

¿Es la psiquiatría una ciencia?

«Y llama al médico, porque el señor le creó, y no le alejes de ti, pues te es necesario.

Hay ocasiones en que la salud está en sus manos,
Porque también él oró al Señor para que le dirigiera
en procurarles el alivio y la salud para conservar la vida».

Eclesiastés: 38 - 12 a 14.

«Buena orina y buen color
y tres higas al Doctor».

Luis de Góngora: *Letrillas* (1591)

No es habitual la elección de una pregunta como título, y menos una pregunta que entra en conflicto con una verdad tenida por obvia y comúnmente aceptada. No obstante la he elegido para introducir un artículo en el que trataré de dar cuenta de una hipótesis con la que pretendo cuestionarme justamente lo obvio de esta verdad de aceptación común, especialmente en lo que a la práctica clínica de la psiquiatría se refiere, y sus consecuencias: considero que, en la época de la técnica en la que vivimos, la clínica médica, y por tanto también la práctica clínica de la psiquiatría, está comprometida en sí misma, presa de la contradicción en la que nace como modo de practicar la medicina, la exclusión en dicha práctica del enfermo en tanto que sujeto capaz de narrar su propia historia, capaz de darse a sí mismo un tiempo subjetivo distinto de la mera cronología, lo que hace que su existencia tenga un valor distinto al del fenómeno.

Esta hipótesis parte de una afirmación que tomaré como axioma y a la que haré referencia en la segunda parte de mi texto: la ciencia es un discurso, un modo de describir la naturaleza que nace definitivamente

en la *episteme* occidental con los experimentos de Galileo, los cuales permiten pensar dicha naturaleza como sometida a leyes inmutables. La clínica, en cambio, es una práctica que, sometida al discurso científico, ha pretendido abandonar su cualidad de arte, interpretativo por tanto de la naturaleza, para convertirse en una técnica que ya no depende del «saber hacer» del artesano sino de un «ritual de movimientos» inspirado en un modelo teórico previo al fenómeno sobre el que se quiere actuar y que, por tanto, no depende de él. Dos puntos de vista podemos tomar, pues, para profundizar en nuestro tema: el del modelo científico y el del discurso por medio del cual dicho modelo se hace saber.

Para orientar mi reflexión tomaré como una referencia esencial el nacimiento de la Psiquiatría como práctica médica que sigue el modelo clínico, momento inicial que, por el contexto histórico en el que se produce, cabe pensar que tiene consecuencias en la elaboración discursiva de dicha práctica.

Dicho nacimiento se produce en los años inmediatamente siguientes a la revolución de las luces, de la mano del médico y filósofo Philip Pinel, director del *Hospice*

des Insensés de Bicêtre, cuya acción determinante es liberar a los insensatos de las cadenas y, por tanto, darles el estatuto de ciudadanos, lo que les hizo entrar de pleno derecho en el discurso social. Por ello, de excluidos de todo reconocimiento, representantes apenas de su animalidad humana que los hacía dignos de compasión¹, pasaron a ser sujetos de un proceso mórbido del que la razón podría dar cuenta de su causa, es decir, se convirtieron en representantes de un proceso que, al mismo tiempo que hacía evidente la existencia de la razón *sub specie morborum*², podría ser sometido al modelo mecanicista, al que toda la práctica clínica médica apeló desde su inicio³. Por

tanto, podemos afirmar que, con la instauración de la razón, del *logos* como método del pensamiento que permitiría conocer la causa de todos los fenómenos que se desplegaban ante los ojos del médico, en la medida en que de su correcta descripción

¹ Sobre el tema de la especificidad del estado de naturaleza salvaje del hombre como nivel primigenio del desarrollo del alma humana y de la actitud «científica» de la época, inspirada tanto en la curiosidad como en la compasión frente a los «niños salvajes» crecidos fuera de todo contacto con el «espíritu humano», véase la obra de A. von Feuerbach (1832), *Gaspar Hauser, un delito contra el alma humana*, Madrid, A.E.N., 1997.

