



Consideración de la subjetividad en salud mental

Emiliano Galende

Médico. Psicoanalista. Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Texto revisado de la Conferencia del mismo título, pronunciada en el Congreso Catalán de Salud Mental Barcelona, Febrero 2006.

Considerar la problemática de la subjetividad en las teorías y las prácticas en salud mental, nos obliga a retomar la historia de nuestra disciplina y especialmente de la consideración de su momento más crítico, el cual es el pasaje del dominio casi exclusivo de la disciplina médico psiquiátrica al modelo más complejo y multidisciplinario que define los cuidados de Salud Mental. Es este pasaje, el cual no solo implica un cambio en el modelo de asistencia sino que conlleva una interrogación sobre la definición del objeto de la salud mental, sus coherencias epistemológicas y metodológicas, el que nos obliga a interrogarnos acerca de la categoría de sujeto bajo la cual operamos. Esta historia y este pasaje crítico servirán de fundamento a mi exposición.

Desde sus orígenes la historia de la psiquiatría mantiene un debate y una tensión entre posiciones objetivistas y subjetivistas. Ambas posiciones por otra parte están encerradas en una teoría positivista de la causalidad física. Tradicionalmente quienes adhieren al objetivismo, entienden al cuerpo como origen y causa de las enfermedades mentales y quienes se apoyan en el subjetivismo piensan que es la vida psíquica misma y el ambiente social el origen y la causa del trastorno. Estas posiciones han tomado la forma de una oposición entre organogénesis – psicogénesis; innato – ad-

quirido; endógeno – reactivo, y más contemporáneamente, psiquiatría biológica – enfoque psicosocial.

Quiero recordar que las categorías de sujeto, subjetividad, objetividad, provienen todas de la filosofía y fueron incorporadas por la psiquiatría sin demasiada elaboración sobre su sentido para la propia disciplina. Los objetivistas se basaron en el “sujeto objetivo” de Descartes, y más tarde incorporaron el positivismo médico por vía de Augusto Comte. Los subjetivistas a su vez, más ligados sin duda a la filosofía y a la psicología del siglo XIX, especialmente se vinculan con el Romanticismo alemán y en parte con Immanuel Kant, especialmente en su texto *La Antropología* (1798)⁽¹⁾. Una oposición fuerte al positivismo médico fue la del movimiento de psiquiatras autodenominados “Los psíquicos”, que incluían en sus escritos referencias a la literatura romántica, la filosofía y especialmente a la moral, como anticipo de la profunda crítica que hará en el siglo XX Karl Jaspers al fundar la Psicopatología (1913).

El error habitualmente señalado al biologismo positivista consiste en pensar que es lo biológico lo que impacta sobre lo cultural del hombre (el lenguaje y la significación, las normas, el sentido y la interpretación) y no al revés. Por contrario, ya desde los románticos, se sostiene que es lo cultural y el psiquismo hu-

mano el que impacta sobre lo biológico. Más allá de la fenomenología, el psicoanálisis avanzó mostrando cómo el individuo biológico es transformado en sujeto psíquico por acción de la relación al Otro, vía especialmente, aun cuando no excluyente, del lenguaje. Si la cultura antecede al sujeto biológico, de alguna manera lo espera, para convertirlo en sujeto humano, esa condición de sujetado al Otro se mantendrá de por vida ya que su psiquismo no podrá prescindir de esa sujeción al campo de la norma y lo normal, y también es bajo esas condiciones que su biología puede ser alterada.

