búsqueda del propio centro de gravedad, en el equilibrio precario de una continua fuga hacia adelante, detenerse es mortal. Si (con esfuerzo) se consigue detener por un instante la fuga del maníaco, si se consigue entrar en relación con él, mirar más allá de su máscara de excitación y de euforia, se tiene una sensación que llena de zozobra: el rostro que se descubre es trágico. El maníaco aparece entonces como una persona en la que coexisten dos almas de significado opuesto; debajo de la euforia se descubre la depresión: y se tiene la clara sensación de que ésta es su realidad más auténtica. Un *ciclotímico*, aquejado de crisis alternas de depresión y de manía, decía: «Cuando estoy deprimido me muevo, pero me parece que no voy a ningún lugar, no existe meta. Pero cuando estoy en una crisis maníaca es, en parte, lo mismo: corro y corro, pero hacia ninguna parte».

Como muy frecuentemente sucede en el caso de la depresión grave, también la manía es, en general, un episodio, una crisis, que surge más o menos agudamente, tiene una evolución de días o semanas, y finalmente tiende espontáneamente a consumirse. Es raro que, en esta evolución y transcurso, la manía no haya establecido evidentes relaciones con la presencia de episodios de descompensación depresiva: que no siga inmediatamente a la depresión, o la preceda, o —en ocasiones— la sustituya claramente.

En muchos casos existen aspectos secundarios de «fuga» maníaca en el ámbito de trastornos de tipo esquizofrénico agudo, frecuentemente con ideas delirantes de grandeza o de omnipotencia; los repentinos comportamientos «maníacos» de la edad juvenil casi siempre están estructurados, en realidad, sobre un trastorno de tipo esquizofrénico.

El paciente en estado de excitación maníaca no ve motivos para tratarse, porque afirma que jamás se ha sentido tan bien en su vida, pero en general no se opone de manera consistente a ser seguido, atendido y tratado. Su comportamiento, además de ser extremadamente molesto para los demás, le expone también a una serie de peligros: éstos se deben, en general, a sus propias imprudencias, pero en los casos graves son también de naturaleza puramente médica, en relación con el *stress* del organismo y el excesivo trabajo cardíaco por la inquietud y la falta de reposo.

En algunos aspectos prácticos, el individuo en una crisis maníaca presenta, pues, unos problemas de gestión terapéutica afines a los de un enfermo psiquiátrico orgánico, aquejado, por ejemplo, de demencia o de un estado de excitación tóxico-confusional; quien le asiste debe pertrecharse de mucha paciencia, inteligenci

ay coherencia; el ambiente que le rodea debe ser tranquilo y uniforme; el paciente debe ser inevitablemente tranquilizado con psicofármacos, pero puede ocurrir igualmente, en muchos casos, que no se le pueda dejar solo ni un instante, o que deba internársele. En algunos casos, es útil la terapia con sales de *Litio*.

Notas

P. J. Clayton y otros, «*Affective Disorder: Mania*», *Comprehens. Psychiat.*, 6, 313, 1965; D. Cargnello, *Aspetti costitutivi e momenti costituenti del mondo maniacale, en Alterità e alienità, Feltrinelli, Milán, 1966.*

Melancolía

Véase *Depresión*.

Neurastenia

La neurastenia es el tipo más habitual de trastorno neurótico (véase *Neurosis*). En la neurastenia, el ansia es vivida en el cuerpo y con el cuerpo, es decir, es *ansia somatizada*; esto está relacionado con el hecho de que el mismo cuerpo es vivido como fuente de inseguridad y de amenaza. Los trastornos neurasténicos tienen habitualmente las siguientes características: *a)* cansancio con irritabilidad y mal humor, y un cierto y modesto grado de depresión del humor; *b)* trastornos debidos *aparentemente* a enfermedades viscerales, pero en realidad de naturaleza psíquica, es decir, *psicógenos* (y, por tanto, no somáticos sino *pseudosomáticos*) consistentes en molestias y dolores «fantasmas» siempre vividos con mucha ansia por el paciente; *c)* temor de enfermedad, y preocupación por la propia salud (es decir, preocupaciones *hipocondriacas*) en relación con los trastornos pseudo-somáticos; *d)* en ocasiones, crisis repentinas de *ansia-alarmas*, acompañadas frecuentemente del temor de muerte inminente.

Cansancio crónico, irritabilidad, mal humor, ligera depresión, pueden ser también, en ocasiones, las consecuencias de cansancio físico, sustancias tóxicas, enfermedades debilitadoras, falta de sueño. Los demás trastornos típicos de la neurastenia sólo pueden ser, por el contrario, consecuencia de conflictos neuróticos. Los trastornos que el paciente advierte en el cuerpo (o sea, los trastornos pseudosomáticos) no se asemejan, en general, a los síntomas de las enfermedades orgánicas: un buen médico de medicina general sabe identificar casi siempre con seguridad la naturaleza psicógena de los síntomas neurasténicos pseudosomáticos, a partir de la descripción que de ellos hace el paciente, de su manera general de comportarse, de la presencia de otros síntomas neuróticos, de la ausencia de síntomas de enfermedad orgánica. Sólo en pocos casos el tipo de trastorno puede hacer surgir la duda de que exista una lesión o una disfunción del órgano: en general, basta una minuciosa visita internista para resolver el interrogante. Quien no se tranquiliza fácilmente es el paciente, que exige exámenes clínicos por el temor de tener una enfermedad orgánica, y no se convence de que trastornos puramente psicológicos pueden producir dolores cardíacos, hormigueos, vértigos, «temblores internos» y así sucesivamente. Estos exámenes (como el electrocardiograma, las radiografías, etc.) *no* deben hacerse si no existe una indicación real de su utilidad. Tienen como única consecuencia, en general, el

polarizar cada vez más el ansia del paciente en el propio cuerpo, aumentan en la práctica sus preocupaciones hipocondríacas, y ni siquiera sirven para tranquilizarle si su resultado es negativo; poco después, el ansia reaparece, y el paciente pide que se le repitan los exámenes, o que se le practiquen nuevos análisis clínicos.

Los trastornos neurasténicos psicósomáticos más comunes (que no hay que confundir con los trastornos *psicósomáticos*) son las molestias y dolores en la región cardíaca; la sensación de un nudo en la garganta y de sofocamiento; la tos «nerviosa» y otras molestias en la garganta; hormigueos, molestias y dolores de cabeza; sensaciones de inestabilidad y de vértigo (pero sin reales trastornos del equilibrio); trastornos imprecisos, molestias y sensaciones desagradables en la boca del estómago y en el abdomen; pesadez en las extremidades inferiores, molestias en las piernas, a veces acompañadas de calambres; síntomas de «agotamiento sexual»; finalmente, las manifestaciones somáticas típicas del ansia, como sudores, temblores, taquicardia, palidez, la necesidad imperiosa de orinar, sensación de «opresión estomacal», boca seca.

Normalmente, durante la vida del individuo (y en especial en el transcurso de la infancia) toda persona aprende a filtrar, es decir, a seleccionar a partir de la experiencia los mensajes del cuerpo, muchos de los cuales pasan inadvertidos en la medida en que son irrelevantes. En la neurastenia (y más precisamente en la hipocondría), la atención tensa y ansiosa a los síntomas de enfermedad determina una sensibilización y una dependencia respecto a las sensaciones corporales, y transforma estas sensaciones en dolor.

La neurastenia es el modo en que no sólo el ansia, sino también y sobre todo la *inseguridad* sobre uno mismo, sobre las propias posibilidades y capacidades sociales, se expresan como inseguridad sobre la validez del propio organismo. La neurastenia es, fundamentalmente, expresión de una «vivencia» de precariedad y de inseguridad existencial, y, por tanto, va estrechamente ligada a los factores político-sociales que hacen insegura la vida, e incierto el futuro, en el clima de competitividad individualista típico de la sociedad en que vivimos. Existen diferencias de grado, muchas veces mínimas, entre temer por la inseguridad de la propia condición existencial, temer por «no salir adelante», temer la pérdida de la propia competitividad social, temer la enfermedad, la invalidez, y también la muerte. Sentir el propio cuerpo como inseguro y, por consiguiente, amenazador, es la manera más inmediata y urgente de advertir la inseguridad de toda una manera de vivir; pero también es el resultado de una mala *relación con el cuerpo*, típica de algunos aspectos de la vida en la civilización urbana e industrial de Occidente.

El trastorno neurasténico es un intento de *objetivizar* un malestar más general. En el temor a la enfermedad, el individuo busca los motivos de un ansia a la que, de otra manera, no sabe dar un nombre; en su «estar mal» de manera aparentemente física, confirma y alimenta su temor. El dolor, el malestar, las dificultades de elección de una determinada condición de vida se expresan de la única manera «autorizada» y socialmente aceptada: la enfermedad del cuerpo.

Finalmente, la neurastenia es expresión de una escapatoria de las responsabilidades sociales. Esta fuga es expresión de un bloqueo de decisiones: es decir, de una situación de conflicto no claramente percibida, y sin resolver. En ocasiones, el trastorno neurasténico expresa claramente esta situación: por ejemplo, cuando el individuo lamenta inseguridad al caminar, o una repentina debilidad en las piernas, cada vez que debe moverse para adoptar una decisión importante. Pero en la mayoría de los casos es la propia neurastenia, con su aspecto de pseudoenfermedad, lo que determina un cambio del rol del individuo: el rol de enfermo es típicamente irresponsabilizador, ofrece ventajas marginales y sobre todo exonera de asumir responsabilidades y de tomar decisiones.

Los trastornos neurasténicos pueden curarse con la psicoterapia: en general, es necesario que el paciente tome consciencia de la realidad de la propia condición psicológica, y de las molestias, inseguridades y contradicciones en que vive; pero también es preciso que se le ofrezca la posibilidad de expresar de maneras alternativas su malestar, y de asumir una serie de elecciones, de decisiones vitales, de responsabilidades.

Notas

Una profundización del concepto de neurastenia sólo puede hacerse dentro de una perspectiva histórica. Véase el excelente texto de G. Chrzanowski, *Neurasthenia and Hypochondriasis*, en S. Arieti (a cargo de), *American Handbook of Psychiatry*. (Véase la nota bibliográfica al final del presente volumen.)

Neurología

Rama de la medicina que se ocupa de estudiar y tratar las enfermedades del sistema nervioso. La mayoría de las enfermedades neurológicas no tienen ningún interés psiquiátrico. Algunas enfermedades neurológicas atacan zonas del cerebro relacionadas con el estado de consciencia y con la regulación del comportamiento humano: así pues, estas enfermedades tienen también interés psiquiátrico, y constituyen las psicosis orgánicas.

El término *trastorno nervioso* se utiliza muchas veces impropriamente para designar los trastornos psíquicos, o sea, mentales.

Las *secciones neurológicas* de los hospitales públicos son utilizadas muchas veces indebidamente para internar pacientes psiquiátricos no graves, o «recomendados».

Neurosis

Premisa

Actualmente, hay que considerar este término como sinónimo de psico-neurosis.

La neurosis no es una enfermedad, es más bien un conjunto de mecanismos psicológicos concretos, que pueden ser más o menos dominantes, durante períodos más o menos extensos, en la vida de una persona.

Los trastornos neuróticos entran en la realidad cotidiana de todos nosotros: son las ansias, las inseguridades, las fobias, los rituales, los «nerviosismos» que –cuando permanecen dentro de límites *razonables*– son aceptados como parte del panorama de la normalidad. Una minoría de personas tiene trastornos neuróticos suficientemente serios como para obstaculizar las actividades ordinarias de la vida cotidiana; éstas son las personas designadas como *neuróticas*. Todos conocemos personalmente historias de neuróticos y cada uno de nosotros tiene alguna idea de las propias neurosis.

La dolencia neurótica está siempre dominada por un síntoma, el *ansia*, en torno del cual se estructura el resto de la sintomatología.

En la actualidad, el trastorno neurótico más frecuente es el de tipo *neurasténico*. En otros casos, el ansia es vivida no como *ansia corporal* sino como *ansia fluctuante*, es decir, como un estado de tensión muy angustioso y aparentemente inmotivado, con sensación de inseguridad difusa, insomnio, aprensión. Muchas veces esto va acompañado de un tono de humor de tipo depresivo. Otras, los trastornos neuróticos se estructuran en *fobias*, y en rituales y defensas de tipo *obsesivo*, y, en ocasiones, pueden presentarse trastornos de tipo *histérico*. Remitimos (también para los ejemplos) a las voces *Neurastenia*, *Fobias y obsesiones*, *Histeria*.

En la mayoría de los casos, los diferentes tipos de trastornos neuróticos se presentan mezclados entre sí, hasta el punto que una distinción por categorías, como la esbozada, aparece en gran medida convencional. Todas las personas diagnosticadas como *psicóticas* poseen *también* unos mecanismos psicológicos de tipo neurótico.

El ansia y el conjunto de malestares neuróticos son advertidos claramente por el individuo como un *obstáculo* en el camino de sus aspiraciones vitales. En otras palabras, el sujeto neurótico distingue siempre con claridad entre la propia personalidad, o las propias intenciones (que advierte lúcidamente como *normales*), y los síntomas neuróticos, que advierte como *trastornos*. Así pues, el neurótico tiene una *consciencia de trastorno*; esto no significa, sin embargo, que posea una consciencia de las *causas* del trastorno, cosa que facilita la (falsa) interpretación de la neurosis como enfermedad de tipo físico. La naturaleza de los trastornos neuróticos puede entenderse mejor al observar sus diferencias respecto a los trastornos de tipo psicótico: véase, para esta distinción, la voz *Psicosis*.

El ansia neurótica

Todos saben qué es el ansia: se trata de un estado de ánimo que no siempre es anormal. Cualquiera puede estar normalmente ansioso en vísperas de un encuentro importante, al abrir un telegrama imprevisto, al entrar en un examen, unas horas antes de una intervención quirúrgica, si suena la campana de alarma, etc. El ansia normal es un estado psicológico de expectación, con relación a acontecimientos que nos conciernen: es el estado de alarma, atención y vigilancia que sigue a una primera vaga señal de peligro y precede a la manifestación actual del propio peligro.

El *miedo*, a diferencia del ansia, tiene un objeto, una causa precisa e identificada, y ya prevé un activo comportamiento de fuga. El *pánico* es un estado de miedo agudo, caracterizado por la irracionalidad y el desorden en los comportamientos de fuga. La *angustia* es un estado de ansia muy acentuado, veteado de depresión y de desesperación.

En los animales superiores, el estado de ansia es la condición de preparación de todo el organismo para una situación de emergencia, para el repentino esfuerzo físico, para la defensa activa, el ataque o la fuga.

Cuando el estado de alarma ansioso se prolonga excesivamente, y es solicitado repetidas veces sin que el animal pueda expresar una respuesta motriz (especialmente a través del esfuerzo físico y la agresión), pueden surgir comportamientos que aparezcan *trastornados* (agresividad indiscriminada, actividades motrices estereotipadas, trastornos de la alimentación y del sueño, etc.) de la misma manera como, a lo largo del tiempo, pueden manifestarse en el cuerpo unas lesiones psicósomáticas. Sin embargo, esto no ocurre en general en los animales libres, sino sólo en aquellos que están en condiciones experimentales.

Así pues, es posible producir neurosis experimentales en los animales situándoles en condiciones de conflicto: obligándoles, por ejemplo, a elegir entre dos alternativas igualmente frustrantes, condicionándoles respuestas contradictorias, impartiendo instrucciones ambiguas, o dando respuestas incongruentes a su comportamiento (infligiendo, por ejemplo, un castigo en lugar del premio habitual, o viceversa).

En el ser humano, todas estas situaciones pueden presentarse y, en realidad, se presentan con gran frecuencia, pero en condiciones de mucha mayor complejidad social. Además, el hombre tiene una mayor riqueza de actitudes posibles hacia las situaciones en que está metido, es decir, puede expresar una mediación más compleja entre los estímulos a que está sometido y las respuestas que ofrece. Esta mediación se expresa en el momento existencial de la *decisión*: el individuo se convierte en *sujeto* de la situación en cuanto se pone él mismo, y su propia libertad, como factor de unificación activa del propio comportamiento en esa situación. Pero la situación no siempre está clara, los términos de la decisión pueden ser contradictorios, y el sujeto puede verse empujado a actuar de maneras diversas e incompatibles entre sí: es decir, puede hallarse en situación de *conflicto*. En la práctica, el ansia neurótica del hombre es siempre un ansia conflictiva.

Cuando el individuo consigue elegir con claridad su actitud hacia la situación en que se encuentra, puede estar normalmente ansioso y en tensión por la proximidad de una amenaza o de un momento de prueba, pero no está en conflicto, porque tiene ante sí una línea de comportamiento de la que se siente seguro. En tal caso, el ansia no es de tipo neurótico. Por ejemplo, frente a la imposición por parte de un enemigo mucho más fuerte que él de someterse inmediatamente o de luchar, para ser después, casi con toda seguridad, derrotado (imposición que le enfrenta a varias posibilidades de decisión a cuál más desagradable, y seguramente teóricamente rechazables), el individuo puede optar por *una* línea de conducta, porque la considera más justa y más coherente con sus posibilidades, sus ideales, su personalidad. Por ejemplo, puede optar por luchar, acaso para ser después masacrado: en tal caso, sentirá algún problema de ansia, pero podrá consolarse con el hecho de que esta ansia no es neurótica.

Muy diferente es la situación –más usual para ser exactos– en que frente a una decisión o una amenaza el individuo no tiene del todo claro qué debe hacer; o aquella en que recibe fuertes estímulos contradictorios: en el momento en que debe determinar su propia línea, varias instancias y exigencias prácticas y morales luchan dentro de él, y le hacen sufrir. Estas instancias contradictorias responden a temáticas generales, que examinaremos a continuación.

Origen de las neurosis

Conflicto es fundamentalmente, en el esquema clásico de Freud, el contraste (no resuelto, y no percibido por la razón del individuo) entre las exigencias instintivas, por una parte (es decir, la *libido*, la búsqueda del placer) y, por otra, la necesidad «social» de reprimir estas exigencias. Esta represión es *interiorizada*, es decir, gestionada en primera persona por el propio sujeto. Consecuencia del conflicto, así como de la falta de plena consciencia de él, es un sufrimiento, un desequilibrio, o un inestable y desagradable equilibrio, la neurosis.

Sin embargo, y en contra de lo que pensaba Freud, las exigencias «instintivas» del hombre no aparecen de una vez por todas, es decir, no son inmutables. Hoy sabemos que no es cierto que el contraste neurótico se base totalmente en el interior de la familia, como desarrollo de un drama de rivalidad sexual (el drama edípico) que Freud describía como algo eternamente igual a sí mismo.

Tanto la libido (o más genéricamente la búsqueda del placer, el deseo) como la agresividad, son impulsos esencialmente sociales. Nacen, se determinan, se articulan desde el comienzo según las relaciones de poder y según la ideología de una sociedad muy precisa, dividida en clases. La sociedad en que vivimos está constituida por un complejo conjunto de desequilibrios de poder, y basada en las dinámicas del dominio, en la violencia. La opresión, la agresividad, la prevaricación, y por otra parte la voluntad de rebelarse, la esperanza y la imagen de una alternativa, se remontan a la división social del trabajo, y después a la división en clases. A determinaciones históricas, y no a la presencia abstracta y perenne de impulsos instintivos, se remontan, en concreto, tanto el deseo como la destrucción. Así pues, las neurosis son el reflejo de contradicciones sociales.

En esta dinámica, que es más compleja que la presentada en su tiempo por Freud, la represión de lo que seguimos llamando «los instintos» ejerce seguramente una parte fundamental, pero siempre como represión de algo que también es social. Existen, pues –sin que sea posible trazar distinciones categóricas–, la represión del «instinto» del placer; la represión del anhelo más individual a la libertad total; la represión sexual (norma y base –como vio Reich– para ulteriores condicionamientos a la renuncia y a la obediencia); pero también existen la represión de las mismas exigencias que nacen de la «consciencia de sí» del hombre (burgués) moderno, y la represión de las nuevas exigencias humanas que surgen de la formación de la consciencia de clase. Vivir esta represión sin poder liberarse de ella crea malestar y sufrimiento; vivir este malestar de manera individualista, estar inmerso y en parte sofocado en él sin plena consciencia de su significado, es la neurosis. No existe malestar, ni neurosis, en los casos de total conformismo, de total aceptación de la represión. Tampoco hay neurosis en el caso opuesto, cuando la libertad personal es puesta en primer término continua y estultamente, sin plena consciencia de la represión que está destinada a obstaculizarla. (Ésto sucede, por ejemplo, en condiciones psicológicas denominadas «perversión» y «personalidad psicopática».)

Pero la neurosis también desaparece cuando hay consciencia y claridad sobre las necesidades y sobre la represión, y cuando esta claridad llega a traducirse en opciones personales, y en una acción política colectiva.

Así pues, la neurosis no es directamente identificable ni con las contradicciones de la sociedad burguesa, ni con los sufrimientos materiales que provoca: es, en cualquier caso, una de las consecuencias de estas contradicciones y sufrimientos. La neurosis es una situación de malestar personal debida al conflicto, no resuelto y no percibido con claridad, entre exigencias contradictorias, y en especial entre la exigencia represiva y las exigencias de libertad, entre la aceptación y la tendencia al rechazo. Tampoco la toma de consciencia de la situación conflictiva y de sus causas sociales, que es la justa premisa para salir de la situación de malestar neurótico, se identifica sin más con la toma de consciencia política, pero constituye, en cualquier caso, una parte y una etapa de ella.

Las nuevas necesidades humanas que surgen en la sociedad capitalista avanzada son en parte unos falsos objetivos y unas *drogas* (como el impulso a la evasión y al consumo), pero en parte expresan exigencias nuevas, que el capitalismo se ve obligado a reprimir o a ocultar. De este modo, el capitalismo oculta también la naturaleza del conflicto neurótico, es decir, tiene interés en esconder sus causas. Eso crea, entre otras cosas, la ilusión de que el deseo de rechazo y el ansia por él sólo sean legítimos si están descritos como algo objetivo, como una enfermedad que se siente en el estómago; o bien que sean soportados, como el cansancio, el aturdimiento, el mal humor «natural» que siguen a una jornada de trabajo en la fábrica.

La neurosis no es una realidad claramente delimitable, ni homogénea. No tiene un único modo de manifestarse, y no es el resultado de unos mecanismos siempre iguales. Sobre toda la vida del individuo actúan factores neurotizantes y la neurosis no sólo es un episodio, una descompensación esporádica, sino un momento de una existencia, un nudo de una maraña de relaciones humanas cuyos límites sólo se pueden establecer artificialmente. La neurosis es un aspecto (casi podríamos decir el aspecto autorizado y «oficial») de una situación más amplia de malestar que, en la actualidad, casi todos sufrimos: al no ser separable de toda la historia vital del individuo, forma parte asimismo de los problemas colectivos en que se halla inmerso.

Esto no impide que al examinar y estudiar la historia de cada persona concreta, sea posible identificar y distinguir, caso por caso, algunas causas principales de dolencia neurótica, y otras secundarias, factores remotos y acontecimientos más próximos. Puede tratarse de situaciones infantiles, familiares-sociales de dolor y de ansia, de la dificultad en conseguir una identificación personal y unas opciones ideales, de los sinsabores de una

familia o de una pareja (dominada siempre, e identificada, por circunstancias históricas precisas), y así sucesivamente; pero también, y de manera muy *dominante*, de las contradicciones ideológicas y de la visión del mundo, de quien se halla enfrentado a los problemas cotidianos del trabajo, y de la lucha sindical y política.