² «Este tratamiento humano, esto es, un tratamiento tan benevolente como racional (*Pinel* merece el mayor reconocimiento por los méritos que ha contraído a este respecto) supone que el enfermo es racional y tiene ahí el asidero firme por el cual el tratamiento prende en el enfermo, del mismo modo que en lo corporal el asidero es la vitalidad que en cuanto tal contiene salud todavía». Hegel, «*Enciclopedia de las ciencias filosóficas*», § 408, Alianza, Madrid, 1997, p. 463.

³ Para valorar la pertinencia de esta afirmación podemos comparar los principios con los que Sydenham (1676) recomienda observar las enfermedades con aquellos que Newton, once años después, recomendará para la observación de los fenómenos naturales.

Según el médico londinense, para observar correctamente las enfermedades era necesario tener en cuenta lo siguiente: a) «en primer lugar, todas las enfermedades pueden ser reducidas a ciertas especies definidas con el mismo cuidado que muestran los botánicos en su descripción de las plantas. b) «Después, todas

las hipótesis y sistemas filosóficos pueden ser eliminados y los fenómenos patológicos podrán ser descritos con la misma exactitud que un pintor observa al pintar un retrato... (principio claramente alusivo a la separación del modo de argumentar escolástico que supuso la enunciación del cogito cartesiano). c) «En tercer lugar, en la realización de las descripciones los síntomas particulares y constantes deben ser distinguidos de forma pertinente de los fenómenos accidentales... d) «Finalmente se puede observar en qué estaciones del año acontecen las enfermedades, dado que algunas de ellas siguen las estaciones tan fielmente como los pájaros y las plantas» (Cf.: Faber, K.: *Nosography. The evolution of clinical medicine in modern times*, Nueva York, Paul B. Hoeber Inc., 1930, pp. 7-9). De modo similar, y en lo que concierne a la exactitud de la observación, Newton propone las siguientes reglas: a) «No debemos para las cosas naturales admitir más causas que las verdaderas y suficientes para explicar sus fenómenos. b) «Por consiguiente, debemos asignar tanto como sea posible a los mismos efectos las mismas causas. c) «Las cualidades de los cuerpos que no admiten intensificación ni reducción, y que resultan pertenecer a todos los cuerpos dentro del campo de nuestros experimentos, deben considerarse cualidades universales de cualesquiera tipos de cuerpos. d) «En filosofía experimental debemos recoger proposiciones verdaderas o muy aproximadas inferidas por inducción general a partir de fenómenos, prescindiendo de cualesquiera hipótesis contrarias, hasta que se produzcan otros fenómenos capaces de hacer más precisas esas proposiciones o sujetas a excepciones» (alusión, de nuevo, al método cartesiano). (Newton, I (1687): *Principios matemáticos de filosofía natural*, Madrid, Tecnos, 1987, pp. 461-463).

Vemos cómo ambos sostienen en sus proposiciones la idea de que la exactitud en la observación garantiza la exactitud en la enunciación de las leyes de la naturaleza lo que, siendo cierto para la física mecánica, no dejó de condicionar la mirada del clínico desde el inicio de dicha práctica.

COLABORACIONES

podiera deducirse su causa, los insensatos fueron convertidos en enfermos, en enfermos de la razón podríamos decir⁴.

Como es sabido, el primer interés de Pinel consistió en observar el comportamiento de los insensatos libres de limitaciones, lo que se siguió de su intento de agruparlos según los tipos de enfermar que la antigüedad había legado en lo concerniente a las enfermedades del alma, separando a los enfermos en grupos según su modo de comportarse para tratar de encontrar la especificidad de cada uno. Con ello, no hizo más que seguir el modelo que la clínica médica siguió desde su inicio a mediados del siglo XVII, al separar en grupos a los enfermos que presentaban síntomas similares y a los que se aplicó el principio científico de misma causa para los mismos fenómenos, tomado como axioma de validez universal desde los primeros

textos de R. Descartes. Pero, además, también en el caso de la locura se abrieron los cadáveres, lo cual hizo definitiva la separación de la psiquiatría y cualquier filosofía.