La subjetividad, en el sentido que dio a esta categoría Husserl, constituye al individuo humano en alguien cuya biología está en interacción con su cultura y el mundo, de allí su condición trascendental, pierde su condición de individuo biológico y de yo puro enfrentado al mundo, ya que sus mecanismos biológicos, su conciencia y su ser de lenguaje, de cultura y sociedad, resultan inescindibles al constituirse su subjetividad. Descartes, en quien se basan muchas de las teorías psiquiátricas no fenomenológicas, no solo postula un sujeto de objetividad, es decir, un sujeto capaz de diferenciar en su pensamiento entre él y las cosas del mundo, sino que en su *“Tratado de las Pasiones del alma”*, muestra la pérdida de esta condición de sujeto de objetividad por el error, la ilusión, la falsa percepción. Siguiendo al cogito y a este sujeto de objetividad, funda una psicología basada en el extravío del error, la confusión, la ilusión, la falta de atención, como sombras en la objetividad del sujeto. Este sujeto cartesiano de la objetividad es a la vez el sujeto de la verdad, el de la representación clara y distinta del mundo, dejando así a la verdad encerrada en esta condición de objetividad. Para el pensamiento moderno la verdad es objetividad, sin necesidad de interrogarse acerca de esta objetividad. La psiquiatría importó así la pretensión de estudiar los hechos psicológicos como hechos físicos, tarea ampliada por Augusto Comte y todo el positivismo biológico, posiciones de las cuales se continúa alimentando la psiquiatría biológica actual. En el plano de la experiencia esta objetividad se muestra como una objetivación del sujeto, para lo cual se hace preciso suprimir tanto la subjetividad del investigador como la del sujeto investigado. La clave de este positivismo, para avanzar en su ideal de un conocimiento objetivo de la verdad, consiste en suprimir la condición de sujeto psíquico al transformarlo en objeto para su conocimiento. Reducir los hechos psíquicos, como el delirio, el pensamiento, el habla, la ansiedad, la depresión, la euforia, etc., a hechos físicos, químicos (transmisión sináptica), o anatómicos como quería Kraepelin con su modelo anatomoclínico, habilita una intervención práctica que puede prescindir de la subjetividad del enfermo, de su palabra, de sus significaciones, de su autonomía o de su historia, o simplemente considerar a estos aspectos como meras cir-

cunstancias de su contexto social, cultural o familiar, sin incidencia en la objetividad biológica de su trastorno. De allí también la importancia que el psiquiatra otorgó a la observación del comportamiento del paciente, su semiología se basaba más en la descripción de las conductas, los gestos, las actitudes, desechando la palabra y la interpretación, y por lo tanto la significación que otorgaba el paciente a su comportamiento.

¿Qué implicancias ha tenido este positivismo biológico para la psiquiatría? Esta reducción del paciente a la condición de objeto, cuyo sentido epistemológico mostró Foucault, justificó el modelo de asistencia de la psiquiatría: un consultorio para la constatación diagnóstica de la enfermedad; un establecimiento para su internación cuando el trastorno no era controlable. Los hospitales psiquiátricos fueron así desde su creación lugares de control y aislamiento social, y los tratamientos básicamente correccionales y disciplinarios. Esta historia es conocida por todos y no volveré sobre ella. Si quiero detenerme en dos aspectos: la relación humana que esta posición instaure entre psiquiatra y paciente y, a modo de ejemplo, la relación de co-fundación entre la psiquiatría positivista y la criminología.

Para Descartes la “duda metódica” consiste en fundar el saber en el sujeto. Para esto el mundo deja de ser fundamento del conocimiento, éste se ubica en el sujeto mismo. Si la primera vía de acceso al mundo es los sentidos, el mundo sensible, éstos pueden engañarme. Dudar de ellos abre el camino al intelecto, el pensamiento, en el cual predomina la actitud científica, racional. En esta actitud el saber matemático es el centro de la ciencia, ya que no se trata en él de ninguna imagen sensible construida por los datos de los sentidos, sino una construcción intelectual, cuyos ingredientes son representaciones no sensibles, como las del espacio, tiempo, cantidad, número, figura y magnitud. De esta manera lo trascendente del mundo, lo existente, queda destruido por la duda metódica. *“El dudar es un modo de pensar. No puedo dudar del hecho inmanente de que estoy dudando. Quizás no existe el objeto que percibo, pero mi percibir es indudable”*. Para el cogito el existir del pensar consiste en el mero pensar, luego existo. El ser del mundo, de lo trascendente, es un “ser para mí”, pues las cosas son en tanto me aparecen en la conciencia (percibidas, pensadas, recordadas, imaginadas o queridas). Si puedo decir que existen, solo es mediante un juicio, éste, su “ser en sí” es a la vez un “ser para mí”. De este modo las operaciones del sujeto, el “yo puro”, son las que constituyen el mundo de los objetos. Es decir, de un lado estarán todos los objetos constituidos (el “yo pienso” es la operación de constituirlos), y del otro lado estará el sujeto constituyente. La experiencia sensible del mundo, y la del otro como un semejante, nunca se dan totalmente a la percepción. Su carácter es siempre presuntivo. Las partes no

percibidas, lo que permanece fuera de la percepción, ya que nunca ésta puede captar la totalidad compleja de la realidad, es completada por la intuición o por supuestos (prejuicios). Para conocer debo objetivar el mundo en mi pensamiento. Este sujeto de objetivación es quien puede constituir al semejante en objeto para su conocimiento, para este conocimiento debe suprimir en él todo carácter subjetivo. Queda establecida así la verdadera relación de poder entre un sujeto que en nombre de su saber domina la posición de objeto del otro. **Para la psiquiatría positivista no hay más sujeto que el psiquiatra con su supuesto saber.** En esta relación de poder - saber sobre el otro la causalidad será entendida siempre como exterior al sujeto, causalidad física, y las vivencias deben entenderse como producto de causas exteriores sobre el sujeto.