Neurosis y práctica médica

Los trastornos neuróticos de la mayoría de la población, y en especial del proletariado y de la pequeña burguesía, son tratados, en general, exclusivamente por los médicos no especialistas de la seguridad social, y los pacientes que los sufren constituyen habitualmente la mayoría de su clientela. Casi invariablemente, los trastornos son «medicalizados», o sea, tratados como enfermedades físicas del cuerpo. Un tipo parecido de aproximación, reduccionista y mecanicista, tampoco cambia, en general, cuando el paciente es enviado al neurólogo o al psiquiatra. Existe, a este respecto, la pequeña probabilidad de que algún médico trate al paciente con tiempo, paciencia y simpatía, le trate a él como persona, examinando sus trastornos no como los lamentos de un chiflado, o como los ruidos de un cazo roto, sino como la expresión contradictoria de una compleja situación vital; pero es extraño que esto ocurra si el paciente no es importante o no paga.

Tanto si se trata de trastornos de tipo pseudo-orgánico (véase *Neurastenia*) como de tipo más claramente psíquico, o psicosomático, la respuesta del médico es casi siempre la más adecuada para estimular el temor a la enfermedad física, y hacer considerar a ésta como una desgracia casual.

Si se tiene en cuenta que la dolencia neurótica ya está estructurada en torno de un profundo sentimiento de ansia y de inseguridad (casi siempre en torno de una inseguridad respecto al propio cuerpo) y alimentada por el temor de invalidez física y social típico de una sociedad competitiva, se entiende que la neurosis empeore a partir de la medicalización del ansia. La neurosis se reduce de este modo a un problema tan privado que ni siquiera se abre a los problemas interpersonales del individuo; es decir, se convierte enteramente en una cuestión interna de vísceras, sangre, nervios estropeados de un organismo «insuficiente». Al mismo tiempo, la neurosis es secuestrada por el médico en un ámbito extraño a la personalidad, al *yo social*, al ser concreto e histórico del enfermo. La medicina capitalista desarrolla aquí una de sus funciones, la de recluir en un ámbito técnico, «neutral», y de presentar como problemas individuales, privados y accidentales, cuestiones que, en cambio, son de interés colectivo y se deben a causas (sociales) específicas.

Los detalles tienen cierta importancia. Si el médico visita al paciente o le prescribe una serie de análisis (a veces con la ingenua esperanza de tranquilizarle, demostrándole de ese modo que «no tiene nada») el resultado no sólo es el de reforzar la medicalización del problema, sino también el de aumentar el ansia que está en la raíz de la dolencia neurótica. El paciente, que quiere ser ayudado, no sólo debe convencer al médico de que no exagera, de que sufre realmente, sino de que el trastorno es de incumbencia médica, e independiente de su voluntad. Así pues, insiste necesariamente en un terreno equivocado: el del cuerpo que «debe» estar objetivamente mal. Es la extenuante historia del cuerpo «agotado», de los reconstituyentes, de los nuevos tranquilizantes, del nuevo médico, de la visita de pago, de los constantemente repetidos análisis clínicos y a veces del internamiento. Esto último significa por una parte la «descarga» del paciente por el médico ante una dificultad mayor; por otra, es deseado muchas veces por el enfermo, como un refugio y una posterior evasión. El internamiento todavía le pasiviza más, le sigue haciendo esperar, con una esperanza «necesaria», en una intervención técnica exterior a él que le libere de la angustia. La confianza tecnicista en el especialista entrega hoy, cada vez con mayor frecuencia el paciente a la sección neurológica, al hospital psiquiátrico, a la clínica psiquiátrica privada o subvencionada, con consecuencias todavía más graves (dosis masivas de sedantes, en ocasiones electroshocks) y cada vez menores probabilidades de una toma de responsabilidad y de consciencia.

Casi siempre, al carácter apresurado y muchas veces impersonal de la visita del seguro se suma la convicción por parte del médico (en cierto sentido correctísima) de que es inútil visitar el cuerpo del neurótico, pero en tal caso también falta este tipo de encuentro, y la relación médico-paciente se vacía por entero. Es frecuente entonces el recurso, por parte del especialista, a la deliberada sugestión, entre mágica y de ciencia-ficción, de algunas «visitas del sistema nervioso» (que en los casos de neurosis no demuestran y no pueden demostrar nada), o al último fármaco, o al electroencefalograma. Estos procedimientos, que se justifican entre los médicos como «psicoterapia sugestiva», sólo sirven en general para ligar más regresivamente al paciente al médico, y es lícito suponer que en cierto modo este último tenga interés en utilizar semejante mecanismo, contando con el reforzamiento del vínculo de dependencia que constituye en realidad la base de la llamada «relación de desconfianza».

En la práctica, el paciente empeora, es decir, se encierra en una visión individualista, limitada, privada, de sus problemas. En general, la salida es –al menos temporalmente– una mayor esperanza en la ciencia médica y en las medicinas, una neurotización de la relación con la institución sanitaria, y el refugio en formas de consolación de tipo reparatorio, asistencial y paternalista, estrictamente individualistas; en último término, asociales. La conocida exigencia al médico de muchas medicinas de diferentes tipos, de vitaminas, reconstituyentes, tranquilizantes, euforizantes, es el símbolo y la síntesis de este refugiarse en consolaciones semirracionales. En este caso nos hallamos ante un hecho tanto más significativo si pensamos que en su mayoría estos fármacos son inútiles o dañinos, que los «reconstituyentes» son un absurdo científico, y que las toneladas de tranquilizantes y euforizantes que se venden cada año son tóxicos, no curativos, crean dependencia y hábito, y funcionan como auténticos «anestésicos del sistema».

De esta manera, las enfermos se fabrican y se perpetúan: lo que puede haber sido un malestar «político» sobre problemas sociales y laborales, se pierde en una espiral que aleja al interesado de la comprensión y de la solución de sus dificultades.

Así pues, la neurosis existe en nuestra sociedad como una realidad difícilmente distinguible de la presencia de una ideología médica, y del tratamiento médico que recibe. La neurosis crece en una situación social, como parte de ella y como malestar por sus contradicciones: crece como un modo –no sólo individual sino interindividual y social– de referirse a ciertas dificultades; crece como actitud, como modo de interpretar, administrar y soportar aspectos contradictorios de la vida; como modo de interpretar la relación de uno mismo y del propio cuerpo con el trabajo; como consecuencia de la represión social que actúa sobre quien expresa más o menos confusamente malestar y rechazo; finalmente, como racionalización médica de estas dificultades, racionalización que modela la neurosis antes de que se recurra por primera vez al médico.

Desmedicalizar para tratar la neurosis

En primer lugar, la terapia de las neurosis –a partir de cuanto llevamos visto– no es un problema individual sino colectivo. Aparece aquí una tarea política y social: desmedicalizar la neurosis, desmedicalizar su terapia, referir el malestar individual al conocimiento de sus causas reales, luchar colectivamente para suprimir estas causas. El carácter colectivo del problema de la neurosis

procede, entre otras cosas, del hecho de que nadie es inmune a trastornos de este tipo, y cada uno debe aprender a administrarlos con los demás. Incluso al nivel del individuo concreto obstaculizado por trastornos neuróticos, los problemas de su terapia se sitúan de manera muchas veces más exacta y eficaz en el ámbito de actividad y discusiones de grupo y con relación a temas políticos.

Se ha dicho que el trastorno neurótico nace de un conflicto: o, más frecuentemente, de un conjunto de situaciones conflictivas unidas entre sí. Se ha visto que, en la práctica, el individuo se halla en una situación en la que debe decidirse, y elegir entre las diversas y contradictorias exigencias que le son planteadas por circunstancias externas y por sus propias exigencias interiores. Pero la terapia no siempre consiste en ayudar directa e inmediatamente al individuo a definirse y elegir entre las contradictorias demandas y exigencias en las que se considera atrapado: casi siempre es necesario un trabajo preliminar que consiste en *redefinir la situación*. Ayudar al individuo a cambiar su cuadro de referencia práctico y cognoscitivo es, a menudo, la primera etapa necesaria para que llegue cuanto antes a redefinir su problema, a dotarse de los instrumentos para situarlo correctamente, y, por tanto, a efectuar unas opciones que le hagan salir de la situación conflictiva. (Véanse, sobre estos problemas y sobre la terapia de la neurosis, *Psicoterapia*; y también *Neurastenia, Histerismo, Psicósomática, Fobias y obsesiones.*)

Notas

El estudio de las neurosis coincide con la historia de las teorías psicoanalíticas, y de la psiquiatría influenciada por el psicoanálisis. Es difícil, por tanto, hablar de las neurosis en sí mismas. (Debe ser en parte por dicho motivo que existen poquísimos tratados de las neurosis en general: en cualquier caso nada —en mi opinión— que sea a un tiempo reciente y decente.) Si se excluyen los estudios sobre la psicodinámica de la esquizofrenia, desarrollados especialmente en los últimos veinte años, se puede decir que el problema de una terapia racional y casual de los trastornos psíquicos coincide con el estudio de los mecanismos neuróticos. Tampoco desde un punto de vista didáctico tiene ningún sentido estudiar el problema de las neurosis (o, si se prefiere adherir a otra convención, *de la neurosis*) como problema en sí mismo; en la práctica lo que hay que hacer es leer a Freud, a los postfreudianos, a nuestros grandes psicoterapeutas y teóricos contemporáneos. (Al estudioso más preocupado se le puede aconsejar que se remonte a Janet por su

concepto de *psicastenia*, e incluso a Beard por su teoría sobre la *neurastenia*.) En ningún campo como en el de las neurosis es tan fácil percibir una verdad que concierne a toda la psiquiatría: entender la psiquiatría significa entender la *historia* de una serie de teorías, algunas de ellas muy antiguas, otras recentísimas, hoy variadamente heredadas en el multiforme aparato de la psiquiatría contemporánea. Esta última es comparable, en su aspecto teórico, a una biblioteca en la que coexistan, mal clasificados, volúmenes con más de cien años de antigüedad y textos modernos que, en lugar de suplantar a los antiguos, casi siempre se apoyan; y puesto que cada texto tiene su manera concreta de ver las cosas y definir su propio objeto de estudio, nunca está del todo claro hasta qué punto textos diferentes hablan de cosas diversas o, por el contrario, de las mismas cosas de manera diferente.

Insistir, más allá de un texto elemental como este *manual crítico*, sobre definiciones y descripciones «absolutas» del problema de las neurosis es un error, porque este problema sólo puede ser profundizado y entendido *relativizándolo*, es decir, situando las diferentes teorías con relación a la evolución de la cultura y del pensamiento occidental, y de las diferentes ideologías europeas y norteamericanas. De este modo, incluso la distinción entre las diferentes formas y aspectos de los mecanismos neuróticos (neurastenia, histeria, fobias, etc.) es una distinción convencional y, en definitiva, discutible que únicamente he mantenido en este texto como artificio didáctico y para ayudar al lector a moverse en una terminología muchas veces confusa; pero si se quiere profundizar el problema debemos darnos cuenta de que estas distinciones ya no son muy útiles, que el concepto de neurastenia es heterogéneo respecto al de histeria, que el problema de la histeria acaso desaparezca cuando se vea más de cerca la dinámica interpersonal de la «utilización del síntoma», y así sucesivamente. Más allá, pues, de una introducción muy esquemática al problema general de las neurosis, y de una serie de aclaraciones sobre el tipo de problemas que se ocultan tras términos como neurastenia, histeria, psicósomática, fobias y obsesiones, no existe una profundización de *estos* conceptos: es un problema más articulado y global, es toda la psiquiatría, su historia, la historia del estudio de las relaciones entre contradicciones sociales y contradicciones individuales, el conjunto de teorías sobre el ansia, sobre el conflicto, sobre el funcionamiento general de la mente humana más allá de clasificaciones rígidas y muchas veces vetustas. En mucha mayor medida de lo que ocurre respecto a los problemas relativos a las psicosis, el estudio de las neurosis es el estudio de nuestra vida cotidiana habitual, el reflexionar e indagar sobre mecanismos de

ansia que no siempre requieren complejas mediaciones técnicas para ser entendidos: es el estudio de problemas políticos y sociales, como la inseguridad y la falsa consciencia. No es él problema de la locura: es el problema, unitario, no escindible en capítulos, de la infeliz normalidad de todos. De ello se habla en este libro.

En este ámbito, una de las tareas fundamentales es derribar los prejuicios existentes. El error más común de la concepción popular de las neurosis consiste en considerar que son el resultado mecánico de una agresión ambiental, en lugar del resultado de una contradicción entre el individuo *como sujeto* y determinadas condiciones históricas; he intentado refutar este error en el texto «Condizione operaia e nevrosi, *Inchiesta*, 3 (10), abril-junio de 1973.

Oligofrenia

Véase *Deficiencia mental*.

Parálisis progresiva

Véase *Demencia*.

Paranoia

Véase *Delirio*.

Personalidad psicopática

Términos como «psicopatía» y «psicopático» son usados en ocasiones de manera errónea para indicar la psicosis y el individuo psicótico. En realidad, si utilizar el término «psicopático» puede tener una justificación no equívoca, es como sinónimo de *personalidad psicopática*.

Personalidad psicopática significa personalidad anormal. No es difícil intuir cuán vago y discutible resulta un concepto de este tipo. En la práctica, se trata de uno de los más típicos ejemplos de cajón de sastre psiquiátrico: en él cabe todo, y es extraño que dos autores concuerden en dar de él una definición clara.

En sentido lato, «una personalidad anormal» es cualquier persona en la que se haya formado, desde la infancia, un conjunto de características psicológicas personales y estables no comúnmente aceptadas como normales. En sentido más limitado, el término es utilizado con frecuencia como sinónimo de «personalidad antisocial» o como «personalidad sociopática»: es decir, indica aquellas personalidades que, debido a sus características, no consiguen adecuarse ni revelarse a la disciplina de la «vida civilizada» en el ambiente que se les ha asignado. Así pues, el *sociópata* es una persona «inadaptada» que, por las características psicológicas de su personalidad, origina constantemente sufrimientos para los demás, y problemas para la sociedad.

Las posibilidades de «anormalidad» de cualquier persona son de lo más dispar, y pueden ser clasificadas en listas ampliables a voluntad. Cualquier persona que sea permanentemente original, o diferente e inconformista, o lunática y caprichosa, o huraña, o mitómana, petulante o excesivamente reservada, fanática de sus ideas o indiferente, muy alegre y expansiva o bien tendencialmente melancólica, corre el riesgo de ser etiquetada de psicópata. De igual manera, cabe considerar como una personalidad sociopática (es decir, psicopática en sentido estricto) a cualquier persona diferentemente dotada de características como la impulsividad, la frialdad afectiva, la incapacidad de disciplina, la inestabilidad de comportamiento, la agresividad «inflamable», la insensibilidad a los deberes familiares y los sufrimientos ajenos, la tendencia a crear siempre situaciones «de ruptura», la excesiva y fatua confianza en su propia capacidad de improvisación. Así pues, algunos de los aspectos de la personalidad sociopática son afines al concepto de *perversión*. Los niños y los adolescentes con características de personalidad sociopática son denominados, en general, *caracteriales*.

En la práctica, la utilización de los términos «personalidad psicopática» y «personalidad sociopática» constituyen casi siempre una manera tosca, poco articulada y poco expresiva de reunir problemas psicológicos muy diferentes entre sí. Además, el término de «personalidad sociopática» se presta especialmente bien a una utilización descualificadora respecto a una serie de personas. Un individuo que presente en algún período de su vida comportamientos contrarios al orden social dominante no es considerado, en general, un sociópata si su condición social es suficientemente privilegiada como para protegerle, pero puede serlo con facilidad si pertenece a una condición social subprivilegiada, si no consigue encontrar un trabajo, si se enfrenta a una serie de fracasos, dificultades y tropiezos respecto a las autoridades constituidas, si vive al margen de la sociedad. En todas estas historias, existen, por otra parte,

los elementos para empujar cada vez más al individuo hacia modos de comportamiento «inadaptados», «antisociales», agresivos y frustrantes. La etiqueta psiquiátrica, es decir, el diagnóstico de sociopatía, contribuye posteriormente a determinar un comportamiento que confirma el diagnóstico. Cualquier alcohólico impulsivo, ratero empedernido, vagabundo, pequeño estafador fracasado, morfinómano, pseudorrevolucionario incendiario, puede ser considerado una personalidad anormal de tipo sociopático, y empujado a encarnar este papel, si no está bien injertado en el orden social, si no tiene éxito en sus actividades, si resulta obstinadamente reincidente, y si, en definitiva, por algún motivo su caso debe ser archivado y etiquetado por alguien que, en determinado momento, tiene el poder de decidir que «no sirve de nada porque nos encontramos ante una personalidad anormal».

El concepto de personalidad sociopática se presta muchísimo a ocultar los aspectos disfuncionales de la sociedad en que vivimos: toda la culpa pasa a ser de algunos individuos «nacidos desviantes»; de este modo, si nacen protestas y rebeliones aisladas, son el producto de mentes desequilibradas y «antisociales».

Por otra parte, los conceptos de personalidad psicopática y de personalidad sociopática no son enteramente artificiosos e inútiles. Si se es muy cauto antes de emitir un veredicto de este tipo, y si no se renuncia a indagar, a intentar comprender, a querer ver cuáles pueden haber sido las variables circunstancias y experiencias vitales susceptibles de determinar una particular manera individual de reaccionar, resulta inevitable concluir que en algunos casos existen verdaderamente personalidades que se estructuran establemente de manera anormal.

Lo que es difícil, muchas veces arbitrario, y quizás, en definitiva, siempre imposible, es establecer los *límites*, y ponerse de acuerdo claramente en las *características*, de lo que de manera legítima puede ser designado como personalidad anormal.

Notas

Acaso el texto más útil, en mi opinión para entender qué es una personalidad psicopática «sociopática» es el intenso estudio (ni siquiera realizado por «especialistas») de un caso: de R. Lloyd y S. Williamson, *Borrrt to trouble*, Cassirer, Londres, 1968.

Véanse también: W. Me Cord, J. Me Cord, *The Psychopath*, Van Nostrand, Reinhold, Nueva York, 1964; M. Craft (a cargo de), *Psychopatic disorders*, Pergamon Press, Londres, 1966 (interesante también por el problema del tratamiento institucional); C. Catalano-Nobili, G. Cerquetelli, *Gli psicopatici*, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1974; E. Wulff, *Psychopathie?, Soziopathie?*, en: (del mismo autor) *Psychiatrie und Klassengesellschaft*, Athenäum Verlag, Frankfurt, 1972.

Perversión

El término *perversión* tiene significados imprecisos y ambiguos. La definición más apropiada de perversión es la procedente de Freud (pese a que se limitó a las perversiones sexuales): el perverso (¡no «pervertido»!) es la persona que —al menos en un sector de sus actividades— no advierte frenos morales. Pero si no se quiere caer en gran cantidad de equívocos, esto debe precisarse mejor.

Cada cual regula normalmente la conducta de sus acciones a partir de un equilibrio personal entre instintos y represión social. En otras palabras, todos intentamos un compromiso entre lo que consideramos que debemos permitirnos para la satisfacción inmediata del propio placer, y los límites que nos imponemos a partir de la consciencia de que existen restricciones sociales, que nos vemos obligados a tener en cuenta. Las restricciones sociales, es decir, las exigencias represivas establecidas por el orden social dominante, son en parte *interiorizadas* a través de la familia y de la educación, es decir, advertidas por cada uno de nosotros como una exigencia personal. Aparece aquí una regla de inevitable y elemental oportunismo: si una persona aprende a adquirir un mínimo de hábitos de autodisciplina, si está dispuesta a aplazar en ocasiones su placer, si sabe reprimir sus impulsos menos socializables (como los sádicos), conseguirá sobrevivir más fácilmente en esta sociedad, aparte procurarse placeres y, en ocasiones, dar también salida a la agresividad.

En un determinado individuo, un exceso de autorrepresión es fuente de inhibiciones y de conflictos neuróticos: en la práctica, esto puede concluir por llevar a una parálisis de su iniciativa social. En efecto, la autorrepresión produce ansia, y va unida a un temor excesivo y constante hacia las consecuencias de las propias acciones. Por el contrario, una falta de autorrepresión es fuente de comportamientos ineficaces e improductivos, y de fracasados encuentros con la represión ejercida por la realidad social externa:

es decir, es fuente de comportamientos «antisociales». La sociedad castiga severamente a todos aquellos que, sin estar en posesión de privilegios especiales (referentes sobre todo al dinero), intentan la satisfacción inmediata de su placer o quieren dar salida a sus impulsos sin medir ni valorar las consecuencias. Así pues, la perversión es, en cierto modo, lo contrario de la neurosis.

El problema de la perversión se une al de las personalidades psicopáticas en sentido estricto, o personalidades sociopáticas. El concepto de perversión, sin embargo, es más restrictivo: sólo algunos casos clasificados como «personalidad psicopática» o «sociopática» presentan el mecanismo psicológico de la perversión; pero todos los perversos (especialmente si muestran un comportamiento clamorosamente antisocial) pueden ser considerados personalidades «anormales, psicopáticas y tendencialmente antisociales».

Los ejemplos más típicos y notorios de perversión son el sadismo y el exhibicionismo sexual. Cabe discutir, sin embargo, si es correcto hablar de perversiones *específicas*. La perversión no debe entenderse tanto como una forma de comportamiento bien definida sino como un aspecto posible de la personalidad. Muchas personas poseen rasgos de personalidad que pueden ser considerados perversos, sin que nadie los perciba claramente, y sin que exista un comportamiento general claramente caracterizado en sentido antisocial.

Hay que ser muy claros a este respecto: es obvio que los inconformistas no son unos perversos; así pues, no basta con tener hábitos considerados «anormales» por la moralidad dominante para ser unos perversos, o ni siquiera para tener tendencias perversas. Conviene insistir en que existen aspectos reales de perversión sólo cuando: *a)* el individuo tiene dificultades, desde siempre, para reprimir la satisfacción de sus impulsos; *b)* tiene constantes dificultades en valorar la discrepancia de sus actos respecto a las normas dominantes y, al mismo tiempo, dificultad en valorar las consecuencias de estos actos; *c)* causa, en efecto, con estos actos daños serios imprevisibles (incluso psicológicos) a sí mismo, y/o significativos dolores a otras personas; *d)* es de inteligencia normal, y no presenta trastornos neuróticos claros, ni trastornos psicóticos reales; *e)* tiende a repetir establemente formas de comportamiento desaprobadas por la moralidad dominante, muchas veces —no siempre— de contenido sádico.

Asaltar sexualmente a los niños; robar sin necesidad ni precauciones; provocar accidentes de tráfico; divertirse en torturar animales y, dado el caso, seres humanos; buscar relaciones sexuales incestuosas; infligirse a sí mismo, con frecuencia y de manera voluntaria, daños, lesiones o sufrimientos psicológicos: todos éstos *pueden* ser otros tantos aspectos y ejemplos de comportamientos perversos y de personalidades perversas. Sin embargo, estos mismos comportamientos pueden ir ligados, según los casos, a otros mecanismos psicológicos, por ejemplo de tipo neurótico o de tipo psicótico.

Las diversas modas y hábitos de homosexualidad masculina o femenina, las relaciones sexuales orales (o mejor dicho, bucogenitales), las relaciones anales y la masturbación siguen siendo consideradas por algunos como otras tantas «perversiones». En realidad, no existe ningún motivo para considerar todo esto como «anormal», «patológico», «antisocial» o «de interés psiquiátrico». Los modos a través de los cuales las personas aprenden a gozar de su cuerpo, o del cuerpo de otra persona, o de otras personas, del mismo sexo o de sexo diverso, o de objetos y de animales, pueden ser extremadamente variables y dependen de factores culturales modificables según las épocas y los países, además de circunstancias personales de vida. Si muchos homosexuales, hombres y mujeres, tienen serios problemas neuróticos, están solos y viven situaciones vitales desgraciadas (en especial, si no son de condición social privilegiada, y cuando son muy jóvenes, o cuando comienzan a envejecer), se debe sobre todo a la feroz y obtusa represión que se ejerce sobre estas personas, y no a su supuesta «anormalidad».

De querer buscar los casos más típicos y comunes de vida sexual «anormal», no hay que dirigirse tanto al problema de la perversión como, en todo caso, al de la neurosis. La anormalidad sexual más común y típica consiste en el hecho de que muchísimas personas tengan una vida sexual inhibida, rígida, condicionada por el ansia, frustrada y causa a su vez de frustraciones.

