



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Bermejo B., José Carlos

Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 45, núm. 3, septiembre, 2007, pp. 193-210

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527708004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental

Psychiatry and language: Philosophy and history of mental disease

José Carlos Bermejo B.¹

In this article we analyse the theoretical assumptions on which is based the concept of mental disease. The Philosophy and the History are here used as knowledges that will allow unravel political and social practices linked since always to the development of the Psychiatry, and are also defined a series of general principles useful for studying the mental diseases, which are: a) the notion of system, that affects to all the living beings and allow that we see the mental disease as a complex process with a mixture of social and emotional factors, as well as the usual biochemical and anatomical ones; b) The concept of symbol, since the symbolic systems contribute to the shaping of the Self; c) The concepts of imagination and unreality, connected to the world of feelings. The history of the mental disease is essential to know the history of the human being, of his happiness and his pain.

Key words: *Imagination, language, madness, mental disease, psychiatry, psychoanalysis, reality, symbol, system.*

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (3): 193-210

El texto que a continuación sigue no es el fruto de la experiencia clínica de un psiquiatra o un psicólogo, desarrollada en un marco institucional, sino simplemente una reflexión histórica y filosófica elaborada a partir de algunas experiencias personales y del análisis de una determinada bibliografía. El propósito que se persigue en él no es, ello sería tan pretencioso como vano, desarrollar ningún método que tenga valor terapéutico, sino sencillamente analizar los presupuestos teóricos sobre los que se basa el con-

cepto de enfermedad mental. Unos presupuestos que, en muchos casos, poseen unas claras implicaciones metafísicas y que, curiosamente, han llegado a condicionar en muchas ocasiones, tanto el estudio como la terapéutica de las llamadas enfermedades mentales.

La reivindicación de un espacio para la teoría no se concibe en lo que a continuación sigue como algo totalmente al margen de la práctica, ni mucho menos como una negación de la experiencia cotidiana de la enfermedad mental, como

Recibido: 4 de octubre de 2007

Aceptado: 17 de Noviembre de 2006

Sin conflictos de interés.

ocurrió en el célebre caso de Gilles Deleuze y Felix Guattari (G. Deleuze, F. Guattari, 1972), que llegaron a escribir un libro sobre la esquizofrenia en el que sostenían su estrecha vinculación con el desarrollo del capitalismo y en el que reconocen, al finalizar su texto, que nunca han visto a un esquizofrénico ni les interesaría verlo. Este tipo de teoría no es más que una especie de poética de esta enfermedad, según la cual el esquizofrénico es el único ser humano capaz de liberar los flujos de sus deseos y de rechazar el peso de las estructuras familiares, sociales, económicas y políticas del capitalismo. Para estos autores, por ejemplo, el psicoanálisis –cuya eficacia para el tratamiento de la esquizofrenia es más que dudosa– sería rechazable, en tanto que el proyecto psicoanalítico, al tratar de lograr la integración del enfermo en la sociedad, supondría un auténtico proceso de domesticación.

Todo ello estaría muy bien si los esquizofrénicos fuesen idílicamente felices y espontáneas máquinas de liberación de los flujos deseantes, y no personas que tienen que soportar unos terribles sufrimientos, producto de todo un proceso de derrumbamiento personal y social. Los esquizofrénicos de Deleuze y Guattari se parecen más a un grupo de intelectuales parisinos que viven en una sociedad opulenta, en la que se goza de una gran libertad de acción y expresión, que a un grupo de seres humanos torturados con electroshocks o mutilados con lobotomías –en tiempos no muy lejanos– y que serían capaces de cualquier cosa, excepto de formar un grupo social coherente o de desarrollar felizmente su esquizofrenia como un proyecto vital. Quizá el propio suicidio de Gilles Deleuze pudiese ser interpretado como un síntoma de que la realidad siempre se toma la revancha frente a una mala teoría.

Lo que a continuación se entiende por teoría es lo que académicamente se suele denominar filosofía de la ciencia o filosofía del lenguaje. Es decir, trátase de llevar a cabo el análisis interno de una práctica científica con el fin de observar cuáles son los presupuestos metafísicos sobre los que dicha práctica se sustenta. Este sentido de la palabra metafísica, tal y como en su momento la

definió R. G. Collingwood (R. G. Collingwood, 1972), es el que utilizaremos a continuación. Es decir, se entiende por metafísica el análisis de los principios abstractos, no la descripción o el estudio de una serie de supuestas sustancias.

Partiendo de este supuesto, creemos, siguiendo el análisis de la ciencia de Hans Vaihinger (H. Vaihinger, 1924), que toda ciencia no es más que una forma de hablar. Toda ciencia es un lenguaje reduccionista que, con el fin de poder analizar –y en algunos casos, de manipular técnicamente– la realidad, procede a una reducción de lo real a unos pocos elementos. La ciencia es un "como si". La mecánica clásica habla de los cuerpos "como si fuesen sólidos contenidos en el espacio y dotados de masa", por ejemplo, que pueden desarrollar una determinada velocidad o poseer una determinada inercia, pero cuyas restantes propiedades no nos interesan, ya que precisamente la mecánica consiste en hablar de los cuerpos "como si" sólo poseyesen las propiedades que la mecánica les atribuye.

Del mismo modo, una ciencia como la economía habla del *homo economicus*, el sujeto de la teoría económica como si fuera una persona que intenta minimizar sus gastos y maximizar sus beneficios en una relación de intercambio, dejando de lado las principales características, no sólo de cada individuo, sino de las realidades históricas y sociales.

Esa reducción que nos lleva a hablar "como si" es fundamental para que pueda desarrollarse una ciencia, sobre todo si pretendemos someterla a un formalismo matemático –lo que en muchos casos no es necesario–, pero puede tener consecuencias sociales y personales funestas cuando a partir de una reducción de este tipo se procede a establecer el tratamiento de los seres humanos enfermos y, sobre todo, de aquellos "enfermos" cuyas patologías pueden depender mucho de las circunstancias históricas o sociales.

La misión de la filosofía y de la historia, dos saberes inseparables, puesto que la historia es la materia de la filosofía y la filosofía el método con el que esa materia se estudia, pueden en este caso, paradójicamente, poseer una vertiente práctica,

en tanto que pueden permitirnos desentrañar los presupuestos de prácticas políticas y sociales que siempre han estado unidas al desarrollo de la psiquiatría. Unos presupuestos que terapeutas, juristas e investigadores científicos manejan de forma prácticamente inconsciente.

I. El estudio histórico de las enfermedades mentales posee un enorme interés, no sólo como recopilación de curiosidades o como base de datos de tipo epidemiológico, útil para el médico preventivo o el psiquiatra actual, sino también porque pone de manifiesto que ese tipo de enfermedades, como mucho de las demás enfermedades orgánicas –aunque en un grado mucho mayor– son el resultado de la interacción entre los seres humanos y sus medios sociales y biológicos.

Partiendo de esta premisa se ha llegado a posiciones extremas, basadas en el relativismo cultural, según las cuales la enfermedad mental no existe como tal, sino que es siempre el producto de un determinado tipo de sociedad. Cada cultura crea sus propios enfermos mentales, que nacen, crecen y se extinguen con ella. En este sentido, Thomas Szasz (T. Szasz, 1999) llegó a hablar del "mito de la enfermedad mental". Decía Szasz que si yo le hablo a Dios soy una persona devota, pero que si Dios me contesta soy un esquizofrénico, lo cual sólo en parte es verdad, ya que las variaciones en las patologías mentales, aunque están histórica y culturalmente condicionadas, si que son auténticos procesos patológicos, aunque sean muy difíciles de definir.

El estudio antropológico e histórico de la enfermedad mental se ha llevado a cabo básicamente desde dos perspectivas: a) como un análisis positivo de las patologías, y b) como el análisis de los discursos acerca de la enfermedad mental. En ambos casos suele ser frecuente que la propia teoría acerca de la enfermedad condicione los análisis del historiador, lo mismo que ocurre en otros terrenos, como la economía, la sociedad o la política.

El análisis histórico positivo pone de manifiesto dos cosas. En primer lugar, que hay enfermedades que poseen su propia historia: aparecen

y remiten históricamente, como ocurrió con el caso de la histeria y su historia, estudiada por Ilza Veith (I. Veith, 1970), lo mismo que aconteció con otras patologías orgánicas, como la lepra, que retrocede enormemente a fines de la Edad Media, o la tuberculosis, "enfermedad de los románticos".

