

**LA PSICOPATOLOGÍA COMO ESTABILIZADOR DE
LA PSIQUIATRÍA**

por

Pablo Ramos-Gorostiza

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa/UAM

Dirección.

Pablo Ramos Gorostiza

Servicio de Psiquiatría.

Hospital Universitario de La Princesa

C/ Diego de León 62, 28006 Madrid. España

prgorostiza@hotmail.com

La psicopatología como estabilizador de la psiquiatría

Resumen

La forma de construir la experiencia psiquiátrica y determinarla se ha llevado a cabo a partir de posiciones naturalistas y psicologistas que siguen siendo las dominantes después de casi doscientos años. Sin embargo, el hecho de asimilar el conocimiento psiquiátrico a una mera ciencia empírico-analítica no ha deparado más que inestabilidad, algo que queda a la vista de forma contundente a lo largo de la historia y de la insuficiencia discriminante de la clínica actual. Se requiere considerar las implicaciones filosóficas que supone el abordaje de ese campo empírico abierto donde la subjetividad no puede ser segregada y se articula sobre una ontología pluralista y discontinua. Se postula que sólo la psicopatología, en su ejercicio como procedimiento a la vez lógico e intelectual, permite relacionar los distintos planos de realidad en que se desenvuelve y tratar de cerrar su campo para dotar a la psiquiatría de la necesaria estabilidad requerida de cara a su praxis clínica

Palabras clave

Experiencia psiquiátrica, Inestabilidad, Psicopatología, Subjetividad, Ontología pluralista

The psychopathology as a stabilizer of psychiatry

Summary

The way of constructing psychiatric experience and determining it has been carried out on the basis of naturalistic and psychologistic positions, which are still the dominant ones after almost two hundred years. However, the fact of assimilating psychiatric knowledge to a mere empirical-analytical science has brought nothing but instability, something that is forcefully evident throughout history and the discriminating insufficiency of the current clinic. It is necessary to consider the philosophical implications of approaching this open empirical field where subjectivity cannot be segregated and is articulated on a pluralistic and discontinuous ontology. It is postulated that only psychopathology, in its exercise as a procedure both logical and intellectual, allows to relate the different planes of reality in which it develops and to try to close its field in order to provide psychiatry with the necessary stability required for its clinical praxis

Key words

Psychiatric experience, Instability, Psychopathology, Subjectivity, Pluralistic Ontology

LA PSICOPATOLOGÍA COMO ESTABILIZADOR DE LA PSIQUIATRÍA*

1. Introducción

El problema a tratar es la psiquiatría en cuanto saber, como ámbito de conocimiento, es decir, en su peculiaridad definitoria respecto a la ciencia que es con quien se mide. Se requiere por tanto comparar y discernir en qué se diferencian. Cuál sea su proceso formativo, qué concepción tiene de sí misma la propia psiquiatría, cuál es su pretensión y límites. En definitiva, qué estatuto gnoseológico posee y, por ello, qué ontología le corresponde. Algo ineludible por parte de cada psiquiatra acerca de su negocio, una vez que se atiende al panorama histórico de la especialidad y a la diversidad de puntos de vista en liza que hoy mismo coexisten.

Dicho esto, de lo que se trata en lo que sigue es de ofrecer una propuesta para entender la compleja historia de la psiquiatría y la necesidad de acceder, a partir de ella, a la entraña de su problematicidad conceptual, a la apelación permanente a ideas que desbordan los conceptos que han estado a la base de su ordenación y conformación y siguen estándolo, a ubicar el lugar que en todo este asunto ocupa la filosofía si es que ocupa alguno y por qué. Todo esto sucede porque el campo empírico de la psiquiatría es internamente problemático, conceptualmente inestable, sólo sostenido en la propia praxis y la argumentación, sobre la base de otros saberes adaptados a sus necesidades, no en visiones del campo desde fuera de él, no en un saber que posea las características de una ciencia que proceda por nexos necesarios en que el sujeto y sus operaciones hayan podido quedar fuera, segregadas, evacuadas o eliminadas y dejen expedito un campo autónomo y

* Trabajo realizado dentro del proyecto *La mirada filosófica como mirada médica* (PGC2018-094235-B-100) Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

autosuficiente en que aparezcan términos internos a ese campo, o que, por el contrario, el sujeto sea disuelto en los procesos discursivos en los que interviene y quede formando parte del campo como efecto suyo, pero como si su disolución no menguase la efectividad interna del campo así generado, pretendiendo, sin menoscabo alguno, tras eliminar lo subjetivo como ingrediente característico, equipararse a las ciencias físicas o matemáticas.

Lo que voy a proponer se puede resumir en considerar a la psicopatología, tomándola a lo largo de su historia, como el procedimiento por el cual la psiquiatra puede alcanzar momentos de estabilidad en términos procedimentales para dotarse de consistencia referencial. Una alternativa entre hacer de la psiquiatría o una ciencia positiva más, forzando su experiencia a someterse a las rigideces que ésta le impone, o acabar enredada a disposición de cualquier teoría que pretenda asentarse en posiciones que la diluyan en un marco conceptual incapaz de advertir las peculiaridades propias, por ejemplo que confundan norma con normalización.

Hay, por tanto, un curso formativo, lento pero progresivo, a la búsqueda de un lenguaje que se sitúe en disposición de articular la experiencia psiquiátrica. Si bien depende de los contextos totalizantes de perspectivas ideológicas, reductivas o espiritualistas, en cualquier modalidad, el hecho de que se pretenda decir el problema que caracteriza el campo psiquiátrico, con independencia de que se yerre o meramente se aproxime, marca la tendencia y pone de manifiesto internamente un desajuste que activa una actitud interrogativa y crítica acerca de la propia dificultad, que no sólo es pertinente de cara a su conceptualización sino que supone de facto un elemento de estabilización de lo que es de suyo inestable. De modo que el propósito será alcanzar autoconciencia procedimental a base de conocer el proceso de formación histórica, confrontar teorías y concluir en la necesidad de articular la experiencia psiquiátrica.

Por ello, no haber podido eludir que la psicopatología, las mayoría de la veces, quedara coagulada en una simple semiología médica es algo meramente imputable a esa su insolvencia epistemológica y a la servidumbre de verse inmersa en el ámbito médico de conocimiento en el momento en que ésta constituye su campo de experiencia categorial. Pero más allá de la cuestión de hecho, sólo se ha tomado conciencia de esto cuando se ha advertido que, después sucesivos y contrapuestos modelos de psicopatología postulados, hay un problema de fondo tras esa dificultad epistemológica que es de índole ontológica y que no puede ser resuelto más que asumiendo una posición preferentemente pluralista y discontinua de la realidad, dado que desde las ciencias positivas se tiende invariablemente al monismo reductivo. No hay por ello un saber que dé cuenta de todo, como tampoco hay univocidad, sin que esto suponga poner en duda un materialismo ineludible que requiere ser pensado en todo su alcance.

Pero hay que decir con firmeza que asumir la psiquiatría tal como es, con sus servidumbres y su legado no nos depara, ni en ningún caso nos va a deparar, un saber en el que se dé la verdad como identidad, como son las verdades matemáticas. Es decir, coincidencias entre procesos que revelan un entretejimiento necesario de aspectos de la realidad con independencia de la intervención de los individuos. Porque para ello habría que excluir al sujeto, en cuanto que gracias a sus operaciones concretas fuera capaz de generar un campo de experiencia autónomo, categorialmente cerrado, que ya no pueda ser interferido por la intromisión de la subjetividad. Y la realidad que concierne a la psiquiatra implica a la subjetividad, implica que el sujeto no puede ser eliminado so pena de quedarnos sin psiquiatría. Y esto es un conocimiento sobre el que hay que construir la psiquiatría; la negación de esa opción no es la negación del conocimiento.

Lo psiquiátrico de la psiquiatría no admite un reduccionismo tan burdo como es el ejercido por el fundamentalismo científico de la estirpe que sea, como el que se enseñoorea

desde las neurociencias y pretende dominar y erigirse en canon de la psiquiatría; tampoco, desde luego, desde variantes atenuadas como el psicologismo o antropologismo. Ni desde luego desde posturas que tratando de capturar lo real en un plano intensivo, liberándolo de los procesos de normalización, asumen y toman de ejemplo a la psiquiatría como lo que significan precisamente los procesos de coacción social que generan modos de subjetivación como formas defectivas a superar tendencialmente en cuanto que son expresión de estratificaciones impostadas e interesadas (1). No queda otra que asumir un sujeto corpóreo dotado de competencias lógicas con todas las limitaciones que supone, entendiendo que la subjetividad depende de estructuras o infraestructuras subjetivas en el modo de afrontar la realidad, el dolor y la muerte (2,3,4).