Una primera hipótesis marcó el trabajo de los primeros psiquiatras clínicos después de Esquirol: una correcta descripción de los fenómenos que el psiquiatra podría observar en las manifestaciones de sus pacientes, permitiría guiar mejor la razón en el enunciado de sus causas y sus consecuencias, de su etiología y su pronóstico. Creo que es así como cabe pensar el esfuerzo nosográfico de estos casi dos siglos de clínica psiquiátrica, matizado por el despliegue de aparatos tecnológicos, que han orientado la observación de los clínicos hacia los distintos fenómenos a los que podría atribuirse valor de causa. Sirva aún como ejemplo para ratificar esta observación el primer modelo causal del que se sirvió la psiquiatría para argumentar lo bien fundado de sus aspiraciones nosográficas y que fue consecuencia de la aplicación de los primeros modelos clínicos de la medicina, es decir, la referida apertura de los cadáveres a la búsqueda de la relación síntoma-lesión: la confirmación de la relación causal entre la clínica de los enfermos de Parálisis General Progresiva y la existencia de lesiones específicas en el cerebro, origen primero de la teoría lesional de las enfermedades psíquicas, elevado actualmente a la categoría de axioma fundamental por la psiquiatría biológica actual.

El modelo científico en la práctica clínica

Vayamos ahora al principio de nuestro razonamiento, al nacimiento de la Clínica como modo de práctica, desde mediados del siglo XVII, de la anterior *Ars medica*.

⁴ «Las largas cadenas de razones simples y fáciles, por medio de las cuales generalmente los geómetras llegan a alcanzar las demostraciones más difíciles, me habían proporcionado la ocasión de imaginar que todas las cosas que pueden ser objeto de conocimiento de los hombres se entrelazan de igual forma y que, absteniéndose de admitir como verdadera alguna que no lo sea y guardando siempre el orden necesario para deducir unas de otras, no puede haber algunas tan alejadas de nuestro conocimiento que no podamos llegar a describir» (Descartes, *Discurso del método, dióptrica, meteoros y geometría*, Madrid, Alfaguara, 1981, p. 16). A propósito del funcionamiento del cuerpo concebido como una máquina, donde cada fenómeno apreciable tiene su causa en fenómenos anteriores, y sus consecuencias en la producción de otros fenómenos dan al organismo su complejidad, véase la «parte quinta» del mencionado *Discurso del método* (pp. 34-43), donde Descartes, tomando el corazón como el órgano central del cuerpo, hace existir las demás funciones a partir del «fuego invisible» que aporta la sangre a los demás órganos, incluido el cerebro, deteniéndose en su controversia con los teólogos justamente en el origen divino del alma humana en tanto que nos hace diferentes a los animales.

Si se tiene en cuenta que la finalidad fundamental de la creación de estas Clínicas, como espacio arquitectónico diferenciado dentro de los hospicios generales, era la docencia del arte de sanar, es comprensible que se tomara como modelo discursivo la misma metodología que estaban siguiendo otras ciencias de la época, en particular las denominadas «ciencias de la naturaleza». Estas ciencias, como hemos indicado más arriba, produjeron un modelo mecanicista de la naturaleza, esencial para la ciencia desde los trabajos de Galileo y Descartes, y más en concreto después de la física mecánica de Newton, cuyo fin último era mostrar el funcionamiento de los fenómenos de la naturaleza como regulados por leyes matemáticas que permitían comprender sus causas y anticipar sus efectos.

Por tanto, una de las consecuencias más importante de la innovación de la práctica de la medicina, con la apertura de las Clínicas en los hospicios, será la introducción en el modo de razonamiento de los médicos del discurso científico; es decir, de un discurso construido mediante la articulación de conceptos que pretenden describir «con exactitud» los fenómenos a los que hacen referencia, a fin de deducir de la exactitud de la observación los principios causales del fenómeno patológico. Prueba de ello es la aspiración de concreción que suelen tener los términos médicos tomados en su etimología clásica.