Diferentes historiadores, como Roy Porter (R. Porter, 2003) o George Rosen (G. Rosen, 1974) han llevado a cabo síntesis sobre el desarrollo histórico de las enfermedades mentales. En sus libros, además de analizar la historia epidemiológica de algunas de ellas, no han podido dejar de poner de manifiesto como los prejuicios religiosos, sociales y a veces filosóficos, limitaron la comprensión de esas enfermedades y condicionaron el trato social dado a sus pacientes.

Así, por ejemplo, la concepción religiosa de la "locura" como posesión trajo como consecuencia que su tratamiento oscilase entre la exclusión y el temor, ante la presencia de un dios o espíritu, o el respeto y la veneración. En cientos de culturas existió una institución conocida con el nombre de chamanismo; un chamán es una persona que es capaz de entrar en contacto con el mundo sobrenatural, ya sea mediante el uso de drogas o sin ellas, gracias a lo cual consigue entrar en un proceso de trance, en el que sus sueños, visiones o alucinaciones le permiten aportar mensajes fundamentales para lograr la cura de alguna enfermedad o para predecir el futuro. Los chamanes solían ser lo que podríamos llamar "neuróticos" o "psicóticos", pero en su mundo no sólo eran considerados personas normales, sino seres extraordinarios, dignos de respeto, e incluso privilegiados económica o socialmente.

Algo similar podríamos decir de muchos místicos y sus visiones, mensajes auditivos y revelaciones, que en la actualidad los llevarían más al internamiento que a la subida a los altares.

En la historia de la enfermedad mental podemos ver cómo a veces incluso los prejuicios morales dificultan la observación clínica, como es el caso de la "parálisis general progresiva", última fase de la sífilis, cuyo estudio se vio condicionado por el prejuicio social que asociaba la sífilis a la

prostitución y al desorden moral, como ha señalado G. Rosen.

La epidemiología histórica de las enfermedades es inseparable de su conceptualización, pudiendo darse, en algunos casos, modelos alternativos. En Grecia, como ha señalado Benet Simon (B. Simon, 1978) conviven tres modelos de la enfermedad mental: el religioso, según el cual la enfermedad es una posesión divina –que es el socialmente aceptado–; el médico, según el cual la enfermedad mental es una enfermedad del cerebro –o, por lo menos, de alguna parte del cuerpo–; este segundo modelo organicista es el desarrollado en el célebre tratado hipocrático. Sobre la enfermedad sagrada, en el que se discutió, por primera vez, el origen sagrado de la epilepsia, atribuyéndola a problemas cerebrales; y por último el modelo filosófico o moral, según el cual la enfermedad mental es un desorden del alma y de sus tres facultades: el pensamiento, la voluntad y las pasiones, desorden en el que se rompe el equilibrio y la subordinación que debe haber entre ellas. La enfermedad mental, en este modelo de origen platónico, es siempre un desorden pasional. En la reflexión filosófica griega sobre la enfermedad mental se llegó incluso a establecer una clara vinculación entre la creatividad intelectual y la psicosis, como ha señalado María Grazia Ciani (M. G. Ciani, 1983), cuestión que formuló Aristóteles en sus *Problemata* en forma de pregunta: ¿Por qué todos los grandes filósofos han sido melancólicos?

La vinculación entre las enfermedades mentales y sus concepciones históricas llevó a un segundo grupo de autores a desarrollar la historia de la locura entendida como la historia de un discurso.

El primer gran tratado acerca del prolífico reino de las enfermedades mentales escrito en Europa es la *Anatomía de la Melancolía* de Robert Burton (1632) (R. Burton, I-II-III, 1997), en el que este autor inglés sistematizó todos los tipos de desviación de conductas: eróticos, violentos, depresivos, atestiguados en la literatura clásica y la Biblia como formas de melancolía. Burton, como neoestoico que era, creía que los hombres

deben ser dueños de sí mismos y capaces de controlar sus pasiones y su "entusiasmo", por lo que llegó a considerar cualquier pequeño fallo en el dominio de sí mismo como muestra de melancolía o desorden mental.

Siguiendo sus pasos, Michel Foucault (M. Foucault, 1964; 1976), tras desarrollar una teoría acerca de la unidad de todas las enfermedades mentales en un único tipo –eliminando la frontera entre neurosis y psicosis–, escribió la historia de la locura en la Europa moderna, entendida como el relato de un discurso de exclusión.

Tras el fin de la Edad Media y el retroceso de la lepra, la figura del excluido por antonomasia –que hasta entonces se encarnaba en el leproso encerrado en el lazareto–, pasa a ser definida a través de una serie de pasos. En una primera fase, y tras el fin de la figura medieval del "loco sabio", consagrada en el *Elogio de la locura*, de Erasmo de Rotterdam, –un loco que circulaba libremente por las calles–, vendrá a desarrollarse la figura del excluido, que será encerrado en las *workhouses* inglesas, en las que se albergaban todo tipo de desviados: locos, alcohólicos, prostitutas, mendigos, subnormales... A todos ellos se les intenta educar y disciplinar mediante el trabajo, con el fin de hacerlos socialmente útiles, pero también de retirarlos de las calles, en las que se implanta progresivamente el "orden burgués" y el nuevo concepto creado por él: el de policía.

Los avances en la historia de este discurso acerca del "otro" absoluto consistirán en afinar el encierro y separar progresivamente locos de delincuentes e inadaptados sociales, para crear así la entidad nosológica de la locura, de forma paralela al nacimiento de una institución que ha de albergarla: el manicomio.

El último episodio de esta historia, tras la humanización del trato de los locos y su consideración como enfermos, será la propia disolución del concepto de locura, que nunca correspondió a una entidad clínica concreta, y del propio concepto de enfermedad mental, cuyos límites irían retrocediendo progresivamente. Así, por ejemplo, lo que en el siglo XIX, en la *Psicopathologia Sexualis* de Krafft Ebbing, se consideraban abe-

rraciones sexuales (lesbianismo, homosexualidad...), hoy se consideran conductas sexuales normales.

El fin del discurso de la locura estaría, según Foucault, muy directamente relacionado con el nacimiento del psicoanálisis, que curiosamente siempre dejó al margen a los verdaderos "locos" (los psicóticos), por ello deberemos pasar a analizar los presupuestos metafísicos de éste, con el fin de intentar observar si esos presupuestos pueden condicionar la observación de la realidad de la enfermedad.

II. Decía Sigmund Freud que a lo largo de su historia la humanidad –entiéndase el hombre europeo– había sufrido tres ataques en su narcisismo. El primero vendría con Copérnico, al descubrir que la Tierra no está en el centro del Universo y que, consecuentemente, no ocupamos en el Cosmos un lugar privilegiado. El segundo ataque vendría por parte de Darwin, al poner de manifiesto que los seres humanos no somos más que otro eslabón en la cadena del desarrollo de la vida, y el último ataque vendría de parte del propio Freud, al manifestar que el hombre no es básicamente un animal racional, como se supone que lo definió Aristóteles, sino un ser en el que la mayor parte de su vida psíquica transcurre a nivel inconsciente.

Sabemos que, en realidad, Aristóteles nunca dijo que el hombre fuese un animal racional, como se suele afirmar, sino que para él el hombre es un animal que "tiene el logos", el lenguaje. Esta observación no posee un interés meramente filológico. Por el contrario, es muy importante porque los dos conceptos fundamentales que habría que analizar en Freud serían el de "inconsciente" y el de "lenguaje".

Todos sabemos que Freud comenzó su carrera como neurólogo, y que sus circunstancias políticas y culturales le impidieron el acceso a una cátedra en la Universidad de Viena, lo que le llevaría al campo de la clínica psiquiátrica. Freud, tras su estancia en París con Charcot, formula la idea de la existencia del inconsciente o el ello, entendido como el primer motor de nuestra vida

psíquica, y al que podríamos tener acceso, o bien mediante la hipnosis, o bien a través del "camino real" hacia el inconsciente, que sería la interpretación de los sueños, a la que Freud dedicó su libro, con este título, publicado precisamente en el primer año del siglo XX (S. Freud, 1981).