Notas

AA. VV., *Le désir et la perversion*, Seuil, París, 1967; H. M. Ruitenbeek, *The psychotherapy of perversions*, The Citadel Press, Nueva York, 1967.

Psicoanálisis

En este libro, que le debe mucho, se habla con frecuencia del psicoanálisis; falta aquí, por otra parte, una versión sistemática de un tema que requeriría, más que un pequeño capítulo, un libro aparte: con esta voz del «diccionario razonado» tampoco se pretende ofrecer una descripción, ni siquiera somera, de qué son el conjunto de las técnicas psicoterapéuticas, teorías psiquiátricas, y pensamiento filosófico elaborado por Sigmund Freud. Así pues, nos limitaremos ahora a algunas observaciones.

El psicoanálisis es la forma más conocida de psicoterapia. En su forma más clásica y más típica consiste en un tratamiento de varios años de duración, que consta de dos o tres o más «sesiones» semanales de unos 50 minutos de duración hasta un total que en la actualidad tiende muy frecuentemente a superar las 500-600 sesiones. El paciente está semitendido en un diván, y durante la sesión no ve al analista sentado a sus espaldas; se procura que no oculte nada de lo que piensa y que pague de su bolsillo (salvo excepciones) el tratamiento. El analista guía al paciente con escasas intervenciones verbales: en general, utiliza expresiones anodinas de estímulo, demandas de profundización o propuestas de interpretación. Lo que se interpreta son las formas a través de las cuales se expresa el inconsciente: es decir, los sueños, las fantasías, los errores, los olvidos, los síntomas psiquiátricos del paciente. El subconsciente freudiano está constituido por los impulsos, los deseos, los recuerdos, las imágenes y pensamientos que el individuo ha removido, es decir, ha expulsado de su vida psíquica consciente. El paciente habla, «asociando libremente»: es decir, aprende a liberar un flujo verbal que se estructura según temas, filones e interpretaciones que el analista considera útiles para él, a fin de permitirle conocer los mecanismos y los contenidos, es decir, las *dinámicas*, de su vida psicológica inconsciente. El significado terapéutico del análisis va unido a este conocimiento, pero sobre todo al *transferí*, y a la interpretación y elaboración del transferí. El transferí es el vínculo afectivo que el paciente establece respecto al analista.

Hoy se tiende muchas veces a modificar la situación analítica clásica: por ejemplo, muchos analistas se sitúan ante el paciente, e intervienen más activamente en el curso de la sesión. En el psicoanálisis de los niños se utiliza el juego como fuente de informaciones y de mensajes; en el psicoanálisis de los esquizofrénicos se utilizan también formas de comunicación no verbales; algunas formas de psicoterapia de grupo son auténticos psicoanálisis de grupo.

Escuelas psicoanalíticas no ortodoxas, como la junguiana, reichiana, horneyana, etc., utilizan técnicas y métodos diferentes. En la práctica, ya no existe una clara separación entre el psicoanálisis y las otras formas de psicoterapia.

Los pacientes elegidos habitualmente para el tratamiento analítico deben tener como primera característica la de ser ricos (aunque en algunos países existen formas de seguro que cubren también, al menos en parte, este tipo de terapia); el tratamiento posee, además, mayores probabilidades de ser útil al individuo si éste es joven, culto, inteligente, capaz de expresarse en términos verbales, motivado para querer estar bien y capaz de *insight*, es decir, dotado de introspección, lucidez, y facilidad de comprensión de los problemas psicológicos. El paciente, por otra parte, no debe tener problemas *prácticos* urgentes que resolver, sino fundamentalmente problemas *psicológicos*; además, no debe adoptar decisiones importantes de vida durante el tratamiento. Los problemas psicológicos que más se benefician de la terapia psicoanalítica son los del tipo neurótico, y todos los referentes a personalidades fundamentalmente desequilibradas y dotadas de buenas «cualidades humanas», pero inmaduras en el plano de la vida afectiva. El objeto del tratamiento analítico no es tanto el de liberar al paciente de los síntomas psiquiátricos como el de obtener un crecimiento de su personalidad y un control más libre y armonioso de su vida afectiva. Para el paciente, el término del tratamiento analítico está representado casi siempre por la adquisición de una serie de instrumentos de autoanálisis, de interpretación de los hechos de su vida, y también de interpretación de las relaciones sociales, que, en general, responden a la *ideología general* del psicoanálisis.

Psicoanalista es el que practica profesionalmente el psicoanálisis como forma de psicoterapia. No se trata necesariamente de un médico: lo que las sociedades de psicoanálisis exigen especialmente a una persona, para nombrarla psicoanalista, es que se haya sometido personalmente al análisis por parte de un analista acreditado, y además que se someta periódicamente a unos *controles*, es decir, a unos «reciclajes» suplementarios de sesiones en lo que el terapeuta confronta con un colega sus reacciones y su actitudes ante los diferentes pacientes.

En la actualidad, la terapia analítica tiene un fuerte desarrollo en todas las grandes comunidades urbanas occidentales; por otra parte, las sociedades psicoanalíticas van conquistando un poder considerable, en la medida en que los psicoanalistas más famosos logran cátedras universitarias, direcciones de hospitales psiquiátricos, funciones de asesoramiento en las instituciones asistenciales y, notoriamente, en las grandes industrias.

El psicoanálisis como técnica psicoterapéutica está inescindiblemente unido por una parte al psicoanálisis como compleja doctrina filosófica, social y política del hombre y de la sociedad; y por otra con los modos concretos, prácticos y cotidianos con que los psicoanalistas administran respecto a sus pacientes y a la sociedad el poder, el prestigio y los conocimientos de que disponen personalmente.

Véanse también *Psicoterapia, Neurosis*. Sobre Freud y su doctrina, véanse los capítulos segundo y sexto.

Notas

Sirve también aquí, y con mayor motivo, cuanto se ha dicho al principio de la nota sobre *Psicoterapia*. Quien quiera saber cómo funciona la técnica de la terapia analítica encontrará libros excelentes, como, por ejemplo, el de R. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Intern. Univ. Press, Nueva York, 1967; quien quiera entender y aprender qué es el psicoanálisis, no tiene más que seguir su perspectiva histórica (véase capítulo 2); quien quiera ser ayudado en la terminología y en los conceptos de esta disciplina, puede recurrir al trabajo de J. Laplanche y J.B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, París, 1967; pero el problema principal es otro. El problema es, por una parte, conocer y entender la filosofía del psicoanálisis, su significado cultural, y su complejo valor doctrinario, pero también su estricto significado de *ideología*; y, por otra parte, comprender qué hacen los psicoanalistas en concreto, cuál es el significado de la rigidez del sistema de poder *de las* y *en las* sociedades de psicoanálisis, qué significa, por ejemplo, el hecho de que el psicoanálisis mundial esté dominado actualmente por los psicoanalistas norteamericanos, cuál es la dimensión *social* de la relación «privada» entre analista y analizado, y así sucesivamente.

Una excelente introducción crítica general a la terapia psicoanalítica como relación de poder y como vehículo de ideología es el libro de R. Castel, *Le Psychanalysme*, Maspero, París, 1973. Observaciones metodológicas sobre la terapia analítica aparecen en: A. Storr, *The concept of Cure*, en AA.VV., *Psychoanalysis Observed*, Constable, Londres, 1966; N. Leites, *The New Ego: Pitfalls in Current Thinking about Patients in Psychoanalysis*, Science House, Nueva York, 1971; H. J. Eysenck y G. D. Wilson (a cargo de) *The Experimental Study of Freudian Theories*, Methuen, Londres, 1973; S. Hook (a cargo de), *Psychoanalysis, Scientific Method, and Philosophy*, N. Y. Univ. Press, 1959.

Estudios filosóficos más sistemáticos sobre el psicoanálisis como instrumento cognoscitivo son los de P. Ricoeur, *De l'interprétation: essai sur Freud*, París, 1965; A. Lorenzer, *Spracherstörung und Rekonstruktion*, Suhrkamp, Frankfurt, 1971. El libro de Lorenzer es un importante ensayo, de filiación marxista, sobre el problema lingüístico en el psicoanálisis.

Sobre el debate «marxismo-psicoanálisis» de los años 30 ya hemos hablado en el capítulo segundo. El problema ha recibido nuevas aportaciones en los últimos años: véanse P. Gente (a cargo de), *Marxismus, Psychoanalyse, Sexpol*, Fischer, Frankfurt, 1972, vol. 2; K. Brooks, *Freudianism is not a basis for a Marxist Psychology*, en Phil Brown (a cargo de), *Radical Psychology*, Harper & Row, Nueva York, 1973. Para posteriores datos bibliográficos, remito al lector a mis escritos: el *prefacio* a H. Marcuse, *Eros e Civiltà*, Einaudi, Turín, 1964; «Note su alcuni libri di psicoanalisi», en *Quaderni Piacentini*, n.º 28, setiembre de 1966; «I militanti e lo stregone», en *Quaderni Piacentini*, n.º 42, noviembre de 1970; *Su psicoanalisi e marxismo*, en A. Verdiglione (a cargo de), *Psicoanalisi e política*, Feltrinelli, Milán, 1973.

Sobre el psicoanálisis en Italia, AA. W., *Il potere della psicanalisi*, A. Armando, Roma, 1974.

Psicofármacos

Los psicofármacos son sustancias químicas que se compran en las farmacias y modifican las condiciones psíquicas de quien las introduce en su organismo. Hay otras sustancias químicas, como las contenidas en el alcohol, el café y los cigarrillos, que son utilizadas conscientemente para modificar las propias condiciones psíquicas, y, en especial, el estado de consciencia.

El significado social y el uso prevalente de los psicofármacos son algo ajeno, hablando rigurosamente, a la terapia. La casi totalidad de los psicofármacos es producida, propagada y vendida del mismo modo y con los mismos fines que las bebidas alcohólicas, los cigarrillos y el café: es decir, para soportar las contradicciones de la vida cotidiana. Incluso en los *slogans* publicitarios, no existe *ninguna* diferencia entre la publicidad de un aperitivo («contra el desgaste de la vida moderna») y las frases de los impresos para los médicos, en las que cualquier tranquilizante es recomendado «contra el *stress* psico-físico de la ciudad y de la industria». Según los casos y los productos, los psicofármacos sirven para tranquilizarse, para no advertir alarmas, dolores y tensiones, para dormir, para estimularse, para estar eufórico y productivo,

para sentirse sociable. Los antineurálgicos, que sólo deberían servir para calmar el dolor físico, también son publicitados y utilizados en amplia escala con función de psicofármacos, puesto que provocan euforia, ligero aturdimiento y, al mismo tiempo, distensión. Los psicofármacos en sentido estricto, y más aún los antineurálgicos, provocan con gran frecuencia *hábito* y *dependencia* (véase *Toxicomanías*).

Cuando un habituado no puede utilizar estas sustancias, advierte una sensación de malestar más o menos fuerte, en ocasiones con trastornos físicos y crisis de ansia. Cuando existe un fuerte hábito a los barbitúricos (psicofármacos especialmente peligrosos que muchas veces producen hábito y que contienen con gran frecuencia los antineurálgicos) la interrupción repentina de su uso cotidiano puede provocar crisis epilépticas. Muchas veces el hábito a los psicofármacos es provocado por las recetas, inútilmente masivas y prolongadas, de médicos y psiquiatras. Otras veces (cada vez con mayor frecuencia en los últimos años) los psicofármacos son explícitamente propagados por las casas farmacéuticas ya no y exclusivamente por sus efectos sobre el individuo, sino por sus efectos sobre las relaciones sociales. Así, han sido utilizados en las fábricas (en ocasiones a escondidas de los obreros, suministrándoselos, por ejemplo –cosa que ha ocurrido realmente– en la sopa de la cantina) tanto para aumentar la capacidad de concentración en el trabajo como para disminuir los conflictos laborales. Un psicofármaco recientemente producido en los Estados Unidos ha sido llamado *Concordina*.

En psiquiatría, los psicofármacos suelen resultar útiles para atender síntomas insoportables. Sin embargo, también en este campo son utilizados con frecuencia, sobre todo por médicos de manicomios, para conseguir que los pacientes que «presentan problemas» estén sumisos, pasivos y tranquilos. El efecto de los psicofármacos en los trastornos psíquicos no es estrictamente curativo: provocan cambios del estado psíquico del individuo, por lo que determinados síntomas no son percibidos, o se presentan con mayor fuerza. Así pues, los psicofármacos no tratan el trastorno, sino que actúan sobre los síntomas.

De manera parecida a lo que ocurre en la medicina general, pero aquí de manera más acentuada, la eficacia temporal en psiquiatría de un fármaco va ligada en gran medida al efecto sugestivo. En medicina general, se calcula que el 35 % de las mejoras atribuidas a los fármacos se deben a la tendencia a la curación espontánea, o al llamado «efecto placebo», es decir, al efecto psicológico del fármaco. El paciente sostiene que mejora gracias al fármaco,

pero la misma mejoría se obtiene con una compresa o con una inyección coloreada constituida por una sustancia «inerte», es decir, carente de cualquier posible acción farmacológica. En psiquiatría ambulatoria, un efecto sugestivo de este tipo todavía es más acentuado: el paciente mejora (temporalmente) con un nuevo fármaco, sobre todo si desea que éste sea eficaz, y si tiene confianza en el médico que se lo receta. Además, el tranquilizante le hace sentir efectivamente más indiferente, menos preocupado. Este mecanismo es perfectamente conocido tanto por los médicos como por los fabricantes y los publicitarios de los psicofármacos: durante un cierto tiempo es posible «ir tirando» al cambiar de psicofármaco cada vez que se ha desvanecido el efecto del anterior. Con gran frecuencia, cuando el paciente se ha exasperado y ha perdido la confianza en todas estas medicinas, el médico aconseja el internamiento; después se vuelve a empezar.

La utilización de *asociaciones de psicofármacos* debería evitarse en la medida de lo posible: se conoce poco acerca del real mecanismo de los psicofármacos, acerca de la toxicidad de muchos de ellos; pero, sobre todo, acerca del posible efecto tóxico de dos o más psicofármacos combinados. Muchos datos demuestran que la ingestión contemporánea de psicofármacos diferentes puede producir efectos tóxicos particularmente graves y absolutamente imprevisibles a partir de la valoración separada de los efectos de cada uno de ellos.

Los psicofármacos son una gama numerosísima de sustancias químicas. Los laboratorios de investigación sintetizan constantemente otros nuevos, porque el mercado es vasto, extremadamente prometedor y muy rentable. Los médicos son empujados, a través de la publicidad y de otros medios de presión, a recetarlos a todos sus pacientes: la promoción de la receta médica de psicofármacos es tanto más importante para las casas farmacéuticas en la medida en que muchos de estos pacientes seguirán *autorrecetándose* el fármaco durante toda la vida.

Los psicofármacos más difundidos son los tranquilizantes y los sedantes. No se puede distinguir categóricamente entre ambos tipos de sustancias. Existen todos los grados de transición entre el fármaco tranquilizante de escasa acción sedante (es decir, que disminuye el ansia pero no atonta —o mejor dicho atonta poco— y no es un auténtico somnífero) y el sedante, que tiene en cambio una fuerte acción calmante y tiende a hacer dormir. Casi todos los tranquilizantes, tomados en fuertes dosis, tienen acción sedante e hipnótica (es decir, somnifera).

Los tranquilizantes se dividen en *ansiolíticos* (o antiangia), llamados también tranquilizantes «menores», y en *neurolépticos*, o tranquilizantes «mayores». Los primeros son especialmente útiles contra el angia neurótica. Los más difundidos en la actualidad son los de la serie *diazepínica* (Valium, Nobrium, etc.). Los neurolépticos, que son más tóxicos, deberían ser utilizados exclusivamente contra el angia y la agitación de tipo psicótico (donde los ansiolíticos sirven para poco); en ocasiones, no siempre, disminuyen o hacen menos agobiantes los delirios y las alucinaciones; en fuertes dosis tienden siempre a bloquear la motilidad voluntaria. Los más utilizados son los de la serie *fenotiazínica* (derivados de la clorpromazina, o Largactil) como por ejemplo la tioridazina, o Melleril. Las dosis de fenotiazínicos son muy variables: en algunos casos es posible recetar, con las oportunas precauciones, hasta 300 mg. al día; casi siempre es mejor utilizar dosis menores. Las dosis elevadas de neurolépticos, aparte provocar daños al hígado y otros órganos, ocasionan trastornos neurológicos parecidos a los de la Enfermedad de Parkinson, caracterizados por la rigidez muscular difusa, muchas veces con temblores. En ocasiones, trastornos parecidos persisten después de la interrupción del suministro del fármaco.

Otros neurolépticos, como los *butirrofenones* (Haloperidol o Serenase, y derivados) provocan en ocasiones, incluso en dosis relativamente bajas, trastornos neurológicos secundarios consistentes en rotación de los ojos hacia arriba, tortícolis, protrusión de la lengua.

Con la intención manifiesta de reducir los daños de los neurolépticos al hígado, se recetan muchas veces fármacos auxiliares: sobre todo extractos de hígado, los llamados «hepaticoprotectores» y vitaminas. Estas sustancias constituyen una porción considerable de los gastos (ahora astronómicos) de los hospitales psiquiátricos, pero nadie ha demostrado que sirvan para nada, y existen, en cambio, amplias demostraciones de su inutilidad tanto en este como en otros muchos casos.

En la actualidad, los neurolépticos se administran en ocasiones en inyecciones de «acción retardada»: el efecto de una inyección dura alrededor de 15 días. La cosa se presta a abusos en cuanto facilita el tratamiento de individuos (aquejados en mayor o menor grado de trastornos mentales) sin su consentimiento; por otra parte, para un paciente dado de baja del manicomio, volver a él cada quince días para «que le pongan la inyección» significa mantener una dependencia psicológica de la institución que también es aceptación de una «libertad vigilada» psicopoliciaca bastante significativa y, si lo pensamos bien, de características casi de ciencia-ficción.

Los somníferos, o hipnóticos, son afines a los tranquilizantes. Se trata de sedantes que se utilizan preferentemente para provocar el sueño. Los más conocidos son los barbitúricos, pero existen otros menos tóxicos. En los Estados Unidos los barbitúricos son justamente considerados una «droga mayor» al igual que la heroína o la morfina.

Los *antidepresivos* son útiles en el tratamiento de las depresiones. No todos los pacientes se benefician en igual medida, pero en muchos casos uno u otro antidepresivo puede hacer desaparecer casi totalmente los síntomas de la depresión. A diferencia de los tranquilizantes, no actúan en general en el espacio de horas, sino de días, y se precisa un uso más o menos prolongado de ellos. Algunos antidepresivos, además de cambiar el tono deprimido de humor, tienden también a producir excitación y euforia, y pueden, por consiguiente, ser utilizados conscientemente para obtener alteraciones mentales, lo que favorece la aparición de toxicomanías. Otros (los más usados) tienen, en cambio, un efecto tranquilizante.

Los *psicoestimulantes* son excitantes: su utilidad clínica es muy discutible, y con frecuencia resultan peligrosos. Algunos de ellos provocan con facilidad toxicomanía. La simpatina o anfetamina y derivados son psicoestimulantes extremadamente nocivos en cuanto provocan fácilmente trastornos de tipo esquizofrénico, con delirios de persecución y alucinaciones.

En los pacientes aquejados de crisis maníacas se utilizan actualmente, a veces con éxito, las sales de Litio. Hay otros fármacos que son propagados como «reconstituyentes del sistema nervioso»: en realidad no existe ninguna sustancia que tenga un efecto parecido.

Notas

Véanse: S. Mistura, «Gli Psicofarmaci», en *Sapere*, n.º 777, diciembre de 1974; los textos de Cancrini y colaboradores en la voz *Toxicomanías*; los libros sobre los fármacos y su mercado en las notas al capítulo primero; G. Claridge, *Drugs and Human Behaviour*, Penguin, Londres, 1970; M. Sheperd, M. Lader, R. Rodnight, *Clinical Psychopharmacology*, Engl. Univ. Press, Londres, 1968. Véase también L. S. Goodman, A. Gilman (a cargo de), *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Me Millan, Londres, 1970 (4.ª edición).

Psicología, psicopatología

La psicología es la disciplina que estudia el comportamiento animal (psicología experimental) y el comportamiento y las experiencias subjetivas de los seres humanos. Según la tradición, el comportamiento humano individual y de grupo es estudiado por la psicología en cuanto comportamiento *normal*, mientras que es asignado a la psiquiatría en la medida en que es clasificado como anormal.

Por comportamiento humano se entiende sobre todo la vida de relación. En otras palabras, la psicología considera el ser humano en sus relaciones con los demás seres humanos. Así pues, la psicología humana estudia el comportamiento de las *personas*, de la misma manera que la fisiología estudia el funcionamiento de los *organismos*.

Sin embargo, además del aspecto comportamental y «objetivo», la psicología humana se ocupa también del aspecto experiencial y «subjetivo»; es decir, del modo como cada uno siente e interpreta su persona y las relaciones de su persona con el mundo externo.

Los *mecanismos* (o procesos) *psicológicos* son los procedimientos de elaboración de las experiencias individuales a través de los cuales cada individuo, o grupo de individuos, construye sus propias respuestas comportamentales. Por *mente* o *psique* se entiende el conjunto de las más complejas funciones cerebrales, que consisten en la actividad del pensamiento, en la imagen de uno mismo, en la vida emotiva y afectiva, y, por consiguiente, en todos los mecanismos que articulan las formas del comportamiento humano.

Cuando se habla de un especial *estado* psicológico, o de una *condición* psicológica, nos estamos refiriendo a algún aspecto central de la experiencia (y subordinadamente, del comportamiento) de un determinado individuo en un momento determinado. Por ejemplo, al hablar de un *estado ansioso*, nos estamos refiriendo sobre todo a un aspecto central de la experiencia de esa persona en dicho momento: experiencia que puede ser descrita por el interesado, o deducida de su aspecto y de su comportamiento.

Al referirnos a los *síntomas* de una determinada condición psicológica de una determinada persona, se alude sobre todo a aspectos concretos de su comportamiento que se supone que pueden informar acerca del conjunto de su condición psicológica. Por ejemplo, el hablar de manera repetitiva de un inminente acontecimiento desagradable puede ser uno de los síntomas del estado ansioso.

Si se mantuviese –como pretende la tradición– una rígida distinción entre mecanismos psicológicos normales y mecanismos psicológicos anormales (estos últimos de competencia psiquiátrica) habría que sostener que existen dos ciencias separadas: la psicología y la *psicopatología*. La psicopatología no es más que el estudio de los mecanismos a través de los cuales el individuo elabora los datos de la experiencia para construir respuestas comportamentales juzgadas anormales: obedece fundamentalmente a las mismas leyes de la vida psicológica en sentido estricto, es decir «normal».

Psicología animal y psicología humana han producido una serie de hipótesis sobre las leyes que regulan el comportamiento humano utilizando entre otras cosas investigaciones experimentales «de laboratorio». En estas investigaciones, la mente es considerada, en general, como un centro de elaboración de datos, cuyas funciones y leyes pueden ser reconstruidas al valorar el efecto que determinados estímulos producen a nivel de comportamiento. En otras palabras, la mente es considerada en este caso el resultado de una máquina cuyo interior no es posible examinar directamente (es la «caja negra», *black box*) pero que puede ser estudiada confrontando la relación entre lo que entra en ella (*input*) y lo que sale (*output*).

Hay otras hipótesis respecto a la psicología que proceden de observaciones y experiencias mucho más inciertas y menos comprobadas. Son aquellas que derivan de la introspección (es decir, del examen de los propios estados de ánimo); de la *comprensión* empírica de los estados de ánimo ajenos (que es una comprensión *empática*, basada en una valoración inmediata del otro a través del intento de «ensimismarse» en él); y finalmente del estudio de las experiencias prácticas derivadas del trabajo psiquiátrico, psicoanalítico, de la psicología clínica, etcétera.