Así pues, debemos tener definitivamente en cuenta, como ya hemos apuntado, que la práctica clínica tiene su origen en un momento histórico en el que la cultura europea se encuentra en un proceso de «ruptura epistemológica» con el discurso filosófico de la escolástica, ruptura producida principalmente por la nueva forma de estudiar la naturaleza propuesta por Galileo

con su física matemática y su modelo mecanicista del universo que, posteriormente, inspirará la física newtoniana, y sobre todo por la separación entre el sujeto que pretende conocer las leyes de la naturaleza y su objeto de estudio, diferenciación introducida por el *cogito* cartesiano, que separará definitivamente los discursos de la ciencia y la filosofía⁵.

Para valorar la proyección de este cambio en el modo de describir las enfermedades que la implantación de lo que prácticamente desde el inicio se denominó *Escuelas clínicas*, podemos citar a M. Foucault en su texto *Las palabras y las cosas* cuando afirma que «la descripción así obtenida (en el discurso clásico) –por el hecho de atribuir un nombre a las cosas– no es otra cosa que una forma de nombre propio: deja a cada ser su individualidad estricta y no enuncia ni el cuadro al que pertenece, ni la proximidad que lo rodea, ni el lugar que ocupa. Es una pura y simple designación. Pero para que la historia natural sea transformada en un lenguaje, es necesario que la descripción sea transformada en un ‘nombre común’»⁶. Dicho de otro modo, si la finalidad de las Escuelas clínicas era la de enseñar, fue necesario construir un lenguaje hecho de nombres comunes con los cuales poder estudiar *more botanico* todos los individuos que se presenten, a partir de un sistema de constantes y variables que permitiera construir un saber sobre las enfermedades que además pudiera ser transmiti-

⁵ «Asimismo, sabed que para no romper la paz con los filósofos, no quiero en absoluto negar nada de lo que imaginan en los cuerpos además de lo que yo haya dicho, como sus *formas substanciales*, sus *cualidades reales*, y cosas parecidas». Descartes, *op. cit.*, p. 184.

⁶ M. Foucault, *Les mots et les choses*, París, Gallimard, 1966, p. 139.

COLABORACIONES

do de unos médicos a otros según el modo de la ciencia, es decir, *ta mathemata*⁷, lo que supone la pretensión implícita de transmitir el saber concerniente al paciente como una verdad absoluta, desprovista de todo valor ontológico, de toda alusión al ser del individuo enfermo⁸.

Podemos percibir en ello una de las consecuencias fundamentales de la implantación del método clínico en la curación de las enfermedades: el enfermo pasa de ser el sujeto de su propia enfermedad a no ser más que un ejemplo de la misma, constituyéndose así en un mero «accidente» del fenómeno que llamamos enfermedad, independientemente de que sus manifestaciones susciten o no su queja.

Otra consecuencia fundamental de la instauración de las Escuelas clínicas que aquí nos interesa es la semantización de la «semiótica»⁹ del discurso médico: a partir de la irrupción de la práctica clínica, la enfermedad deja de ser descrita por *analogía* con otros fenómenos de la naturaleza,

⁷ «Lo 'matemático', según la formación de la palabra, viene de *ta mathemata*, lo que *se puede aprender*, y por tanto también lo que se puede enseñar» Cf. Heidegger, M., *La pregunta por la cosa*, Buenos Aires, Alfa, 1975, p. 65. Podemos tomar en consideración también, especialmente a propósito del modelo mecanicista en el conocimiento de la naturaleza, la afirmación de Kant: «Afirmo que en cada doctrina particular de la naturaleza sólo se encontrará tanta ciencia *auténtica* cuanto *matemática* haya en ella» (Cf.: *Premiers principes métaphysiques de la science de la nature*, París, 1982, Vrin, p. 11).