La idea de inconsciente es muy anterior a Freud, que no siempre reconoció sus deudas filosóficas. En el año 1882 Eduard Von Hartmann (E. Von Hartmann, 1931), un discípulo de Arthur Schopenhauer –quien ya había formulado esta idea bajo la forma de la voluntad–, publicó todo un tratado titulado precisamente Filosofía del inconsciente, en el que sostenía, partiendo del estado de desarrollo de las ciencias de su época, que además de la inteligencia racional, tendría que existir en la naturaleza una inteligencia inconsciente que explicaría todos los procesos teleológicos –el mundo de la vida– que la mecánica clásica era incapaz de abordar. Recordemos que ya Kant en la *Kritik der Urtheilskraft*, decía que la mecánica era incapaz de explicar el nacimiento de una simple brizna de hierba.

El hecho de que haya seres que se reproduzcan, que busquen su expansión y que estén en un movimiento de autorregulación constante sólo se explicaría, según Von Hartmann, si apelamos a esa noción de inconsciente que podríamos considerar, algo anacrónicamente, como un precedente de nuestras nociones de sistema autorregulado o incluso de gen.

Otros autores desarrollaron también esta idea, cuya historia ha trazado A. C. MacIntyre (A. C. MacIntyre, 1958), pero lo que sería original en Freud consistiría en la vinculación de esta idea con la práctica clínica, y la fuerte vinculación de la misma con la noción de lenguaje.

Freud desarrolló, sobre todo en sus primeras obras, una idea de narrativa del inconsciente. Sus únicos pacientes: los neuróticos/as de clase media y alta deben intentar reconstruir su historia, en la que han de descubrir un acontecimiento o un conjunto de acontecimientos en los que se ha de hallar el origen de la enfermedad. Esta idea de la narración y de la historia coincide en lo sustancial con la idea de la historia nacional y polí-

tica de la Europa del siglo XIX, una Europa cuyo reflejo será constante en la obra de Freud.

En la propia historia, e incluso en los delirios de los pacientes de Freud o en casos analizados por él, como el del Presidente Schreber, una parte de la enfermedad no es más que un reflejo de las circunstancias externas: sociales y políticas de la vida del enfermo, como ha puesto de manifiesto Eric L. Santer (E. L. Santer, 1996), estudiando las Memorias de este famoso psicópata. No se trata sólo de un condicionamiento externo, sino de que la propia estructura de las enfermedades, e incluso la propia estructura de los sueños, sufre importantes variaciones en las diferentes culturas.

Roger Caillois y G. E. Von Grunbaum (R. Caillois ; G. E. Von Grunbaum, 1967) recopilaron un libro señalando estas variaciones, e incluso un antropólogo y psicoanalista estrictamente freudiano, como Georges Devereux (G. Devereux, 1973) puso claramente de manifiesto la importancia de las variaciones culturales a la hora de lograr una definición del inconsciente.

Pero no sólo se trata de condicionamientos. En realidad, el problema es más profundo. La propia concepción del lenguaje como algo que manifiesta sólo una parte de la realidad, pero que oculta lo más profundo de ella, que Freud comparte con Wittgenstein, sin que haya ninguna influencia entre ellos, está directamente en relación con la situación social y política de la Viena de su tiempo, como ha señalado Silvia Tubert (S. Tubert, 1999). En el católico y burgués Imperio Austrohúngaro, en efecto, se establece una distinción muy clara entre la esfera de lo decible y de lo indecible –la de lo místico de Wittgenstein–, quedando el sexo, la pasión y muchas otras cosas como la opresión o la explotación en el terreno de esas cosas que "no se pueden decir".

Todo lenguaje posee una dimensión comunicativa y una dimensión expresiva, a las que Gottlob Frege, un matemático y lógico contemporáneo de Freud, llamó *Bedeutung* y *Sinn*, refiriéndose a los niveles de cada enunciado.

Lo que, en realidad, descubre Freud es que no sólo hay muchos significados que no caben en el

lenguaje, sino que además de ello, la limitación de los significados trae consigo la incapacidad de lograr la expresión de los sentimientos, que el enfermo se ha de ocultar a sí mismo, puesto que es lo que la demanda social impone, radicando aquí el origen de la enfermedad.

Tan importante como el lenguaje es el silencio, mecanismo fundamental de la ocultación, y ese silencio está directamente unido a la soledad y al aislamiento, lugares en los que nace la neurosis. Ernest Gellner (E. Gellner, 2002) analizó este problema y, al hacerlo, puso también de manifiesto cómo Freud no supo, o no quiso, ver los componentes sociales de la enfermedad y como no quiso, o no supo, entrar en lo más profundo de ella –nunca trató a un psicótico–. Su terapia requería disciplina para poder desarrollar las sesiones, pero también dinero, y como él mismo dice en una carta a su mujer, Martha Bernays, cultura, para que el enfermo pueda verbalizar su historia.

La teoría freudiana no es capaz de superar la barrera entre lo individual y lo social, como han señalado Fred Weinstein (F. Weinstein, 2001) y Jacques Szaluta (J. Szaluta, 2001), pero es que además de ello, trabaja con unos conceptos y unos supuestos que pueden llegar a convertirse en auténticas entidades metafísicas.

Deberíamos comenzar por una cuestión de método. En la concepción freudiana del lenguaje se parte del principio de que cada uno de nosotros únicamente puede acceder a la superficie de sí mismo, quedando en nuestro lenguaje y en nuestro pensamiento un iceberg significativo oculto. Por esta razón es necesario el psicoanálisis, y por eso mismo todo analista ha de ser psicoanalizado antes de ejercer su profesión. Nadie puede psicoanalizarse a sí mismo, excepto Freud, como ha señalado Ernest Gellner (E. Gellner, 1993). Freud es el inventor del método, no podía recurrir a nadie que lo psicoanalizase. A partir de él se desarrolló una genealogía de psicoanalizados que llegaría desde el presente hasta la Viena de 1900.

El proceso psicoanalítico es un proceso lingüístico en el que se intenta hacer coincidir el signifi-

cado con el sentido, en el que se pretende que el lenguaje llegue a ser transparente, y en el que se persigue, como decía el propio Freud, que: "donde estuvo el ello, llegue a estar el yo". Freud en el fondo era un racionalista, aunque siempre fue consciente de que la racionalidad era únicamente un deseo, puesto que él mismo reconoce que el proceso analítico es, en realidad, interminable, y que se le pone fin cuando se consigue la remisión de los síntomas patológicos.

La falta de perspectiva sociológica en Freud y su concepción de la neurosis como una patología individual le llevó a concebir la vida psíquica como un enfrentamiento o una negociación entre tres sustancias metafísicamente concebidas: el super-ego, el ego y el id. Estas tres sustancias dan la impresión de ser tres auténticos sujetos independientes. Cada uno de ellos posee una dinámica propia, sigue su propia lógica y lucha por imponerse frente a los otros dos. Corresponde al ego, equivalente del auriga platónico que guía al carro del alma por el camino de la virtud, tener satisfechos al ello y sus deseos y al super-ego y sus represiones, con el fin de conseguir un estado de equilibrio que se parece mucho a una negociación parlamentaria entre un gobierno y varios partidos.

El problema radica en saber si los diferentes tipos de capacidades: sensoriomotrices, cognitivas y apetitivas corresponden a uno de ellos o a los tres. Está claro que es el ego el que percibe pero, a veces, al leer a Freud, da la impresión de que el ello es otro yo que habla a mi yo en sueños o que se manifiesta plenamente dividido en la alucinación o el delirio. Es evidente que da la sensación de que el sueño quiere decir confusamente algo. Y está claro que los esquizofrénicos oyen voces y reciben órdenes. Sin embargo, explicar estos hechos como una conversación entre un ello que demanda la realización de un deseo, un super-yo que lo prohíbe y un pobre yo que tiene que tenerlos contentos a los dos, puede tener alguna concomitancia con algún tipo de representación religiosa en la que nuestro yo debe situarse en un punto de equilibrio en la lucha entre el principio del bien y el principio del mal, ya sea concebidos

como principios abstractos, como divinidades –como en el maniqueísmo o en el gnosticismo– o como dos ángeles, bueno y malo, que nos envían constantemente sus mandatos.

La única manera de superar esta limitación metafísica del pensamiento de Freud sería partir de dos supuestos. El primero de ellos es que la enfermedad mental no puede definirse como la enfermedad de un individuo y como el producto de los desequilibrios internos de su psique, únicamente. Consistiendo, en este caso la curación, en el establecimiento o reestablecimiento de un proceso de autodomínio similar al que concebía el estoico Robert Burton –también Freud tenía algo de estoico–.