Esto no significa que la subjetividad no sea material, ya que todo acto mental debe suponer una estructura neural y, en el límite, física. Significa que, por ser la realidad preferentemente plural y discontinua, no podemos acceder de forma infinitamente regresiva a todos los procesos causales. La discontinuidad de la realidad se nos rebela al conocer a través de la multiplicidad de ciencias, lo que indica que la materia general no es accesible más que a través de aspectos del mundo positivamente determinados pero relacionados por vínculos necesariamente distintos, dados como rupturas y cortes que llegan a ser inconmensurables entre sí. Es decir, que si bien dependen de un plano material no significa que mantengan la misma legalidad que éste, lo que no impide que haya puntos de cruce. Es decir, no se da un encadenamiento a partir de un fundamento último que sea accesible por una ciencia fundamental, como por ejemplo la física, por la misma razón por la que desde las neuronas y los procesos neuronales no podemos reconstruir la actividad de la conciencia. Faltan pasos intermedios que desconocemos y desconoceremos (5), tan sólo podemos hacer esa reconstrucción desiderativa, metafísica, mitológica o ideológicamente con los riesgos y las consecuencias que ello acarrea. Lo

que hay es conexión-desconexión entre planos de realidad, entre naturaleza y cultura, entre cuerpo y mente.

Esto significa que la visión de conjunto del campo de la psiquiatría es inevitable y hay que ejercitarla, pero sólo cuando se lleva a cabo por la psicopatología en cuanto que ésta ha asumido en su praxis concreta la historia de la disciplina con sus hipótesis y errancias y sabe las limitaciones y las servidumbres que contrae, cuando se sabe atravesada por el saber filosófico que le conforma, sólo entonces está en disposición de ofrecer la mediación efectiva que le permite la realización del juicio clínico y la individuación. La individuación, desde luego, es el objetivo de la psiquiatría en tanto disponer de un orden de experiencia, de una idea de la realidad y de su dinamismo interno más allá de lo esperable a partir de la generalización de morfologías definidas en otras ramas del saber, esto precisamente supone el pluralismo discontinuista. En esto se cifra la capacidad de estabilización de la psiquiatría.

2. La construcción del campo la psiquiatría en la sociedad moderna: vida y medicalización

Para entender la exigencia desde la que ver el nacimiento de la psiquiatría debemos pensar qué sociedad está detrás, empezando por evitar caer en que la psiquiatría sea o un mero dispositivo social de normalización o nazca ya encarrilada hacia su consolidación como una ciencia más. Esa sociedad está ya organizada de tal manera que se autocomprende tematizando explícitamente el campo de experiencia que antes quedaba sujeto a concepciones dependientes de otro tipo de totalización que estaban estabilizadas de forma fundamentalmente teológico-religiosa. Es pues, producto de la propio desequilibrio interno de la totalización, en cuanto capaz de suministrar un sentido acorde al conjunto

de remisiones en que se organiza la que permite la aparición de la forma subjetividad. La subjetividad se desprende de la antigua totalización en la que el sujeto era una parte engranada en ese todo y carecía de la relevancia por venir y pasa a separarse de ese todo, se individualiza y de nuevo se lleva a cabo la totalización a partir de ella.

Los procesos históricos previos a la emergencia de la psiquiatría tal y como la conocemos a partir de Pinel, es decir, la producción conceptual llevada a cabo por la medicina desde la época griega hasta el momento inmediatamente anterior, con las tematizaciones de trastornos que hoy calificamos de mentales, suponen la arqueología de los modos en que se ha abordado la diferenciación de la vida entre lo corporal y lo mental. Asistimos al empuje de la interioridad que se considera exenta de la materia corpórea, para poder pensar la interacción con ella de forma hacedera, hasta entender cómo la sustancia que se ha hecho sujeto y ha eliminado, o al menos se pretende, cualquier resto inconceptualizable.

Se acepta, como es sabido, que con la obra de Pinel en 1801 nace la psiquiatría. Sin embargo, esto ha resultado difícil de explicar habiendo antecedentes relevantes tanto desde el punto de vista institucional (Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza desde 1425 (6) o San Bonifacio en Sienna por decir dos nombres), como conceptual (Crichton (7), Chiarugi (8), por decir otros dos). En la misma obra de Pinel desde la *Nosographie Philosophique* (9) de 1795 al *Tratado* (10) de 1801 se advierte una diferencia, lo que Gladys Swain ha estudiado y ha tratado de definir como una distancia del loco a su locura (11,12). Esa distancia abriría un espacio que permitiría diferenciar las especies dentro de la unidad monolítica de la locura y generaría un territorio de acción que a su vez exigiría de una actividad peculiar que sería la psicopatología en disposición de hacerse cargo de la subjetividad del loco (13).

En estas circunstancias se activa un proceso, que llega hasta hoy mismo, en que se tiende a producir una asimilación de la psicopatología por la semiología médica y al mismo tiempo se accede a dimensiones que ponen de manifiesto lo indisponible de la subjetividad. Ésta se tematiza explícita e implícitamente creando estrategias para desactivar lo indeterminado que posibilitan abordar la vida, considerándola en una dimensión preferentemente naturalista/materialista o espiritualista pero también dando pie a explorar aspectos que exceden y ahondan estos dos, como por ejemplo Maine de Biran anticipando la fenomenología del cuerpo. Biran recusa la fisiología y la psicología para abordar el hombre y apela al cuerpo propio irrepresentable que da origen a la conciencia y permite la distancia reflexiva (14).

Porque la psiquiatría se autocomprende desde ese momento en que la exigencia totalizadora partiendo de sí misma cree poder resolver su posición, y se toma como mero cuerpo/pasiones (materia) o como (alma) mente, susceptibles de ser determinadas. La subjetividad se sustancializa y luego se somete a la positividad. Y este movimiento es internamente contradictorio ya que si por una parte permite el despliegue de la psiquiatría por otra impide acceder a la entraña que es el individuo como mundo de la vida atravesado por la lógica y la corporalidad, como logos y cuerpo.

Retengamos entonces que el momento de emergencia de la psiquiatría se produce en el seno de una transformación profunda de la humanidad europea en el que los ingredientes de la sociedad se encuentran en trance de reacomodación y en el que se van a asignar a esos componentes nuevas funciones y nuevos valores, que se creen claros y firmes pero que han resultado ser equívocos y ambiguos. Desde el primer momento el proyecto de la psiquiatría pretende dar cuenta de la acción desde un punto de vista visceral, como entramado de afectos, ideas y conductas. No obstante, el carácter devenido históricamente de ese entramado impide diferenciar los planos de materialidad, se han borrado las trazas

de determinación y aparecen como cruces, quiasmos y vínculos que no se dejen reducir ni simplificar, por más que se pretenda, en nociones unívocas y diferenciadas. Y esto es parte del problema que se desarrolla desde entonces en la psiquiatría, a saber, discernir el alcance ontológico de lo que supone cuerpo/mente, lo indisponible que habita allí. Es decir, para pensar la enfermedad mental requerimos descolonizar la subjetividad de las estrategias discursivas y retóricas que lleva aparejados las palabras pasiones, emociones, alma, mente, etc., con los que se ha venido pensándola (15). La medicalización imprime a la psiquiatría un sesgo muy acusado hacia la positividad que solamente ante sus propias contradicciones puede ser pensado para escapar de su coerción conceptual (16). De fondo avistamos el concepto de vida en lo que tiene de problemático, que es mucho.

Una sociedad que se ha dotado de un saber positivo solvente gracias al paradigma de la nueva ciencia es normal que crea posible expandir y llevar los principios de ese saber a todas las esferas de la vida y el conocimiento. Y así será para amoldar a los nuevos conocimientos y la nueva conceptualización las fuerzas de la naturaleza en nociones físicas que permiten entender la vida por medio de nuevos saberes: reflejo, irritabilidad, electricidad, etc., para sustituir los viejos: teoría humoral, la iatromecánica, etc., para instaurar una referencia a la realidad y poder resistirse a su amenaza, para escapar a la arbitrariedad interpretativa, incluida la teológica, y que es capaz de alcanzar verdades incuestionables con independencia de la historia, de la raza, de las creencias, etc. Entonces a partir del ejercicio de ese saber y de los términos que incoa es posible que se vayan ideando y configurando nuevas prácticas, nuevos espacios de experiencia, nuevos campos de sentido y desde ellos establecer conexiones que pretendan definir un campo de trabajo al que luego se quiere dotar de una legalidad en base a las relaciones de los conceptos y categorías puestas en marcha, con independencia de que su consolidación como saber se

afiance y se sostenga en un terreno firme desde el punto de vista de la verdad obtenida y su confrontación con la realidad efectiva.