Sabemos cómo este sujeto objetivo del conocimiento y el positivismo biológico han estado en la base del desarrollo de la medicina en los últimos dos siglos. Pero en psiquiatría no avanzó más allá del sostenimiento de la relación de objetivación que instaura el psiquiatra con su paciente. Fuera de las psicosis tóxicas y los trastornos orgánicos, cuyo modelo ha sido la Parálisis General Progresiva (PGP), ningún conocimiento objetivo, ningún conocimiento causal, iluminó la comprensión racional de la locura y el sufrimiento mental. La relación humana que observamos en el asilo es lo que ha permanecido de esta aventura de un conocimiento objetivo del sufrimiento mental.

Sabemos que el origen del manicomio y el de la cárcel ha sido simultáneo. Ambos ligados a finales del siglo XVIII con el desarrollo de la vida urbana y la necesidad del disciplinamiento de la vida social. La psiquiatría médica y la criminología etiológica articulan un saber con un poder de acción sobre el otro, ambas se basan en las categorías del positivismo. Quizás es más preciso decir que la criminología se constituye como saber a partir de los aportes de la psiquiatría. El concepto de “degeneración”, introducido por Benedict Morel en 1857, que consistía en combinar la herencia con el medio ambiente maligno (la pobreza), sirvió de aval tanto a la criminología como a la psiquiatría del siglo XIX. Amplia difusión, y prestigio entonces, tuvo Valentín Magnan, quien elabora sus teorías sobre el delirio sobre la base de esta idea de la degeneración, señalando al enfermo mental y al criminal como aquellos individuos que por la degeneración de sus centros cerebrales no podían adaptarse a las exigencias del medio social. Alexander Lacassagne, fundador de la “antropología criminal”, basándose en las teorías de Morel y en las tesis frenológicas de Gall sobre las alteraciones del lóbulo occipital, explicaba por esta alteración los crímenes de los individuos de las clases bajas, más cerca de lo instintivo; los delitos cometidos por miembros de las clases medias, ligados al equilibrio y su alteración, estarían vinculados con el lóbulo

parietal; los delincuentes de las clases altas (el delito razonado, como la locura razonante o paranoia), estarían vinculados con alteraciones del lóbulo frontal, sede cerebral del pensamiento. Otro psiquiatra inglés, James Prichard, introdujo en 1840 la “locura moral” o psicopatía, que reunía justamente el comportamiento antisocial del delincuente y el del enfermo mental. Muchos trabajos de la psiquiatría del siglo XIX son comunes a la criminología y la psiquiatría, basados en la herencia y la degeneración, construyeron la idea de peligrosidad del enfermo mental, con las nefastas consecuencias que conocemos. Todo este movimiento académico, cuyos autores son mayormente psiquiatras, se fundamenta en el positivismo etiológico, en ambas disciplinas, criminología y psiquiatría, la búsqueda de una causa objetiva para el comportamiento antisocial, la locura o el crimen. No se trata de ningún desvío del positivismo y su necesidad de objetivación, es su consecuencia necesaria al situar al loco o al criminal en la posición de un objeto más de conocimiento positivo, desproviniéndolo de su condición de sujeto lo priva a la vez de todos los derechos de un semejante. El manicomio y la cárcel se legitimaron como tratamiento correccional y disciplinario por estas teorías.

Un ejemplo más lo constituye la introducción en EEUU del concepto de “constitución”, en el cual basa Dupré la “constitución perversa” apoyándose en la endocrinología, al igual que la “constitución delictiva” de la criminología de comienzos del siglo XX, y que aún alimenta muchas sentencias. Recordemos la clasificación de Kretschmer (1932) sobre las estructuras corporales, en leptosómicos, pínicos y atléticos, propensos a la esquizofrenia, a la psicosis maniaco depresiva y a la epilepsia respectivamente. Herencia, constitución, degeneración, localización cerebral, mantienen la ideología del positivismo médico y criminológico. Similares ideas llevan, ya avanzado el Siglo XX, a la lobotomía frontal como tratamiento psiquiátrico y a propuestas similares como corrección de delincuentes. Un estudioso del Derecho Penal, Raúl E. Zaffaroni (2005), ha señalado: *“El biologismo positivista se presentó como una respuesta científica al oscurantismo medieval, cuando en realidad permitió una renovación de la inquisición, eliminando los límites impuestos por la modernidad”*