Y, en segundo lugar, cosa a la que, por cierto, Freud siempre aspiró, debemos suprimir las barreras entre lo psíquico y lo somático, evitando caer en el dualismo cartesiano de las dos sustancias –res cogitans y res extensa–, tal y como propone el neurólogo Antonio Damasio (A. Damasio, 2005) en su último libro, en el que apela a un filósofo discípulo de Descartes, Baruch de Spinoza, que negó este dualismo y estableció la existencia de una única sustancia para poder comprender el funcionamiento de la emoción y los sentimientos. Las emociones y los sentimientos poseen unas bases bioquímicas, pueden ser químicamente inducidos, pero no explicados. Reducir las emociones a procesos químicos es un error del lenguaje, presupone hablar "como si" toda la realidad fuese mera bioquímica. Negar los componentes neurológicos y bioquímicos también supone utilizar un lenguaje incorrecto, ya que presupone considerar que nuestros estados de ánimo pueden ser independientes de nuestro cuerpo, "como si" existiese una sustancia independiente a la que tradicionalmente se le ha venido llamando alma.

Partiendo del principio epistemológico y metafísico, según el cual no puede haber un único lenguaje que nos permita hablar de todos los aspectos de la realidad, sino de que, por el contrario, cada lenguaje científico, en tanto que se constituye como tal, nos da acceso a una parte de la realidad, pero oculta muchas otras, intentaremos definir a continuación algunos principios gene-

rales, deducidos de algunos estudios de síntesis acerca del cerebro, las emociones y la enfermedad mental, que sirvan para poner de manifiesto los presupuestos de los que se parte a la hora de estudiar estas enfermedades. Presupuestos no del todo inocentes, ya que, en función de ellos se llevan a cabo las diferentes terapias.

III. El primer presupuesto del que hemos de partir es la noción de sistema.

Un sistema es un todo, dotado de una estructura interna, que se encuentra en constante correlación con un medio externo en el que se interrelaciona con otros sistemas, llegando idealmente a un estado de equilibrio. Todos los organismos vivos son sistemas autorregulados, que mediante un proceso de homeostasis se mantienen en equilibrio con su medio, consiguiendo preservar su estado y duplicarse (o reproducirse).

Todos los sistemas cambian con el medio o con otros sistemas, flujos físicos y flujos de información. En los seres vivos los flujos físicos son de tipo físico y químico. Pero cuando un ser vivo desarrolla un sistema nervioso, a esos flujos se añaden los flujos de "información".

En los seres pluricelulares, en los que se crea un tipo de células específicas para procesar la información –las neuronas–, se desarrollan órganos encargados de procesarla, y esos órganos son los precedentes de nuestro cerebro.

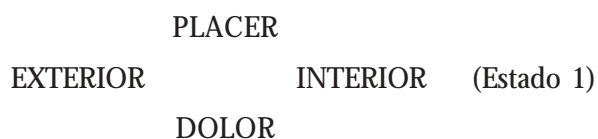
Nuestra larga historia evolutiva hace que nuestra situación biológica sea muy compleja, puesto que acumulamos tres tipos de cerebros: el reptiliano, el paleomamífero y el neomamífero (J. R. Ratey, 2001; A. Damasio, 2001; J. Pankseep, 1998; L. K. Obler y K. G. Gjerlow, 2001). La superposición de estos tres cerebros es fundamental para poder comprender la dinámica de las enfermedades mentales, aunque a veces los neurólogos no parecen tenerla en cuenta, cuando, por ejemplo, se estudia el funcionamiento de los neurotransmisores utilizando la mosca del vinagre o las ratas, que poseen unos cientos o miles de neuronas, frente a los cien mil millones de neuronas de un cerebro humano, importantes, no sólo por su cantidad y su número elevadísimo de

sinapsis, sino por su estructuración en sistemas complejos con funciones diferenciadas que no siempre se pueden localizar topográficamente.

Partiendo de esta situación, lo más sencillo será describir los niveles de funcionamiento del sistema, sin aspirar a identificarlos anatómicamente, siguiendo un anticuado estilo frenológico, sino señalando sus funciones. La descripción de este sistema no pretende, como ya dijimos, ser una guía para la terapéutica o la investigación en neurociencias, pero sí puede ser útil simplemente a nivel higiénico, para evitar algunos errores que pueden derivarse de un uso erróneo de principios metafísicos y de una utilización del lenguaje en la que el investigador no es consciente de sus propios límites lingüísticos.

Un ser humano es un sistema complejísimo, que se encuentra en interacción con su medio y con otros sistemas. Constantemente intercambia con su medio compuestos químicos y físicos que le permiten mantener sus funciones vitales mediante la respiración, alimentación y excreción. La relación con el medio está básicamente regulada por el cerebro que controla el estado interno del cuerpo y sus relaciones con el exterior mediante el sistema sensorio motor, que le permite buscar su alimentación, y mediante el procesamiento de la información.

El cerebro percibe simultáneamente dos estados: el del propio cuerpo (estado interno) y el del mundo exterior, debiendo alcanzarse un equilibrio entre ambos. Este doble sistema de percepciones se rige por dos principios, que en un ser vivo sin sistema nervioso serían simplemente el de equilibrio o desequilibrio físico-químico, y en el caso de los seres vivos dotados de sistema nervioso, estarían regulados por dos principios: placer y dolor. Podríamos representar la situación mediante el esquema siguiente:



En el punto de intersección entre los dos ejes se situaría la conciencia, o el yo, no concebido en

términos sustancialistas ni metafísicos, tal y como critica acertadamente A. Damasio (A. Damasio, 2001), sino entendido como el mecanismo regulador de un sistema complejo que se forma mediante la interrelación de diferentes elementos o sistemas, y que puede aparecer en un momento que no se puede predecir.

Douglas R. Hofstadter (1987) lo explica con el siguiente ejemplo. Un tornado es un mecanismo que se autorregula a partir del momento en el que se forma. Para que se forme un tornado debe haber diferencias de temperatura entre distintas masas de aire. Esto es una condición necesaria, pero no suficiente. El momento en el que se forma no se puede predecir. Por eso se desarrolló precisamente la física del caos, cuyas ecuaciones no permiten hacer predicciones lineales.

Una vez que se forma un tornado, se alimenta a sí mismo y se expande, hasta que agota su energía y desaparece. Un tornado no es una sustancia ni un mecanismo inconsciente que inteligentemente regula la circulación de masas de aire de diferente temperatura, sino un sistema autorregulado, que se forma y se extingue.

Douglas R. Hofstadter propone algo muy similar para definir la conciencia, sin recurrir a la metafísica. El yo no es una sustancia, sino el resultado de un equilibrio entre diferentes sistemas, que se puede colapsar en determinadas circunstancias, y que es lo que origina la enfermedad mental. Este colapso puede ser a veces meramente químico o anatómico y, otras veces, a ello se sumarían factores emocionales y sociales. Continuemos, pues, con la descripción de los demás subsistemas, partiendo del primer estado, al que hemos llamado Estado 1.

El cuerpo humano posee tres sistemas simultáneos para regular sus relaciones con el mundo exterior y para mantener su equilibrio interno: el sistema endocrino, el sistema inmunológico y el sistema nervioso. De ellos depende el funcionamiento de los órganos internos, la capacidad sensorio motriz, relacionada con la percepción externa, necesaria para que el individuo pueda obtener los recursos que necesita para subsistir: alimentos, abrigo, etc. Estos tres sistemas están

mutuamente interconectados (A. Damasio, 2005), y ello explica que las alteraciones de uno de ellos puedan influir en el estado de los otros dos. Los problemas psicológicos pueden afectar al sistema inmunológico, y esos mismos problemas pueden afectar al sistema endocrino debido al mal funcionamiento del hipotálamo, alterando funciones como el sueño, la alimentación, el deseo sexual o la temperatura corporal.

El cerebro puede estar básicamente en tres estados: en coma o en sueño, en estado de vigilia y en estado de orientación. Para que se dé el estado de orientación es necesario previamente que se dé el estado de vigilia. En él es necesaria, además de la correcta percepción espacio-temporal, el mantenimiento de la memoria, ya que del funcionamiento de la memoria depende el mantenimiento de nuestra identidad.