⁸ Tomo aquí *individuo* en su acepción etimológica de *in-dividuum*, no divisible, indiscernible por tanto en su ser y su existencia singular.

⁹ La expresión, retomada por Locke, quien colaboró con Sydenham en la segunda edición de su *Methodus curando febres*, proviene de la medicina hipocrática, donde designaba la observación en el enfermo, por parte del médico, de los signos que le permitieran diagnosticar las enfermedades.

para transformarse en un conjunto cerrado de síntomas y signos que el médico puede encontrar en el cuerpo de cualquier paciente y en la queja del mismo sobre el malestar que la enfermedad le produce.

¿Qué quiere ello decir? Afirmar que una enfermedad es un conjunto cerrado de síntomas y signos, supone decir que la agrupación de síntomas y signos para describir una enfermedad no está hecha al azar, sino que responde a una ley interna que garantiza la coherencia de dicho conjunto. Esta ley interna, en lo que a la enfermedad se refiere, es justamente su causa etiológica, es decir, la alteración del funcionamiento normal, fisiológico del organismo por la introducción en dicho funcionamiento de un elemento que le es extraño, y que produce la adaptación de dicho funcionamiento fisiológico a la presencia del elemento extraño, siendo los síntomas y los signos las manifestaciones del mencionado proceso de adaptación. El denominado Síndrome general de adaptación descrito por Selye podría ser tomado como paradigma de dicho funcionamiento.

El partenaire de la clínica

Entonces, si en la labor clínica del «médico científico», el único ajeno al discurso del médico, el único desposeído de palabra es el propio enfermo¹⁰, podemos plantearnos la siguiente pregunta: excluido el paciente, ¿con respecto a qué *partenaire*,

¹⁰ «Si se quiere definir la enfermedad, hay que deshumanizarla... (dado que en la enfermedad) lo que hay de menos importante en el fondo es el hombre» Cf.: Leriche, R: «Introduction générale. De la santé à la maladie. La douleur dans les maladies, Où va la médecine?», en *Encyclopédie française*, vol. 6, 1936, pp. 622-624.

si podemos llamarlo así, juega su partida el saber que la clínica médica crea, con quién o con qué establece su dialéctica?¹¹.

Podemos así pensar que la medicina, con el inicio de la práctica clínica, se convierte en una ciencia descriptiva de las enfermedades, una *ciencia nosográfica* cuya finalidad podemos nombrarla como la de definir un conjunto cerrado de síntomas y signos observables en un enfermo, y enunciar su ley interna con el establecimiento de dicho conjunto, es decir, la etiología de la enfermedad en sí.

Nos encontramos, por ello, con una nueva conclusión concerniente a la medicina clínica: este modo discursivo de la práctica médica supone el paso de una medicina empírica, como son todas las medicinas tradicionales incluida la hipocrática, a una medicina que podemos llamar justamente científica que, con la trascendencia del plano anatómico hacia otros niveles de descripción llegará, igual que el resto de las ciencias que van estableciéndose en la cultura occidental, a servirse del método experimental como modelo.

Así, si seguimos la evolución del saber médico desde el siglo XVII hasta la actualidad, lo vemos progresar en sus referencias discursivas del organismo enfermo a

los órganos del cadáver, para avanzar posteriormente del órgano al tejido y de éste a la célula con R. Virchow; de lo anormal de la patología a lo normal de la fisiología con Cl. Bernard; y de las salas del hospital al laboratorio experimental con F. Magendie¹², donde el referente directo del clínico ya no será lo humano del cuerpo del enfermo sino el modelo de lo vivo establecido por analogía entre el tejido/órgano animal y el tejido/órgano humano¹³. Vemos así al paciente transformado, cada vez más, en una mera contingencia de su propia enfermedad, organismo al que, a su vez, se le exige que se comporte estadísticamente como el modelo de laboratorio para, en su respuesta de normalidad estadística, garantizar la efectividad del acto médico en la detención del malestar.