De manera que se origina un campo al formarse un lenguaje ligado a operaciones, por ejemplo el tratamiento moral y la practica asilar; qué se hace efectivamente en el dispositivo o la institución. Además, ese campo remite a un ámbito de referenciales ineludibles, contumaces con independencia de la delimitación y clasificación que se acabe por determinar, por ejemplo las conductas caracterizadas como agitación, inhibición o pretensiones de verdad falsas, que están a la espera de que se obtenga una definición esencial ordenadas respectivamente en relación a otras configurando un todo articulado, organizado. Ese campo a su vez debe incorporar la perspectiva de los sujetos implicados en el mismo, los propios psiquiatras o alienistas que se agrupan en sociedades, crean revistas y reuniones y se reparten cargos académicos e institucionales. El conjunto debe ser visto de forma cambiante, dinámica, fluyente, mezclada en un contexto normativo definido.

Lo que sí sucede es que con estos arrestos se quiere colonizar un territorio que ha dejado de ser aceptable a partir del nuevo contexto histórico-conceptual, y así se pretende ir generando un espacio lógico y ontológico que se abre a capas de la realidad distintas, inconmensurables con la idea de un continuo absolutamente unitario y uniforme. El trasfondo material es aquí el marco que se quiere y que tiene que ser dominado y se pretende que se haga apelando al dispositivo cognoscitivo estatuido con los conceptos de sujeto y objeto, con los que se quiere conocer todo el mundo y absorber en ello todas las posibles variantes. Aquí se ven ya esquemáticamente las opciones que se van a dar en la psiquiatría en los dos siglos siguientes, a saber: el reduccionismo mundanista-corporeista o psicologista vinculado a la pretensión semiológica y, a la vista de la insuficiencia semiológica (que, en definitiva, el signo remite a sí mismo), surge la posibilidad de

derivas que incorporan a su proyecto la disolución subjetiva en un apriorismo sin referencia a operaciones y cuerpos materiales, órganos y estructuras biológicas dotadas de mundo de la vida intersubjetivamente conformado.

Explicar esta aporeticidad e inmiscuirse en esos intersticios es lo que intenta Foucault no sin dificultades, ya que si bien su objetivo no es propiamente psiquiátrico, la motivación temática a partir de la que emprende su trabajo intelectual sí que lo es, y es desde esta contextualización desde la que hay que rendir cuentas porque si bien no se han ofrecido explícitamente, su discurso no ha dejado de tener el carácter de respuesta a la problematización psiquiátrica, como se viene observando desde entonces (17,18). Bien se ve que no se aborda el papel de la psicopatología como encaje dinámico de factores heterogéneos en tensión incidiendo sobre lo mismo (19). Sobre la psiquiatría y también sobre la psicopatología se tiende a adoptar de continuo una forma preeminente de uniformización que suplanta unilateralmente el entretejimiento entre las partes, que resulta limitado y al hacerlo se van generando, con notable aceptación, las diferentes posiciones ideológicas que coexisten en cada momento en cuanto totalizaciones.

Así es que la génesis de la psiquiatría no se cierra, no consigue instaurar un principio que permita definir de una vez su campo de emergencia, como parece han querido ver Foucault (20) (normalización biopolítica de los sujetos en una sociedad a partir de que lo anormal se destaca), Deleuze (21) (como plano de potencialidad previo a cualquier estratificación o subjetivación, como cuerpo sin órganos) o Lantéri-Laura (22) (formas paradigmáticas que se engarzan de manera continua aproximando respectos en principio opuestos). Desde el comienzo está atravesada por inestabilidad que deviene estructural para la propia psiquiatría porque no consigue resolver la exigencia de que la positividad diga lo que hay que decir de la experiencia psiquiátrica. A su vez este carácter estructuralmente inestable es el que la hace relevante para la filosofía y el que demanda

la filosofía como ingrediente teórico para la propia psiquiatría. Todo esto, a su vez, pone de manifiesto que debemos disponer de una noción de vida satisfactoria, una noción de vida montada sobre el concepto de anomalía, donde se dé un mundo previamente estabilizado en que se pueda establecer el sentido y advertir la diferencia entre los niveles de lo orgánico (Plessner (23,24,25), Goldstein (26,27), Canguilhem (28,29,30)).

Por ello es menester que aparezca una actividad intelectual, como ejercicio reflexivo, interno al campo, abierto, indeterminado y ello precisamente contra la arraigada tendencia de la propia psiquiatría por hacer de ésta, una y otra vez, un componente externo, positivo, determinado capaz de acreditar con su dictamen la verdad de sus proposiciones y que sin remilgos se adentra en su experiencia sin haber solventado, y sin poder solventar, aquellas ideas que precisamente contribuyen a conformar su campo. Pero para que la psicopatología, desde los rudimentos iniciales hasta la primera consolidación que incorpore elementos críticos, con Jaspers (31), alcance a saberse en distancia como una actividad conceptual reflexiva habrán de pasar varias vicisitudes que cuestan más de cien años. Y ni aun así se podrá decir con solvencia que se ha llegado a una posición firme, sólida y definitiva, porque en su propia conciencia de sí en cuanto proceso reflexivo instalado en la apertura, en la historia y en una ontología materialista le dejan claro que hay una procesualidad inagotable a partir de un fondo material que va dando de sí sin solución, ni cristalización final. La indisponibilidad efectiva es y va a ser estructural, la contingencia es necesaria e inevitable frente a las presuntas exigencias de que el mundo se puede revelar a nuestro conocimiento exhaustivamente, por completo (32).

3. El carácter abierto de la experiencia psiquiátrica. La subjetividad

Si considerar la propia constitución de la psiquiatría urgida por la medicalización es ya un factor de inestabilidad, el meollo mismo de su ocupación, la subjetividad, va a conformarse como el factor nuclear de aquélla y de la que no puede sustraerse, porque es por la subjetividad en cuanto factor de unificación de la experiencia y suministrador de condiciones categoriales de ésta por lo que la ciencia moderna y medicina ha llegado a ser lo que son. Y va a resultar internamente inestable porque ella misma se forma como el modo en que el ser humano, tras venir al mundo y de manera prolongada recibe la impronta del medio para habilitarle para la vida. Es, por tanto, una estructura abierta esencialmente que hay que tratar de cerrar, posibilitando el distanciamiento de la realidad gracias a la mediación de elementos simbólicos de cara a estabilizar la experiencia de la realidad, de retener el pasado y generar expectativas de cumplimiento para que el presente adquiera sentido. Es esta conformación experiencial la que pide en su apertura un cierre simbólico que es el que suministra la religión en principio.

Si bien la subjetividad es un constructo moderno en la manera en cómo ha sido conceptualizado sobre todo a partir de Kant, el rudimento que lo posibilita tiene su origen en el mismo proceso de hominización. Arraiga en lo profundo de todo ser humano como modo básico e inevitable de clausurarse a sí mismo como organismo, de realizar el cierre del propio cuerpo y del sentido. El modo de subjetivación originario por medio del que se coordinan el hablar y ver, mirar y moverse, el oír y el decir, requiere un entorno adecuado en el que interviene la afectividad. El objetivo es estar en disposición de enfrentarse al absolutismo de la realidad que se presenta como dolor y muerte, para ello se requiere que se introduzcan mediaciones que van a demorar ese encuentro. Es un modo de cierre inestable. Históricamente este cierre puede tener, y de hecho tiene, diferentes modalidades que confieren distinto grado de estabilidad una vez que se han garantizado

unas condiciones de normalidad exigidas por el propio desarrollo biológico corporal del infante.

Merced al intercambio y la progresiva abstracción de las relaciones se produce la desmembración de la vida humana, vida que estaba anclada en vínculos sociales comunitarios a través del cuerpo carnal singular. Esto parece que empieza a suceder en las sociedades que dieron lugar a la ciudad, hace 13.000 años, en las que se va produciendo una diferenciación de la actividad, creando normas y formas en las que los individuos adquieren habilidades, procedimientos, técnicas, que permiten resistir y afrontar la existencia ante la realidad. Durante siglos se van separando aspectos de esa vida que se dotan de valor, dignidad, derechos, que dan lugar a formas de ser en que se concibe el propio individuo en una trama de relaciones complejas, plurales, no unívocas, presididas por la preeminencia de la inserción institucional del individuo, abarcando su forma más lograda en la ciudad o el estado. Con la modernidad todas esas instancias adquieren conciencia de su propio desarrollo, siendo así que la subjetividad se autocomprende como resultado de un largo proceso histórico. Se dan en distintas culturas distintas maneras de abordar el malestar y el dolor, de modo que la forma de afrontarlo, si se escapa a la religión, es a través de visiones de totalización socialmente consistentes.