La percepción interna y externa se dan simultáneamente. Para poder percibir el mundo exterior necesitamos ser conscientes de nuestro propio cuerpo, sentirnos identificados con él y encontrarnos a gusto con él mismo, sensación de la que disfrutamos mientras nos sentimos sanos y que se altera en los estados de enfermedad, pudiendo identificarse el componente químico que produce la sensación de estar enfermo (J. Panskepp, 1988). La percepción del propio cuerpo va acompañada por la idea de control del mismo, gracias al desarrollo del sistema sensorio-motriz, que nos permite controlar nuestros movimientos, desenvolvernó espacial y temporalmente, y que es fundamental para que pueda producirse la construcción de la conciencia.

En este estado podemos tener, como dice A. Damasio: "la sensación de lo que ocurre" (A. Damasio, 2001), y sentirnos físicamente integrados en el mundo gracias a las percepciones de los cinco sentidos. Pero esas percepciones tienen que ir acompañadas de una percepción de que percibimos. A esto Aristóteles y los escolásticos le llamaban el *sensus communis* y Kant: "la unidad sintética de la percepción", que es inseparable de la sensación de ser conscientes.

Pero, en el caso de los seres humanos, debemos tener en cuenta que a este sistema de percep-

ciones somáticas –externas e internas– se unen las percepciones sociales. Ya Hegel había señalado en *Fenomenología del Espíritu* que la autoconciencia sólo podía surgir en la relación yo-tú. Un psicólogo, George Herbert Mead (G. H. Mead, 1934), desarrolló sistemáticamente esta teoría, poniendo claramente de manifiesto que, del mismo modo que las percepciones sensoriales externa e interna son simultáneas, lo mismo ocurre con la idea de Self o yo, que siempre se forma en un proceso de interrelación social, en el que, por supuesto, la familia va a desempeñar un papel fundamental en las primeras fases de la vida del niño.

Cuando un agente externo: virus, bacteria u hongo, provoca una enfermedad, el cuerpo reacciona mediante su sistema inmunológico, reajustando su relación con el mundo exterior y tratando de regularse a sí mismo con mecanismos de defensa, como la fiebre, el cansancio... En el caso de la enfermedad mental el proceso debería ser el mismo. Un individuo deja de estar en equilibrio con su medio físico y social debido a diferentes tipos de factores y se reequilibra patológicamente, desarrollando síntomas somáticos (alteraciones del sueño, la temperatura, cambios endocrinos...) con el fin de lograr erróneamente el equilibrio perdido.

La relación del individuo con el medio puede analizarse en dos ámbitos, tal y como hizo en su momento el sociólogo y fenomenólogo Alfred Schutz (1932) (A. Schutz, 1967). Cada uno de nosotros vive en un *Mitwelt*, o mundo social, como señalaba Mead, pero ese *Mitwelt* está incluido en un *Lebenswelt* o mundo de la vida, que se compone de un medio ambiente físico, un mundo de habitáculos y objetos de uso y consumo, que está asociado a todo un sistema de sensaciones socialmente compartidas que, a su vez, van unidas a sistemas de valores: estéticos, éticos y políticos. Ese mundo es, a su vez, histórico. Proviene del mundo de nuestros antepasados: *Vorwelt*, y se prolonga en el mundo de nuestros descendientes: *Forgelwelt*, razón por la cual el estudio de los seres humanos y la sociedad –y, consecuentemente, el de la enfermedad mental– es inseparable del mundo de la historia.

En los seres humanos la ruptura del equilibrio entre el individuo y el mundo social, y la alteración en él de las percepciones de lo exterior y lo interior, van unidas al equilibrio de las sensaciones de placer y dolor. Es evidente que los placeres y los dolores no se pueden cuantificar, a pesar de que algunos utilitaristas lo hayan intentado, como señala Rem B. Edwards (1979). Los placeres son de diferentes tipos y podemos jerarquizarlos. Se supone que los placeres meramente físicos son inferiores a los psíquicos o a los espirituales. El problema es que no se pueden conmutar, ni mucho menos cuantificar. Lo único que podríamos decir es que esos placeres forman un sistema, en el cual de los inferiores depende el disfrute de los superiores: el hambre o el dolor extremo impedirían el disfrute de placeres estéticos, por ejemplo. En ese sistema, dejando a un lado los placeres que van unidos a la mera supervivencia física: hambre, sueño, salud, parece claro que el equilibrio de placeres y dolores es muy complejo.

Esto es así porque los placeres humanos, además de ser físicos –toda sensación placentera tiene una base física– son básicamente sociales. En muchas ocasiones no sólo deseamos un objeto o a una persona, sino el propio deseo. Decía San Agustín en *Las Confesiones* que él no sólo amaba, sino que amaba amar. Nosotros no sólo deseamos algo concreto, sino que también deseamos el propio deseo. Y en el caso de muchas relaciones sociales, como las amorosas, lo que deseamos es el deseo del otro, que el otro nos desee y nos reconozca, siendo el reconocimiento un mecanismo básico de la vida social, como ya había señalado el propio Hegel.

En el año 1956, el psicoanalista Paul Diel (P. Diel, 1966) desarrolló una teoría general de la enfermedad mental según la cual en nuestra vida psíquica, el igual que en el resto de nuestra vida orgánica, funcionan dos mecanismos básicos de estímulo y respuesta: la agresión del exterior y la respuesta a ésta. Frente a la agresión se desarrolla el miedo como mecanismo defensivo. Si el miedo no produce la respuesta adecuada, en vez de responder contra el medio o el ser agresor, el or-

ganismo reacciona contra sí mismo –al igual que en las enfermedades infecciosas–. Esa acumulación de miedo y agresión no encauzados explicaría, según Diel, el origen de la neurosis y la psicosis. La diferencia entre ambas no estaría en su etiología, sino en la intensidad de la agresión.

No obstante, frente a esta teoría se podría plantear una objeción. La agresión no se puede cuantificar, al igual que el placer o el dolor, y lo que habría que explicar es por qué a partir de un límite se pasa de encauzar el miedo no liberado en síntomas somáticos o emocionales, o bien ese mismo miedo rompe los mecanismos de percepción sensorial del propio cuerpo, llega a anular la diferencia entre la percepción interior y la exterior y nos desconecta de la realidad, llegando a producirse una psicosis, en la que, por ejemplo, transformamos el miedo interior en un supuesto agente exterior que nos persigue o nos da órdenes. La ruptura total, o parcial, del equilibrio del sistema es muy difícil de predecir. Puede haber factores externos claros: circunstancias familiares, sociales, herencia..., pero el momento exacto en el que se puede producir la ruptura, creando un nuevo sistema que intenta regularse desordenadamente es imposible de predecir, al igual que el tornado del ejemplo de Hofstadter. Sería un ejemplo de un proceso caótico.

En el año 1927, Eugene Minkowski (E. Minkowski, 2000) desarrolló una teoría acerca de la psicología de los esquizoides y de los esquizofrénicos en este sentido, interpretando el proceso esquizofrénico como la respuesta a una agresión psíquica y social, y como un fracaso en el logro del reconocimiento. Muchos años más tarde todo el movimiento antipsiquiátrico vino a reforzar todavía más el peso de los factores familiares, sociales, e incluso políticos, llegando a afirmar, como en el caso de R. D. Laing (A. Collier, 1981), que la esquizofrenia era, un realidad, un problema político o existencial. Esto sería lo que afirmaría otro de los antipsiquiatras, David Cooper (D. Cooper, 1986), que concebía la enfermedad mental como un simple fracaso vital, aunque fuese un fracaso estrepitoso, por no saber manejar lo que él llamó la "gramática de la vida".

Esa falta de recursos psicológicos y sociales sería también la que en el caso de un sociólogo como Erwin Goffman (E. Goffman, 1971) le permitió interpretar las enfermedades mentales como un fracaso en la negociación social. En esa negociación nosotros nos construimos un yo, Self, que debemos intentar sea reconocido por aquellos que forman nuestro Mitwelt. Si lo logramos, gracias a nuestros recursos económicos, sociales, políticos o mentales, lograremos un estado de salud mental. Si fracasamos, caeremos en la enfermedad.

Los planteamientos sociológicos consiguen explicar la difusión de ciertas enfermedades mentales y su distribución por grupos de población, por sexos, por niveles de riqueza y cultura, e incluso la repentina aparición y desaparición de síndromes, como el de la "personalidad múltiple", estudiado por Ian Hacking (I. Hacking, 1955), que, además de depender de las propias tipologías nosológicas, poseen una vida y una historia que depende de factores históricos o sociales.