Pero volvamos a colocarnos en el lugar de la mirada del clínico. En su inicio, como hemos dicho, la función de la Clínica era la de ser un lugar de enseñanza, lo que suponía «nombrar» las enfermedades. Por tanto podemos afirmar que el fin de la labor del clínico era *diagnosticar*, es decir, representar en el enunciado nosográfico la verdad del organismo enfermo sometido a la expe-

¹² Cf. Canguilhem, G., *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, París, Vrin, 1988.

¹³ «Así, examinando las funciones que podían darse en ese cuerpo, encontraba que eran las mismas que pueden darse en nosotros cuando no pensamos, cuando, en consecuencia, en nada contribuye nuestra alma, es decir, aquella parte distinta del cuerpo cuya naturaleza anteriormente ha sido dicho que no consistía sino en pensar; en esto puede decirse que los animales carentes de razón se parecen a nosotros». Descartes, *op. cit.*, p. 34. Pensemos lo que produce este modelo experimental analógico cuando el campo de la medicina en el que se experimenta es la psiquiatría. En tono irónico, me atrevería a formular la siguiente pregunta: ¿qué pasaría con la experimentación psicofarmacológica si las ratas aprendieran a reírse?

¹¹ «... cada teoría puede ser leída desde el *partenaire* que ha logrado construir, del tipo de relación que intenta establecer con él. Incluso del tipo de fallas que se intentan eludir para preservar una relación ideal.

«Llevado este extremo adelante, diríamos que el *partenaire* de Descartes es el dios no engañador, el de Hegel el espíritu absoluto, el de Nietzsche el superhombre, el de Marx el proletariado, el de Pascal, el dios de Pascal, es un *partenaire* que nos ofrece un interés especial, es un *partenaire* que, al no poder verificarse su existencia, nos invita a la apuesta, nos invita a hacer de la vida una postura». Cf.: Alemán, J.; Larriera, S., *Lacan: Heidegger. El psicoanálisis en la tarea del pensar*, Málaga, M. Gómez, 1998, pp. 84-85.

COLABORACIONES

riencia del clínico, verdad que, en tanto que certeza de la representación, debería desocultar la verdad de lo escondido del cuerpo vivo del enfermo para así poder ser transmitida, como hemos dicho, científicamente, es decir, sin resto. Es aquí, con la irrupción de la medicina experimental, donde la medicina se transforma en técnica olvidándose en ello del des-ocultamiento, de la *aletheia* a la que el diagnóstico, en tanto que nominación de la enfermedad como parte del ser, estaba conminado¹⁴.

Con ello, la diferencia entre un enfermo y otro queda abolida como ya hemos dicho, por lo que la verdad de la enfermedad ya no depende del paciente que la sufre sino de la representación que la técnica médica autentifica. Para comprobar la validez de esta afirmación basta con revisar historias clínicas y comprobar lo escueto y/o ausente de la *anamnesis* del paciente, es decir, de la alusión a su capacidad de evocar las posibles causas de su enfermedad, y lo abundante de las pruebas clínicas llamadas en los manuales clásicos de patología general *complementarias*.

Siguiendo este hilo argumental podemos pensar que para la medicina clínica el único *partenaire* de su saber discursivo es lo biológico del organismo del enfermo, prescindiendo completamente de lo particular de la existencia del enfermo.

La psiquiatría, ¿biológica?

Hemos visto que la medicina, en su esfuerzo por devenir científica, ha ido

variando sus referentes discursivos, alejándose progresivamente del organismo enfermo hacia estratos cada vez más próximos a lo bioquímico, sustituyendo con ello la mirada del médico por el ritual de una técnica en la que el clínico ocupa un lugar de mero ejecutor, alejado cada vez más de la posibilidad de enunciar en lo universal de la enfermedad lo particular del cuerpo o de la mente enferma (si es que la unidad mente-cuerpo puede desmembrarse nítidamente), separado al médico por tanto de la capacidad de emitir un juicio sobre el hecho de enfermar del enfermo. Podemos, entonces, considerar que con la progresión de la «técnica médica», de la que al menos una parte de la psiquiatría quiere hacerse también partícipe a cualquier precio, la mirada del clínico pierde consistencia como lugar de referencia para la labor clínica. Creo poder afirmar que ya no es el clínico quien mira al enfermo, sino el cada vez más abundante utillaje médico quien provee a éste de las imágenes que deben ser miradas.