Los límites de la utilización de los métodos experimentales y estadísticos en la psicología humana son fácilmente comprensibles. Introducir a un ser humano en un laboratorio para estudiar, por ejemplo, si cuando tiene hambre percibe más fácilmente que cuando está ahito la imagen de un bocadillo de jamón que pasa durante una fracción de segundo por una rendija, significa hacer una investigación *objetiva*, pero *abstracta*. La necesidad de mantener bajo control el mayor número posible de variables en la situación experimental plantea unos límites a la complejidad y a la variedad de experimentos que pueden ser ejecutados de manera rigurosa. Cuanto más nos alejamos de simples experiencias de percepción, y de simplísimas y básicas experiencias de aprendizaje, más entran en juego, al determinar las respuestas del individuo,

variables incontrolables o difícilmente controlables, relativas a su compleja concreción de vida, a sus específicas *motivaciones* a participar en la situación experimental, a su vida social, a su cultura, a su clase social. Así pues, estudiar comportamientos complejos en laboratorio significa abstraer al individuo de sus determinaciones histórico-sociales. Muchas investigaciones estadístico-experimentales, como las que han llevado a la elaboración de los *tests* de inteligencia, han sido ampliamente invalidadas –desde un punto de vista metodológico– por el hecho de estar basadas en una concepción reductiva de la vida psíquica, es decir, de haber descuidado la importancia de las motivaciones individuales y de los factores sociales. Obviamente, el error no es casual: la psicología humana responde en general a una concepción fundamentalmente *biológica*, no *histórica*, de los problemas del hombre.

Así pues, los métodos estadísticos y experimentales en psicología humana, al ocuparse exclusivamente de los datos *objetivos*, no pueden valorar directamente el aspecto *subjetivo*, es decir experimental, de la vida psíquica.

Lo que aquí importa observar es que la mayor parte de los conocimientos de que hoy disponemos en materia de psicología humana normal, y sobre todo en materia de psicopatología, no proceden de investigaciones estadístico-experimentales. La psicopatología, en especial, no está basada en datos objetivos sino *de hecho* en hipótesis imprecisamente verificadas, en observaciones empíricas, en metáforas –como en el psicoanálisis– y sobre todo, en último término, en la más simple, tosca y cotidiana *comprensión* inmediata, empática e intuitiva, de los estados de ánimo ajenos a través de la mímica, las palabras y el comportamiento general.

Orientaciones filosóficas como el existencialismo y la fenomenología han aportado una contribución decisiva a la sistematización del aspecto subjetivo de los comportamientos considerados de competencia psiquiátrica, además de la formulación conceptual de los datos procedentes de la *comprensión* de los estados de ánimo y de las maneras de ser propias y ajenas.

La *psicología clínica*, considerada una ciencia espuria por los psiquiatras (médicos especializados celosos de su rango), se ocupa de poner a disposición del diagnóstico psiquiátrico y de la terapia determinados instrumentos y métodos que pertenecen al arsenal tradicional de la psicología: *tests* (o «reactivos») mentales, cuestionarios, entrevistas, etc. Los psicólogos clínicos realizan con frecuencia un trabajo de psicoterapia, y pueden estar o no preparados, ser más o menos serios, más o menos propensos a organizar líos, como cualquier otro psicoterapeuta.

La *psicología social* se ocupa institucionalmente de estudiar los mecanismos psicológicos a través de los cuales las formas de las relaciones sociales condicionan, en vastos grupos de individuos, respuestas comportamentales que, a su vez, son fuente de otras formas sociales. Los sociólogos critican con excelentes argumentos la psicología social, a partir también del hecho de que se trata de una disciplina históricamente determinada, especialmente en su forma estadounidense, y usada con mucha frecuencia de manera mistificante y reaccionaria. En realidad, es lícito sostener que el problema planteado por la existencia de la psicología social no sólo existe sino que es crucial para una psicología humana correctamente entendida. Se trata una vez más de entender a través de qué canales y mecanismos las formas históricas de las relaciones entre las clases y las condiciones objetivas de vida influyen en el comportamiento de los individuos; o bien de qué modo la opresión social se refleja «en la cabeza» de las personas, de manera de perpetuar la opresión o, por el contrario, determinar la necesidad de la rebelión. En ocasiones se tiene la impresión de que no se hayan hecho muchos progresos desde los tiempos de Wilhelm Reich y los primeros estudios del grupo de Frankfurt: seguimos sabiendo muy poco acerca de qué es la auténtica psicología social: o, si queremos llamarla con su nombre, la *psicología política*.

Notas

Evidentemente, no es posible ni oportuno dar una bibliografía general, ni siquiera somera, de psicología: en este libro, en efecto, el tema «psicología» se toca de pasada, sobre todo para dar al lector un mínimo de indicaciones diferenciales respecto a la psiquiatría. Existen, sin embargo, algunos escritos críticos sobre la psicología a los que es oportuno referirse aunque sólo sea porque desarrollan tesis (la primera de las cuales es la no neutralidad del psicólogo y de su ciencia) que pueden servir para ampliar y profundizar los argumentos tratados aquí a propósito de la psiquiatría.

Véanse: D. Deleule, *La psychologie, mythe scientifique*, París, 1969 (trad. cast., *La psicología, mito científico*, Anagrama, Barcelona, 1970); K. Holzkamp, *Kritische Psychologie*, Fischer, Berlín, 1971; y, además, el volumen escrito por un colectivo de estudiantes de psicología (a cargo de N. D. W. Armistead) *Rat, Myth and Magic: a Political Critique of Psychology*, Russell Press, Londres, 1972.

En otra antología están contenidos tres textos dignos de atención con precisas referencias al problema de la psiquiatría: N. D. W. Armistead (a cargo de), *Reconstructing Social Psychology*, Penguin, Londres, 1974; H. Resler y P. Walton, *How Social is it?*; D. Triesman, *The Radical Use of Official Data*; y D. Ingleby, *The Job Psychologists do*.

Psicosis

Como primera orientación, es útil referirse inmediatamente a la distinción entre *psicosis* y *neurosis*. Según la psiquiatría tradicional, las psicosis no son más que una serie de enfermedades mentales, y las neurosis otra serie menos grave. En el fondo, las neurosis no serían propiamente «enfermedades» sino más bien «trastornos»; las psicosis, en cambio, serían auténticas enfermedades, similares a las enfermedades del cuerpo. En realidad, si bien es cierto que la condición psicológica del neurótico no se debe a una auténtica enfermedad, lo mismo puede decirse de la mayor parte de las condiciones de psicosis. A este nivel, resulta útil distinguir entre psicosis *orgánicas* y psicosis *endógenas*: Las psicosis orgánicas son auténticas enfermedades debidas a alteraciones evolutivas del cerebro, y precisamente a inflamaciones (como la parálisis progresiva), intoxicaciones agudas (como en la confusión mental), trastornos tóxicos y degenerativos (como las demencias en general). Las psicosis endógenas (*esquizofrenia* y *distimia*) son llamadas así, tradicionalmente, en cuanto nacen «de dentro», manera de hablar que no aclara nada a no ser que se demuestre que se trata de enfermedades procedentes por herencia del interior del organismo del individuo en cuestión; pero esto es algo por demostrar. Según la psiquiatría más tradicional, sin embargo, las psicosis endógenas serían afines a las orgánicas, es decir, serían también enfermedades.

En realidad, no tiene mucho sentido afirmar que una persona está «aquejada de psicosis» a no ser que esté aquejada de una enfermedad cerebral, es decir, de una psicosis orgánica. Se debería decir, con mayor corrección, que presenta un conjunto de trastornos de tipo psicótico. O sea, la persona presenta un comportamiento (y, presumiblemente, un estado de ánimo) que tiene una cierta tipicidad, al que nos referimos en términos convencionales como psicosis. En otras palabras, las psicosis son condiciones psicológicas (o también, si se prefiere, formas de comportamiento) dotadas de algunas características, que por costumbre denominamos características psicóticas.

Conviene hacer otra observación terminológica. Muchas veces cuando se dice que una persona tiene un trastorno de tipo psicótico se entiende sin más que tiene un trastorno de tipo esquizofrénico. Para no hacer surgir equívocos habría que ser más claros y cuando se entiende «esquizofrenia» no hablar genéricamente de psicosis. Cabe observar que este modo de hablar poco claro es típico de los psiquiatras, y se debe a una serie de motivos históricos y político-sociales; en parte, sin embargo, se debe atribuir, en este caso específico, al hecho de que «esquizofrenia» se está convirtiendo en una palabra discutida y en cierto modo sospechosa, mientras que «psicosis» es vaga y neutral. Hay que añadir, no obstante, que existen motivos válidos para considerar la esquizofrenia como la psicosis por excelencia.

La diferencia fundamental entre los trastornos de tipo neurótico y los de tipo psicótico reside en el tipo de relación que el individuo mantiene con la realidad. En el caso del neurótico, el individuo tiene trastornos y dolencias que pueden obstaculizar, incluso de manera muy grave, su vida cotidiana, pero interpreta la realidad, es decir, el mundo, según los modos y criterios típicos del ambiente social en que vive y ha sido educado. En las condiciones de dolencia psicótica, por el contrario, la interpretación personal de la realidad por parte del individuo es difícil de entender por parte de quienes pertenecen a su mismo ambiente cultural. La interpretación psicótica de la realidad es diferente de la interpretación habitual y «normal»: el motivo principal es que para el psicótico las relaciones entre los diferentes aspectos significativos de la realidad ya no son percibidos con seguridad. A partir de ahí, siempre existe en el psicótico una cierta dosis de extravío respecto a la realidad, de la misma manera que existe una dificultad específica en entender el significado de las relaciones sociales en que se halla implicado. Este es uno de los motivos por los que se comporta de una manera rígida, insegura, unilateral o contradictoria.

Existe en la condición psicótica otra dificultad más profunda, que, en cierto sentido, predomina respecto a la que ahora hemos insinuado. También en este caso, es posible introducir el problema utilizando como comparación la situación neurótica. En ésta, el individuo puede decir y dice que está obstaculizado por el trastorno. Así pues, distingue claramente entre dos polos: él mismo, por un lado, y, por otro, los obstáculos psicológicos interiores que encuentra en su intento de realizar sus proyectos. En último término, los obstáculos del neurótico están constituidos por el ansia. En la condición psicótica, por el contrario, el individuo tiene una dificultad mucho mayor en operar una distinción parecida porque el primero de los dos polos

—o sea, el sujeto valorante— está en sí mismo trastornado. En la psicosis, el conjunto de las emociones, de los deseos, de los pensamientos ha perdido, de manera más o menos marcada, su cohesión, su centro, su estructura coherente. En cierta medida, el psicótico siempre experimenta una dificultad (que muchas veces es claramente perceptible por parte del observador) en controlar y seleccionar el conjunto de sus pensamientos y de su imaginación, de la misma manera que tiene dificultades en conocer el significado de sus sentimientos. Pero, más que esto, el psicótico siente dificultad en entender *quién* es él mismo como sujeto, como persona, con su cuerpo, y como individuo social. La expresión de esto es la presencia constante de un *ansia psicótica*, que es la angustia de perder el centro y el control de sí mismo y del propio mundo. Cabe decir que el psicótico, en cierta medida, ha perdido las coordenadas de sí mismo.

Este concepto debe ser profundizado. Normalmente cada uno de nosotros siente en todo momento consciencia de sí mismo y consciencia del mundo ambiente. Este estado de consciencia (que desaparece durante el sueño) es más complejo de lo que pueda parecer a primera vista. Es, *en primer lugar*, lucidez, es decir, estado de atención despierta, capaz de organizar el campo de la propia percepción y el flujo de la propia experiencia. La lucidez depende en gran parte del estado de activación del «sistema de vigilia» del cerebro, pero también depende en parte del buen funcionamiento de otros sistemas operativos, entre los cuales están la memoria y la capacidad de abstracción.

En *segundo lugar*, consciencia de sí mismo significa también *imagen de sí mismo*, o, lo que es lo mismo, percepción de la propia *identidad*. Esto quiere decir muchas cosas entrelazadas: consciencia de ser un individuo diferente de todos los demás pero, al mismo tiempo, parecido a todos los demás; consciencia del hecho de ver a los demás de manera sustancialmente parecida a como los demás nos ven; consciencia, al menos aproximativa, de la imagen y del juicio que los demás tienen de nosotros; coherencia y claridad sobre la definición de nuestro papel en la sociedad; claridad sobre las características básicas de la propia personalidad; sentido y confianza del propio valor; consciencia e imagen coherente del propio cuerpo, de la capacidad de vivirlo como un instrumento precisamente definido y de pertenencia propia; sentido de la propiedad personal individual e inviolable de los propios pensamientos, de la propia imaginación, de los propios sentimientos, distintos de los de los demás.

La definición de la propia identidad, la consciencia de sí mismo, la imagen de sí mismo, de la propia personalidad, del propio cuerpo, se construye, en cada uno de nosotros, en el transcurso de la infancia y de la adolescencia. Este proceso evolutivo se articula en primer lugar en la infancia a través de una definición de *heteronomía* (el niño se define a sí mismo a través de la definición que de él dan los padres). Se articula después en la adolescencia a través de una más profunda definición de *autonomía*. En la persona adulta, la definición de la propia identidad es indisoluble de la adquisición de una autonomía psicológica y social.

En la condición de psicosis, todas estas características de la consciencia y de la imagen de sí mismo están variadamente comprometidas. En las psicosis orgánicas, especialmente si son agudas, es sobre todo la lucidez de la consciencia la comprometida; en la esquizofrenia, en cambio, es típica y básica la pérdida (o la adquisición imperfecta) de una clara imagen de sí mismo, de una identidad personal, y de la posesión del propio cuerpo. (Véase *Consciencia, como trastornos del estado de consciencia.*)

En síntesis, las características centrales de la psicosis son, pues, la desestructuración de la realidad externa tal como es percibida y vivida, y la desestructuración de la propia unidad interna e identidad psicológica. Esta doble desestructuración se traduce en una incompleta distinción entre tres tipos de relaciones, que, en cambio, se mantienen claramente separadas en la persona «normal»: la relación entre uno mismo y el propio cuerpo; la relación entre el propio cuerpo y el mundo externo; la relación entre uno mismo y el mundo externo.

Conviene, sin embargo, formular a este respecto una precisión. Los «daños» de que hemos hablado son casi siempre parciales, no totales. El «ser psicótico», y el sufrir trastornos psicóticos, no significa que aparezca alterado todo juicio sobre la realidad, ni que la vida psicológica esté transformada en todo momento por la psicosis, y tampoco que la vida psicológica esté, en todos los instantes del día, caracterizada por la presencia de la psicosis.

Ser psicótico puede significar vivir un episodio que dura escasas horas y desaparece después sin dejar residuos; puede significar vivir durante años en un estado psicológico casi enteramente normal, salvo en lo referente a alguna pequeña dificultad en la relación *interpersonal* y en la *consciencia* de sí mismo; puede significar, por el contrario, estar prolongadamente en una condición de disgregación de la personalidad en la que la relación con la

realidad queda reducida a girones de lucidez en un caos de terrores y de experiencias de sueño. Psicosis puede significar también, cosa muy frecuente, vivir con vicisitudes alternas una situación en equilibrio inestable: en determinados momentos (y según las circunstancias) la relación del sujeto consigo mismo y con los demás está en armonía con la continuidad de la existencia y con el tejido elemental de las experiencias sociales «comunes»; en otros momentos, el equilibrio se rompe y afloran ideas y sensaciones profundamente trastornadoras.

La psicosis puede verse como un problema esencialmente interno a la persona, un proceso que avanza por mecanismos propios, es decir, por mecanismos ampliamente autónomos respecto a la experiencia social. Sin embargo, también debe ser considerada como una manera especial de reaccionar ante circunstancias especiales, como una manera de expresarse con relación a determinados comportamientos de los demás, una manera de sentir una situación de relación interpersonal difícil, ambigua, confusa, cuyas características están muchas veces determinadas por otras personas. En dicho sentido, la psicosis puede ser considerada como una dificultad personal, pero también como una dificultad de acción y de comunicación que reside totalmente en el sujeto psicótico. Muchas veces se evidencia una situación tal por la que el «modo de ser» psicótico es determinado, y estabilizado, por la manera en que los demás se refieren al sujeto identificado como psicótico. Esto sucede con especial constancia en la esquizofrenia.

No todas las maneras de ser psicótico se identifican habitualmente como anormalidad o enfermedad; pero casi todas las personas identificadas como enfermos mentales son psicóticas; en ocasiones, personas comúnmente identificadas como enfermas mentales han sido psicóticas en el pasado, pero no existe ningún serio motivo para que sean consideradas «trastornadas» o «enfermas» en el momento en que se expresa el juicio.

Las psicosis surgen a veces sin que resulte posible entender por qué precisamente aquella persona y no otra sometida a análogas circunstancias de vida presenta síntomas psicóticos. Sin embargo, cualquier psicótico, aunque tenga un comportamiento que a primera vista resulta incomprensible, puede ser entendido en sus mecanismos psicológicos, en las motivaciones de sus reacciones, en sus estados de ánimo, pero, para conseguirlo, es preciso acercarse a esta persona con simpatía, deseos de entender y, en ocasiones, grandes dosis de tiempo y de paciencia. Con gran frecuencia no es posible entender las causas y las maneras de explicitarse de la psicosis si no se conoce bien el ambiente y la familia en que vive el sujeto.

Las psicosis orgánicas crónicas son las *demencias*, frecuentes y típicas en los ancianos. Se caracterizan por una disminución bien de la memoria, bien de las más elevadas capacidades operativas del cerebro. La disminución de la memoria, y sobre todo la disminución de las capacidades críticas y de la elasticidad y ductilidad mental, provocan una cierta dificultad en entender la realidad, y sobre todo una grave dificultad en adaptarse a realidades ambientales alteradas, en proceso de cambio, o dotadas de características complejas.

La comprensión del mundo «interno» del demente es difícil por este último motivo, sobre todo por insuficiencia de sentido autocrítico. Por otra parte, se puede comprobar que incluso en la edad juvenil cualquier insuficiencia de la inteligencia es una condición que predispone a una «pérdida del contacto realista» con el mundo social, y a una «pérdida de la coherencia» de los propios pensamientos y sentimientos: es decir, a trastornos de tipo psicótico.

Las psicosis orgánicas agudas se deben en general a estados tóxicos cerebrales, y se identifican con lo que llamamos confusión mental. Esta va acompañada de una desorientación temporal y espacial, en ocasiones de sopor, o excitación. En este caso, la disminución de *lucidez* es la condición básica para la disgregación de las relaciones con el ambiente, así como para la instauración de un real y auténtico desorden interior, caracterizado por una extrema dificultad en controlar mediante la razón la irrupción de ideas, representaciones mentales y sentimientos.

La depresión y la manía constituyen la llamada *distimia*, que es una psicosis «endógena». Sin embargo, la *depresión* no siempre posee características psicóticas; la auténtica experiencia psicótica de la depresión es un trastorno grave, fuente de enorme sufrimiento. La *manía* es una psicosis especial: el juicio sobre la realidad no aparece fuertemente alterado; en cambio, el juicio sobre uno mismo aparece alterado por un grosero exceso de optimismo y de confianza en las propias capacidades. (El término psiquiátrico de manía no tiene nada que ver con el mismo término en el lenguaje común, que significa «idea fija».)

La *esquizofrenia* es la psicosis por excelencia, y la más difícil y compleja de entender. Se caracteriza por un trastorno de la capacidad de *contacto* y de relación interpersonal; por la conservación de una inteligencia y de una consciencia lúcidas; por la pérdida de una clara imagen de sí mismo, del propio cuerpo, del propio papel en el grupo de pertenencia y en la sociedad; y por la frecuente aparición de delirios y de alucinaciones.

La alteración de la relación con la realidad puede ser en ocasiones muy grave: en la esquizofrenia aguda grave el sujeto puede parecer víctima de una psicosis orgánica aguda; en la esquizofrenia crónica grave el paciente puede parecer demente. Verosímilmente, la esquizofrenia no se debe a alteraciones orgánicas; por otra parte, no es ni auténtica demencia ni auténtica confusión. En ocasiones, la esquizofrenia es un trastorno no grave y no es en absoluto una condición psicológica irreversible.

Como siempre sucede en psiquiatría, las distinciones entre los diferentes tipos de trastornos no siempre son claras y netas: existen en la práctica muchísimos casos en los que el tipo de trastorno psicótico no es fácilmente clasificable porque asume características mixtas y complejas de psicosis endógenas y orgánicas, o de esquizofrenia y de ciclotimia, y así sucesivamente. Por otra parte, es posible decir que no existe ningún caso en que el trastorno de tipo psicótico no se complique con maneras de reaccionar típicamente neuróticas. En estos casos, el trastorno psicótico es habitualmente el «trastorno de fondo» y el neurótico una manera de reaccionar a una situación psicológica difícil de la que forma parte el trastorno psicótico.

En cualquier caso concreto siempre resulta importante intentar entender de qué tipo son los mecanismos –psicóticos y neuróticos– que han entrado en juego: y esto incluso cuando –como ocurre con frecuencia– estos mecanismos son varios, complejos, mezclados, y difícilmente resumibles en una única fórmula de diagnóstico.

Los fenómenos más claros y típicos de la psicosis son los delirios y las alucinaciones. Estos fenómenos, cuando son evidentes y marcados, siempre son trastornos psicóticos; pueden existir, sin embargo, situaciones psicóticas sin delirios ni alucinaciones. Existen también estados delirantes crónicos sin claras características psicóticas. Intentar entender qué es el delirio y qué es la alucinación quizá sea la mejor manera de penetrar en el universo de la psicosis.

Experiencias repentinas y breves, es decir, *agudas*, de tipo psicótico pueden aparecer por los motivos más diversos. Vale la pena detenerse brevemente sobre las psicosis agudas en general: en ellas se demuestra más fácilmente que la psicosis está más «cerca» de la vida cotidiana y de la psicología normal de cuanto se considera habitualmente. En efecto, la psicosis siempre es una de las *posibilidades* de la mente humana.

Una dosis infinitesimal de ciertas sustancias, un episodio febril, una intoxicación de fármacos, un período de aislamiento de los demás seres humanos, pueden determinar con facilidad un estado psicótico transitorio. En algunos de estos casos, la psicosis es de tipo orgánico agudo, con confusión mental (el ejemplo más típico es el de los niños que se despiertan por la noche con fiebre, no reconocen a los padres, están aterrorizados y ven cosas inexistentes); en otros casos, no son evidentes síntomas parecidos y la psicosis es de tipo lúcido, es decir, sin confusión mental, y se aproxima, pues, en general, a la esquizofrenia.

Regularmente, una dosis de LSD determina durante algunas horas un tipo de experiencia psicótica sin confusión mental y con características particulares. También el alcoholismo agudo es una condición psicótica, obviamente de tipo orgánico; siempre está caracterizada por cierto grado de confusión mental. La «confusión del despertar» es un estado de desorientación que ataca fácilmente a quien sale de un estado de profunda inconsciencia, como un coma cerebral o una crisis epiléptica.

El aislamiento sensorial (habitaciones insonorizadas, ningún contacto con el exterior, ningún objeto sobre el que posar la mirada) determina con cierta facilidad, después de algún tiempo, estados psicóticos lúcidos con ideas delirantes transitorias y, muchas veces, alucinaciones. Algunos métodos de tortura física y psicológica utilizados por los ejércitos occidentales transforman en 24 horas a una persona normal en un individuo desorientado, dependiente y aquejado de graves trastornos psicóticos.

Otras experiencias dependen en mayor medida de la variabilidad del modo de reaccionar individual y de un conjunto concomitante de factores muchas veces imponderables. Así, por ejemplo,, se da el caso de un joven que se rompe la pierna en la alta montaña; está exhausto y es transportado largo tiempo en medio del frío, se le suministra alcohol y varias pastillas de antineurálgicos; entonces oye voces inexistentes, tiene la sensación de que todo se desarrolla en un teatro, cree que está bien y que puede correr. Un técnico petrolífero que nunca ha estado en el extranjero se encuentra en África, se equivoca de avión, desembarca en un país que desconoce y cuya lengua no entiende, tiene problemas burocráticos con la oficina de inmigración: de pronto, se siente confuso, oye «directamente en la cabeza» las voces de otras personas, teme que es el centro de un complot, es presa del pánico, escapa, es internado en estado de extrema agitación en un hospital; se cura de manera estable al regresar a la patria. Otra persona siente durante unos segundos la sensación de separarse de su cuerpo cada vez que

es sometida a la acción de la anestesia. Podríamos proseguir con muchísimos otros ejemplos.