No hay ninguna explicación unilateral de la enfermedad mental en general, ni de ninguna de ellas en concreto. Jean Garrabé (J. Garrabé, 1996) ha trazado la historia de todas las teorías que intentaron explicar la esquizofrenia y ninguna de ellas resulta totalmente satisfactoria. Únicamente consiguen dar cuenta de algunos de sus aspectos aislados: sean familiares, sociales, genéticos o bioquímicos. Al final acaba denominando a esta enfermedad, "la noche oscura del ser".

A lo largo de la historia de la psiquiatría se han venido desarrollando todo tipo de explicaciones unilaterales de la enfermedad, que por exagerar un solo aspecto pueden llegar a rozar en el ridículo. Wilhelm Reich (W. Reich, 1985), al destacar la importancia del grupo de sensaciones de placer y dolor en el desarrollo de la neurosis, creyó descubrir una especie de energía placentera cuantificable, llegando a caer en una especie de charlatanería pseudomística. Alfred Adler (A. Adler, 1984), destacando unilateralmente la importancia del reconocimiento y el dominio del otro, exageró un componente básico de la neurosis que pudo dar lugar a problemáticas inter-

pretaciones políticas basadas en el deseo de dominio.

En la actualidad, el discurso de los neurotransmisores y la molécula mágica puede ser igualmente unilateral. Es evidente que se conoce el funcionamiento de los neurotransmisores, como la serotonina o la dopamina, y que se pueden desarrollar medicamentos parcialmente eficaces para algunas enfermedades como la depresión o la esquizofrenia.

Sin embargo, como señala A. Damasio (A. Damasio, 2005), esos medicamentos son enormemente toscos, pudiendo ser equiparados a las antiguas amputaciones. Además, las estadísticas demuestran que su éxito o fracaso no pueden ser explicados causalmente. Como señala Andrew Solomon (A. Solomon, 2001), las depresiones tratadas químicamente remiten en un cincuenta por ciento, exactamente igual que aquéllas tratadas con psicoterapia. Lográndose con ambos tratamientos combinados una eficacia del ochenta por ciento.

Las mujeres se deprimen más que los hombres y los ancianos más que los jóvenes. ¿Ello se debe a que mujeres y ancianos poseen un nivel más bajo de serotonina –lo que es cierto– o a sus circunstancias sociales? ¿Por qué en Estados Unidos la depresión afecta mayoritariamente a los cesantes? Es evidente que tras el discurso de la molécula mágica están los intereses de las multinacionales farmacéuticas. Sobre todo si tenemos en cuenta que en Estados Unidos el diez por ciento de la población consume antidepresivos recetados, no por psiquiatras, sino por médicos de cabecera.

También pueden darse casos en los que se utilice una terapia como la ECT (terapia electroconvulsiva) cuyo mecanismo de funcionamiento se ignora y cuya eficacia puede ser aleatoria, como puede verse en las estadísticas sobre este tema en el libro de A. Solomón.

Todos los enfoques unilaterales poseen una validez únicamente parcial. Si uno de ellos se privilegia sobre otros no es por su eficacia, estadísticamente comprobada, sino por los presupuestos: organicistas, bioquímicos, psicoanalíticos, de diferente tipo, de que se parte. Creemos que un en-

foque que podríamos llamar sistémico, como el que proponemos, según el cual la enfermedad mental, en primer lugar existe, pero debe ser entendida como un proceso bioquímico, anatómico, psicológico a nivel cognitivo, pero también social y afectivo, puede dar lugar, no a una comprensión perfecta, porque eso es imposible por definición, pero sí a contemplar los diferentes aspectos de un modo complementario, como proponía Georges Devereux (G. Devereux, 1973), al tratar los aspectos psíquicos, sociales y culturales en el psicoanálisis.

Precedentes de esta comprensión de la enfermedad mental podemos encontrarlos en las obras de grandes filósofos que, a su vez, fueron psicólogos, psiquiatras, y que poseían una formación médica, como los casos de William James (W. James, 1989) y Karl Jaspers (K. Jaspers, 1993), cuyas obras siguen siendo de interés en la actualidad, precisamente por sus enfoques sistémicos y existenciales. Para ellos la enfermedad era un sistema complejo, en el que intervenían diferentes factores, pero que afectaba a la totalidad de la vida personal y social de quién la sufría.

Partiendo de estas perspectivas quisiéramos reivindicar, para terminar, el valor de dos conceptos que pueden ser útiles para mejorar en algún punto la comprensión de la enfermedad mental. Se trataría de los conceptos de símbolo y de imaginación e irrealidad.

Desde el nacimiento de la lógica, con Aristóteles, y a lo largo de la historia de la gramática, se ha venido concibiendo el lenguaje como básicamente descriptivo. Una oración, o un enunciado, construida mediante sujetos, verbos y predicados, describe un estado de hecho y se refiere a la realidad.

Decíamos anteriormente que ya G. Frege había señalado las limitaciones de este planteamiento, puesto que el lenguaje, además de ser descriptivo, también es expresivo. Aristóteles había dejado el aspecto descriptivo a la lógica y reservó a la retórica la dimensión expresiva, partiendo del principio de que los enunciados que estudia la retórica buscan la persuasión y no la verdad.

A partir de los comienzos del siglo XX, filóso-

fos como Edmund Husserl, o lingüistas como C. K. Ogden y I. A. Richards (C. K. Ogden; I. A. Richards, 1949) llegaron a la conclusión de que esa dimensión expresiva del lenguaje poseía una naturaleza simbólica, que va unida a la dimensión meramente descriptiva.

Los símbolos no constituyen un lenguaje paralelo, hablado por el inconsciente, ya sea individual, como en Freud, o colectivo, metahistórico y casi místico, como en el caso de C. G. Jung (C. G. Jung, 1982), sino una parte consustancial de nuestra vida consciente –o inconsciente– y de la realidad social. Manejamos los símbolos a través del lenguaje, pero también de los gestos y las imágenes. Como señaló Jean Piaget (J. Piaget, 1959) en el proceso de desarrollo psicogénético del niño es fundamental la formación de sistemas simbólicos, mediante los juegos, los ritos sociales, o a través de relatos, como son los cuentos. El desarrollo de estos sistemas simbólicos está estrechamente unido al proceso de construcción del yo, de la persona. Y ello podría explicar el caso de la curación de una esquizofrénica por parte de M. A. Sechehaye (M. A. Sechehaye, 1979), gracias a la reconstrucción o a la nueva elaboración de un sistema simbólico roto por la enfermedad y que había llevado a la paciente al internamiento y a la ruptura con la realidad.

Cada sociedad posee un sistema simbólico, como han señalado Dan Sperber (D. Sperber, 1974) o Gilbert Durand (G. Durand, 1971), que está formado por un sistema de creencias compartidas que se pueden plasmar en una mitología, una teología y una religión, o simplemente en sistemas de metáforas de tipo político y social que constituyen lo que se dio en llamar ideología.

Por supuesto, los sistemas simbólicos no son descripciones del mundo real, aunque pueden contener fragmentos de él, sino formas de pensar que sirven fundamentalmente para otorgar sentido a la vida de las personas. Decía Søren Kierkegaard en su Tratado de la desesperación (S. Kierkegaard, 2004) que nadie puede vivir sólo en la realidad. Para poder vivir es necesario creer en algo falso, ya sea una religión revelada o un credo político que nos permita soportar el pro-

ceso biológico y físico de la vida; que no es que no tenga sentido, es que es indiferente a la propia idea de sentido. Como ha señalado Xavier Zubiri (X. Zubiri, 2005) sólo se puede vivir en lo real si nos adentramos constantemente en la irrealidad. Nadie puede vivir sólo en la realidad, porque nadie puede vivir sin ilusión.

Para poder vivir no sólo necesitamos salir de la realidad, sino creer en la mentira. Volker Sommer (V. Sommer, 1995) ha puesto de manifiesto las numerosas estrategias de engaño y autoengaño que se dan, no sólo entre los seres humanos, sino también entre los animales. Necesitamos engañar a los demás, ocultando una parte de nosotros mismos, con el fin de hacer posible la vida social. No podemos sacar a la luz nuestros deseos de todo tipo: sexuales, de poder, de dinero, nada más que en algunas ocasiones y ante determinadas personas. Y además, necesitamos también engañarnos a nosotros mismos, creando una imagen épica de nuestra persona, que coincide con lo que se suele llamar la autoestima.