Como enseguida veremos, en los últimos cincuenta años, así como la criminología se separa del discurso psiquiátrico para ligarse al discurso sociológico, también la psiquiatría se separa del positivismo etiológico para vincularse al discurso sociológico. Esta operación consiste en restablecer en ambas el lugar del sujeto para el conocimiento y el de sus derechos y garantías como ciudadano. No se trata de suprimir el conocimiento etiológico, se trata de ampliar la base sobre la cual pensar las causas del crimen y del sufrimiento mental. Epistemológica y metodológicamente se tra-

ta de que un conocimiento racional de ambas requiere la inclusión de los operadores, sistema penal y psiquiatras, cuya condición de sujetos está implicada en las respuestas criminales y en las formas de la locura.

Si bien las posiciones subjetivistas existieron desde los comienzos de la medicina mental, es recién a partir de Husserl y especialmente de su discípulo Karl Jaspers, contemporáneo de Freud y el psicoanálisis, que se fundamenta una crítica profunda al modelo médico positivista de la psiquiatría. La fenomenología y el psicoanálisis son los responsables de la introducción de la subjetividad como objeto de conocimiento y de la palabra como instrumento terapéutico racional. Todas las psicoterapias racionales, hasta la formalización del cognitivismo, se han desprendido de alguna de estas dos posiciones. Para ambos la existencia humana consiste en una relación con el mundo; el sujeto y los objetos que constituyen el mundo son los términos de esta relación. En la actitud espontánea del yo los objetos dominan la experiencia del mundo, de allí que la tendencia natural del yo sea objetivista. El ser objetivo se convierte por ello en el modelo de todo ser y esto suma la percepción del otro como un objeto más del mundo. Esta actitud está sustentada en una fe ingenua en la existencia del mundo, la que nunca es quebrantada en el existir cotidiano. Tanto la fenomenología como el psicoanálisis, desde diferentes perspectivas, alteran esta fe ingenua en la realidad objetiva, el énfasis en la subjetividad lleva necesariamente a que la relación del sujeto con ésta se haga problemática. Desde allí el problema del ser de la realidad objetiva debe plantearse y resolverse en la esfera subjetiva, el conocimiento del ser solo puede surgir de la superación de esta tendencia natural objetivista del hombre, volcando la reflexión hacia la subjetividad como el ámbito dentro del cual se debe ver y pensar todo lo objetivo. Esto no elimina la objetividad del conocimiento, sino que el campo de la experiencia de lo objetivo es la subjetividad, carece de sentido hablar de objetos fuera de ella, ya que el único campo en que puede interrogarse sobre el problema de la existencia del mundo es el de la subjetividad.

Elevarse desde el yo empírico, abierto al mundo de la experiencia, hacia el yo trascendental, crítico y reflexivo, es el núcleo de una psicología fenomenológica basada en Husserl. Con trascendental Husserl quiere significar que la subjetividad no es "interior" ni "exterior", supera esas categorías en las cuales estuvo encerrada la relación filosófica de un sujeto enfrentado al objeto, en la cual según ya vimos se propuso la psiquiatría basar su conocimiento. El lenguaje nos hace salir de la subjetividad privada de un individuo. Por él contamos con la certeza de que los demás sujetos piensan como yo pienso, ven y oyen como yo, actúan de acuerdo a normas que nos son comunes, espero que sus sentimientos sean como los que yo siento. **Es de-**

cir, percibimos y actuamos frente al otro como un semejante. El problema de la fenomenología es que entiende a la subjetividad en una relación intersubjetiva, por lo tanto presa de la construcción del sentido, de dos sujetos de conciencia que producen sentido. Sin duda Husserl rompe con el sujeto cartesiano con su postulación de una subjetividad trascendental, pero a la vez no va más allá de una psicología de la conciencia, recae por lo tanto en una psicología centrada en el yo o la conciencia. La intersubjetividad trascendental solo puede pensar el inconsciente como parte escindida de la conciencia o del yo.