El estudio de la primerísima infancia ha demostrado que el lactante es, en ciertos aspectos, un ser «normalmente psicótico». Mejor dicho, el lactante se halla en una situación psicológica tal que la percepción y la interpretación de la realidad están todavía indiferenciados respecto a la percepción de sí mismo y del propio cuerpo; así pues, su mundo puede estar poblado por imágenes, sueños, fantasmas y angustias «primordiales». La escuela psicoanalítica kleiniana sostiene que las psicosis del adulto deben ser consideradas como la reaparición de situaciones psicológicas típicas de los primeros meses de vida. En dicho sentido, existirían, presentes en la vida de todas las personas, precisas potencialidades o *valencias* psicóticas que constituyen la premisa para la aparición de descompensaciones psicóticas en el adulto.

Las psicosis no transitorias, pero de evolución más crónica, se deben muchas veces a una serie de factores sociales que hacen permanentes situaciones psicóticas tendencialmente transitorias.

En otras ocasiones, por el contrario, los factores causales de las psicosis crónicas actúan en el espacio de años antes de que aparezca la descompensación psicótica.

Véanse sobre estos últimos puntos las voces *Delirio, Alucinación, Esquizofrenia, Depresión, Manía y Demencia*.

Notas

Sobre el problema general de las psicosis y sobre la moderna definición de psicosis véanse: A. Crowcroft, *The Psychotic*, Penguin, Londres, 1967; P. Doucet y C. Laurin (a cargo de), *Problems of Psychosis*, Ed. Excerpta Medica, Amsterdam, 1971; y también P. M. Faegerman, *Psychogenic Psychoses*, Butterworths, Londres, 1963.

Cuando se habla de «psicosis experimentales» nos referimos habitualmente a las experiencias psicóticas provocadas por «drogas» especiales, como el LSD o la psilocibina. Pero, como se insinúa en el texto, una psicosis puede ser provocada en pocas horas sin «drogas»: véase sobre este tema, y también para la bibliografía y para las relaciones (muy estrechas) entre psiquiatría y métodos «modernos» de tortura, G. Jervis, «Tecnología della tortura», en *Sapere*, n.º 777, diciembre de 1974 (trad. cast. *La ideología de la droga y la cuestión de las drogas*, Anagrama, Barcelona, 1977).

Psicosomática

Los *trastornos psicosomáticos* están constituidos por las enfermedades, las lesiones y las disfunciones del organismo que son consecuencia de factores psicológicos y de trastornos psíquicos. Probablemente no existe ninguna enfermedad que tenga un origen siempre y exclusivamente psicosomático, pero diferentes enfermedades (como la úlcera gástrica, ciertas gastritis, la hipertensión arterial, el asma, la colitis ulcerosa) tienen en muchos casos un origen exclusiva o fundamentalmente psicosomático. Otras muchas enfermedades pueden estar fuertemente influenciadas, en su aparición o en su evolución, por factores psicosomáticos; otras son todavía menos sensibles a factores de este tipo. Disfunciones leves transitorias o recurrentes de varias vísceras (generalmente del estómago y del hígado) tienen con facilidad un origen psicosomático.

La *medicina psicosomática* es aquella rama de la medicina que se ocupa de estudiar las alteraciones del funcionamiento del organismo debidas a factores psicológicos.

Los factores psicológicos que influyen con mayor facilidad de manera directa es el funcionamiento y las condiciones de los diferentes órganos son el ansia y los estados de tensión prolongada. Cabe discutir si algunos trastornos funcionales *agudos* como el vómito por causas emocionales o la diarrea de miedo son auténticos trastornos psicosomáticos: probablemente en estos casos el término «psicosomático» no resulte adecuado, en cuanto no existe lesión ni auténtica disfunción del organismo. Tampoco es apropiado considerar trastornos psicosomáticos los trastornos *pseudosomáticos*, típicos de las condiciones neuróticas de tipo *neurasténico*. De la misma manera, se consideran distintos los trastornos *histéricos*, en los que no aparecen lesiones y disfunciones de órganos o aparatos.

Notas

Seguramente no existe un texto actualizado de medicina psicosomática porque, entre otras razones, este término tiene un significado no homogéneo según los países y las diferentes escuelas. Puede verse, de A. W. Macleod y otros, *Basic Concepts of Psychosomatic Medicine*, en *Recent Developments in Psychosomatic Medicine*, a cargo de Wittkower y Cleghorn, Pitman, Londres, 1954; más actual es la definición de P. B. Schneider, *Psychologie médicale*, Payot, París, 1969, en el capítulo 12. Interesante también, aunque elemental, a cargo de P. Marty, M. De M'Uzan, C. David, *L'Investigation psychosomatique*, PUF, París, 1963.

Psicoterapia

El término psicoterapia indica el aspecto central y más importante de todo el problema del tratamiento de los trastornos mentales. La psicoterapia es cualquier forma de ayuda y de tratamiento a través de la relación interpersonal. En sentido general, psicoterapia es todo aquello que resulte de alguna utilidad al individuo para la solución de sus problemas y la desaparición de sus trastornos, desde el encuentro con otra u otras personas hasta el intercambio directo de palabras y mensajes no verbales. De manera más precisa y limitada, se puede hablar de psicoterapia cuando una ayuda de este tipo es ofrecida de manera intencional por una o más personas con capacidad para hacerlo.

¿Existe una psicoterapia no profesional?

Casi siempre, quien se halla en una situación tal que se considera (o le consideran) «trastornado» o «necesitado de ayuda psicológica», se dirige a los demás para ser ayudado. No siempre quien busca esta ayuda lo hace de manera clara y apropiada, no siempre sabe qué necesita, y no siempre encuentra quien quiera y sepa ayudarle. La forma más simple de psicoterapia, la que representa su «grado cero», es algo muy trivial: es la ayuda dada, casi sin saberlo, por una persona cualquiera, por un amigo, por una amiga, por la portera o por el camarero. A veces se trata de personas dispuestas a escuchar, y capaces de reaccionar con sentido común: esto puede significar mucho, y en ocasiones muchísimo, para quien se halla sufriendo por problemas personales, trastornado por síntomas psiquiátricos o, más genéricamente, en dificultades. Pero la «psicoterapia de la portera» o «del camarero» (atención, comprensión, blanda conmiseración, buenos consejos, y café caliente –whisky en el caso del camarero–) tiene utilidad y valor incluso cuando es impartida por una persona que, en el fondo, es extraña. La portera no está directamente implicada en la vida de quien se le confía, y no tiene especiales intereses que proteger, salvo la propia necesidad de conocer la vida privada de los habitantes del inmueble, cosa que, por otra parte, muchas veces considera su deber preciso. Por este motivo, en este caso se puede tener una forma de psicoterapia informal, muy tosca pero a veces eficaz. Quien tiene problemas los deposita ahí, en la planta baja, y en terreno neutral.

Así pues, en general es eficaz –siempre, claro está, dentro de ciertos y restringidos límites– la ayuda que una persona enferma obtiene de una conversación, o una serie de conversaciones, con otra persona cualquiera, bienintencionada, equilibrada y madura. Por una parte, esta persona debe formar parte del mismo ámbito cultural del sujeto enfermo, para poderle entender y hacerse entender, pero por otra no debe tener con él relaciones personales de estrecha amistad, de afecto, o vínculos familiares. Si, en cambio, se producen estas circunstancias, es decir, si preexisten vínculos significativos entre las dos personas, es muy dudoso que la ayuda llegue a ser válida: si quien ofrece la ayuda es «parte interesada», tenderá inevitablemente a defender su propio papel en la red de relaciones interpersonales de que forma parte junto con la persona enferma. Podrá suceder entonces que simpatice de manera global y acrítica con la persona enferma (especialmente si está ligado a ella por un sentimiento de afecto o de deseo); o bien que sabotee inconscientemente sus necesidades cuando entre ambas existan rencores y tensiones subterráneas; o también que defienda los intereses y las posiciones de terceras personas en la red común de las amistades o de la familia. En estos casos, la propia persona enferma planteará inevitablemente unas exigencias que van mucho más allá del desahogo, la necesidad de aclaramiento, o el consejo sobre qué hacer, para implicar al interlocutor y atraerle de su parte en una estrategia de poder en el interior del grupo común de pertenencia. En especial, las relaciones interpersonales en el seno de la familia no pueden constituir la base de una relación psicoterapéutica: quien es miembro de la misma familia no sólo no es objetivo ni sereno, sino que casi siempre está implicado activamente en los mismos mecanismos afectivos interpersonales que han contribuido a crear la descompensación psicológica y la dolencia del sujeto.

Así pues, es preciso que la persona que proporciona ayuda sea al mismo tiempo interesada, pero neutral; auténticamente deseosa de ayudar, pero no directamente implicada; extraña, pero simpatéticamente participe; y que, finalmente, tenga las características personales que luego se dirán.

La utilidad de un tipo de psicoterapia informal y «salvaje» reside especialmente en la capacidad de *atención* del interlocutor y mucho menos en su «capacidad de respuesta». Esto es un principio fundamental para cualquier tipo de psicoterapia, pero es particularmente cierto en el caso de las psicoterapias informales. Los consejos, es decir, las «respuestas», de la portera o del camarero, o del amigo, rara vez son dados de manera que modifiquen la

condición psicológica del individuo: con mucha mayor frecuencia, el individuo recibe simplemente los consejos que desea, que espera o se esfuerza en recibir: estos consejos no añaden en general ningún nuevo elemento a sus dificultades, pero se traducen en pasajeros y repetitivos consuelos verbales que duran el tiempo que pueden. Las exhortaciones más típicas son «ármese de valor», «reaccione con fuerza de voluntad», «paciencia porque todos pasamos por malos momentos», «que un médico le recete un buen tratamiento reconstituyente contra el agotamiento»; o bien la *respuesta* consiste en el blando consejo de «no se obsesione con estas cosas y distráigase». Todas ellas son actitudes que no sirven absolutamente para nada, o incluso –con frecuencia– tienen un efecto negativo, en cuanto culpabilizan a la persona en dificultades dando por descontado que sus problemas son menos graves de lo que cree, y sugiriendo que, con buena voluntad, siempre es posible librarse de ellos. Forma parte de esta misma actitud de tibia benevolencia y confort la opinión habitual, totalmente equivocada, de que «nunca hay que llevar la contraria a los locos».

Mucho más eficaz es quien, al escuchar con simpatía a la persona enferma o trastornada, discute francamente los pros y los contras de sus argumentos en un plano de realidad, propone verificaciones concretas en lo referente a los problemas prácticos, no oculta sus propios sentimientos (incluida una eventual incredulidad en lo que considera poco verosímil), no oculta su desaprobación respecto a las decisiones que considera equivocadas, y sobre todo no pretende dar al otro la clave para resolver sus problemas, ni dar consejos «decisivos» que, además, en general no existen.

Si bien es cierto que todos debemos aprender a ajustar las cuentas con los límites y las reglas puestas por el ordenamiento social y las ideologías dominantes (a veces para subvertirlas, junto a otros y con instrumentos eficaces), cabe observar que la persona portadora de problemas psiquiátricos siempre tiene dificultades en afrontar el mundo social; pero es preciso añadir también que puede ser ayudada. Quien ofrece ayuda es, en este sentido –y debe seguir siéndolo–, parte integrante de la realidad social con la que se confronta la persona en dificultades. Este es uno de los fundamentos de la psicoterapia. Por el mismo motivo, una de las funciones fundamentales de la psicoterapia consiste en «volver a poner en marcha» las relaciones y la comunicación verbal entre el individuo y las personas significativas de su ambiente vital. En este sentido, la *relación* entre el sujeto y quien le ayuda *remite* continuamente a la relación que (a través de la acción del terapeuta) el

sujeto consigue instaurar poco a poco con las demás personas de su vida, «desbloqueando» los callejones sin salida y los círculos viciosos interpersonales que están en el centro de su malestar.

Con relación a la psicoterapia individual «informal» del camarero o del amigo, las experiencias de grupo «acéfalas», es decir, sin cabeza, autogestionadas, ofrecen a veces garantías algo mayores. Grupos autogestionados de 6-12 personas, cuyos miembros sean sustancialmente afines por ambiente cultural, edad y orientación ideológica, pueden ser eficaces para afrontar y discutir problemas comunes relativos a dificultades familiares, afectivas, interpersonales, sexuales, de dependencia del alcohol, etc. Ejemplos de ello son los grupos gestionados en común por alcohólicos y ex alcohólicos, y los «grupos de autoconsciencia» feministas. Los trastornos que pueden beneficiarse de experiencias de este tipo (que rigurosamente hablando no son auténticas formas de psicoterapia) son problemas neuróticos y existenciales leves. Los riesgos de los grupos autogestionados son múltiples, pero está fuera de duda que pueden aportar ayuda a numerosas personas: depende en gran parte de la orientación ideológica y de la madurez de sus componentes.

La psicoterapia profesional

La psicoterapia «profesional» puede entenderse de dos maneras. En sentido estricto, es la «sesión de psicoterapia» que se puede hacer con las técnicas más diferentes. En sentido algo más amplio (y aquí reside seguramente el aspecto más importante y fascinante de todo el problema) cualquier relación entre quien trata y quien es tratado constituye psicoterapia.

Esto sirve también para la relación que se establece entre el tratante y el enfermo internado, aquejado, por ejemplo, de pulmonía o de infarto. El tipo de relación que se establece entre estas dos personas es muy complejo, y está constituido por una serie de actitudes, y de expectativas, tanto por una parte como por la otra. Muy raramente ambas personas son conscientes de todos los aspectos y de la profundidad e implicaciones de esta relación humana. Las expectativas del paciente, en especial, son muy importantes para él a partir del momento en que confía al médico tratante no sólo su enfermedad, la esperanza de curar, su cuerpo, sino también y fundamentalmente toda la crisis, social y existencial, representada por «estar en situación de peligro» a causa de la enfermedad. El tipo de respuesta del tratante hacia el paciente no es resumible en el acto terapéutico en sentido estricto (por ejemplo, en la receta de medicinas o en la manipulación del cuerpo), sino que

reside en toda la *actitud* hacia el enfermo, con todas sus más mínimos matices mímicos y verbales. Se considera en la actualidad que la actitud global del tratante, es decir, su modo global de referirse al enfermo, constituye muchas veces un factor psicológico decisivo de curación (o, según los casos, de no curación) incluso cuando la enfermedad es orgánica y no mental.

La relación entre quien trata y quien es tratado, o bien entre quien presta ayuda y quien espera la curación, aparece definida en todo momento por un determinado contexto institucional y por roles sociales precisos (el rol del médico, el rol del enfermo, etc.) que imponen reglas de comportamiento no escritas pero bastante rígidas. Esta relación también está caracterizada por una diferencia, o desequilibrio, de poder. Por muy contractual que pueda ser la relación, y, por tanto, aparentemente paritaria, de hecho quien trata está en posesión de un mayor poder que el enfermo; quien es tratado tiene más necesidad del tratante que a la inversa.

En el caso de pacientes psiquiátricos, la importancia de la relación entre tratante y paciente (es decir, de la relación psicoterapéutica en sentido lato) es enorme en lo que se refiere a la condición psicológica del paciente, su dolencia, y sus trastornos, sus posibilidades de curación. Todos aquellos —enfermero, médico, asistente social— que se ocupan de personas que presentan problemas de tipo psiquiátrico, influyen positiva o negativamente en la posibilidad de curación del paciente en cualquier momento de la relación, hasta en la manera en que se le entrega una medicina, se le dirige una frase trivial, o en el mismo hecho de negarse a hablarle. En la práctica, sólo se puede distinguir entre una *buena* relación psiquiátrica (es decir, una relación que ayuda) y una mala. El problema nunca está en hacer o no psicoterapia, dado que la relación psicoterapéutica existe en cualquier caso. Se trata más bien de sostener, en primer lugar, una relación tal que no empeore, y si es posible mejore, las condiciones del paciente; y en segundo lugar de aclarar, y decidir, con qué características se debe estructurar esta relación, a partir de qué acuerdos debe desarrollarse, si debe incluir o no «sesiones» específicas de psicoterapia.

Cualquier persona con problemas de tipo psiquiátrico mantiene relaciones con otras en su vida cotidiana. Estas relaciones no son ajenas a los problemas de la persona, no son algo que «se añade» para bien o para mal a la problemática interna: por el contrario, las relaciones interpersonales de la persona paciente son siempre parte integrante de sus problemas y de su

misma dolencia; en muchos casos toda la dolencia consiste en la dificultad de las relaciones interpersonales. La situación más típica y común es la de la persona que es consciente de «estar mal» precisamente porque no consigue sostener relaciones personales satisfactorias. Esta dificultad en las relaciones interpersonales puede referirse a unas personas específicas: muchas veces, los familiares. O bien, la dificultad interpersonal puede ser particularmente seria con *tipos* específicos de personas: por ejemplo, con personas dotadas de mayor poder y autoridad que el sujeto; o con personas del otro sexo. También quienes consideran –de buena fe– que carecen de problemas de relaciones interpersonales (y ni siquiera presentan trastornos psíquicos de tipo alguno) tienen siempre, en realidad, problemas, dificultades y trastornos de relación.

Como se ha visto, la relación psicoterapéutica tiene la prerrogativa de ser una relación ajena a los circuitos habituales de amistad y afecto del sujeto: y así debe seguir siendo. Sin embargo, es de manera inevitable una relación emotivamente importante, que el paciente sostiene con una persona en posición de mayor poder y autoridad. En dicho sentido, la actitud del paciente hacia el terapeuta recorre siempre los esquemas psicológicos de la relación que ha sostenido en su vida con las demás personas en posición de poder y de autoridad: en primer lugar, con los padres. Se suma a esta actitud la tensión procedente de la esperanza de que el terapeuta tenga el poder técnico y mágico de hacer desaparecer la dolencia. Si ésta es la situación de base o de partida de la relación, es fácil comprender y comprobar que precisamente esta «investidura» del paciente en el terapeuta determina su tendencia a repetir e incluir en la relación, a medida que avanza, los aspectos más típicos y cruciales de sus dificultades en relacionarse con los demás, sus ansias y expectativas, sus conflictos, sus emociones. El vínculo del paciente hacia el terapeuta (el *transferí*) siempre es profundo y tenaz. Es precisamente la fuerza de este vínculo, su importancia dramática, lo que determina en último término muchas de las posibilidades terapéuticas, pero también los riesgos de la propia relación.

La psicoterapia más elemental, que podemos denominar «de base», es la que se desarrolla mediante una relación simple y directa, un encuentro, un intercambio informal o formal de informaciones y de mensajes verbales y no verbales, entre el paciente psiquiátrico y la persona que ejerce un rol terapéutico o asistencial respecto a él. Una relación de este tipo es la que más se acerca a la forma de ayuda «natural», no profesional, que hemos considerado al principio. Situaciones de ese tipo aparecen cuando una

persona habla con el médico o con un psicólogo de sus problemas y trastornos, o cuando charla con el asistente social, o pasa el tiempo –como sucede a veces en el hospital psiquiátrico– con un enfermero o una enfermera deseosos de comprender y de ayudar. Se puede hablar de auténtica y verdadera relación psicoterapéutica, es decir, de psicoterapia en sentido estricto, cuando esta relación no es casual ni episódica, sino que se estructura con una cierta continuidad, es decir, con una serie de encuentros y de conversaciones; y cuando no es una relación informal sino que se estructura según *técnicas psicoterapéuticas*.

La posibilidad de que esta relación signifique realmente una ayuda depende de una serie de factores. Los factores relativos al paciente se refieren sobre todo a su voluntad de modificar sus decisiones vitales, su capacidad de introspección (es decir, de percepción y de comprensión de los propios mecanismos psicológicos) y su capacidad de expresar con palabras los propios trastornos.

Para el terapeuta, el factor principal se refiere a su personalidad y a su equilibrio psicológico. Hay que decir con claridad que el terapeuta debe ser una persona capaz de calor y de contacto humano, equilibrada, carente de importantes problemas personales sin resolver, inteligente, psicológicamente adulta y madura, lúcidamente consciente de las características de su personalidad. Hay que decir y repetir francamente que no todos son aptos para sostener relaciones psicoterapéuticas con los pacientes: además, no siempre los mejores son los más cultos y más oficialmente cualificados; y ni siquiera las personas dotadas de mayores títulos y crédito social. Se ha comprobado que para los fines y resultados de la psicoterapia tiene más importancia la personalidad y la «salud mental» del terapeuta que la elección de esta o aquella técnica psicoterapéutica. La pretensión de poder utilizar a cualquier persona como terapeuta es una peligrosa ilusión, que responde al deseo –aparentemente positivo, pero en realidad toscamente igualitarista y espontaneísta– de no crear discriminaciones de roles. Una pretensión parecida nace también del deseo –ya más legítimo– de no atribuir roles privilegiados a modelos de salud mental prevalecientes en nuestra estructura social, y, por consiguiente, de no confiar únicamente a las personas consideradas más «integradas» el tratamiento de los pacientes.

Hay que precisar, sin embargo, que si aquí se habla del equilibrio mental del terapeuta no se entiende que éste deba ser una persona neutra, incolora, carente de originalidad o, peor aún, conformista. Por el contrario, cabe

sostener que el equilibrio y la madurez individuales van mucho más válidamente ligados a la originalidad y al inconformismo que a la mediocridad de actitudes y de opiniones. Entre otras cosas, equilibrio y madurez no son ciertamente prerrogativas de quien posee un título universitario.

Debemos hacer otra observación: no todos los terapeutas tienen la misma personalidad y el mismo tipo de actitudes y de capacidades hacia todos los tipos de pacientes. Para limitarnos a dos ejemplos: los pacientes con problemas de tipo esquizofrénico y los que tienen una personalidad histérica establecen una relación psicoterapéutica más fácil y productiva con ciertos tipos de personalidad de terapeuta; de igual manera, a la inversa, existen terapeutas capaces y llenos de experiencia que no consiguen sostener una relación equilibrada y positiva con pacientes dotados de un cierto tipo de personalidad, o portadores de un cierto tipo de problemas psiquiátricos.

Al terapeuta se le exige que esté motivado a recibir al paciente, que lo haga a gusto, conociendo sus motivaciones, con el preciso deseo personal de ayudarlo a resolver sus dificultades, y con la consciente disponibilidad de ayudarlo durante tiempo (si es necesario durante años) sin cansarse. Si el paciente es poco afín al terapeuta, si le resulta poco simpático, o si sus problemas personales son sentidos como aburridos o ajenos, la psicoterapia es de escasa o nula ayuda.

Entre paciente y terapeuta debería existir una afinidad de lenguaje, de cultura y de mentalidad. Una de las dificultades e inconvenientes mayores de la psicoterapia tal como es usualmente impartida procede de la diferencia de origen cultural, instrumentos verbales y visión del mundo entre quien trata y quien es tratado. El terapeuta se impacienta por la falta de cultura, de fluidez verbal, de capacidad de utilizar conceptos abstractos típica del paciente de una clase social inferior. La relación de autoridad, que existe inevitablemente en cualquier relación psicoterapéutica, se convierte entonces de manera muy clara, y en general en breve tiempo, en una relación decididamente autoritaria.

El problema de la preparación del terapeuta no se refiere únicamente a su adquisición de instrumentos culturales y técnicos (es decir, sus conocimientos teóricos y prácticos de psicología y psiquiatría y de principios y técnicas psicoterapéuticas) sino también, y de manera especial, a la adquisición de un equilibrio o, si se prefiere, de una forma de segura espontaneidad y de inteligente humanidad en la relación con el paciente. Es oportuno insistir

sobre el hecho de que todo esto depende primordialmente de las características personales del terapeuta que no son fácilmente modificables con instrumentos y métodos técnicos de aprendizaje y maduración. Así pues, el problema principal es que se elijan las personas adecuadas: si una persona carece absolutamente de las características psicológicas necesarias para ocuparse de pacientes psiquiátricos, es difícil que pueda adquirirlas con el aprendizaje.