Para alejarnos de la realidad recurrimos al mundo de la imaginación. Ese mundo suele estar identificado, más que con el mundo real, con el mundo de los sentimientos. La filosofía europea, como señala Martha Nussbaum (M. Nussbaum, 2001) concibió a los seres humanos como seres pensantes. Los hombres piensan, hablan y están insertos en la realidad. Sus almas son transparentes y están iluminadas por la luz de la conciencia. Todo lo que altera el pensamiento debe ser considerado negativamente. Y por ello, las emociones y las pasiones disfrutaron de tan poco prestigio filosófico. Sólo unos pocos filósofos como David Hume, quien decía que la "Razón es y debe ser esclava de las pasiones", o Schopenhauer, reconocieron la importancia del componente afectivo de la vida humana, luego reivindicado por Freud.

El mundo de la imaginación posee una lógica propia y abarca una serie de campos muy amplia, como pueden ser todas las artes, plásticas y literarias, o el mundo del juego y el rito. Autoras como Mary Warnock (M. Warnock, 1981) o Eva T. H. Brann (E. T. H. Brann, 1991) han intenta-

do analizar su estructura. El mundo de la imaginación está directamente asociado al mundo del recuerdo, como ha señalado Edward Casey (E. Casey, 2000 y 1987), por esa razón es tan importante la memoria para lograr el mantenimiento de la identidad, y fue por eso que Freud desarrolló su primera teoría de la histeria y la neurosis como una teoría narrativa, en la que lo fundamental sería el sacar a la luz un recuerdo reprimido que, por no ser asumido, nos impide ser plenamente conscientes de nuestra identidad.

Para Freud, ese trauma olvidado es la esencia de lo real, y es precisamente el intento de ocultación de lo real lo que daría lugar al desarrollo de los síntomas neuróticos. Freud era un racionalista, y no un irracionalista, como se le suele considerar por parte de sus enemigos. Freud creía que la religión era una ilusión que debía ser superada. Los ritos, en su opinión, serían rituales neuróticos colectivos y los sistemas filosóficos o teológicos serían similares a los delirios paranoicos. Para Freud, el niño, el neurótico y el primitivo tendrían muchos caracteres en común. Todos ellos vivirían, en gran parte, sumergidos en la irrealidad, lo que en parte es cierto.

Todos los seres humanos necesitamos vivir en la irrealidad. Podemos vivir en la irrealidad siendo conscientes de ello gracias al desarrollo de la ficción, tal y como ha analizado Charles Crittenden (C. Crittenden, 1991), y ello es lo que hacemos cuando jugamos o bien cuando creamos o disfrutamos de las obras de arte. Cuando se cuenta un cuento, cuando se lee una novela o se ve una película somos conscientes de que lo que vemos u oímos no es real. Aceptamos una especie de pacto con la irrealidad, que nos es necesario, porque sólo sumergiéndonos en la irrealidad podemos dar cuenta de determinados aspectos de la realidad. A la realidad siempre la conocemos "como si" –incluso cuando producimos la ciencia–, y ese "como si" es claramente una ficción. En el caso de la enfermedad mental, como ya habíamos dicho, las ficciones médicas, que dieron lugar a determinadas concepciones científicas de la locura, a determinadas consideraciones de la locura "como si" fuese sólo una enfermedad

del cerebro, un desorden puramente moral o espiritual o un trastorno bioquímico, pudieron tener en algunos casos aspectos positivos, pero en otros también los tuvieron funestos, creando auténticas víctimas de la terapéutica (como los pacientes lobotomizados o los cerebros destruidos por el electroshock).

Además de sumergirnos en la irrealidad mediante el pacto de la ficción, podemos también estar inmersos en ella cuando compartimos lo que podríamos llamar un delirio social. El delirio es una construcción intelectual sistemática y errónea que un enfermo desarrolla como un intento desesperado y frustrado de lograr un nuevo ajuste con la realidad, o lo que es lo mismo, de establecer un nuevo equilibrio con su *Mitwelt*, intentando reajustar el estado global de placer-dolor (C. Castilla del Pino, 1998; 2000).

Evidentemente, se desarrolla un delirio cuando existe un desajuste emocional, un desarreglo en los sentimientos que el paciente no es capaz de integrar en la trama social. Si Freud decía que la religión, o la filosofía, eran similares a una paranoia era porque en los tres casos tenemos construcciones intelectuales complejas y a veces muy elaboradas, porque en el marco de esas construcciones se pueden canalizar determinados tipos de sentimientos, y porque esos sistemas de pensamiento modifican la conducta: estableciendo listas de actos permitidos o prohibidos y desarrollando sistemas de tabúes y ritos.

La relación entre el delirio individual y el colectivo puede fluir en dos direcciones: o bien el delirio colectivo favorece la aparición de un delirio individual, como ocurre en el caso del chamanismo, ya citado, o de la mística –con sus visiones, sus voces, sus éxtasis y sus arrobamientos, bastante parecidos al placer sexual–, o bien un delirio individual puede estar en el origen de un sistema de delirio colectivo, como ocurriría en el caso de algunos creadores de religiones o de ideologías. Ya habíamos visto como en la Antigüedad se consideraba que había alguna relación entre la psicosis y la creatividad. El examen de la vida de algunos de los grandes filósofos, llevado a cabo por Ben-Ami Sharfstein (B. A. Sharfstein,

1996) pone de manifiesto que también a lo largo de la historia de la filosofía europea hay algo de verdad en esto.

No sólo en el caso de las religiones, sino también en el de algunas ideologías políticas, como por ejemplo el antisemitismo nazi –que compartió el pueblo más culto de Europa–, el aspecto delirante de las representaciones colectivas, en este caso de los judíos como encarnación de todas las figuras del mal, ponen de manifiesto que también en la vida pública se puede compartir un delirio, delirio que en el caso del antisemitismo llegó a alcanzar una duración secular, como podemos ver en el libro de Leon Poliakov (L. Poliakov, I, II, III, IV, V, 19-84, 1986).

Evidentemente, el que existan delirios colectivos no quita que los delirios individuales dejen de ser patológicos. Sin embargo, lo que sí es cierto es que las formas sociales de inducir y compartir el delirio, unidas a la consideración social de la que puede gozar el loco iluminado, sabio o genial pueden hacer que el propio estigma social de la locura posea enormes variantes sociológicas e históricas.

Todas las enfermedades traen consigo el sufrimiento, el dolor, y algunas veces la muerte. Las enfermedades mentales también, pero el sufrimiento que las acompaña posee una característica propia, y es que afecta a la totalidad de la persona. La historia de la enfermedad mental es la historia de las pesadillas, las alucinaciones, los dolores físicos inexplicables, los sufrimientos psíquicos, los trastornos emocionales, las explosiones de violencia y furia, las caídas en los pozos de la melancolía y la depresión, las crisis de angustia, los grandes y pequeños éxtasis. También es la historia de la destrucción de las personas, de agudos conflictos familiares y sociales y, unidos a

ellos, de la génesis y desarrollo de diferentes sistemas de control de los enfermos, de represión de los mismos, de terapias que en ocasiones ocultaron verdaderas formas de tortura y que pusieron de manifiesto un auténtico sadismo por parte de los supuestos terapeutas. La historia de la enfermedad mental es también una historia de la que, como ocurría en el caso de las antiguas fábulas, podemos extraer una lección moral y una lección de humildad. Como ha quedado de manifiesto a lo largo del texto, si es cierto que todo conocimiento de la realidad es fragmentario, y en cierto modo ficticio (es un conocimiento del "como si"), en el caso de la enfermedad mental la soberbia de los supuestos científicos que la analizaron y pretendieron explicarla ha traído consigo, muchas veces, consecuencias funestas en el plano terapéutico y humano. Todos los intentos que se han llevado a cabo para explicarla sólo han tenido una validez parcial. Por ello, a nivel clínico, si es cierto que cada enfermedad puede definirse como una realidad triple: a) un proceso patológico; b) un proceso psicológico y c) un proceso social; en el caso de la enfermedad mental el aspecto psicológico y social pueden llegar a ser fundamentales, quedando reducido el meramente patológico a un nivel secundario. Esto es cierto si tenemos en cuenta las variables en las tipologías nosográficas de esas enfermedades, si observamos como constantemente los mismo síntomas son bautizados con diferentes nombres y como en la construcción de las entidades clínicas interfieren toda clase de ideas religiosas, morales y sociales.

Por ello, podríamos concluir afirmando que la historia de la enfermedad mental ha sido y es, sencillamente, la historia de la felicidad y la infelicidad.