Jaspers (1957), discípulo de Husserl, debe considerarse como el fundador de una psicopatología racional optimista, ya no solo dirigida a la constatación diagnóstica sino a la intención de comprensión, y, junto a esto, como un giro en la problemática ética de la psiquiatría. Jaspers instala el problema de la objetividad desde la categoría de la subjetividad trascendental de Husserl e incorpora las ideas de Dilthey aplicadas a la historia sobre la comprensión y la explicación. Su diferenciación entre procesos y desarrollos, más allá de la validez de esta diferenciación, incorpora a la psicopatología una comprensión en términos de personalidad e historia del sujeto. Sin duda la idea de "proceso" es una concesión al positivismo biólogo, pero con la categoría de "desarrollo" abre a una instancia de escucha de la historia del sujeto, concede la palabra y la significación al paciente, y produce una apertura a la construcción del sentido del fenómeno psicopatológico. Lo mismo puede decirse de su diferenciación entre lo comprensible y lo explicable, pese a cierta falacia, ya que lo comprensible queda situado como aquello que entra en la comprensión del observador, permite un diálogo entre el discurso del paciente y el del psiquiatra. Lo explicable, con su pretensión de ser remitido a una causalidad física, es también una concesión al positivismo biológico, pero actúa por exclusión: es explicable aquello que no puedo comprender por mi experiencia y que obedece entonces a causas que están fuera del sujeto y su devenir histórico.

¿Cuáles son las consecuencias de esta posición fenomenológica? En primer lugar el espacio del conocimiento psicopatológico es un espacio de intersubjetividad, esta consideración restituye al paciente y su sufrimiento en el orden de la subjetividad, es en ella que debe indagarse sobre las razones, el origen y la causa, de su perturbación patológica. En segundo lugar, se trata de un planteo ético: el paciente es un semejante, lo comprensible o no de su trastorno pertenece por entero a un campo intersubjetivo, por lo tanto el trato hacia él, el respeto por su palabra, su cuerpo y su historia, me obligan a excluir toda operación basada en el poder sobre un objeto.

Quiero recordar ahora que la crisis del pasaje de la psiquiatría asilar a los principios de Salud Mental, fue

esencialmente una crisis de la ética que gobernaba las relaciones humanas en los manicomios. Luego de la Segunda Guerra se visualizaron las analogías entre los establecimientos asilares y los campos de concentración. Erving Goffman, con su estudio sobre las “instituciones totales” posibilitó comprender las razones de esta analogía. Posteriormente el desarrollo de la tecnología médica y la genética, plantearon la necesidad de observar las consecuencias del positivismo biológico sobre la ética de las prácticas médicas. La cuestión de los derechos de las personas, su reconocimiento como sujetos de derecho, hace surgir la necesidad del control ético de las acciones médicas. En todo el mundo se crearon Comités de ética para este fin. En el caso de la psiquiatría toda una legislación internacional nueva y en cada país está dirigida al control del poder del psiquiatra, especialmente sobre las internaciones y la necesidad de contar con el “consentimiento informado” del paciente para las decisiones sobre el tratamiento. La Recomendación de la Asamblea de las Naciones Unidas (1991), está claramente dirigida a establecer resguardos y garantías para los derechos de los pacientes a ser reconocidos y tratados como sujetos de pleno derecho. En los últimos años esta legislación está siendo ampliada en muchos países, porque también el problema ético de las prácticas médicas se está agravando. La ideología de mercado, potenciada por la globalización de la economía, el enorme impulso de la industria farmacéutica y de la tecnología médica, está sustentado en la atención individual de la enfermedad más que en los cuidados de la salud. Este desarrollo necesita del positivismo biológico y de la exclusión del sujeto en la práctica médica. El cuerpo biológico como objeto sirve a la vez para otorgar un tono científico a estas propuestas y hace retornar a la causalidad física biológica con nuevos disfraces científicos. Valga como ejemplo de los valores de mercado, la compraventa de órganos humanos. La genética, la inmunología y las nuevas técnicas quirúrgicas permitieron pasar de la transfusión de sangre (el primer trasplante de órganos que rápidamente ingresó al mercado), a los trasplantes y la fertilización asistida. En un establecimiento psiquiátrico de Argentina se comprobó el robo masivo de órganos a pacientes internados. Las denuncias sobre secuestro de niños en Brasil para el mismo fin, alcanzaron difusión internacional. La compraventa de órganos (óvulos, riñones, sangre, hígados, etc.) es un tema jurídico, ético y penal, pero no debemos ignorar que lo que está implicado es el problema del sujeto como derecho o como mero cuerpo biológico. Así como la medicalización de la vida dio paso a la mercantilización de la medicina, y esta incluyó a la salud en la ideología de mercado como una mercancía más, es la cobertura del positivismo médico la que permite que el cuerpo humano, sus partes, se conviertan en equivalentes de valor, es decir, en dinero o mercancía.