Precisamente en la modernidad europea tardía es donde se advierte que hay problemas en esa estructura (subjetiva) y que la manera de cerrar es inestable desde el punto de vista del individuo. El desencantamiento del mundo tiene un coste. Y lo es porque al tratar de conjurar el abismo que lo real abre, y que las religiones se han ocupado tradicional y convenientemente de clausurar, no deja de tener consecuencias respecto a la estabilización del sentido ante el dolor y la muerte y se da pie a que se establezca una dimensión autoconsciente que al mismo tiempo que gana en reflexividad pierde en solvencia comunitaria.

Con el cristianismo y la separación de poderes se generan tensiones internas que con la Reforma no se terminan sino de agravar, porque de manera interna a esa opción se han adoptado actitudes que conllevan la exacerbación de la inestabilidad. El yo que en soledad accede a ser visto desde la mirada de otro, la justificación por las obras, lo que lleva a incentivar el desarrollo del capitalismo y desplazar al hombre del centro del universo con el desarrollo de la ciencia moderna, en cuanto que desposee a éste del lugar preeminente del que venía gozando en el universo ontológico y en la escala natural. Con esto se generalizan a amplios sectores de la población estilos de vida nuevos donde el individuo tiene que escrutar el mundo y a sí mismo desde el ensimismamiento y la soledad.

La vida que se toma como referente para la psiquiatría, aparece y se hace visible como asunto de la medicina mental en forma de individuo aislado, desgarrado ya del nexo comunitario. La modernidad es la época en que este desgarramiento es más intenso y con la sociedad industrial y postindustrial, que es la nuestra, a que da lugar, se pierden sin remedio las referencias que remiten a esa conexión entre cuerpo y vida comunitaria dotada de sentido, por más que dentro de ella, y desde la antigüedad anidasen en ella los demonios, la *hybris*, la melancolía y la locura. Hay todo un elenco de términos para nombrar el resultado históricamente devenido de las formas en las que la materia se organiza como vida y conciencia de sí, por rudimentaria que sea. Y ello es así porque se liberan los nexos que estaban sostenidos por estructuras de carácter religioso que ofrecían una totalización de sentido estable e internamente consistente. Es gracias al saber científico en desarrollo que se desplaza el hombre del centro del universo, va quedando a la vista de forma crecientemente manifiesta la indiferencia y el lugar indistinto respecto a los demás entes. En este sentido, el intento kantiano es precisamente el de resituar al hombre y a la humanidad otra vez en el centro del universo y esta tarea se lleva a cabo a través de la moral. A través de la libertad. Hay que conseguir un lugar para el hombre

capaz de articular en torno suyo la experiencia sin estar sometido a inclinaciones, ni siquiera a las que provienen de la sensibilidad. Es él el que dota de universalidad y legitimidad al conocer. En él cristaliza la conceptualización de la subjetividad moderna en lo que tiene de problemático, adquiere su registro individuante y totalizador al tiempo que se acompaña del precio de tener que cargar con la limitación y la finitud. Y va a ser la burguesía la que plantea la necesidad de la psiquiatría desde una experiencia subjetiva vivida como inestable. Es así porque las pretensiones de universalidad que quieren abarcar la totalidad de la subjetividad y estabilizarla, sea por medio de la raza, la ciencia, la clase, etc., como algo externo a ella misma, fracasan en su intento.

Así pues, la noción de subjetividad de Kant se produce en el momento en que tiene lugar la instauración de la psiquiatría y al hacerlo logra, por una parte, absorber los dos siglos precedentes en lo que se refiere al lugar que tendría que ocupar el hombre una vez que empieza a invertirse el sentido de fundamentación y, por otra, predeterminar anticipatoriamente los dos siglos subsiguientes. Y esto se hace por parte de Kant precisamente para tratar de salvaguardar la autonomía del hombre frente a la amenaza de la ciencia. No se puede dejar de mencionar que en ese preciso momento se produce la recepción de Espinosa con importantes consecuencias en la sociedad y la filosofía posterior. Son los problemas generados por esta noción de subjetividad los que van a marcar la trayectoria de la psiquiatría a base de las aporías instaladas en su seno, actuando desde dentro pero inabordables en los presupuestos y los términos en los que está planteado su manejo clínico. De modo que la subjetividad va a nacer como un concepto inevitable pero internamente problemático que va a arrastrar dificultades. De hecho hoy todavía están presentes en el día a día, del que la psiquiatría no solo no va a poder desprenderse sino que la va a determinar por completo. Empezando por la psicologización de la vida y su hegemonía en ella y por ello en la psiquiatría.

Así, por ejemplo, en los requerimientos para suplir las necesidades de consuelo y sentido se va a requerir de una tematización explícita que coge descolocada a la noción de subjetividad, como pone de manifiesto el significado de la noción misma de psicoterapia, una vez que la medicina se instala en el camino del método científico y deja de considerar al individuo en cada caso y globalmente como su negocio. Con lo que la psiquiatría a medida que vaya delimitando su ámbito de actuación deberá asumir la tarea vicaria destinada a dar apoyo y sentido, a la acción y a la pasión, ocupando un espacio que ha quedado vacío tras el abandono de lo religioso y ejercitada en sujetos que ostentan desequilibrios en la vida cotidiana que antaño encontraban cauce de abordaje en el seno de la sociedad comunitaria. Es decir, así como la función de la religión no es psicológica y no se puede reducir a superstición, sino lógica y que arraiga en el fondo de la experiencia, la función de la psicoterapia como suministrador de sentido tampoco cabe dentro de un concepto categorial positivo como el que a ésta se le supone.

Sobre esta base, en que la subjetividad aparece como un concepto equívoco, se comprende que no pueda darse vínculo semiológico estable entre signo y lesión o disfunción, como sí sucede con el resto de la medicina, porque la remisión descansa en esa relación constitutiva que no se puede pensar con los procedimientos deductivo-determinantes. Con lo que se propende a establecer una nexa mecánico, abstracto, impostado, siguiendo el proceder de la semiología médica, para lo que hay que aportar adicionalmente una teoría donde esa relación, que no pasa de ser puramente hipotética, se establezca con carácter firmemente instituido, como si fuese real. El fundamentalismo científico y psicológico se monta sobre la visión ilustrada de un campo unificado de experiencia roturable por los mismos procedimientos, lanzada a una progresión ilimitada de mejora, de manera que así se va desprendiendo y vaciando la realidad humana y supliéndola precisamente por una idea de ella total basada en la racionalidad asimismo abstracta.

Al carecer de un marco que permita acotar un campo de experiencia donde se puedan dar esquemas de identidad, al carecer de teoremas o postulados que actúen sobre la subjetividad sin anular sus efectuaciones, la psiquiatría en cuanto lenguaje, es decir la psicopatología, se ve imposibilitada de clausurar su campo y autorreconocerse eficazmente como saber científico por más que trate de verse así y de equipararse a otras prácticas de ese espectro médico. Por otra parte, cerrar el campo semiológico, del signo, no es factible ya que se requiere asumir la subjetividad como proceso lógico y como cuerpo, como la estructura formal de la razón, que no puede ser segregada de sus propias operaciones por lo que no cabe acceder a verdades absolutas, plenamente descontextualizadas, como se pretende. Por ello la psicopatología no ha sido, no es, ni será la ciencia básica de la psiquiatría (33).

Así pues, es menester empezar por caracterizar la subjetividad como una instancia insustituible en el negocio psiquiátrico, a este respecto no cabe disolverla como una clase vacía carente de las dimensiones corporales y sociales comunitarias. Quizá la subjetividad en toda su dificultad suponga el intento moderno fallido de pensar esa conexión perdida a través del marco sujeto-objeto. Ahora bien, sólo a partir de estas dimensiones es posible insertar al individuo en la trama de la realidad, acomodándose a ella y conociéndola y resistiendo su absolutismo, que pone en riesgo su propia existencia. Resistencia que consiste de entrada en actuar con ella a partir de esas facticidades corporales y lógicas que somos como producto de la historia de la confrontación efectiva con la realidad, pero confrontación a través de mediaciones simbólicas y técnicas, que establezcan distancia con lo sin-sentido, lo irracional, lo impensable, lo infinito, la materia.