Por otra parte, cierto tipo de experiencias, como la experiencia personal del tratamiento psicoanalítico, experiencias de psicoterapias individuales y de grupo, una larga práctica con pacientes psiquiátricos (con tal de que no sea una práctica tradicionalmente manicomial), y también –ciertamente no en último lugar– una buena práctica de militancia política rica en relaciones humanas, responsable y activa, constituyen factores que facilitan ese tipo de maduración y de conocimiento de los problemas psicológicos y sociales que permiten hacer de una persona determinada un «buen» terapeuta. Los psicoanalistas insisten en el hecho de que no es posible hacer psicoterapia (y, con mayor motivo, que no es posible hacer ese tipo especial de psicoterapia que es el psicoanálisis) si antes no se ha pasado por un psicoanálisis. Esta posición se sustenta en varios argumentos: el principal es que el análisis asegura la maduración de la personalidad, el equilibrio y la introspección necesarios para hacer psicoterapia. En realidad, los propios analistas se están dando cuenta de que el tratamiento analítico preventivo del terapeuta no es en absoluto una garantía suficiente (aunque no haya duda de que puede constituir un instrumento muy útil): éste es uno de los motivos por los que los tratamientos analíticos tienden hoy a ser cada vez más prolongados, y quienes tienen responsabilidades terapéuticas deben estar sometidos a cada vez más frecuentes y repetidos «controles» por parte de otros analistas más antiguos. Existen analistas que son cualquier cosa menos equilibrados y maduros, y en ocasiones se percibe en ellos, como agravante, la tendencia a exhibir la típica seguridad, espontaneidad y desinhibición que es don frecuente del tratamiento analítico, de manera que su relación con el cliente acaba por teñirse de un exceso de desenvuelta distancia, por falta de modestia y de reflexión personal, y en ocasiones de una extraña mezcla de esquematismo doctrinario y espontaneísmo, que no suelen aparecer en psicoterapeutas menos oficialmente acreditados. Además, el tipo de ideología inherente al psicoanálisis tiende a alejar al analista –y por consiguiente también al analizado– de una comprensión social, política y de clase de los problemas individuales.

En cualquier caso, sin embargo, es preciso puntualizar sin el menor equívoco que no es posible una psicoterapia «profesional» si el terapeuta no está en posesión de una experiencia práctica con pacientes psiquiátricos, si no está guiado –al menos al principio– por personas más expertas, y si no ha estudiado y no sigue estudiando la psicología, la psiquiatría, la psicología de los grupos, y si no aprende en la teoría y en la práctica las técnicas psicoterapéuticas. Cabe añadir que en la actualidad la enseñanza de la psiquiatría ya no puede quedar confiada únicamente a la «tradición oral», o a los resultados de un tratamiento psicoterapéutico al cual someter a los alumnos, o a académicas discusiones de grupo: existen también instrumentos técnicos más eficaces, en especial el referente a una utilización inteligente de los videoregistradores.

Estructura de la relación psiquiátrica

El principal problema de la relación psicoterapéutica es el de la *distancia*. El psicoterapeuta debe hallar, para cada paciente concreto, el equilibrio entre dos peligros opuestos. El primero corresponde a la manera típica de actuar de los médicos tradicionales que es una mezcla de distanciamiento, suficiencia, paternalismo e indiferencia en la relación. Esta actitud proporciona, obviamente, escasísima ayuda al paciente. Va unida, en general, a un cierto pesimismo del terapeuta sobre las posibilidades del paciente de escapar a sus propias dificultades. El segundo peligro es más típico de los terapeutas poco preparados y entusiastas. Consiste en la tendencia a crear una relación *fusional*, es decir, a identificarse con el paciente, y a no salvaguardar una actitud de juicio autónomo respecto a sus problemas: consiste, pues, en establecer con él una solidaridad acrítica y una relación personal muy estrecha, a veces incluso en el plano de la amistad y del afecto. Este entendimiento y esta complicidad impiden toda dialéctica y encuentro real entre dos personas *diferentes*; el terapeuta tiende a ser «una persona sola» con los problemas de su asistido, y bloquea toda confrontación real de éste con los demás y con la realidad social. Invariablemente, esta actitud establece en el paciente una total dependencia emocional respecto al terapeuta, dependencia que le coarta la adopción de decisiones autónomas. Si en el peor de los casos es indudable que esto agrava sus trastornos, en el mejor de ellos tiende a perpetuarlos en una *relación patológica* que ninguno de los dos miembros es capaz de rescindir. Entre otras cosas, el paciente se presenta inevitablemente ante el terapeuta, con relación a esta actitud general, como una persona menos gravemente trastornada de lo que es en realidad: el

paciente sólo parece víctima de problemas prácticos de vida. Cuando, con el paso del tiempo, el paciente no resuelve estos problemas (y no tanto por obstáculos objetivos y contingentes como por sus específicas dificultades en afrontarlos) sucede que el terapeuta se cansa y se desanima de la relación, y que su actitud de benévolo optimismo se transforma en agresividad hacia el paciente: puesto que éste «no está tan enfermo», es *culpa suya* si no realiza determinadas decisiones vitales y no mejora.

Todas las relaciones psicoterapéuticas se sitúan entre los peligros opuestos pero próximos de la fusionalidad y de la agresividad; en ambos casos la relación ya no es terapéutica, sino, por el contrario, patógena. Un caso especial, que se sitúa en esta problemática como forma enmascarada de agresividad, aparece cuando el terapeuta ejerce –a menudo sin consciencia de ello– una violencia verbal, lógica, argumentada sobre el paciente: o sea, cuando quiere convencerle aplastándole con argumentos. En tales casos, es corriente que el terapeuta se ilusione con «vencer», porque el paciente, en posición más débil, le da la razón, o, incluso, a partir de cierto punto ya no sabe qué responder. En realidad, el paciente es llamado en tal caso a una situación, no sólo de dependencia, sino también de pasividad respecto al terapeuta, y esto en absoluto puede favorecer la solución de sus problemas. Si, por otra parte, el paciente tiene problemas psicóticos, sobre todo de tipo esquizofrénico, *ya* está en una situación especial de pasividad, de inseguridad, de violencia sufrida: una posterior violencia psicológica de este tipo le resulta gravemente pernicioso.

Otras formas ocultas de agresividad se producen cuando el paciente es sutilmente culpabilizado por el terapeuta a causa de las opciones que no consigue realizar, o incluso a causa de sus síntomas; o bien cuando son culpabilizados sus familiares. El paciente vive casi siempre, por cuenta propia, unos sentimientos de culpa por sus dolencias e incapacidades: no sólo no deben aumentársele, sino que casi siempre es necesario, desde el comienzo de la psicoterapia, devolverle la sensación de la legitimidad de sus trastornos, y atribuirle al mismo tiempo la dignidad y la responsabilidad humana de su dolencia. Análogamente, no sólo es inútil sino invariablemente nocivo culpabilizar a los parientes por los errores que cometen en su relación cotidiana con el paciente: en efecto, el resultado de esto siempre es un deterioro de la dinámicas familiares.

La relación psicoterapéutica puede y debe ser muy diferente en cada caso. En algunos de ellos, puede limitarse a unas pocas sesiones y al cauto pronunciamiento por parte del terapeuta acerca del modo de interpretar y considerar algunos problemas prácticos de la vida del paciente. En otros, en cambio (por ejemplo, con los esquizofrénicos graves), la necesidad de establecer una relación de comprensibilidad recíproca con una persona que experimenta una dificultad extrema en comunicar su angustia, hace que el psicoterapeuta deba realizar un esfuerzo muy grande para compartir esta angustia sin sumergirse en ella, para entrar en el mundo subjetivo del psicótico manteniendo la propia capacidad de juicio, y para comprender las formas y significados de su lenguaje. No obstante, éste es un caso límite, y cabe observar, por otra parte, que las pocas veces que un terapeuta afronta una experiencia de psicoterapia *intensiva* con un esquizofrénico grave (cosa que implica una relación personal cotidiana, prolongada y profunda durante meses o años), debe estar en posesión de una notable solidez psicológica y de seguros instrumentos técnicos, pero incluso en tales condiciones, una relación de este tipo puede resultar peligrosa para la salud mental del terapeuta. Casi siempre la relación psicoterapéutica con los esquizofrénicos es llevada de una manera mucho menos intensa y comprometida, y no afronta todos los contenidos psicológicos más profundos de la vivencia psicótica. En general, los pacientes en situación de angustia grave, depresión y soledad necesitan una actitud especialmente segura, simpatizante, continuada y serena, aparte, obviamente, el esfuerzo de comprender sus problemas reales.

Salvo en contadas excepciones, de ninguna manera es útil que el paciente busque o crea encontrar en el terapeuta la *satisfacción sustitutiva* de sus necesidades afectivas y de sus problemas de relación social. La relación psicoterapéutica se parece en muchos aspectos a la relación educativa, y es justo que asimile también muchas de sus características. El objetivo de la relación educativa no es en absoluto el de guiar al niño o al adolescente en todas sus decisiones, ni de convertirle en dependiente de quien es más adulto, sino, por el contrario, de hacerle autónomo, de confrontarle con los demás y de ayudarle a afrontar la realidad social, y si es necesario de frustrarle, de hacer que poco a poco sepa utilizar autónomamente, para sus fines y para la propia y progresiva autonomía, la relación con el educador, hasta liquidar cualquier dependencia con éste. Lo mismo sucede en la relación psicoterapéutica: en definitiva, el terapeuta debe convertirse poco a poco en un simple punto de referencia, o en un experto, en un mediador, del que el paciente llega a servirse de manera lúcida, madura, despreocupada y

perfectamente instrumental, pero cuando alcanza este punto ya no le necesita. Al comienzo del tratamiento y durante gran parte de su duración es inevitable, en cambio, que el terapeuta permanezca consciente y cautamente *dueño* de la relación con el paciente, y que la instrumentalización a que aludíamos resulte imposible. Este punto debe subrayarse. Es inútil ilusionarse con que la relación psicoterapéutica pueda ser una relación paritaria y dejar de ser una *relación de poder*. Este poder existe de todos modos, y es un poder social y, por tanto, un poder político, que procede de la división en clases de la sociedad y de la división del trabajo. El terapeuta encarna al poseedor del poder y se vale de una autoridad que no es neutral sino de clase: tanto por la clase a la que de hecho pertenece como por los métodos que utiliza o por el contexto en que los usa, o, en último término, porque es la clase burguesa la que en nuestra sociedad le da el *mandato* de tratar. Pero el poder del terapeuta es (como consecuencia y aspecto indisoluble de este «poder social») también un poder *técnico*, ligado al hecho de que el terapeuta inevitablemente *guía, precede* al paciente en la comprensión de sus problemas psicológicos y *manipula* –inevitablemente– la situación.

A esto se añade otro hecho. El tipo de *respuesta* del terapeuta (o sea, de todo lo que concretamente *dice* al paciente) es –o mejor dicho debería ser– una respuesta que el paciente advierte y vive continuamente como insuficiente, e incluso como insatisfactoria. Conviene entender bien este punto. En general, el paciente tiende a pedir al terapeuta que le consuele, le justifique en sus decisiones, le diga qué debe hacer, le explique todo, le ofrezca una solución rápida a sus problemas. El terapeuta debe conseguir no ser estérilmente consolador, no confirmar siempre la justeza de las decisiones del paciente (que muchas veces no son en absoluto auténticas decisiones, sino meras soluciones de repliegue que no le hacen salir de sus círculos viciosos), ayudar al paciente a comprender *por sí mismo* qué debe hacer, a poner orden en sí mismo, a tomar consciencia a través de una propia elaboración de lo que le ha sucedido y le sucede, a encontrar (a través de una progresiva adquisición de la capacidad de determinarse autónomamente) la solución a sus problemas vitales. Los mejores terapeutas son aquellos que *no* dan al paciente las respuestas que él espera, sino que consiguen provocarle unos desplazamientos de perspectiva, unos nuevos interrogantes, unos modos nuevos de considerar la realidad, la ruptura de los esquemas mentales y de costumbres inveteradas. Y todo ello sin usar demasiadas palabras, empleando preguntas, evitando totalmente largas explicaciones o, peor, adoctrinamientos, y sin perder nunca una actitud de comprensión, de interés y de simpatía humana.

Todo esto significa, insistimos una vez más, que la situación psicoterapéutica es sustancialmente gestionada y administrada por el terapeuta. Es típico, sin embargo, el hecho de que exista y deba existir dentro de esta situación una *lucha por el poder* entre terapeuta y paciente, es decir, en la práctica, «una contestación del poder», por parte del paciente. Sólo la disolución de la relación psicoterapéutica (en el momento en que el paciente ya no necesita al terapeuta) representa una auténtica toma del poder por parte del ex paciente respecto al terapeuta. El final de la psicoterapia no puede ser decidido por el terapeuta, que en tal caso tendría al paciente todavía más dependiente de esta decisión: debe ser decidido por el paciente, que en determinado momento *liquida* al terapeuta, le «expulsa» de su vida con la consciente y madura certidumbre de no necesitarlo más. Es importante que el terapeuta sepa no obstaculizar este proceso, y que al mismo tiempo evite que se produzca demasiado pronto. El ex paciente, al llegar poco a poco a destruir una relación de dependencia, identifica con plena serenidad en el terapeuta, al final del tratamiento, un tipo de autoridad contra la que hay que precaverse, el representante de un poder que ya no interesa.

La *gestión de la relación* por parte del terapeuta tiene, además, otro aspecto de fundamental importancia: el terapeuta debe desarrollar un continuo trabajo de análisis de la situación y de introspección, para saber con extrema lucidez qué está sucediendo en el intercambio de mensajes afectivos entre él y el paciente, y cuáles son, en todo momento, sus reales sentimientos hacia él. Esta capacidad y este esfuerzo de lucidez, de consciencia y de autoanálisis (que puede exigir que el terapeuta se confronte muchas veces, discutiendo sus motivaciones afectivas y sus respuestas al paciente, con una persona más madura y más experta) es algo que no siempre puede explicarse al paciente, y que constituye otro *margen de superioridad* del terapeuta respecto a él.

El problema general del poder del terapeuta sobre el paciente representa –conviene insistir sobre este punto– una contradicción no eliminable. Tampoco es posible limitarse a sostener que este poder es bueno y positivo dado que se basa en una autoridad bienintencionada, o exclusivamente técnica o pedagógica. Se puede afirmar que el poder –enorme– del terapeuta sobre el paciente siempre es paternalismo y violencia, capacidad de cambiar (para mejorar, pero frecuentemente también para empeorar) sus condiciones mentales y su vida, capacidad de influenciarle sin que pueda defenderse plenamente, de dirigir sus orientaciones morales, éticas, políticas, hacia objetivos que pueden ser extremadamente diferentes. De ahí, la necesidad de

utilizar este poder con cautela y modestia, con atención y con discreción, y en un contexto en el que sea posible una verificación por parte de los demás.

La situación psicoterapéutica está constituida por dos aspectos inseparables. Es simultáneamente una situación de experiencia, aprendizaje práctico, maduración no reflexiva, y una situación de consciente y reflexiva toma de consciencia. La característica preliminar, que permite que la terapia avance y llegue a resultados útiles, es que la persona enferma debe poseer o reaprender la capacidad de hablar y de expresarse. Precisamente por su importancia central, este «hablar» es concebido como un experimentar, un actuar, un reiniciar el coloquio con los demás, pero también como un profundizar, un ordenar problemas, un progresivo entender, un tomar consciencia y un interpretar el significado de la propia vida y de la propia situación en el interior del grupo de pertenencia y en la sociedad en su conjunto. En este proceso, el paciente no sólo aprende cómo entenderse a sí mismo sino también cómo referirse al terapeuta en cuanto representante de la sociedad externa; y a través de él aprende poco a poco cómo referirse a las diferentes personas de esta sociedad. A través de la *experiencia* psicoterapéutica como «experiencia de relación», el paciente madura asimismo su personalidad, es decir, alcanza niveles superiores de seguridad en sí mismo, de creatividad, de espontaneidad, de capacidad de introspección: y por consiguiente, una vez más, se comprende a sí mismo.

Diferentes formas técnicas de psicoterapia acentúan de manera variable una u otra de estas características, es decir, la *maduración* y la *comprensión*. En cierto sentido, la forma de psicoterapia más simple, más obvia, es la del coloquio cara a cara, a dos. En el psicoanálisis clásico, en cambio, el paciente está semitendido en un diván, y no ve al terapeuta, que está detrás de él. Otras situaciones son variables en lo que se refiere a la proximidad y control recíproco entre paciente y terapeuta. Las variaciones técnicas también pueden depender del tipo de problemas del paciente y, es especial, de sus dificultades en hablar. En general, se tiende fácilmente a aplicar formas parecidas de psicoterapia a pacientes con problemas muy diferentes, pero esto es un error.

Ya se ha dicho que la toma de consciencia de los problemas psicológicos nunca es «objetiva» ni «neutral». El hecho de que el paciente se disponga a vivir y a interpretar esta toma de consciencia con una u otra ideología y visión del mundo, en términos estrictamente psicológicos individuales, o inter-individuales, o políticos depende básicamente del terapeuta. En este sentido,

la personalidad, las orientaciones psicológicas, la visión del mundo y la ideología social y política del terapeuta siempre influyen fuertemente, pese a las mayores precauciones y a las más honestas ilusiones de «neutralidad», el modo en que el paciente toma posesión y consciencia de sí mismo y de sus dificultades, y consigue eventualmente superarlas. La influencia del terapeuta sobre el paciente casi siempre es mucho mayor de lo que supone el terapeuta. Los silencios, los rumores y los pequeños gestos de cuerpo y cabeza, la mímica, la voz, los sonidos y las frases aparentemente neutrales por parte del terapeuta, constituyen un sistema de enseñanza y de condicionamiento extremadamente rápido y eficaz: el paciente aprende sin darse cuenta qué debe o no decir, qué es justo sentir y pensar, en una situación en que su receptividad es máxima, y su dependencia muchas veces muy profunda. Las incoherencias y contradicciones del terapeuta le marcan profundamente; la personalidad, la ideología, las contradicciones del tratante repercuten, casi siempre amplificadas, en su equilibrio. (Es sabido que incluso los sueños se resienten de ello: en general, quien es tratado por un terapeuta freudiano tiene sueños llenos de símbolos freudianos; quien acude a uno junguiano, tiene sueños junguianos.) La tendencia del terapeuta a no darse cuenta de la amplitud, la profundidad y el carácter *tendencioso* de su influencia sobre el paciente se debe a varios motivos: uno de ellos reside ciertamente en la comprensible tendencia del terapeuta a no querer darse cuenta de que las conquistas, la manera de madurar, las interpretaciones y la visión del mundo adquiridas por el paciente no son el *descubrimiento de la verdad*, sino sólo uno de los modos posibles de interpretar la realidad psicológica personal y la realidad social.

Algunas formas de psicoterapia

Es imposible aquí entrar en más detalles sobre las diferentes formas de la psicoterapia. Nos limitaremos a algunas observaciones sobre las terapias de grupo.

Las *psicoterapias de grupo* consisten en reunir diferentes pacientes en sesiones colectivas junto al terapeuta. En la actualidad, este tipo de psicoterapia se está afirmando respecto a las psicoterapias individuales, entre otras razones porque ofrece (frecuentemente en plazos menores) excelentes resultados en muchísimos pacientes. Pero no todas las personas con trastornos psíquicos consiguen confrontarse con otras en grupo: en muchos casos, la situación de grupo bloquea la posibilidad de comunicación de una

persona gravemente trastornada y determina un ansia insostenible. Así pues, digamos que muchos problemas personales específicos pueden afrontarse mejor en una relación a dos.

El grupo puede ser llevado de manera análoga a la psicoterapia individual, es decir, con la discusión colectiva de los problemas personales de cada uno; o bien puede estar centrado en la discusión de temas de interés común, o también en el análisis de la manera de reaccionar de cada miembro del grupo ante la situación de grupo, es decir, ante la presencia y las intervenciones de las demás personas. En general, las psicoterapias de grupo ofrecen menores posibilidades de *comprender* a fondo los propios problemas personales, pero una mayor posibilidad de *aprender* (o de reaprender) a medirse con las demás personas, y también muchas veces de madurar la propia personalidad y las propias orientaciones vitales.

Los *grupos de encuentro* son experiencias de grupo, habitualmente intensivas (de muchas horas de duración) en las que los individuos –que son, en general, burgueses aquejados de problemas psicológicos livianos o no graves– son animados a interactuar de manera directa, superando las convenciones y las inhibiciones que habitualmente regulan las relaciones entre extraños.

El *psicodrama* es una forma de psicoterapia de grupo, en la que los diferentes miembros del grupo son invitados a personificar y dramatizar el papel de otras personas. Para determinados pacientes, esta forma de terapia puede ser liberadora y eficaz.

Muchas orientaciones psicoterapéuticas contemporáneas insisten en el valor de la comunicación no verbal, de la mímica, del «lenguaje del cuerpo». Por otra parte, psicoterapias ampliamente no verbales llevan largo tiempo practicándose, con toda normalidad, con los niños (en los que se usa mucho el juego) y con los esquizofrénicos, en los que, por añadidura, resulta muy importante conseguir recuperar una mejor utilización del cuerpo.

Conviene añadir unas palabras más sobre la *psicoterapia de la familia*. En sentido lato, con este término se entiende cualquier tratamiento psicoterapéutico dirigido a un grupo constituido por la familia del paciente, con o sin la presencia de éste; o bien a la pareja, uno de cuyos miembros es el paciente designado. (En este caso se habla más precisamente de psicoterapia de la pareja.) La psicoterapia de la familia se ha desarrollado en estos últimos años, especialmente en los Estados Unidos, como estudio de las relaciones interpersonales que ocasionan malestar psíquico, y como elaboración de

instrumentos de modificación de estas relaciones, según orientaciones que aprovechan, según los casos y en mayor o menor medida, el psicoanálisis, la sociología de los pequeños grupos o la psicología transaccional.

Las experiencias y las orientaciones más importantes e interesantes son las desarrolladas por la Escuela de Palo Alto y de Filadelfia. El grupo familiar es estudiado como sistema de interacciones, o sea, como sistema de *transacciones* comunicativas y de comportamientos interpersonales, prescindiendo de cualquier consideración sobre las experiencias anteriores, las «vivencias» subjetivas y los conflictos individuales de cada uno de los miembros del grupo. De la misma manera como el aspecto psicológico subjetivo e individual es ignorado en favor de un análisis puramente pragmático de las interacciones en el sistema microsocia, también la terapia consiste en una serie de manipulaciones aportadas a la estructura de los *nexos* del grupo, de manera de obtener comportamientos diferentes y más satisfactorios: se produce, pues, una *terapia relacional*. Bajo el *slogan* «primero cambiar, después entender», esta escuela que es de orientación decididamente no psicoanalítica o antipsicoanalítica, propone una terapia que prescinde totalmente de la toma de consciencia de los problemas en juego, es impermeable a problemas de naturaleza ética o política, y tiende a confirmar la división tradicional de los roles familiares. En realidad, el «después entender» no es en absoluto tomado en consideración por los promotores norteamericanos de estas técnicas: la terapia relacional expresa el esfuerzo despreocupado de obtener determinados resultados comportamentales –cualquier resultado– en el interior de un grupo, sin que los miembros del mismo sean en absoluto conscientes de lo que ocurre.