¿Qué pensar, pues, de la psiquiatría en lo que a su práctica clínica se refiere? Desde su inicio, la clínica psiquiátrica se preocupó por describir de modo exhaustivo los cuadros clínicos y de encontrar los rasgos diferenciales que permitieran separarlos en distintos cuadros nosográficos. Clínica de la mirada por antonomasia que, relacionada por tanto con una concepción moral del comportamiento humano, como a su primer modelo causal enunciado por Bayle para la Parálisis General Progresiva, pretendió encontrar en las diferencias nosográficas la justificación, cuando no la enunciación de su diferencia etiológica.

Vemos, por tanto, que en la clínica psiquiátrica coexistieron desde el principio las tesis moralistas sostenidas por los primeros

¹⁴ A propósito de la diferencia entre las concepciones clásica y moderna de la *técnica*, vid. Heidegger, M., «La pregunta por la técnica», en *Conferencias y artículos*, Barcelona, Serbal, 1994, pp. 9-37.

alienistas y las tesis organicistas sostenidas por quienes pretendieron ver en el sistema nervioso el único órgano del que la clínica psiquiátrica debía ocuparse. A modo de ilustración de esta separación, en ocasiones irreconciliable, podemos referirnos al siguiente comentario extraído del prólogo que Freud escribe para la traducción alemana de *Les leçons du mardi* de Charcot: «He puesto de relieve aquí los conceptos de *entité morbide*, de serie, de tipo y de *formes frustres*, porque en su empleo reside un rasgo capital de la manera francesa de hacer clínica. La manera alemana es en verdad ajena a ese abordaje; en ella, el cuadro clínico, el tipo, no desempeñan ningún papel rector, y en cambio se destaca otro rasgo que tiene su explicación de la historia de la medicina alemana: la tendencia a interpretar fisiológicamente el estado patológico y el nexo entre los síntomas»¹⁵.

Asimismo, y de modo similar a lo que ocurre en la clínica médica, conforme progresa la clínica psiquiátrica otras variables, como la evolución de los cuadros clínicos, lo insoluble de la interacción psique-cuerpo, la influencia de la carga genética en las enfermedades mentales, la influencia del medio en el enfermar psíquico, la condición de orgánico del «órgano de la psique» y su funcionamiento bio-eléctrico y bioquímico, etc., han ido tomando importancia en las explicaciones nosográficas de las distintas enfermedades mentales. Así, visiones más o menos holistas versus otras más o menos singularistas del ser humano han evidenciado la importancia de la conceptualización de la enfermedad mental

como *ens morborum*, es decir, en la enunciación como universal de cada una de las enfermedades descritas.

De esta progresión de la clínica psiquiátrica, que para su evolución siempre quiso trazos tan paralelos como fuera posible con la clínica médica, pienso que hay que destacar un rasgo, esencial para sostener mi hipótesis: en la evolución de la clínica psiquiátrica no hay un «salto epistemológico» respecto del fisicalismo newtoniano sostenido por la clínica médica. Precisamente será de la demostración de la interacción psique-cuerpo de las pacientes histéricas en la Escuela de Charcot de la Saptêtrière de donde parte la verdadera ruptura epistemológica que tendrá lugar en la psiquiatría y que se inicia con la enunciación de la noción de *subconsciente* por parte de P. Janet, pero que se completará con la radical enunciación del concepto de *inconsciente* por parte de Freud, concepto que, a su vez, hará evidente lo incorrecto de la noción topológica de *subconsciente*¹⁶.