Cómo pensar la subjetividad desde un punto de vista material sin sucumbir a un reduccionismo naturalista, monista, simplista, es decir, estéril de cara a comprender la materia dándose alcance a sí misma y mediando en la apertura entre el infinito y las cosas,

las personas y las normas. Cómo asumir la apertura esencial de cada uno en cuanto individuo que es una vida que nace abierta, excéntrica y en cuanto tal pide normalización, estabilidad, cierre para poder sobrevivir. Esta es la tarea.

4. **La inestabilidad de la psiquiatría. El desenvolvimiento de la psicopatología**

I. Va a ser la propia inestabilidad de la psiquiatría a lo largo del tiempo la que ponga de manifiesto su interna problemática, que no es susceptible de ser abordada en términos de la ciencia positiva, como era y es hoy todavía la pretensión por parte de gran parte de la profesión. La inestabilidad proviene de la constitución de la propia subjetividad como acabamos de ver y de las formas en que ha venido a tematizarse de modo plural. Pero esto, desde el punto de vista cronológico, no es advertido hasta mucho más tarde. A pesar de la pluralidad de campos de realidad en liza y de las formas de conocerlos, la psiquiatría presupone su unidad debido a la herencia y servidumbre por su dependencia de la medicalización en cuanto que asume que hay un modo de saber que puede dar cuenta de él. Pero, *prima facie*, la psiquiatría no toma conciencia de esa inestabilidad como resultado de problemas internos a la configuración de su propio campo, porque la experiencia se la ha hecho extraña respecto a la posibilidad de pensar la apertura misma. Solo sabe, cuando mira hacia atrás, que se dan posiciones encontradas. En parte será la psicopatología la que permitirá que tome conciencia de lo inconceptualizable que habita en ella, sobre todo cuando incorpora metáforas absolutas que escapan a todo lenguaje y representación. En efecto, si atendemos al curso histórico podemos ver como quedan a la vista las cuestiones de fondo y se entiende más tarde la tarea de la psicopatología respecto a su inicial asignación como mera semiología, señalando a la psiquiatría en cuanto diferente de las demás especialidades médicas porque metodológica y categorialmente es diferente (34, 35).

La psiquiatría se percibe diferente de otras ramas de la medicina por una serie de características de superficie con las que habitualmente se la denosta, como son: la presunta arbitrariedad de los criterios diagnósticos por el hecho de que dependen de la postura de cada psiquiatra, la evidentes fluctuaciones en la nosología, la invariable dependencia contextual, la rotunda ausencia de pruebas diagnósticas específicas, etc. Todas ellas vienen siendo nombradas como déficit de objetividad, indeterminación causal, ausencia de referencias materiales, en definitiva, inestabilidad conceptual o categorial.

Entonces, ¿inestabilidad respecto de qué? Precisamente respecto de la caracterización de un campo empírico definido, un campo de sentido en el que los resultados que se obtienen en él ya no dependan ni de la historia, ni de la cultura, ni del contexto social, ni de nada externo al propio campo. Precisamente por esto la psiquiatría es y no puede no ser inestable. Y esto es lo que hay que pensar. Al estar ocupando un espacio complejo, *in medias res*, se las tiene que ver con una componenda de líneas de fuerza heterogéneas que no corresponden a un mismo y unívoco territorio, a un mismo plano de experiencia. Además de concernir nuclearmente un campo de suyo ineludible como es la subjetividad, que requiere que la propia experiencia psiquiátrica se caracterice de una manera específica, para lo que es imprescindible que se reconozca la riqueza y diversidad de lo real, la pluralidad discontinua en que consiste y de la que forma parte y en la que se asienta. Aquí se va a hacer patente que se trata de atender a una concepción de la realidad que dista de la que ha sido consagrada y recibida como canónica.

Tanto desde dentro de la propia psiquiatría, es decir, desde el ejercicio clínico y la puesta en práctica de sus herramientas, como es ejemplarmente la psicopatología en tanto lenguaje que se conforma tratando de captar y decir fielmente del acontecer de cada vida que experiencia mundo y que se enfrenta al absolutismo de la realidad. Como desde fuera,

desde la percepción ofrecida por la gran variedad y cantidad de propuestas, escuelas, teorías y procedimientos, que bien simultánea bien sucesivamente, muestran una imagen contraria a la que ofrece la ciencia en sentido fuerte con la que se mide, se constata que el procedimiento para asegurar sus pretensiones de ocuparse de un campo de experiencia homogéneo y uniforme no ofrecen resultados consistentes. Y este hecho patente es el que pone de manifiesto la necesidad de atender a la articulación interna de la psiquiatría desde su génesis, a la formación de sus términos, a cómo las sucesivas propuestas no avanzan sobre un suelo firme sino suponen distintas enmiendas a la totalidad con la pretensión de legitimar y articular todo desde un punto de vista diferente. La misma pretensión de progreso, de avance incesante, que recibe de su procedencia moderna, anclada en la tradición aristotélica de un ente perfectísimo (Löwith (36)) o en la autoafirmación del individuo moderno (Blumenberg (37)), y que le lleva a emular y esforzarse por asemejarse de entrada a la propia medicina, es ya una cortapisa que habrá de someter a la correspondiente crítica como vamos a ver más abajo.

II. En lo que sigue trato de ejemplificar distintas estrategias psicopatológicas destinadas a obtener solvencia discriminante de cara a cerrar el campo de experiencia, pero que resultan generadoras de inestabilidad. El criterio se pretende exterior al campo de inmanencia de la experiencia psiquiátrica en un afuera que permita una remisión unívoca pero el resultado es invariablemente equívoco, desatendiendo los componentes complejos de la formación del campo que involucran aspectos terminológicos, relacionales, conceptuales e institucionales.

La psicopatología como descripción efectiva de la realidad. Chaslin (38,39) forma parte de este recorrido por la manera que percibe la tensión y el deseo de cerrar el campo por medio de un lenguaje bien hecho pero advierte su dificultad sin alcanzar a plantear el problema de fondo, como inane simplificación de una perspectiva plenamente acrítica.

La psicopatología debe incorporar, cuando se da alcance conceptual a sí misma, un momento crítico que revele las hipóstasis asumidas en cuanto totalizaciones en el intento de recubrir el desajuste. Y a esto, con las limitaciones que se quieran, sí que contribuye Jaspers y por eso, incluso en su ambigüedad, ha quedado como efecto para la posteridad porque ha inoculado en la psicopatología la dimensión filosófica *de facto*, por más que exprese para ella pretensiones científicas. Es decir, Jaspers al contrario que Chaslin, porque su mirada incorpora la distensión de la compactación de significado recibida, puede actuar reflexivamente en cuanto a poder reconocer la existencia de ideas que desbordan el carácter categorialmente cerrado y simplista de los términos. Ambas opciones, no obstante, revelan que internamente ofrecen inestabilidad si no se envuelven en unas coordenadas más radicales. Lo mismo sucede en la apelación a una psicopatología descriptiva que late en la propuesta de la escuela de Cambridge (40) que parece preferir el lado de Chaslin al de Jaspers, así como a la llamada edad de oro de la psicopatología que se inaugura en la escuela de Heidelberg.

Ahora bien, con independencia de que no consiga desprenderse del carácter de semiología, la psicopatología ha adquirido una autoconciencia muy marcada que ha dado pie a numerosas apuestas de calado para pensar la cuestión que nos trae aquí. Es decir, con independencia de caracterizar la psicopatología descriptiva como lenguaje meramente semiológico, el propio desenvolvimiento de ésta en determinados momentos adquiere conciencia de sus limitaciones y se sabe necesitada de abordajes filosóficos. Este movimiento constante y persistente, que va de la necesidad de fijar la referencia y de la imposibilidad de lograrlo, supone un continuo acicate a pensar dicha impotencia y la recurrencia que demanda. Esta complejidad ha pasado y sigue pasando desapercibida para la gran mayoría de los psiquiatras entre otras cosas, además de por su interna problematicidad, por la avalancha de posiciones psicologistas que invadieron la

psiquiatría de postguerra y que se asentaban en una subjetividad ubicua, dominante en cuanto voluntad y deseo como carencia.