Por otra parte, el tipo de análisis de las interacciones de grupo que aquí se propone es extremadamente inteligente, productivo y estimulante para quienquiera que se ocupe de psiquiatría, y ofrece una serie de instrumentos, sobre todo de interpretación, pero también de intervención en las situaciones de grupo y, en especial, en las familias, que son de inevitable utilidad en la conducción de los grupos y en la práctica psicoterapéutica en general. (Se puede subrayar a este respecto que en cualquier forma de psicoterapia de grupo tiene plena legitimidad lo que también es cierto para las psicoterapias individuales: la relación psicoterapéutica existe en cualquier caso, se trata de ser consciente de ello y de gestionarla bien; además, en cualquier caso, existe como relación de poder, como influenciamiento respecto a los demás, como *manipulación*. Por otra parte, cualquier *gestión* de un grupo por parte de

quien es su *líder* [trátase de un grupo político, o de un grupo de trabajo, o de un grupo de psicoterapia] es –quiérase o no– manipulación de este grupo, astucia, y también violencia psicológica. Apoderarse de conocimientos y de técnicas de grupo es necesario para todos: entre otras cosas, para defenderse de las manipulaciones de los *líderes*.)

La terapia de la familia es útil para resolver situaciones agudas referentes a problemas neuróticos y de inadaptación de la edad infantil y de la adolescencia, y problemas conyugales; por otra parte, constituye probablemente el más eficaz tratamiento de la anorexia mental.

Las terapias del comportamiento, mencionadas en este libro tanto al hablar de las terapias sintomáticas como de las fobias y obsesiones, no son, estrictamente hablando, auténticas psicoterapias.

Al partir de una interpretación del trastorno neurótico como error de aprendizaje, y utilizar la moderna psicología pavloviana, estas terapias tienden a descondicionar al paciente del síntoma, es decir, a escindir la asociación que se ha creado entre determinadas situaciones objetivas o psicológicas, y determinadas *respuestas* emocionales y comportamentales. Esto sucede, en general, a través de sesiones que tienden a insensibilizar al paciente tanto respecto al ansia en general como respecto a mecanismos específicos productores de ansia. En la práctica, el sujeto es ayudado, en condiciones protegidas, a aprender de manera gradual respuestas comportamentales en las que el síntoma «ansia» se mantenga dentro de límites aceptables. En la *aversión therapy* el paciente es puesto en una situación en la que el comportamiento a abandonar va asociado a una experiencia desagradable, por ejemplo, a una sensación dolorosa. El ejemplo más clásico consiste en hacer vomitar mediante una inyección de apomorfina al alcohólico que se quiere *destetar*, dándole al mismo tiempo una dosis de alcohol: es decir, con el fin de asociar el alcohol a una experiencia desagradable. Técnicas análogas se utilizan para descondicionar y reacondicionar a criminales y prisioneros políticos, y constan entre las más típicas torturas usadas en diferentes países del mundo. El libro y el film *La naranja mecánica* describen con exactitud estas técnicas, aún atribuyéndoles una eficacia que, en realidad, todavía no poseen.

Notas

Para el estudio de la psicoterapia en general, es necesario no perder de vista una doble exigencia: la de leer libros *de* psicoterapia, y la de leer textos *sobre* la psicoterapia. Un conocimiento teórico más o menos profundo de lo que hoy es la psicoterapia corre el riesgo de limitarse a un adoctrinamiento hecho de nociones técnicas: en tal caso, la psicoterapia, vista totalmente desde dentro, es fácilmente recibida de manera acrítica. En suma, se leen cosas de psicoterapia, pero la psicoterapia como institución, como situación social, como praxis real, no es cuestionada con facilidad. En la práctica, caer a plomo en la psicoterapia, significa la abstención de lanzar una mirada desprendida *sobre* la psicoterapia, que amenazaría con remover cultivadas adhesiones.

Así pues, si por una parte hay que aconsejar textos técnicos, por otra hay que leer textos críticos.

Los textos técnicos que considero más útiles a título meramente orientativo e introductorio son el viejo y conocido *Principles of Intensive Psychotherapy* de F. Fromm-Reichmann, que apareció en Nueva York en 1950, y el texto de D. H. Malan, *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres, 1963.

Los textos críticos que aconsejo son: J. D. Frank, «The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship», en *Psychiatry*, 22, febrero de 1959, págs. 117 y ss., reeditado en la antología a cargo de T. J. Scheff, *Mental Illness and Social Processes*, Harper & Row, Nueva York, 1967, págs. 168 y ss.; H. H. Strupp, «Psychoanalysis, "Focal Psychotherapy" and the Nature of the Therapeutic Influence», en *Arch. of Gen. Psychiatry*, n. 1, vol. 32, enero de 1975 (bibliografía); J. Haley, *Strategies of Psychotherapy*, Grune & Stratton, N. Y., 1963. Véase también, S. Halleck, *The Politics of Therapy*, Science House, 1971.

En el texto de M. Hammer, *To Students Interested in Becoming Psychotherapists* (que abre la antología a cargo de él mismo, *The Theory and Practice of Psychotherapy with Specific Disorders*, Ch. Thomas, Springfield, 1972) hay muchas observaciones agudas y sensatas, además de una serie de referencias bibliográficas, referentes a la importancia determinante del tipo de personalidad, del equilibrio psicológico y de la actitud del terapeuta. Sobre este mismo tema, y sobre el problema de la eficacia del tratamiento, véase también, de P. B. Smith, *The Skills of Social Interaction*, en P. C. Dodwell (a cargo de), *New Horizons in Psychology* (2), Penguin, Londres, 1972 (bibliografía). Sobre el problema de la influencia inconsciente del terapeuta sobre el

paciente véase, también para la bibliografía, el texto de J. D. Frank antes citado. Véanse también de H. Strupp, «Specific vs. non-specific factors in psychotherapy and the problem of control», *Arch. Gen. Psychiat.*, 23, 393, 1970; y (a cargo de) B. Wolman, *Success and Failure in Psychoanalysis and Psychotherapy*, MacMillan, Nueva York, 1972.

Sobre las psicoterapias de orientación psicoanalítica véanse: B. B. Wolman (a cargo de), *Psychoanalytic Techniques*, Basic Books, N. Y., 1967; W. Offenkranz y A. Tobin, «Psychoanalytic Psychotherapy», en *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 30, 5, mayo de 1974, págs. 593 y ss.; se trata de un estudio didáctico con una útil bibliografía.

Sobre las psicoterapias de grupo, hay muchos libros. Véanse: S. H. Foulkes, *Therapeutic Group Analysis*, Londres, 1964, I. D. Yalom, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, Nueva York, 1970; C. L. Sager, H. Singer Kaplan (a cargo de), *Progress in Group and Family Therapy*, Nueva York, 1972; A. L. Kadis y colaboradores, *A Practicum of Group Psychotherapy*, Harper & Row, Nueva York, 1963; M. Jones y otros, *Small Group Psychotherapy*, Penguin, Londres, 1971; H. I. Kaplan, B. H. Sadock (a cargo de), *Comprehensive Group Psychotherapy*, William & Wilkins, Baltimore, 1971.

Sobre la psicoterapia de la familia, véanse: I. Boszormenyi-Nagy y J. L. Framo (a cargo de), *Intensive Family Therapy, Theoretical and Practical Aspects*, N. Y., 1965; G. H. Zuk, I. Boszormenyi-Nagy, *Family Therapy and Disturbed Families*, Palo Alto, 1969; V. Satir, *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto, 1964; J. Haley, L. Hoffmann, *Techniques of Family Therapy*, N. Y., 1967; S. Minuchin, *Families and Family Therapy*, Londres, 1974; R. V. Speck, C. L. Attneave, *Family Networks*, Nueva York, 1973. (El trabajo que Ross Speck realiza en Filadelfia, independientemente del de Minuchin y Haley, es de especial interés porque incluye en sesiones de terapia familiar a muchas otras personas, conocidos, compañeros de trabajo, etc., es decir, en la práctica a todos aquellos que tienen relaciones directas con los diferentes miembros de la familia. En estas sesiones, que él denomina «retribalización», Speck opera una «despsiquiatrización» que es de cierto interés.) Véase además, siempre sobre la psicoterapia de la familia, el reciente *Paradosso e Controparadosso*, de M. Palazzoli Selvini y colaboradores (Feltrinelli, Milán, 1975). Interesante la crítica de G. Pearson, *Prisons of Love: the Reification of the Family in Family Therapy*, en N. Armistead (a cargo de), *Reconstructing Social Psychology*, Penguin, Londres, 1974.

Sobre los «grupos de encuentro», que constituyen de momento el artículo más vendido en el gran supermercado de las terapias no verbales para burgueses alienados y descontentos en los Estados Unidos, véanse: H. M. Ruitenbeek, *The New Group Therapies*, Avon, Nueva York, 1970; K. W. Back, *Beyond Words: The Story of Sensitivity Training and the Encounter Movement*, Basic Books, Nueva York, 1972; M. A. Lieberman, I. D. Yalom, M. B. Miles, *Encounter Groups: First Facts*, Nueva York, 1973; G. Rogers, *Carl Rogers on Encounter Groups*, Harper & Row, Nueva York, 1970. Aguda la crítica de G. Lapassade, «Le mouvement du potentiel humain», en *L'homme et la société*, n. 29-30, 1973.

Sobre la «terapia del comportamiento» véanse: H. J. Eysenck, S. Rachman, *The Causes and Cures of Neurosis*, Londres, 1965; A. Lazarus y otros, «Behavior Therapy», en *Int. Journ. Psychiat.*, vol. 9, 1970-71, págs. 113 y ss. (bibliografía); V. Meyer, E. S. Chesser, *Behavior therapy in clinical psychiatry*, Science House, Nueva York, 1970; A. Yates, *Behavior Therapy*, J. Wiley & Sons, Nueva York, 1970.

Interesante sobre las psicoterapias «autogestionadas» en ambiente institucional, de J. Durand-Dassier, *Psychothérapie sans psychothérapeutes*, Ed. de l'Epi, París, 1970.

Regresión

Un comportamiento es denominado regresivo cuando sigue los esquemas típicos de un período anterior y más inmaduro de la vida del individuo. En el caso más sencillo, nos enfrentamos a una regresión cuando reaparecen actitudes, comportamientos, estados de ánimo típicos de la infancia. Una persona puede asumir actitudes regresivas, por ejemplo, cuando se sale de sus casillas y se excita de manera estúpida; o cuando se comporta de manera infantil frente a la reprimenda de un superior; de la misma manera, también es típicamente regresivo el comportamiento de quien, a consecuencia de una desilusión, se mete en cama e intenta gratificarse comiendo pasteles. También los viejos dementes *retroceden* –por motivos sobre todo biológicos– a comportamientos infantiles; todos los niños hacen regresiones con facilidad a causa de frustraciones, sobre todo si tienen problemas neuróticos, y si experimentan sentimientos de abandono. La tendencia a la regresión es un aspecto de la psicología normal: la vida y la psicología cotidiana son una mezcla inextricable de comportamientos, actitudes y hábitos sedimentados en épocas diferentes de la vida, y muchas veces de origen típicamente

infantil. Todos tenemos momentos de regresión psicológica cuando descansamos o «nos dejamos ir»; poquísimas personas resisten a la tentación de comportarse de manera infantil cuando están de vacaciones (y estas pocas personas son dignas de lástima); todos hemos experimentado un estado de ánimo de feliz regresión si, con motivo de una enfermedad, nos asisten y miman; finalmente, existe con frecuencia un sano aspecto de regresión en determinados aspectos de la relación del cuerpo con la naturaleza. La regresión es normal; saber practicarla es un factor necesario de aquel «crecimiento» psicológico, es decir, de aquel impreciso «madurar» de la personalidad que, al menos en teoría, no concluye con el final de la adolescencia. La regresión sirve para conservar un mínimo de equilibrio en una sociedad que no la autoriza si no es en formas pobres e institucionales. (El alcoholismo, la pasión deportiva, la agresividad automovilística pueden ser considerados ejemplos de formas pobres de regresión.)

Es obvio que sólo resulta posible hablar de regresión «por diferencia» respecto a un comportamiento anterior. Un individuo perpetuamente pueril sólo puede ser considerado un regresivo crónico en la medida en que pueda demostrarse que este comportamiento es un *retorno* respecto a un período de vida en que su comportamiento era más maduro.

La regresión puede ser considerada «anormal» en la medida en que *no sirva* al individuo, sino que, por el contrario, contribuya a aumentar sus dificultades. Más en general, es uno de los modos típicos de respuesta a las situaciones psicológicas que aparecen como irresolubles o fuertemente confusas, difíciles o frustrantes. Cuando se presenta bajo el aspecto de un comportamiento de breve duración y como reacción inmediata y comprensible a acontecimientos imprevistos, graves o incluso catastróficos, la regresión puede estar más o menos acentuada y llegar a provocar daños, pero casi nunca es un problema psiquiátrico realmente serio. El problema mayor nace cuando los comportamientos regresivos se manifiestan con excesiva facilidad y pasan a ser recurrentes, pero sobre todo cuando se convierten en una *estructura de comportamiento habitual*.

La forma más típica de comportamiento regresivo «agudo» es el *acting out*. Se indica con este término (al pie de la letra: «actuar fuera») un comportamiento imprevisto, y de componente agresivo (como puede ser una explosión de rabia, un impulso «de romperlo todo», o incluso una agresión verbal), caracterizado por un cierto tono inadecuado, inoportuno y pueril, y, en todo caso, por una parcial caída de las barreras del sentido común y, muchas veces,

de las del ridículo. Los *acting out* son típicos de algunas personalidades psicopáticas «sociopáticas» impulsivas y son frecuentes en los alcohólicos, pero cualquiera puede ser víctima de ellos si concurren una serie de circunstancias objetivas y psicológicas que, por otra parte, son intuitivas.

Las regresiones crónicas, y las recurrentes y habituales, siempre son un hecho más serio, sobre todo cuando son evidentes y acentuadas. Se habla de regresión neurótica cuando aparece un comportamiento regresivo recurrente, pero no continuado y de gravedad relativamente menor: son ejemplos de regresiones neuróticas muchas *enuresis nocturnas secundarias* de la infancia (pérdida del control nocturno de la orina en un individuo que ya lo había adquirido), la tendencia a recurrir a gratificaciones orales (comer, fumar, chuparse el dedo pulgar) después de frustraciones, la aparición de comportamientos neuróticos «caprichosos» en los adolescentes (y también en los adultos) y así sucesivamente. La regresión psicótica es mucho más grave. Se manifiesta como un comportamiento que aparece, incluso para un observador superficial, más profundamente alterado; en este caso existe además, casi siempre, un trastorno estable de la comunicación simbólica, o sea, del lenguaje. En los casos más típicos, la regresión psicótica está presente en las formas más extremas y graves de la esquizofrenia: el sujeto no habla y parece incapaz de comprender el lenguaje, presenta incontinencia de heces y orina, muchas veces juega con los excrementos, se manifiesta incapaz de comer por sí solo, y fácilmente desea alimentarse chupando, como un niño pequeño. También hay importantes aspectos de regresión en muchos otros casos de esquizofrenia, incluso menos graves: por ejemplo, en el comportamiento llamado *hebefrénico* (muy común en la esquizofrenia inicial juvenil) el sujeto asume comportamientos fatuos, pueriles, excitados, caprichosos, y hace una regresión incluso en el plano del lenguaje, acabando frecuentemente por asumir los modales de un niño de 3-4 años. Sin embargo, la condición hebefrénica no puede ser interpretada exclusivamente como una forma de regresión.

También se observan aspectos de regresión psicótica en los niños internados en instituciones asistenciales, en los internados crónicos de los manicomios, en los campos de concentración y en las cárceles. En tales casos, la regresión se manifiesta fundamentalmente como una cerrazón en sí mismo con disminución o desaparición del lenguaje voluntario, y con aparición de movimientos rítmicos del cuerpo que tienen una función autogratificatoria (por ejemplo, balanceos del tronco, repetidos indefinidamente durante horas y horas). También puede aparecer regresión en la depresión grave. Formas de

regresión psicótica más o menos duradera se pueden observar en ocasiones en los individuos que han sobrevivido a catástrofes.

En todos estos casos, se capta uno de los aspectos fundamentales de la psicología de la regresión: la regresión es una forma de defensa, es una fuga de la realidad actual, es buscar instintivamente refugio en el pasado, en una condición psicológica anterior, más elemental, y también más protegida. Regresión también es un intento de anestesiarse, de abstraerse de una relación directa con el presente, de hundirse en un estado de ánimo más acolchado y menos consciente.

En determinados casos, la regresión psicótica debe ser en cierto modo protegida; según algunos, puede ser incluso estimulada. El viaje en el pasado, en busca de estados de ánimo y de experiencias olvidadas, es considerado por algunos como potencialmente terapéutico. Muchos esquizofrénicos parecen manifestar la exigencia de operar esta regresión para encontrarse a sí mismos y recorrer las etapas de su vida, en busca de la propia identidad. Pero estimular un «viaje» de ese tipo significa asumir una responsabilidad grave: es una experiencia de la que no se puede volver atrás; e incluso cuando se produce una «recuperación», no está en absoluto demostrado que la persona se haya convertido por ello en más madura o «completa» que antes.

Como viaje dentro de uno mismo y en el propio pasado, la regresión esquizofrénica jamás se realiza en el vacío, es decir, de manera independiente respecto a la continuación de una serie de relaciones sociales: esto sucede incluso cuando el esquizofrénico parece totalmente desarraigado de la realidad. Por dicho motivo, carece de sentido preguntarse si es justo dejar que el esquizofrénico «regrese libremente»: la regresión nunca es libre, nunca sigue autónomamente sus propias leyes internas, porque siempre se desarrolla en un determinado ambiente social, con relaciones interpersonales que influyen en todo momento sobre ella.

Notas

El concepto de regresión encuentra su definición clásica en el psicoanálisis, donde tiene un significado más estricto y específico del que hemos expuesto anteriormente. También el concepto de *acting out* procede del freudiano *agieren*, pero, en ocasiones, sobre todo en los autores norteamericanos, se ha extendido hasta la inflación, como por ejemplo en la antología realizada por L. A. Abt y S. L. Weissman, *Acting Out*, Gruñe & Stratton, Nueva York,

1965. También diversa es la utilización, por parte de los autores franceses, del término *passage a l'acte*.

Socioterapia

Término de significado genérico e impreciso, que designa las formas de terapia psiquiátrica caracterizadas por la interacción de varias personas, de grupos o de colectividades enteras. Así pues, la socioterapia incluiría muchas cosas: la psicoterapia de grupo y de la familia, la «ergoterapia» (terapia mediante actividades colectivas de trabajo), la llamada terapia ocupacional, la comunidad terapéutica, y así sucesivamente. Cabe observar dos cosas: por una parte, estas diferentes situaciones terapéuticas y formas organizativas de las instituciones psiquiátricas son heterogéneas entre sí, y, por consiguiente, no se ve ningún motivo para que todas deban incluirse bajo una única etiqueta; y, por otra parte, *toda* la psiquiatría moderna y «avanzada» funciona en un sentido «social», e insiste en los mecanismos terapéuticos de interacción entre varias personas. Así pues, la misma utilidad del término es discutible.

Nota

M. Edelson, *Sociotherapy and Psychotherapy*, Univ. of Chicago Press, 1970.

Terapias físicas

Las terapias psiquiátricas pueden dividirse en psicológicas (psicoterapia), químicas (psicofármacos), físicas (terapias de shock y psicocirugía).

Las terapias físicas son ciertamente las formas de intervención más toscas, menos «científicas», más ciegas y brutales, así como las que ofrecen menos resultados curativos. Su origen (y también su esencia) debe buscarse en los intentos de los médicos de los siglos XVIII y XIX de influir en el cerebro enfermo centrifugando al paciente en aparatos adecuados, enfriándole con agua helada, sometiéndole a sangrías inmensas, etc. Ninguna forma «moderna» de terapia física está basada en criterios más racionales: por el contrario, las terapias físicas modernas son probablemente más destructivas que las antiguas, en el sentido en que pueden causar con facilidad daños permanentes e irreversibles al cerebro.

La lógica de las terapias de shock sigue siendo sustancialmente la de dar un puntapié a la televisión de casa cuando funciona mal: o mejor dicho, y más propiamente, cuando transmite programas que no nos gustan.

El shock insulínico, que sigue siendo utilizado en Francia y en Italia (pero ¿cuánto pesan en esto los intereses de los fabricantes de insulina?), consiste en provocar en el paciente un coma hipoglucémico mediante insulina para despertarle después, antes de que muera, con azúcar. Los esquizofrénicos, sobre todo si son jóvenes y están en una fase inicial, tienen al despertar una actitud de comunicación y de atención que puede utilizarse desde un punto de vista psicoterapéutico; quizá sea éste el motivo por el que pueden existir en muchos de estos casos unas mejorías transitorias. Con el tiempo, sin embargo, el destino de las personas tratadas con insulina es idéntico al de las no tratadas; además, de vez en cuando el coma insulínico es mortal.

El electroshock consiste en hacer pasar por un instante a través de las sienes del paciente una corriente alterna normal, cosa que provoca la pérdida del conocimiento y una violentísima crisis epiléptica. El paciente pasa después a un sueño profundo, y cuando se despierta está confuso y no recuerda nada de lo ocurrido. Este hecho, unido al uso de la narcosis, permite practicar la *electroshock-therapy* (EST) sin que lo sepa el interesado, cosa de que los psiquiatras se aprovechan ampliamente. Repitiendo con frecuencia los shocks en el período de 2-3 días, el paciente queda atontado, pasivo, perplejo, angustiado y confuso; a continuación no recuerda nada de este período. Esto permite a los psiquiatras *calmar* a cualquier paciente en 2 días (incluso con dosis masivas de psicofármacos hacen falta a menudo varios días): el método es muy usado en los manicomios y quizá todavía más en la clínicas psiquiátricas privadas.

De esta manera, el paciente es deshistorizado, anulado como persona, privado de su voluntad y de sus recuerdos: se convierte, por tanto, en el paciente manicomial ideal, pronto para ser modelado por los psiquiatras y la institución. Por otra parte, el EST también es utilizado de manera menos sistemática. No es raro ver en los diarios manicomiales anotaciones como ésta: «Hoy ha dado un puñetazo al enfermo X: dos aplicaciones de EST»; «Hoy también ha estado violento: EST». Es probable que el tratamiento determine lesiones cerebrales: y posible que numerosas aplicaciones, aunque ejecutadas con cierto intervalo, determinen daños tales que repercutan de manera permanente en las prestaciones intelectuales. Pese a todo ello, el EST quizá sea la única terapia física que resulta alguna vez realmente terapéutica,

aunque todos ignoren los motivos: en algunos casos de depresión grave resistente a los psicofármacos o a otras terapias, 4-5 aplicaciones espaciadas en el período de 2-3 semanas pueden devolver el paciente a su normalidad; así pues, es posible que el EST tenga en ocasiones alguna justificación en crisis psicóticas agudísimas de tipo esquizofrénico y/o confusional, refractarias a otras terapias. Se trata, sin embargo, de indicaciones que hoy no son frecuentes, y más bien excepcionales: las terapias farmacológicas de que se dispone actualmente permiten en la práctica prescindir del EST, y muchos psiquiatras, conscientes del enorme abuso que se hace de este método de terapia física, sostienen con razón que sería mucho mejor suprimirlo para siempre y en todos los casos.

La psicocirugía es el intento de modificar y controlar el comportamiento mediante intervenciones quirúrgicas en el cerebro. La intervención más conocida es la lobotomía frontal: se cortan los lóbulos frontales y el individuo se convierte en más indiferente, pierde toda posibilidad creativa, tiene escasa iniciativa, y tiende a vivir al día. Muy en boga hace unos años, especialmente en Estados Unidos, la lobotomía carece –ahora ya de manera evidente– del menor significado terapéutico. Existen, sin embargo, intentos recientes de relanzarla junto a otros métodos psicoquirúrgicos. También en los Estados Unidos se han hecho experiencias con electrodos de aguja implantados permanentemente en núcleos cerebrales concretos y ligados, a través de un transistor radiotransmisor fijado en el cráneo, a un calculador electrónico: cuando los potenciales eléctricos cerebrales espontáneos observados a través de los electrodos asumen una cierta forma que anuncia el inicio de actitudes hostiles y agresivas, el computador envía automáticamente, a través del mismo camino, estímulos eléctricos que bloquean los centros nerviosos interesados.