Pertenece al positivismo médico la pretensión de transformar todo lo humano en máquina biológica. El prestigio de las neurociencias actuales, y una utilización engañosa de sus producciones por parte de la industria farmacéutica y algunos psiquiatras, pretende reinstalar los valores del positivismo. En muchos debates, supuestamente científicos, la oposición entre biología, psiquismo, cerebro, espíritu, tiende a ocultar lo esencial que está en juego: la consideración de la subjetividad como campo de lo humano, de la existencia en la que se juega la relación del hombre con su felicidad, su sufrimiento, su enfermedad, su muerte. Paul Ricoeur (2001) (*La Naturaleza y la Norma*) y Jacques Derrida (2003) (*Y mañana qué*) han mostrado como lo biológico, el cerebro, el genoma humano, es también una escritura. En él se registran la información del medio físico, social y simbólico. Del mismo modo, la cultura, la psiquis, el espíritu, necesariamente escriben también, con sus significados y valores, las condiciones biológicas del cuerpo. No hay oposición sino relaciones complejas de determinación mutua. Los neurobiólogos suscribirían estas consideraciones, el problema ético consiste en la utilización engañosa de sus investigaciones para facilitar el ingreso al mercado de nuevas drogas.

Reducir lo humano a un cuerpo o a un cerebro sin subjetividad es la nueva presentación del positivismo, cuyas consecuencias he tratado de resumir en la historia de la psiquiatría. No se trata de ignorar la sujeción de la vida a los determinantes biológicos, sociales, culturales, o al inconsciente. **Se trata de afirmar que el sujeto es a la vez quien puede traspasar esas determinaciones.** Su autonomía y su creatividad serán siempre un “más allá” de los límites que le imponen esos órdenes a que está sujetado: sacrificar su vida biológica por un ideal; transgredir el orden y la norma de su sociedad; ir más allá de su cultura y del orden simbólico dominante, son la muestra de esta relación entre su sujeción a las determinaciones y su autonomía. Considerar la subjetividad en Salud Mental, como propone el título de esta conferencia, es entender al paciente como un semejante y considerar esta doble relación del hombre entre su libertad y la determinación de la vida.

Los principios, las categorías y los conceptos que utilizamos en Salud Mental, no provienen estrictamente de ningún desarrollo de la psiquiatría positivista. Como hemos visto, algunos de sus principios surgen de la crítica a los valores de esta psiquiatría, especialmente por su relación con el sostén de los manicomios. Gran parte de los conceptos que utilizamos son importados, en el sentido de Kant, de otras disciplinas: la ética, la sociología, la psicología, la medicina y la filosofía. Kant diferenció los conceptos producidos por la misma disciplina, ligados siempre a la producción de un objeto de conocimiento, de aquellos que

una disciplina importa de otra, importando a su vez características del objeto definidas por ésta. Ésto obliga siempre a un trabajo epistemológico y metodológico para definir su acción en la disciplina importadora. En mi opinión Salud Mental no constituye rigurosamente una disciplina, debe considerarse más bien bajo la categoría de Transdisciplina o campo, porque necesita de un cuerpo teórico y práctico que, si bien se circunscribe a un conocimiento y una práctica singular, su condición es análoga al objeto que define: su objeto es en sí mismo complejo, incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales.

El pasaje de la psiquiatría positivista a la Salud Mental constituye una “ruptura epistemológica” aún no acabada. Si más que de una disciplina hablamos de un campo de la salud mental, en el sentido que dio a este término Pierre Bourdieu, en el seno de este proceso de cambio se ven afectadas cada una de las disciplinas que en él intervienen. Psiquiatras, psicólogos, sociólogos, enfermeros, asumen los conflictos de ese cambio epistemológico en sus prácticas y en los conceptos que las orientan. No se trata solamente de nuevas categorías para comprender la enfermedad mental, se trata también de un cambio en la definición misma del objeto, la salud mental, y por lo mismo del conjunto de las prácticas de intervención. Pero debemos tener presente que el terreno teórico y práctico no estaba vacío, sino ocupado por la psiquiatría que, en sus variantes biológica y fenomenológica, definían su objeto como “enfermedad” y unían a él su pertenencia al campo médico, no al de la Salud. De allí que nos encontremos con resistencias a esta ruptura epistemológica ya que el nuevo objeto, salud mental, debe abrirse camino en ese terreno anterior. El surgimiento de esta definición del campo de la salud mental no constituye un agregado a las disciplinas preexistentes, se trata de una reformulación, un nuevo objeto epistémico, que necesariamente redefine los lugares de las disciplinas existentes, fundamentalmente de la psiquiatría y la psicología. Salud Mental no consiste en una mera suma de disciplinas y prácticas diversas, pretende generar una nueva coherencia epistemológica y metodológica que otorgue racionalidad científica a sus conceptos y a sus prácticas. Hay avances y retrocesos, pero la producción de este nuevo objeto científico ya está en marcha y no cabe dudar acerca de que esto enriquecerá ampliando la comprensión de la subjetividad en todas las disciplinas que desde su propio sistema de conceptos la abordan.