Los complejos sintomáticos frente a la referencia simple. La ordenación nosológica que cristalizará con Kraepelin (41) supone problemas que, más allá del indudable éxito de su recepción en términos de influencia y capacidad de generar un modelo a seguir, no deja de resultar altamente discutible, como pondrán de manifiesto sin ningún género de dudas sus colegas. De modo particularmente significativo en el artículo de Hoche de 1912 sobre los complejos sintomáticos (42). Y lo es porque señala no sólo una crítica penetrante al modelo de enfermedad médico y localizacionista que representaba Kraepelin o Wernicke (43) sino porque despliega para ello una conceptualización que, como la de los complejos sintomáticos, resulta del intento de mediar entre los síntomas y las enfermedades en un ejercicio cripto-filosófico que crea unos entes de razón puramente indeterminados e indeterminables desde los presupuestos positivistas, por más que pida para lo psíquico una consideración inconmensurable con lo orgánico. El desbordamiento de los conceptos clasificatorios se trata de contener o reconducir hacia unas nociones que posibiliten adentrarse en el dinamismo cambiante e inestable de los síntomas sin una referencia rígida a las enfermedades como clases naturales. La secuencia se puede alargar hasta la misma actualidad, por más que desde los 80 sea dominante el modelo clasificatorio DSM, que su propia insolvencia teórica no ha hecho más que desacreditar empíricamente a lo largo de las sucesivas ediciones hasta hoy. Este modelo que sostiene estas entidades irrepresentables, más allá de sus limitaciones y deficiencias, indica un patrón recurrente en el modo de abordar esta dificultad interna de la propia psiquiatría con apelaciones equívocas y confusas a ideas filosóficas que ocupan el lugar de totalizaciones hipostasiadas e ideológicas, en general siempre en favor de cancelar la inestabilidad.

La creación de términos que tratan de fijar fenómenos a contextos discriminantes pero por su propia insuficiencia producen fluctuación e inversión de los significados, de Cullen a Freud (44). Por ejemplo la inversión significativa del término neurosis respecto al de psicosis que se lleva a cabo a lo largo del siglo XIX. Pero también la aparición y desaparición de entidades a lo largo de la historia (fugismo) (45). Como sucede con el doblete proceso/desarrollo que al final termina de carecer del poder discriminatorio que se imputaba. Son otros tantos ejemplos de inestabilidad atribuible a la exigencia procedimental y su conformación como saber científico a partir de significados de los términos que aparecen en el campo sin remisión a operaciones por la introducción de nociones indeterminadas que fluctúan en torno a aspectos inconceptualizables.

La existencia de la psicosis única como presupuesto monista que intenta abarcar todo el espectro clínico sintomático, desde Griesinger (46) hasta Llopis (47) y Janzarik (48), es la expresión misma de la inestabilidad en el meollo de la psiquiatra a lo largo más de 150 años y de los esfuerzos llevados a cabo desde distintos abordajes, a la vista de la inespecificidad sintomática, para alcanzar a desactivar el constante diferir sin referencia estable, a que la productividad se anule en sus diferencias y a que el presupuesto neurológico, en un monismo sin ambages como le es propio, acierte a explicar la variación en el curso natural de los distintos síndromes psicóticos.

La endogeneidad acaba por representar la disolución del alcance etiopatogénico del término endógeno frente a las pretensiones de partida, donde lo endógeno se equipara a un presupuesto material causal que sin embargo, la misma historia de la teoría pasando de Möbius a Tellenbach (49, 50), se encarga de desactivar y con ello se revela la inestabilidad que late en el trasfondo de la clínica que se manifiesta difiriendo y no se deja reducir a una materialidad simplista que exige de parte que toda la riqueza

semiológica y de manifestaciones de la locura se avenga a semejante propuesta ontológica.

La univocidad/equivocidad entre trauma y disociación que presupone, según la acepción que se adopte de los significados, una continuidad material puramente especulativa que solo se mantiene cuando se ciega a las manifestaciones clínicas más tozudas y sólo ve a través de esos presupuestos continuistas que son expresión de posiciones monistas tan refractarias a toda confrontación con lo múltiple como carentes de la posibilidad de acceder a la complejidad efectiva (48).

III. Al margen de esta inestabilidad digamos que interna a la formación del campo y dependiente de la exigencia de positividad para la psicopatología, ésta misma también actúa de facto ejercitándose como esquema, como ejercicio conceptual-relacional entre planos de realidad distintos, cada cual perteneciente a campos categoriales diferentes. Vamos a verlo.

Si atendemos a la psicopatología desde la etapa formativa de su lenguaje a mediados del siglo XIX, nos encontramos que hay una notable confusión acerca de las categorías y los procedimientos. La pugna entre somáticos y psíquicos que se lleva a cabo en la incipiente psiquiatría alemana adolece de una clarificación, por otra parte plenamente comprensible a juzgar por el estado de cosas teórico, acerca de los determinantes de patología mental. El embrollo conceptual sobre el alcance de la subjetividad y su compromiso material dista mucho de estar encauzado. A ello vendrá a añadirse la incorporación de los restos de la patología funcional (49) que poco a poco van a ir quedando fuera del marco explicativo de la medicina experimental, la etiología microbiológica o tóxica y la lesión anatomopatológica capaz de discriminar las clases naturales de una manera eficaz. La historia, por ejemplo, propiciará la incorporación al cuerpo de la psiquiatría de elementos

semiológicos indistinguibles de los que se detectan en otros cuadros como las demencias, las monomanías o la lipemania.

Importa señalar que la psicopatología, en cuanto repertorio terminológico, aparece en el desarrollo de la psiquiatría una vez que ésta se ha puesto en marcha, en que cree delimitado su ámbito de experiencia (el asilo, el manicomio) y se adentra en el proceso de medicalización dejando atrás los impulsos filosóficos que le habían permitido arrancar pero de los que parece que ya puede desprenderse como un lastre. La semiología médica entonces sirve como modelo de referencia para la psicopatología y así se despliega ésta a lo largo de más cien años de historia hasta la actualidad, desde luego no sin dificultades. La más importante ahora para la psiquiatría es conseguir moverse en un contexto semiológico firme donde sólo cupiera avanzar en un mismo sentido, es decir, proceder a ir poco a poco profundizando y amplificando ese nexo que es causal, hasta la causa eficiente última, la que sea. Pero esta pretensión no se da por más que se quiera, lo que no impide que se siga persistiendo en esa misma dirección. Desde luego por este camino no hay más que una creciente inestabilidad, como he mostrado arriba, que se va resolviendo, mal que bien, a base de no tomar en cuenta más que aquellas opciones disponibles que comparten el mismo marco teórico. Se va así conformando una psiquiatría académica que se organiza administrativamente bajo el amparo estatal, distribuye cargos asistenciales, docentes, jerárquicos a partir de generar recorridos curriculares predeterminados, al tiempo que establece textos, revistas y congresos donde estos logran legitimarse para acceder a aquéllos.

Además, por si fuera poco, la psiquiatría tiene el importante problema de que debe ofrecer una propuesta solvente que le permita asentar el punto de vista materialista a la escala de las manifestaciones clínicas, efectivas, las que se observan en los pacientes, asumiendo que las relaciones semiológicas que se dan en la clínica deben tener un correlato material

que hay que exponer, no sólo suponerlo o desearlo. Esto, por lo menos, debe hacerse de una forma negativa, es decir, impidiendo que el lugar de la totalización sea ocupado por ideologías o mitologías, que tergiversan o sesgan la complejidad de las cosas y pervierten el alcance de la materialidad última de la cuestión. Pero también descartando opciones y apoyando resueltamente el abordaje de las limitaciones internas a su propio campo empírico, activando metodologías improcedentes por pretender obviar, por ejemplo, la inconmensurabilidad que ostentan los diferentes planos ontológicos con los que se tiene que enfrentar la psiquiatría y los distintos saberes de los que se nutre.

Sin embargo, no se ha logrado hasta la fecha ofrecer una lógica que permita su relacionalidad articulada de una manera satisfactoria. Los nexos entre las estructuras biológicas y las conductas o expresiones siguen vínculos peculiares que no se dejan someter o subsumir con efectividad bajo los criterios psicologistas, espiritualistas, ni mecánico-fisiológicos. Desde un punto de vista interno a la psiquiatría, su pretensión ha sido desde siempre imitar a la semiología médica y proseguir eficazmente la transición desde las operaciones semánticas hasta lograr que solo queden relaciones de identidad, donde aquéllas hayan quedado eliminadas.