La clínica psiquiátrica, al menos la parte de ella decidida a no considerar más que el cuerpo en su materialidad como objeto epistémico, y la psicología surgida de los laboratorios llevan más de cien años luchando por la no implantación de esa ruptura epistemológica mediante un rosario de argumentos cuyo hilo conductor es la voluntad de considerar la realidad como

¹⁵ Freud, S. (1892-1894), «Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-88)*», en *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires, Amorrortu, 1982, pp. 168-169. Lo subrayado, en francés en el original alemán.

¹⁶ «También de la distinción entre *supraconsciente* y *subconsciente*, predilecta de la bibliografía más reciente sobre las psiconeurosis (especialmente en la obra de P. Janet), tenemos nosotros que mantenernos alejados, pues precisamente parece destacar la equiparación entre lo psíquico y lo consciente (absolutamente puesto en cuestión por la división del aparato psíquico en dos sistemas: *preconsciente-consciencia* e *inconsciente*)» Freud, *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, Vol. V, ed. cit., 1991, p. 603.

COLABORACIONES

inmutable, como no dependiente de la posición del observador, de mirada tranquilizada por tanto.

Pero pensar que el bagaje conceptual con el que se describe la realidad no influye en la posterior «incorporación subjetiva» a dicha realidad, tanto en la dimensión temporal como espacial de dicha subjetividad, es de una inocencia inconcebible, incluso sospechosa a mi entender. La historia de la filosofía nos enseña repetidamente lo imposible de dicha inocencia. Hay, pues, que tomar partido, hay que elegir cuando el objeto epistemológico es de una materialidad similar a la del aparato psíquico, que no escuetamente Sistema Nervioso Central. La mirada ya no puede ser, entonces, puramente empírica, experimental, «científica», sino que incluye decididamente al observador y se hace «relativista», si puedo tomar el modelo einsteniano para aludir a lo insostenible del paradigma mecanicista en la clínica psiquiátrica, si se quiere incluir en ella lo radicalmente particular de la existencia del sujeto enfermo como ser en el mundo.

Si, como es evidente, en la actualidad el liderazgo del modelo científico es indiscutible en el discurso social y por tanto también en la clínica psiquiátrica, ¿qué se nos propone para sostenerlo en nuestra práctica cotidiana? Una nosología «ateórica» que pretende no realizar ni tan siquiera un esfuerzo en favor de un cierto eclecticismo,

una nosología donde la cualidad de enfermedad de un comportamiento puede establecerse por consenso, donde lo incómodo de la histeria se hace desaparecer en una atomización dispersa, y donde se eleva a la categoría de enfermedad lo que antes de la invención del fármaco que lo hacía desaparecer no era más que un síntoma, como es el caso de la depresión no psicótica. En fin, una nosografía también a-temporal, donde el sujeto ha desaparecido tanto del lado del clínico como del lado del enfermo para cumplir con el paradigma científico del ser humano sometido a la dictadura de la normalidad estadística, de lo frecuente en beneficio de una supuesta objetividad.

Finalmente, ¿cuál es la realidad que este «ateoricismo» promueve para los pacientes? Responderé con una pregunta: ¿puede ser algo distinto que la idea de que si no hay síntomas no hay enfermedad, dado que si no hay signos no hay fenómeno causal que los promueva¹⁷? Del «maquillaje de los síntomas» en el que la clínica psiquiátrica vive hoy en día se puede tomar noticia leyendo cualquier folleto de cualquier fármaco. La psiquiatría, pues, *à l'air du temps*, pero no de un tiempo perdido, sino escamoteado.

¹⁷ *Modus tolens* de la demostración lógica clásica según el cual si se niega el consecuente de una implicación se niega también el antecedente.

* Francesc Roca i Sebastià. Doctor en Medicina. Psiquiatra y Psicoanalista.
Correspondencia: Francesc Roca i Sebastià. C/ Albacete, 40-16. 46007 Valencia.

** Fecha de recepción: 3-XII-1998.