Apoyándome en Jean Piaget y Rolando García (2004), diré que en nuestra formación debemos pasar de un primer momento en que nuestra pertenencia a una disciplina ha producido también una subjetividad singular, aquella del conocimiento de categorías y valores propios de su objeto. Un segundo momento lo constituye en la experiencia la puesta en relación de

nuestro saber con las categorías y conceptos, y también los valores, de otras disciplinas, momento crítico, llamado interdisciplinario, en el cual no solo se debaten y comparan conceptos y prácticas sino que nos obliga a una posición subjetiva que llamaré “intersubjetividad interior”, es decir una incorporación de relaciones con otros saberes y prácticas que interactúan con las de nuestra disciplina de origen. Finalmente se trata de lograr una subjetividad transdisciplinaria, aquella en que podemos integrar, no sin tensión y conflicto, los saberes y prácticas de las otras disciplinas con las que compartimos el campo de intervención. Agregaré entonces que, a la consideración de la subjetividad respetuosa de la libertad y la autonomía de nuestros pacientes, debemos acompañar una subjetividad del terapeuta abierta a esta dimensión transdisciplinaria, respetuosa de los límites de nuestro saber y del de los demás, sin ambiciones de una integración apresurada, una totalización epistémica, que lejos de ampliar nuestro campo práctico tendería a limitarlo y a restringir y negar la complejidad intrínseca del objeto “salud mental”.

Quiero finalizar con una reflexión sobre la cuestión ética, en la cual a mi entender radica lo fundamental de lo que hemos llamado “consideración de la subjetividad”. Los filósofos, cuyo debate hemos mencionado, no hacen daño, su acto se limita a la palabra y al diálogo; la ética y la moral forman parte esencial de su reflexión. Los psiquiatras basan su acto en una intervención sobre otro ser, la cuestión ética y moral en esta práctica está ligada al acto mismo, no se detiene en la palabra ni en el diálogo. Por esto la ética en salud mental se constituye como el referente esencial de todo conocimiento y de toda intervención terapéutica, ya que no puede tratarse de la objetivación del otro, paciente, para hacerlo accesible a sus categorías teóricas y a sus intervenciones prácticas, sino de una comprensión que solo puede surgir de la relación de alteridad, de un encuentro singular con el otro en cuya relación se condiciona todo conocimiento. Como formula Emmanuel Lévinas (1991: 17): *“Nuestra relación con él consiste ciertamente en querer comprenderlo, pero esta relación desborda la comprensión. No solamente porque el conocimiento del otro exige, fuera de la curiosidad, también de la simpatía o del amor, maneras de ser distintas de la contemplación impasible. Pero porque, en nuestra relación con el otro, éste no nos afecta a partir de un concepto. Él es siendo y cuenta como tal”* (Entre Nous) ⁽²⁾.

Lo esencial de la relación terapéutica es ética y pone en juego valores morales, el deber ser, que implica a ambos sujetos. En primer lugar se trata de la relación sensible con otro, que debe ser reconocido como un semejante. Es siempre un otro solo cognoscible en el seno del encuentro, el reconocimiento, la palabra y la comprensión de esa alteridad que constituye a ambos, psiquiatra e individuo enfermo. Ese encuentro y esa

relación es ya dialógica, aun si uno de los sujetos niega la palabra o intenta sustraerse, o negarse, a esa relación. El sujeto enfermo no es una pieza anatómica ni una función aislable, no puede ser observado, descrito o contemplado de un modo objetivo porque su comportamiento, su forma de pensar, la construcción de significados en sus interpretaciones delirantes, sus alucinaciones, hacen a una experiencia singular en la que están presentes todas las dimensiones de su ser histórico y social.