Resumen

En este artículo se analizan los presupuestos teóricos en los que se basa el concepto de enfermedad mental. Para ello se recurre a la filosofía y a la historia como saberes que permitirán desentrañar prácticas políticas y sociales unidas desde siempre al desarrollo de la psiquiatría, y se definen una serie de principios generales útiles para estudiar las enfermedades mentales, y que son: a) la noción de sistema, que afecta a todos los seres vivos y que nos permite ver la enfermedad mental como un proceso complejo en el que conviven factores sociales y afectivos, además de los consabidos bioquímicos y anatómicos; b) El concepto de símbolo, pues los sistemas simbólicos contribuyen a la formación del yo; c) Los conceptos de imaginación e irrealidad que entroncan con el mundo de los sentimientos. La historia de la enfermedad mental es esencial para conocer la propia historia del ser humano, de sus dichas y dolores.

Palabras clave: Enfermedad mental, imaginación, lenguaje, locura, psicoanálisis. psiquiatría, realidad, símbolo, Sistema.

Referencias

1. Adler A. El carácter neurótico. Barcelona, Planeta-De Agostini (Wiesbaden, 1912). 1984.
2. Brann E T H. The World of the Imagination. Sum and Substance. Rowman and Littlefield, Lanham. 1991.
3. Burton R. Anatomía de la melancolía, I-II-III, Asociación Española de Neuropsiquiatría (Oxford, 1624). 1997.
4. Caillois R, Von Grunebaum G E (dirs.). La rêve et les sociétés humaines, Paris, Gallimard. 1967.
5. Casey E S. Remembering. A Phenomenological Study, Bloomington, Indiana University Press. 1987.
6. Casey E S. Imagining. A Phenomenological Study, Bloomington, Indiana University Press. 2000.
7. Castilla del Pino C. El delirio, un error necesario, Barcelona, Círculo de Lectores. 1998.
8. Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos, Barcelona, Tusquets Editores. 2000.
9. Ciani M G. Psicosi e creatività nella scienza antica, Venezia, Marsilio Editore. 1983.
10. Collier A R D. Laing: filosofía y política de la psicoterapia, 1981, México, FCE (New York, 1977).
11. Collingwood R G. An Essay on Metaphysics, Chicago, A Gateway Edition- Henry Regnery Company. 1972.
12. Cooper D. La gramática de la vida, Barcelona, Planeta-De Agostini (1974). 1986.
13. Crittenden C. Unreality: The Metaphysics of Fictional Objects, Ithaca, Cornell University Press. 1991.
14. Damasio A. La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia, Debate, Madrid (Nueva York, 1999). 2001.
15. Damasio A. En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos, Crítica, Barcelona (Orlando, 2003). 2005.
16. Deleuze G, Guattari F. El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia. Barcelona, Barral Editores (París, 1972).
17. Devereux G. Ensayos de etnopsiquiatría general. Barcelona. Barral editores (París, 1970). 1973.
18. Diel P. El miedo y la angustia, FCE (París, 1956). 1966.
19. Durand G. La imaginación simbólica, Buenos Aires, Amorrotu editores. 1971.
20. Rem B E. Pleasures and Pains. A Theory of Qualitative Hedonism, Ithaca, Cornell University Press. 1979.
21. Foucault M. Enfermedad mental y personalidad, Paidós, Buenos Aires (París, 1961). 1964.
22. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica, FCE, México (París, 1964). 1976.
23. Freud S. Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva. 1981.

24. Garrabé J. La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia, México, FCE (París, 1992). 1996.
25. Gellner E. The Psychoanalytic Movement. The Cunning of Unreason, Northwestern University Press, Evanston. 1993.
26. Gellner E. Lenguaje y soledad, Síntesis, Madrid (Cambridge, 1998). 2002.
27. Goffman E. The Presentation of Self in everyday life, Harmondsworth, Penguin Press. 1971.
28. Hacking I. Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory, Princeton, Princeton University Press. 1995.
29. Hisashige T. Phénoménologie de la conscience de culpabilité. Essai de Pathologie éthique, Tokyo, Les Presses de l'Université Senshu. 1983.
30. Hofstadter D, Gödel R, Bach E. Un eterno y grácil bucle, Tusquets, Barcelona (Nueva York, 1979). 1987.
31. James W. Principios de psicología, México, FCE. (New York, 1950). 1989.
32. Jaspers K. Psicopatología general, México, FCE (Berlín, 1913). 1993.
33. Jung C G. Símbolos de transformación, Barcelona, Paidós Ibérica (Olten, 1973). 1982.
34. Kierkegaard S. Tratado de la desesperación, Buenos Aires, Leviatán (1941). 2004.
35. MacIntyre A C. The Unconscious. A Conceptual Analysis, Londres, Routledge and Kegan Paul. 1958.
36. Herbert M G. Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist, University of Chicago Press, Chicago. 1934.
37. Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos, México, FCE (París, 1927). 2000.
38. Nussbaum M. Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions, Cambridge University Press, Cambridge. 2001.
39. Obler L K, Gjerlow K. El lenguaje y el cerebro, Cambridge University Press, Madrid (Cambridge, 2000). 2001.
40. Ogden C K, Richards I A. The Meaning of Meaning. A Study of the Influence of Language upon Thought and of the Science of Symbolism, Londres, Routledge and Kegan Paul. 1946.
41. Panksepp Jaak. Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions, Oxford, Oxford University Press. 1988.
42. Piaget J. La formación del símbolo en el niño, México, FCE, 1961 (Neuchatel, 1959).
43. Poliakov L. Historia del Antisemitismo, I-II-III-IV-V, Muchnik, Barcelona (London, 1974-1985). 1984-86.
44. Porter Roy. Breve historia de la locura, Madrid y México, Turner-FCE (Oxford, 2002). 2003.
45. Ratey J J. El cerebro. Manual de instrucciones, Mondadori, Barcelona (Londres, 2001). 2002.
46. Reich W. La revolución sexual, Barcelona, Planeta-De Agostini (Nueva York, 1969). 1985.
47. Rosen G. Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental, Madrid, Alianza (Nueva York, 1968). 1974.
48. Santner E L. My Own Private Germany. Daniel Paul Schreber's Secret History of Modernity. Princeton, Princeton University Press. 1996.
49. Schutz A. The Phenomenology of the Social World, Evanston, Northwestern University Press (Viena, 1932). 1967.
50. Sharfstein B-A. Los filósofos y sus vidas, Cátedra, Madrid (Oxford, 1980). 1966.
51. Sèchehay M A. La realización simbólica y diario de una esquizofrénica, México, FCE (París, 1959). 19792.
52. Bennett S. Mind and Madness in Ancient Greece. The Classical Roots of Modern Psychiatry, Ithaca, Cornell University Press. 1978.
53. Solomon A. The Noonday Demon. An Anatomy of Depression, Vintage, London. 2001.
54. Sommer V. Elogio de la mentira. Engaño y autoengaño en hombres y otros animales, Barcelona, Galaxia Gutemberg-Círculo de Lectores (Munich, 1992). 1995.
55. Sperber D. Le symbolisme en général, París, Hermann. 1974.
56. Szaluta J. Psychohistory. Theory and Practice, Nueva York, Peter Lang Publishing. 2001.
57. Szasz T. El mito de la enfermedad mental, Barcelona, Círculo de Lectores (Nueva York, 1961). 1999.
58. Tubert S. Malestar en la palabra. El pensamiento crítico de Freud y la Viena de su tiempo, Biblioteca Nueva, Madrid. 1999.
59. Vaihinger H. The Philosophy of "As If". A System of the Theoretical, Practical and Religious Fictions

- of Mankind, Londres, Routledge and Kegan Paul (1911). 1924.
60. Veith I. Hysteria. The History of a Disease, Chicago y Londres, Phenix Books- The University of Chicago Press. 1970.
61. Von Hartmann E. Philosophy of the Unconscious. Speculative results according to the Inductive Method of Physical Science, Londres, Routledge and Kegan Paul (1882). 1931
62. Warnock M. La imaginación, México, FCE (Londres, 1976). 1981.
63. Weinstein F. Freud, Psychoanalysis and Social Theory. The Unfulfilled Promise, Albany, State University of New York Press. 2001.
64. Zubiri X. El hombre: lo real y lo irreal, Madrid, Alianza Editorial-Fundación Xabier Zubiri. 2005.

Correspondencia:
José Carlos Bermejo B.
E-mail: humanizar@humanizar.es