Notas

Los argumentos de los autores que se han ocupado del electroshock con especial pasión (Kalinowski en primer lugar, y en Italia Balduzzi) en favor de una «no probada» lesividad de un gran número de aplicaciones en el cerebro humano no parecen excesivamente convincentes. En los Estados Unidos es una praxis corriente, en estudios teóricos y en medicina legal, considerar a los individuos que han estado sometidos a lo largo de su vida a más de un determinado número (20 o 30) de aplicaciones de EST como posibles portadores de deterioro mental por lesión orgánica cerebral.

La absoluta ineficacia a medio y largo plazo del tratamiento con shock insulínico es hoy un dato universalmente aceptado, después del estudio de P. H. Hoch en 1958. (Se pueden encontrar datos bibliográficos en cualquier buen tratado de psiquiatría.)

Desde hace unos 15 años, se habla cada vez menos de la lobotomía. Es importante el estudio catamnético de M. Risso, K. Poeck, O. Creutzfeldt, G. Pilleri, *Katamnestiche Untersuchungen nach frontaler Leukotomie*, Karger, Basel, 1962. Según los autores de la sección IV de la antología a cargo de J. Agel, *Rough Times*, Ballantine, Nueva York, 1973, existe en la actualidad un nuevo auge del uso de la lobotomía en los Estados Unidos, junto a técnicas psicoquirúrgicas más «modernas». A propósito de éstas, véase H. Terzian y R. Meneghini, «La psicocirurgia», en *Sapere*, n.º 777, diciembre de 1974. Como resulta de ese texto, la estimulación del cerebro mediante electrodos radiodirigidos es ya una realidad en el hombre; tengo noticias directas de que la asociación radiocomando-computer, descrita anteriormente en el texto, ya es una realidad en los monos en algunos laboratorios norteamericanos, y es considerada técnicamente factible en el hombre. Para quien esté informado de la facilidad y el cinismo con que algunos científicos estadounidenses llevan a cabo bien pagados experimentos sobre los seres humanos no deberían existir muchas dudas sobre la verosimilitud de la hipótesis de que la cosa ya haya sido intentada, obviamente sin publicidad, también en los seres humanos. La novela de Michael Crichton, *The Terminal Man* (de la que también se ha sacado un film), describe de manera bastante exacta y bien documentada un experimento de este tipo, que sólo aparentemente es de ciencia-ficción.

Toxicomanía

Se entiende por toxicomanía una situación de dependencia (y, en segundo término, de hábito) respecto al consumo habitual de una sustancia tóxica que provoca alteraciones transitorias del estado de consciencia, y daños permanentes en el organismo.

Se habla de *dependencia del tóxico* cuando el individuo, además de introducir establemente en sus propias costumbres la sustancia tóxica, está psicológicamente condicionado por su uso hasta el punto de que sin ella sólo consigue desarrollar con dificultades sus actividades cotidianas.

Adicción significa que el organismo del individuo ha acabado por insertar la sustancia tóxica en su metabolismo, hasta el punto de exigir dosis cada vez mayores de ella y de presentar trastornos, es decir, *síntomas de abstinencia*, si es privado repentinamente de ella.

Los límites de lo que se entiende habitualmente por toxicomanía son muy confusos, aparte que una definición precisa y satisfactoria sólo puede ser convencional. Si bien es cierto que la dependencia del tóxico es lo que caracteriza fundamentalmente la toxicomanía, también lo es que en la mayoría de los casos y en todos los más graves existen asimismo problemas de adicción. La utilización esporádica de sustancias tóxicas con fines placenteros no constituye toxicomanía: por otra parte, *quien se convierte en toxicómano descubre que lo es cuando ya es tarde*. Todos los toxicómanos se han ilusionado, al principio, con poder interrumpir en cualquier momento la utilización de la sustancia tóxica: el paso del uso esporádico al habitual y, por tanto, a la toxicomanía, es en general inconsciente, gradual y fácil. Forma parte de la psicología del toxicómano minimizar su dependencia respecto al tóxico e ilusionarse con poder, por su cuenta, interrumpir su consumo habitual con la mera fuerza de la voluntad: contribuye a esta ilusión el hecho de que muchos toxicómanos consigan abstenerse durante breves períodos. Salvo en las fases muy iniciales de las toxicomanías, ningún toxicómano es capaz de curar definitivamente por su cuenta y con ayuda exclusiva de su voluntad, es decir, sin una ayuda externa. Se tiende generalmente a atribuir este hecho a la adicción, más que a la dependencia: en realidad, los mecanismos psicológicos (y, en especial, psicológico-sociales) de dependencia del tóxico son tenacísimos y no deben subvalorarse. La tendencia a tomarse en serio sólo los trastornos físicos (en este caso, los de adicción) y a considerar los problemas psicológicos (la dependencia) como «dominables por la voluntad» es aquí, al igual que en otros casos, un error.

En el comportamiento del toxicómano es posible verificar con especial claridad la existencia de un problema psicológico que constituye uno de los enigmas fundamentales de la psiquiatría: la tendencia a volver a repetir muchas veces esquemas de comportamiento claramente fallidos. En términos ligeramente técnicos, se puede sostener que los toxicómanos, al igual que los demás, tienen la tendencia a metahistorizar una situación de jaque mate, y de crisis, ritualizándola a través de la repetición. Pero en muchos casos, sobre todo en alcohólicos y heroínómanos, la toxicomanía, de un determinado punto en adelante, se convierte en voluntad de muerte: es decir, en la práctica de un progresivo suicidio.

La toxicomanía más habitual, y socialmente la más grave en el mundo occidental, es el alcoholismo. Las toxicomanías de estupefacientes son especialmente dramáticas por varios motivos: por la facilidad con que se instauran; porque la dosis cotidiana exigida por el toxicómano tiende fácilmente a aumentar; por sus consecuencias sociales; porque los síntomas de abstinencia son especialmente precoces y penosos. Otra toxicomanía quizá no menos grave es la de psicoestimulantes. En la actualidad, se va difundiendo muchísimo la toxicomanía de psicofármacos.

La marihuana, el hashish y el LSD no provocan adicción, y muy raramente dependencia. La casi totalidad de los que los utilizan en el mundo occidental no deberían ser considerados toxicómanos. El LSD es la menos inocua de estas últimas sustancias sobre todo en la medida en que su utilización frecuente puede facilitar a veces la aparición de trastornos de tipo esquizo-frénico; la marihuana y el hashish, en las dosis usadas habitualmente, son prácticamente carentes de toxicidad. La marihuana o «hierba» y el hashish proceden de una planta, el cannabis o cáñamo indio, que contiene como principio activo más importante el tetra-hidro-cannabinolo (THC), de acción embriagadora. La utilización del cannabis es conocida desde hace miles de años; los psiquiatras del siglo XIX la aconsejaban con fines terapéuticos; George Washington la cultivaba (como resulta de su diario) en su jardín; intelectuales y escritores la utilizaban con absoluta libertad incluso en el presente siglo: sólo recientemente, y precisamente en los años 30, fue puesta fuera de la ley. Se habla de liberalizarla; en muchos países, esta liberalización ya existe de hecho. Estas sustancias son llamadas en ocasiones «drogas blandas» o «drogas ligeras»: son criticables en cuanto favorecen, sobre todo si se utilizan con frecuencia, una actitud evasiva, pasiva y contemplativa respecto a la existencia.

Prevalentemente dependientes, y sólo marginalmente adictos, son los fumadores de tabaco: muchos de ellos no son auténticos toxicómanos. (La mayoría de los fumadores consiguen dejar de fumar de un día a otro si lo desean realmente, por su cuenta y sin que aparezcan trastornos.) En la actualidad, surgen asimismo con bastante frecuencia toxicomanías de calmantes de la tos, y fármacos para adelgazar. Algunos individuos ingieren o se inyectan más de una sustancia. Son también bastante frecuentes los toxicómanos inconscientes de antineurálgicos (sobre todo Optalidon).

El término *droga* es muy impreciso, impropio, y en definitiva inútil. Se tiende a abusar del término *drogado*, que debería ser sustituido por una utilización restringida y pertinente del término *toxicómano*. Las causas principales de las toxicomanías residen por una parte en la promoción comercial (legal o ilegal) de las sustancias tóxicas, promoción que, en general, permite beneficios elevadísimos; por otra, residen en las contradicciones sociales que favorecen la búsqueda de ilusorias evasiones subjetivas.

Los daños individuales provocados por las toxicomanías se deben a varios factores: a la toxicidad (extremadamente variable) de las sustancias introducidas en el organismo; a las consecuencias psicológicas y psicosociales, entre las cuales está la marginación social; a los actos antisociales muchas veces para procurarse estupefacientes; a la represión psiquiátrica y policíaca. Existen en ocasiones intoxicaciones mortales de sustancias que provocan toxicomanía: por ejemplo, el alcohol y la heroína, en especial en los jóvenes.

El tratamiento de las toxicomanías, y sobre todo del alcoholismo y de la intoxicación por estupefacientes, debería hacerse en centros idóneos, capaces de asegurar entre otras cosas el anonimato de los asistidos, y por personal experto, pero no siempre necesariamente a través del internamiento y de la coerción. La premisa necesaria y el fundamento de cualquier terapia de una toxicomanía es la decidida voluntad del interesado de «salir de ella», de curar; sin esto no es posible hacer casi nada. El internamiento de los toxicómanos en un hospital psiquiátrico es, en general, ineficaz, tanto porque en la mayoría de los casos consiguen procurarse el tóxico pese a estar internados, como porque la situación manicomial provoca con frecuencia reacciones psicológicas y sociales que empujan a volver a la toxicomanía después del abandono. El problema terapéutico concierne efectivamente a la desadicción, pero también es, sobre todo, la ruptura de los mecanismos psicológicos que mantienen la dependencia: en este caso, existe casi siempre la necesidad de una ayuda sistemática, capaz, válida, continuada y enérgica por parte de otras personas (y posiblemente por parte de un psicoterapeuta), e, invariablemente también, la necesidad de un cambio de hábitos y de orientaciones de vida. No pocas veces, el cambio de tipo de vida resulta incluso el factor terapéutico fundamental. La educación política es uno de los instrumentos más preciosos para la terapia de las toxicomanías, y los grupos militantes deberían interesarse activamente en ello. La toxicomanía de estupefacientes que en un tiempo era patrimonio (en el mundo occidental) sobre todo de la burguesía, va difundiéndose actualmente entre los jóvenes proletarios y subproletarios.

La prevención a través de iniciativas estatales respecto a las toxicomanías (o sea, la lucha sistemática contra sus causas) es muy difícil, si no imposible, en una sociedad que, a través de la TV, el espectáculo, la publicidad de bebidas alcohólicas y la promoción de psicofármacos y otras sustancias, facilita activamente todas las formas posibles de evasión individual y de auto-intoxicación, aunque luego castigue algunas de ellas de manera bastante irracional. La necesidad de crear falsas necesidades, que alejen a cada uno de la percepción de las reales contradicciones sociales, forma parte del propio mecanismo del Estado capitalista. El Estado no tiene un interés real en la prevención: entre otras cosas, los estupefacientes son producidos y difundidos a través de poderosas organizaciones internacionales que siempre gozan de protección y de complicidad a niveles muy elevados; en algunos Estados son los propios gobiernos quienes promueven abiertamente la producción y la difusión de estas sustancias. Con mucha frecuencia (y este hecho ha sido denunciado también en Italia) los distribuidores de heroína actúan impunemente bajo los ojos de la policía, que se limita a arrestar inocuos consumidores de hashish y, más raramente, intermediarios y distribuidores de nivel medio. A niveles más bajos, la policía se sirve con mucha frecuencia de toxicómanos (bien haciéndoles chantaje, bien impidiéndoles comprar los tóxicos a los que están habituados) para obtener informaciones, delaciones y provocaciones, así como en ocasiones favorece la difusión de estupefacientes en ambientes juveniles que de otro modo emprenderían el camino de una oposición concreta y políticamente consciente. Además, tanto los estupefacientes como todas las sustancias consideradas «drogas» constituyen un excelente pretexto para arrestar —en el momento preciso— y descalificar ante la opinión pública jóvenes concretos o ambientes específicos considerados disidentes, aparte crear campañas alarmistas útiles para otorgar mayores poderes a la policía.

El probable futuro aumento del alcoholismo y de las toxicomanías de estupefacientes debe ser visto en este marco de poder, además de, naturalmente, como intento de respuesta (individualista y falsamente anestésico) por parte de los individuos concretos a los aspectos más inhumanos e insostenibles de la vida que están obligados a vivir.

Véanse asimismo: *Alcoholismo; Estupefacientes; Psicofármacos.*

Notas

Sobre las toxicomanías en general, véase el excelente libro de M. M. Glatt, *A Guide to Addiction and its Treatment*, Med. Tech. Publishing Co., Lancaster, Inglaterra, 1974.

Sobre el opio y derivados, y su mercado, véase C. Lamour, M. R. Lamberti, *Les grandes manoeuvres de l'opium*, Seuil, París 1972. Sobre las «drogas blandas», véase B. Wells, *Psychedelic drugs: psychological, medical and social issues*, Penguin, Londres, 1973; sobre la cannabis existen en la actualidad muchos estudios minuciosos, que confirman su inocuidad sustancial: entre éstos, es bueno y equilibrado un volumen escrito por un psiquiatra, L. Grinspoon, *Marihuana reconsidered*, Harvard Univ. Press, 1971. Sobre la terapia de las toxicomanías de estupefacientes, véase, de AA.VV., *Psychotherapy and Drug Addiction*, MSS Information Co., N. Y., 1974 (interesante asimismo el segundo volumen, dedicado al problema del tratamiento institucional). Siguen siendo interesantes, aunque ya no sean actuales, los siguientes: M. Rusconi y G. Blumir, *La droga e il sistema*, Feltrinelli, Milán, 1972; L. Cancrini, M. Malagoli, G. P. Meucci, *Droga, chi come perché e soprattutto che fare*, Sansoni, Florencia, 1972; L. Cancrini (a cargo de), *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori, Milán, 1973.

Sobre la toxicomanía de barbitúricos, véase H. Isbell, «Addiction to Barbiturate and the Barbiturate Abstinence Syndrome», *Arch. Neur. Psychiat.*, 64, 1, 1950. Sobre el tabaco, véase M. A. Russell, «Cigarette smoking: natural history of a dependence disorder», *Brit. J. Med. Psychol.*, 44, 1, 1971. Sobre el alcoholismo y sobre los psicofármacos, véanse las voces relativas.

Por otra parte, ahora existen muchísimos textos sobre las toxicomanías, y son fácilmente accesibles: si se excluyen las peligrosas idioteces de algunos «burocratas» ministeriales italianos y de sus «expertos», existe actualmente en el mundo una cierta relativa uniformidad de puntos de vista sobre los principales problemas de las toxicomanías, y de las «drogas blandas». Esta uniformidad va de las aclaraciones científicas ofrecidas a los jóvenes en las principales revistas de contracultura *underground*, y en algunos diarios políticos (excelente la página 3 del *Quotidiano dei lavoratori* del 28 de marzo de 1975), hasta las mejores y más serias investigaciones y publicaciones anglosajonas sobre el tema.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Ya se han dado indicaciones bibliográficas «por temas», es decir, al final de cada capítulo y de las voces principales del «diccionario». No se trata obviamente de una bibliografía completa. Gran parte de las indicaciones contenidas en cada *Nota* han sido ofrecidas especialmente para encaminar al lector a otras informaciones y a las necesarias profundizaciones; en cambio, una parte sirve sobre todo (como se entiende en cada caso leyendo la nota) para motivar mejor, explicar, profundizar y documentar pasajes específicos del texto.

Parte de las referencias bibliográficas son libros y artículos en inglés (una pequeña parte obras en alemán y francés) no traducidas al español. Temo que hoy le sea difícil a cualquier licenciado acceder a un buen nivel de competencia profesional en cualquier tema si no conoce el inglés: pero me doy cuenta de que no siempre es fácil procurarse y leer un texto extranjero. Pero casi siempre se ha tratado, diría, de referencias bibliográficas inevitables: por otra parte en estos momentos se traduce en Italia muchísima literatura psiquiátrica anglosajona, y parte de la que todavía no ha sido traducida lo será posiblemente en los próximos años.

Quisiera ahora subrayar un punto importante. En las notas escritas al final de los capítulos, pero sobre todo en las referentes a las voces concretas del «diccionario» existe a menudo un «agujero» obvio, una ausencia: es decir, faltan las referencias a los textos donde se pueden encontrar las nociones psiquiátricas más comunes y más obvias: las nociones, en fin, que constituyen el contenido de los tratados de psiquiatría. Así pues, existen muchas voces del «diccionario razonado» sin nota bibliográfica o en las que ésta es muy reducida: son aquellas voces en las que considero que puede conseguirse perfectamente una mínimamente digna profundización del tema limitándose a consultar un tratado de psiquiatría, sin necesidad de recurrir a artículos y monografías.

Así pues, cada voz específica del «diccionario razonado» remite, automáticamente y en primer lugar, a lo que se puede encontrar fácilmente sobre el tema en cualquier manual corriente o tratado moderno. En especial, en un texto usual de psiquiatría se encuentran muchas informaciones de genética, de epidemiología, datos estadísticos, hipótesis y teorías técnicas de las diferentes escuelas psiquiátricas, nociones sobre las lesiones cerebrales en las psicosis orgánicas y sobre las alteraciones bioquímicas que se manifiestan en

el organismo humano en el curso de los diferentes trastornos psíquicos: todos ellos temas voluntariamente dejados de lado en este «manual crítico». Un buen tratado o manual tradicional de psiquiatría siempre es útil, con tal de que se sepa utilizar con espíritu crítico y con una serie de orientaciones previas, para no correr el peligro de perderse en un montón de nociones muchas veces anticuadas y otras desorientadoras.

Los mejores tratados que conozco son el *American Handbook of Psychiatry*, a cargo de Silvano Arieti; y, en segundo lugar, el *Manuel de psychiatrie* de Henri Ey, Bernard y Brisset. Es lógico pensar que conviene añadir a éstos un texto de psiquiatría de la infancia. En la actualidad, la pedipsiquiatría ya es una ciencia autónoma, y, en realidad, apenas la he tratado en este libro, pero es evidente que no es posible ignorarla en el ámbito de un estudio más profundo. Véase, de J. De Ajuriaguerra, *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, Maspero, París, 1971.

En mi opinión, los tratados y los libros gruesos deben ser consultados, no estudiados: dominar una materia significa más exactamente saber dónde buscar cuando se necesita una información y no tenerla toda metida en la cabeza. En general, por otra parte, estudiar la psiquiatría es una cosa que se puede hacer mucho mejor si se evita al pasar mucho tiempo en los tratados. La profundización teórica de esta disciplina pasa más bien a través de otros itinerarios bibliográficos, que casi siempre uno acaba por construirse por su cuenta.

Pero ¿existen itinerarios de lectura aconsejables a los principiantes? Es fácil provocar escarmentos. Yo quisiera proponer dos itinerarios a elegir: uno más serio, formativo, tradicional, y largo; otro más ágil, informativo y superficial.

El *itinerario largo* que aconsejo es el que sustenta básicamente el estudio de la psiquiatría en el conocimiento de problemas que no pertenecen a la psiquiatría, sino a la sociología y a la psicología. (Creo que es de estas disciplinas, mucho más que de la medicina, de donde hay que partir para estudiar seriamente la psiquiatría.) En las notas al capítulo tercero, a propósito de la desviación, hay varias indicaciones de lecturas sociológicas que tienen un específico interés propedéutico para la psiquiatría. En cambio, para lo que se refiere a la psicología, remito a las notas de la voz *Psicología, psicopatología* del «diccionario razonado».

La crítica a los hospitales psiquiátricos se lo debe casi todo a los sociólogos, y creo que no es posible acercarse a la psiquiatría sin conocer lo mejor posible la realidad manicomial. Sobre los manicomios y, secundariamente, sobre las demás estructuras de asistencia pública psiquiátrica, véanse las notas al capítulo cuarto.

Por el lugar que ocupa no sólo en la psiquiatría sino también en la cultura moderna, debe conocerse el psicoanálisis, y no hay motivos para no leer a Freud que, por otra parte, es un gran escritor. De todos modos, aconsejaría al estudiante que hiciera preceder la lectura directa de Freud de *al menos* el libro de Ellenberger tantas veces elogiado. En caso contrario, se corre el riesgo de no situar a Freud en su época y de recibir su mensaje de manera acrítica y dogmática. (Personalmente, creo que conviene tener ante el psicoanálisis una actitud crítica, o bien –si se me permite la paradoja– de equilibrada ambivalencia.)

Pasada la tierra psicoanalítica (y esperando, pues, que uno no elija morada fija en ella, seducido por sus crestas y articuladas seguridades) los itinerarios son *ad libitum* para un lector-viajero ya avezado y con ideas propias en la cabeza, sin necesidad de guías turísticas ni freudianas ni de otro tipo. (Sin embargo, le daría una vez más el consejo de visitar bien los títulos citados en la voz *Psicoterapia*.)

El *itinerario breve* que aconsejo es muy diferente del primero, aún sin ser en absoluto incompatible; es más rígido y preciso, y puede parecer unilateral. Tiende a procurar velozmente algunos instrumentos esenciales de investigación y de crítica de las estructuras de las relaciones interpersonales, y lleva al lector sin tantos preámbulos al centro mismo de los territorios especializados. A quien sólo conoce mi libro de psiquiatría (o, más razonablemente, ha saltado a través de sus páginas), sin saber nada más, le aconsejo en primer lugar que lea *Knots* de Laing. No es un libro de psiquiatría (pero tampoco un libro de poesía, contrariamente a lo que cree el editor italiano): es, sobre todo, una serie de esquemas de relaciones interpersonales, sobre los cuales es muy útil meditar. A continuación, un libro que en muchos aspectos es del mismo filón: *Pragmatics of Human Communication* de Paul Watzlawick, Beavin y Jackson. Pese al título áspero, este libro no es difícil ni aburrido. Después aconsejo pasar a *Madness, Sanity and the Family* de Laing y Esterson, que introduce, acaso con una rapidez algo cinematográfica, a la comprensibilidad de la esquizofrenia.

Estos libros dan una respuesta en términos de dinámicas fundamentalmente interpersonales al problema del trastorno psíquico, y creo que una orientación de ese tipo debe adquirirse con la mayor solidez posible sobre todo por un neófito de la psiquiatría, incluso teniendo en cuenta la tendencia natural, que resurge siempre, a considerar los problemas psicológicos y psicopatológicos como algo totalmente interno al individuo concreto.

Después aconsejaría leer, sobre las instituciones psiquiátricas, al menos *Asylums* de Goffman; y de psicoanálisis al menos las *Vorlesungen* (1916-17) y las *Neue Folge* (1933) de Freud. Y para terminar este itinerario realmente mínimo, la antología a cargo de Laura Forti sobre la «nueva psiquiatría»: *L'altra pazzia*, Feltrinelli, Milán, 1975. (Y, a continuación, si se quiere, los textos sobre psicoterapia ya recordados.)

En el futuro, debería ser posible escribir libros mucho menos aburridos y de tipo diferente, libros con videocassete, etc. Un grupo de psicólogos «radicales» norteamericanos ha compilado un libro que se llama *Psychosources* que es una útil reseña de recensiones y de fuentes bibliográficas. Debería ser posible hacer un texto de psiquiatría un poco de la misma manera (siempre que su precio de venta no resultase después, aquí, demasiado caro). Pienso en un almanaque de gran formato, dividido alfabéticamente por temas, menos fragmentario que *Psychosources*, pero lleno de recensiones, citas, esquemas y gráficos, figuras, artículos y fragmentos de artículos, textos confrontados, juicios provocadores, referencias a films conocidos, cartas, etc.: no más serio, en fin, de cuan seria es en realidad la psiquiatría, pero quizá más vivo y estimulante que los textos habituales.