Reconocerlo como un semejante hace que solo en relación con nuestras propias valoraciones y nuestros modos de percibir, valorar y pensar, lo cual nos remite a nuestra condición de seres sociales de una cultura determinada, podamos establecer con él una relación en la cual su palabra pueda revelarnos algo de la dimensión de su sufrimiento. La ilusión objetivista por la cual creemos comprender un comportamiento por la sola observación y descripción del mismo (su bizarrería, su estereotipia, lo absurdo de su actitud), desconoce la propia condición subjetiva de quien describe, interpreta y valora, y que interpretar y valorar ponen en juego su propia condición de sujeto moral, el deber ser que lo constituye como sujeto social. Esta dimensión ética del reconocimiento del enfermo como un semejante, se opone desde el inicio no solo a una pretensión de objetividad en la relación con él, sino también al poder de dominación que de ella se deriva.

En segundo lugar, el pensamiento y la comprensión del terapeuta, la comprensión clínica y la construcción teórica de explicaciones sobre la enfermedad, no pueden ser ajenas, ni suspender, a esta condición sensible de alteridad, en la cual el concepto o las categorías del pensamiento que utilice, responden inevitablemente a valoraciones y juicios morales, entre lo que percibe que es y lo que debe ser. Esto es que la teoría en salud mental, debe partir de la comprensión de esta relación de alteridad y de esta dimensión intersubjetiva, tan cara a la comprensión fenomenológica y existencial, pero que debe asumir el componente ético y moral, el deber ser, que está en la base de toda interpretación del comportamiento patológico.

La tercera exigencia es que aquello que el terapeuta dice, lo que comunica a su paciente, a la familia, o las teorías que expone a sus colegas, debe responder a un principio de verdad que solo puede establecerse por la fidelidad a su reconocimiento del enfermo como un semejante, y a su pensamiento conceptual en el cual trata de explicar la enfermedad. Esta exigencia ética se debe a que con frecuencia, dominado por el afán de dominar la situación de resistencia del enfermo o la familia, el psiquiatra puede engañar con explicaciones dirigidas a ese fin, más allá de que coincidan o no con su pensamiento teórico o con la relación establecida con su paciente. Frecuentemente el psiquiatra no acepta su desconocimiento inicial sobre las razones

del sufrimiento mental de su paciente, porque este reconocimiento debilitaría su poder para imponer la decisión de internación o la indicación de determinado tratamiento, y abriría al mismo tiempo las puertas para que la palabra del paciente tenga también su lugar en la decisión. Todo tratamiento coercitivo tiene siempre este punto de partida y esta falla ética.

Finalmente, un cuarto momento de esta ética, el de la práctica, el del hacer del terapeuta, momento en que su ética se expresa en acción sobre el otro, debe responder y ser coherente, con su sentimiento por el semejante, su comprensión y su interlocución con él y la comunidad profesional a que pertenece. Solo esta coherencia puede hacer de su discurso y de su hacer una palabra plena y verdadera. **En síntesis: la exigencia ética consiste en que entre lo que sentimos, lo que pensamos, lo que decimos o teorizamos y lo que finalmente hacemos con el otro, debe responder a la coherencia de una relación con nuestro semejante a quien tratamos de ayudar con su sufrimiento mental.** He citado brevemente a Husserl, quiero decir para terminar, que la "subjetividad trascendental", junto a la ética que sostiene el psicoanálisis, contienen lo esencial para orientarnos en nuestro campo, en el cual la atención desde una consideración de la subjetividad y la ética, constituye un horizonte necesario para sostener el campo de la Salud Mental en el terreno de la racionalidad científica y en el terreno del respeto y el cuidado de la dignidad de pacientes y terapeutas.

Notas finales

1. Kant, I. *Antropologie in pragmatischer abefasst von Inmanuel Kant, Königst berg bey Friedrich Nicolovius 1798 (Ver Inmanuel Kant in Zwolf bündeh, Hrsg von Wilhelm Weischedel, Suhrkamp, Frankfurt am main, 1968, T.XII).*
2. Traducción del autor.

Referencias bibliográficas

- Changeux, J. P. & Ricoeur, P. (2001). *La Naturaleza y la Norma*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Derrida, J & Roudinesco, E. (2003). *Y mañana qué...* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Jaspers, K. (1957). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Ed. Beta.
- Lévinas, E. (1991). *Entre Nous: essais sur le penser-à l'autre*, Paris: Editions Grasser & Fasquelle.
- Piaget, J. & García, R. (2004). *Psicogénesis e Historia de la Ciencia*. México D. F. Siglo XIX Editores.
- Zaffaroni, E, R. (2005). *Criminología y Psiquiatría: el trauma del primer encuentro Conferencia en Asociación Psicoanalítica Argentina*. Mimeografiada.