La continua confrontación de posiciones alternativas contradice, en mayor o menor medida, la posición dominante sin necesidad de adoptar otros presupuestos de fondo, ya que la falta de un criterio de verdad solvente hace que se vayan adoptando distintas posturas acerca de ideas que desbordan el pretendido marco conceptual cerrado, en el fondo sostenido en una visión fisicalista del mundo. Es decir, que por más que lo pretenda al no poder prescindir de ideas filosóficas instaladas en su seno, pero al mismo tiempo por rechazarlas, al querer verse como ciencia, la psiquiatría se ve en la tesitura de no poder eludir la inestabilidad. En este sentido la psicopatología una vez que es consciente de su recorrido y del campo en que se encuentra no deja de ser un modo de ejercitación

filosófica. Es en la psicopatología en cuanto lenguaje y andamiaje del discernimiento clínico, donde se tiene que solventar el problema de las conexiones efectivas entre las partes (materiales) intervinientes, entre la multiplicidad de planos, aspectos y campos de sentido, donde resulta más difícil prescindir de la relación o vínculo con la filosofía y es índice, a su vez, de la homogenización y empobrecimiento de la psiquiatría bajo el dominio del empirismo el que la psicopatología desaparezca o haya desaparecido ya de la primera línea de la problemática psiquiátrica.

5. La psicopatología como estabilizador de la experiencia psiquiátrica.

Después de todo lo dicho es preciso afirmar que la psiquiatría tiene que ser posible como forma de entender una anomalía, una alteración efectiva, que produce dolor y sufrimiento en el contexto de una vida experimentando el mundo. Ni vale presuponer que todo es una determinación de una lesión biológica ni vale diluir la anomalía en un criterio normativo exterior. Ni hay forma semiológica que revele una lesión debajo de la afectación de forma generalizada, ni cabe argüir que el sufrimiento que se presenta ante nosotros es la forma subjetivada de un proceso subyacente de organización molecular producido por fuerzas inmanentes en conexión con factores coactivos externos que se puede resolver desubjetivando y retornado a un lugar previo de indiferenciación (nuda vida, virtualidad, animalidad). El plano psiquiátrico ni es meramente biológico ni biopolítico. No es ni mecánico-fisiológico ni resultado de un orden disyuntivo. Está estructurado en un mundo de sentido que se organiza hacia formas estabilizadas no sólo, o no preferentemente darwinianas, en cuanto clases o géneros, sino en cuanto individuos.

Ha de contar con la pluralidad de fenómenos pertenecientes a saberes diferentes, con que la identidad está construida a base de diferentes líneas de fuerza. En definitiva, para que se ponga de manifiesto la apertura de la experiencia en la dimensión clínica, efectiva, a

la que inexorablemente tiene que hacer frente el psiquiatra en su práctica concreta. Como el estado de relaciones entre aspectos no se puede estabilizar sin que la remisión descansa o se asiente de forma contextual, como los nexos inferenciales no se saturan y quedan abiertas las posibilidades de conexión de forma indefinida y como la unidad de experiencia queda fragmentada sin que haya nadie que se responsabilice de llevar a cabo las síntesis empíricas a partir de las diferencias permaneciendo abierta a la contingencia, todo esto supone unas serias dificultades para el ejercicio clínico, con el riesgo de que se mantenga un escepticismo recalcitrante generando un espectro inextinguible de duda e incertidumbre.

Por esto la psiquiatría queda configurada como una técnica, como una práctica. Una actividad que siempre va a requerir cerrarse de forma imperfecta. Lo que significa que si la práctica psiquiátrica no se puede ejercer desde fuera, sin implicarse *in medias res* en su ejercicio, no se puede acotar un espacio exterior e intervenir asépticamente controlando variables abstractas, preferentemente numéricas. No hay más remedio que hacerlo desde dentro, desde el ejercicio concreto de la práctica clínica y en confrontación con lo que se ofrece y es a partir de ahí que se puede reconstruir el contexto de forma reflexionante. Significa que nunca podemos acotar un espacio sin suponernos inmiscuidos pero, sin embargo, tampoco podemos renunciar a acertar ante lo que se nos presenta, a producir un cierre, no en falso desde luego, pero un cierre que establezca el campo y los elementos o factores que intervienen en él, a saber, efectivamente, como una saber-hacer al menos.

Así pues, se tiene que hacer frente a una inestabilidad interna, de la propia subjetividad y a la que es inherente la multiplicidad de líneas de fuerza que le atraviesan. No puede satisfacerse con una visión monolítica de su actividad, como si pudiese reducir su trabajo a unificar y compensar las diferentes campos y modos gnoseológicos adoptando y priorizando uno sobre los demás (naturalismo fiscalista o psicologismo). Ante todas

estas dificultades la psicopatología trata de aportar en su proceder, en cuanto actividad lógica, y por tanto relacional, a una (meta)estabilización de los distintos aspectos intervinientes en la conformación del campo de experiencia psiquiátrico.

1. De modo que la estabilización procede en primer lugar *ex negativo*; realizar un ejercicio crítico para disolver las mitologías que sustentan su mirada y pervierten su visión hacia posiciones metafísicas. Este es el papel preciso que juega la filosofía en la psiquiatría. A la vista de que no se puede cerrar la experiencia, de que no se van a cancelar las contradicciones que la conforman, se va a necesitar de un procedimiento que le resguarde de incurrir en rigideces o hipóstasis inútiles y que permita que siga fluyendo sin llevarla a una posición estable pero muerta, es decir, nula desde el punto de vista de su capacidad de conocer y decir verdad efectiva al margen de una postura internalista meramente coherente. La psicopatología incorpora la posición crítica y la manera en la que discriminar o discernir por el modo de entretrejimiento entre campos implicados en una situación concreta que no es susceptible de ser sometida a un cierre completo.

2. Por otro lado, debe suministrar conceptos que le permitan articular el campo de experiencia a falta de un marco exterior consistente y estable, puramente formal, que impida disolver el materialismo que le constituye, y ello sin caer ni en un positivismo reduccionista romo y zafio ni en un espiritualismo impresentable. Se requiere descompactar el presente que se ofrece en bloque sin matices, homogéneo, plano e introducir reflexividad para activar latencias que permitan el distanciamiento de la realidad mostrenca e introducir modalidad (posible, necesario, real, latente).

3. Y es aquí, por otro lado, donde la psicopatología juega un papel en esta tarea de (meta)estabilización, no en el sentido de aportar un conocimiento oculto, ni una legitimidad cognoscitiva, un saber de primer grado, sino en el de permitir el trasiego inmanente de idas y venidas desde el presentarse de lo que se presenta hasta las nociones

que lo aclaran y vuelta a lo que se presenta. Se trata de que contribuya, sin anular su interno dinamismo, gracias a la aportación de ideas, metáforas y analogías de distinta procedencia, a fluidificar el razonamiento clínico que está dirigido a la individuación. Y ello, repito, precisamente porque la (meta)estabilización se va a requerir siempre porque las totalizaciones de sentido son por una parte ineludibles, pero por otro lado en terrenos experiencialmente abiertos como la psiquiatría, donde la apertura no es incidental ni transitoria sino estructural, no pueden ofrecer solución en forma de una identidad constante, irrefutable. Como ese campo abierto que es la psiquiatría no se puede reducir a otro supuestamente más capaz y con mayor poder legitimador como los que ostentan ciencias básicas, la bioquímica en el marco de la neurociencia no puede arrogarse la causa última y la explicación de lo que acontece en la clínica. Así por ejemplo, el régimen sintomático causal que es cierto para los cuadros confusionales manifestados como la forma de reacción exógena aguda, no puede abarcar la compleja expresión y la variada patoplastia de una psicosis funcional.

4. Algo semejante sucede, por ejemplo, en la pretensión de la lingüística estructuralista respecto a la poética, que quiere reducir los cursos recursivos estrictamente anclados en procesos significantes, a su vez susceptibles de ser explicitados en términos lingüísticos (39), de modo que los distintos planos dados en el acto poético: literal y alegórico, retórico y metafórico, etc., pierden su carácter poético, que es la propia complexión entre ellos, y sólo existente en esa complexión, por una burda reducción meramente lingüística en términos formales. Del mismo modo los distintos planos dados al clínico frente al paciente: sintomático, biográfico, social, familiar, laboral, cultural, académico, biomédico, genético, farmacológico, etc., adquieren relevancia por la complexión concreta, individual que se da ahí y que el psiquiatra ejecuta en su acción intelectual, en la praxis, sin reducirse uno a otro, sin que necesariamente uno domine a los demás en

base a su potencia explicativa en términos de su preeminencia científica y en la verificabilidad abstracta que ostente, o por la función referencial que rija en su remisión causal. De modo que para cada caso haya una línea de fuga que retenga un sentido clínico relevante no tanto alzaprimando la subsunción cuanto la analogía.

