

Editorial. La construcción del discurso psiquiátrico

Manuel Desviat

No hay una psiquiatría ateórica, por mucho que se empeñen los manuales de la American Psychiatric Association (DSM). Como no hay un pensamiento apolítico. Ni mucho menos ahistórico. Para conocer una teoría científica es preciso frecuentar su historia, rastrear en los orígenes de sus elementos constituyentes, en el contexto donde crecieron sus descubrimientos científicos. Es preciso conocer dónde se estancaron o fueron reemplazados sus programas de investigación, dónde eclosionaron sus paradigmas, las rupturas epistemológicas que usara Kuhn para la matemática y la física y que se han generalizado para conceptuar la evolución de buena parte de los desarrollos científicos.

Verdades siempre provisionales, inconclusas; la razón científica, al contrario que la razón ideológica, es siempre una razón abierta. Más aún en psiquiatría y en psicología, “ciencias” de la salud mental, que están a caballo entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu, la neurociencia y la narrativa. Para muchos la psiquiatría y la psicología, las ciencias de la conducta, se hallan en fase pre-paradigmática, precientífica, a causa de la dificultad para definir su centro de atención (su objeto), su metodología, sus límites y sus relaciones recíprocas. Se trata de prácticas sociales donde la exigencia de cura o reparación del daño fuerza la actuación; la explicación vendrá luego, después la búsqueda de fundamentos a la acción. “Los médicos no tienen letras a que sujetarse –escribe a finales del siglo XVI Huarte de San Juan–, porque si Hipócrates y Galeno y los demás autores graves de esta facultad dicen y afirman una cosa, y la experiencia y la razón muestran lo contrario, no

tienen obligación de seguirlos. Y es que en medicina tiene más fuerza la experiencia que la razón”. Se hace explícita una disociación que va a perdurar hasta nuestros días. Yalom, lo cuenta de otra forma: hay personas que curan, la historia de la psicoterapia está llena de gente que ha curado, que fueron efectivos, pero no por las razones que ellos supusieron.

Mas la clínica de la enfermedad mental no puede quedar reducida a una práctica, a un manual de instrucciones, por muy consensuado que este sea. Precisa de una teoría, de una psicopatología. Una psicopatología que ha de aportar a la práctica psiquiátrica un cuerpo teórico que le permita comprender la enfermedad mental y el alcance de su actividad diagnóstica y terapéutica; sus determinaciones, múltiples: histórica, social, biológica, psicológica. Una psicopatología que como toda teoría debe tener un objeto: el estudio de la patología mental; una finalidad: terapéutica, preventiva, rehabilitadora; y unos métodos: neuropsicofarmacológico, psicológico, biológico, social... Conocimientos y habilidades obligados a confrontarse a diario con las características particulares de cada paciente, que conservan la validez mientras mantienen su eficacia. La clínica psiquiátrica es una praxis, y la teorización que la soporta no puede hacerse sino desde una dialéctica relación con la práctica. Una teorización atravesada desde sus orígenes por dos preguntas fundamentales: la consideración única o múltiple de la enfermedad mental y la confrontación entre ciencias naturales o ciencias del espíritu. ¿Qué enferma el cerebro o el alma? ¿Mente sin cerebro o cerebro sin mente? Por una lado, la unicidad o la multi-

plicidad de la locura, por otro, la pluralidad de registros o el reduccionismo de uno u otro tipo, y, en ambos casos, la cuestión de la clínica; de una clínica que dé respuesta a la subjetividad malherida.

El debate sería irrelevante –nadie puede ignorar que un mismo trastorno puede ser visto desde distintos puntos de vista: bioquímico, psicodinámico, genético, patobiográfico–, si no fuera porque condiciona la política asistencial. No es un debate inocente, unas y otras posturas están unidas de intereses, de ideas afectadas sobre la ciencia y la sociedad misma, son cómplices de un proyecto político. El pragmatismo que domina la psiquiatría desde los años noventa del pasado siglo, reduciéndola a un universo biológico desprovisto de valores, se corresponde con el predominio neoliberal, con la política insolidaria de la globalización, frente a las ideas más sociales, antropológicas y psicopatológicas de la psiquiatría que se construyó, en el horizonte del Estado de Bienestar, tras la Segunda Guerra Mundial. El pragmatismo dominante hay que dimensionarlo en un contexto sanitario global, en el que señorean las ideas privatizadoras del Banco Mundial, el mito de la competencia y el mercado interno como regulador y dinamizador del sistema sanitario, el enfermar como un asunto de responsabi-

lidad individual, la omnipotencia terapéutica de la psicofarmacología, o el desplazamiento a la biología y la genética de fracturas éticas y sociales de la organización social.

Un eterno ir y venir de la historia, avances y retrocesos, como podemos ver en los textos que hemos recogido en este número que pretende ahondar en las raíces de las ideas psiquiátricas. Profesionales de la salud mental, pero también filósofos, historiadores, escritores o artistas reflexionan sobre la psiquiatría y la enfermedad mental. Pluralidad y dimensión cultural y política que, como anunciábamos en el primer número, pretenden ser las señas de identidad, la razón de ser de Átopos.

Bibliografía.

APA. DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1990.

Huarte de San Juan. Examen de ingenios. Madrid: Cátedra, 1989.

Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México DF: FCE, 1975.

Yalom ID. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1969.



Enfermas mentales en el Hospital de La Salpêtrière. Biblioteca Nacional de París