La psicopatología estabiliza porque consigue ofrecer articulación/compleción entre partes disyuntas que remiten a lo mismo, al proceso individual e individuante de un orden de acción y/o sentido. Eso sí, sabiendo que está en el plano que está, que la subjetividad está en ejercicio, no está segregada, eliminada, de las operaciones que han permitido suministrar ese relato. La estabilización de la psiquiatría permite, dentro de las limitaciones de la experiencia psiquiátrica, evitar la incoherencia a fuerza de impedir que las posiciones en lucha, que parten de campos categorialmente diferenciados, unos cerrados otros no, administren unilateralmente el propio campo abierto de la experiencia psiquiátrica llevándole a ninguna parte o disolviendo sus pretensiones de verdad, supuestamente científicas que fallan en dar una respuesta no sólo cierta sino estabilizadora.

La desestabilización se puede efectuar por medio de crear fantasmas, entes de razón, enmarcados en hipóstasis que abarcan desde la genética, la epidemiología, o el curso clínico, o el repertorio de síntomas supuestamente advertidos, dando lugar a caricaturas que no se atienen a lo que efectivamente tiene lugar en el campo de experiencia de la clínica, a su flujo efectivo, a su dinamismo interno. La psicopatología no estabiliza si se arroga ser la vía regia del diagnóstico psiquiátrico como prontuario de síntomas a aprehender con acuidad como semiología médica. Ni como reservorio de conocimiento esencial, ni como acceso a un plano más profundo de significación que nos reserva el enigma de lo que sucede ante nosotros en la clínica. Ni si ejerce una depuración histórica

de los signos y síntomas como desescombros de sedimentos espurios que nos permitan llegar a la primariedad de ese signo.

La psicopatología estabiliza porque sabe su experiencia como distinta, pero no necesariamente inferior, a la que se encuentran en ciencias categorialmente cerradas susceptibles de ofrecer verdades sintéticas (40,41). Sabe que no dispone de un proceso operatorio que coincida o converja con otro en que lleguen a una misma identidad, sabe que sólo accede a una porción de la realidad mediatamente, siguiendo un proceder reflexivo conforma posibles zonas de coincidencia y, en base a eso, asigna el mejor tratamiento posible para un curso previsible de un singular.

BIBLIOGRAFIA

1. Chignola. Sobre el dispositivo. Foucault, Agamben, Deleuze. En: Castro Orellana R y Salinas Araya A (eds.) La actualidad de Michel Foucault. Madrid: Escolar y Mayo, 2016, pp.159-184
2. Weber M. Economía y sociedad. México: FCE, 1979, pp. 273 y ss., 352, 420 y ss
3. Weber M. Ensayos sobre sociología de la religión, vol.1, Madrid: Taurus, 1987, pp. 233-268
4. Blumenberg H. Descripción del ser humano. Buenos Aires-México: FCE, 2011, pp. 357 y ss.
5. Bueno G. Ignoramus, Ignorabimus! El Basilisco 1990; 4:69-88
6. Fernández-Doctor A. Psychiatric care in Zaragoza in the eighteenth century. History of Psychiatry 1993; IV :373-393
7. Crichton A, An Inquiry into Nature and Origin of Mental Derangement. 2 vol. London: Cadell & Davies. 1798
8. Chiaruggi, V. Della pazzia in genere ed in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni. Firenze: Carlieri, 1793-94 (Reprint Roma: Vecchiarelli,1992)
9. Pinel P. Nosographie Philosophique or le méthode de l'analyse appliquée a la medicine. vol. 1, Paris: Crapelet , 1795 (an vi); vol. 2, Paris: Richard, Caille et Ravier ,1796 (an vii)
10. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: Brosson 2ª ed, 1809.
11. Swain G. Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie. Toulouse: Privat.1977, p. 67
12. Swain G. Diálogo con el insensato, Madrid: AEN. 2009, pp. 89 y ss. y 103 y ss
13. Huertas R. Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain. Frenia. Revista de historia de la psiquiatría, 2010;(10): 11-28, p.25
14. Biran M de. Nuevos ensayos de antropología, Salamanca: Sígueme. 2014
15. Novella E. La ciencia del alma. Locura y modernidad en la cultura española del siglo XIX. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana /Vervuert; 2013, p. 134
16. Ramos-Gorostiza P. Positividad y Psiquiatría. Sobre la subjetividad desfondada y la limitación de la experiencia. Journal für Philosophie & Psychiatrie. Oktober, 2014
17. Foucault M. Binswanger et l'analyse existentielle. París: Seuil/Gallimard, 2021, esp. el estudio de Elisabetta Basso: Situation du texte, pp.179-204
18. Abettan C. Phénoménologie et Psychiatrie. Heidegger, Binswanger, Maldiney. Paris: Vrin, 2018
19. Novella E. Der junge Foucault und die Psychopathologie. Psychiatrie und Psychologie im frühe Werk von Michel Foucault. Berlin: Logos, 2008
20. Foucault M. El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: FCE, 2007
21. Deleuze G, Guattari, F. El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia. Barcelona: Barral, 1973

22. Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela, 2000
23. Plessner H. Die Stufen der Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin-New York: Walter de Gruyter, Dritte Auflage, 1975
24. Plessner H. La risa y el llanto, Madrid: Revista de Occidente, 1960
25. Plessner H. Poder y naturaleza humana, Madrid: Guillermo Escolar Editor, 2018
26. Goldstein K. The Organism. A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man, New York: American Book Company, 1939
27. Goldstein K. La Naturaleza Humana a la Luz de la Psicopatología, Buenos Aires: Paidós, 1961.
28. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico, Buenos Aires: Siglo XXI, 1972
29. Canguilhem G. Ideología y racionalidad en las ciencias de la vida, Buenos Aires: Amorrortu, 2005
30. Canguilhem G. Estudios de historia y de la filosofía de las ciencias, Buenos Aires: Amorrortu, 2009
31. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin Heidelberg New York: Springer, 9 Aufl. 1973
32. Ramos-Gorostiza P. Contingencia y subjetividad en el trasfondo de la clínica psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2016; 36:423-441
33. Stanghellini G & Broome MR. Psychopathology as the basic science of Psychiatry. Br. J. Psychiatry. 2014; 205:169-70.
34. Ramos-Gorostiza P. El desenvolvimiento de la Psicopatología. Archivos de Psiquiatría, 2000; 63:327-338
35. Ramos-Gorostiza P. Caminos de la Psicopatología. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Primavera, 2001:16-24
36. Löwith K Historia del mundo y salvación. Los presupuestos teológicos de la filosofía de la historia. Buenos Aires: Katz, 2007
37. Blumenberg H. Die Legitimität der Neuzeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1966
38. Chaslin Ph. Éléments de sémiologie et clinique mentales. Paris: Asselin et Houzeau, 1912
39. Chaslin Ph. Is 'psychiatry' a well made language? History of Psychiatry 1995; VI: 395-405
40. Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias. Madrid: Trotta, 2000
41. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 5 Bände. Leipzig: Barth, Achte Aufl. 1909
42. Hoche A. El significado de los complejos sintomáticos en psiquiatría. En Hoche A, Kraepelin E y Bumke O. Los síntomas de la locura. Madrid: Triacastela, 1999, pp. 19-33
43. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie. Klinische Vorlesungen. Leipzig: Thieme, Zweite Aufl. 1906
44. López Piñero, JM. Orígenes históricos del concepto de neurosis. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, 1963
45. Hacking I. Mad Travellers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses. Charlottesville and London: University Press of Virginia, 1998

46. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende. Braunschweig: Wreden, Vierte Aufl. 1876
47. Llopis B. La psicosis única. Escritos escogidos. Madrid: Triacastela, 2003
48. Janzarik W. Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie, Stuttgart: Enke, 1988
49. Bergmann, G.v. Patología Funcional. Barcelona. Labor, 1940
50. Tellenbach H. Melancholie. Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik. Berlin Heidelberg: Springer, 1961
51. Ramos-Gorostiza P. Personalidad y endogeneidad en psicopatología. Actas Esp. Psiquiatr. 1999; 27:167-175
52. Hacking I. Rewriting the Soul. Multiple personality and the sciences of memory. Princeton: Princeton University Press, 1995
53. Jakobson R. Lingüística y poética. Madrid: Cátedra, 1985
54. Bueno G. Ensayos materialistas. Madrid: Taurus, 1972
55. Bueno G. Teoría del cierre categorial 5 vols. Oviedo: Pentalfa, 1992-93