



CES Psicología
E-ISSN: 2011-3080
revistapsicologia@ces.edu.co
Universidad CES
Colombia

Báez, Jairo
¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LOS APORTES DEL PSICOANÁLISIS A LA
INTERVENCIÓN EN EL PROBLEMA DE LA LOCURA?
CES Psicología, vol. 1, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 41-48
Universidad CES
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423540422004>

- 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

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LOS APORTES DEL PSICOANÁLISIS A LA INTERVENCIÓN EN EL PROBLEMA DE LA LOCURA?*

Jairo Báez

Psicólogo, Candidato a Magíster en Psicoanálisis. Docente de la Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá. Investigador del grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis.

Correspondencia: jairbaez@gmail.com

*Gran parte de este trabajo fue presentado por el autor en modalidad de Simposio en el 13er Congreso Colombiano de Psicología. Mayo 2008

RESUMEN

El problema de la locura siempre ha rondado y cuestionado el estatus de la psicología; le ha preguntado sobre su autenticidad y capacidad de respuesta hacia ella. En su corta historia, la psicología le ha respondido, —sin que se tenga certeza—, si de la forma adecuada y esperada ante la expectativa del loco. En esta ocasión se reflexiona sobre la posibilidad que tendría la psicología, desde el psicoanálisis, para responder a la intervención en la locura, en momentos actuales donde la globalización, las reglas del mercado neoliberal y la terapia centrada en la evidencia, además de los avances en la bio-médica molecular, son los principales referentes para la valorización de las acciones hacia la salud mental. Hay toda una posibilidad de repensar el trato con el loco desde el psicoanálisis en extensión, pero ésta pasa por cuestionar hitos arraigados en la psicología y otros más que refieren a los criterios de concepción, gestión e impacto en torno a la salud y el sujeto.

Palabras clave: Locura, Psicosis, Psicoanálisis, Psicología, Tratamiento, Cura.

ABSTRACT

The problem of madness has always hovered and questioned about the status of Psychology, it has inquired about its authenticity and ability to respond to it. In its short history, psychology has responded, "without any certainty, whether in the right and expected way before the madman's expectation. On this occasion, it is reflected on the

possibility of Psychology, from psychoanalysis, to respond to intervention in the madness, in present times where globalization, neoliberal market rules and therapy centered on evidence, and also the advances in the bio-medical molecular, are the main reference points for the appreciation of the actions toward mental health. There is a chance to rethink the deal with the madman from Psychoanalysis in extension, but it is through questioning milestones rooted in psychology and others that relate to the conception criteria, management and impact around the health and the subject.

Key words: Madness, Psychosis, Psychoanalysis, Psychology, Treatment, Cure.

La pregunta que nos convoca remite a un concepto olvidado, la locura, que no es lo mismo que la psicosis; pero, que las hacen idénticas ciertos nexos y que con el tiempo parecen desdibujarse tanto la una como la otra. La locura remite al momento aquel en que se decidió, mediante un acto de bondad y vergüenza, llevar a un lugar, apartado y ausente de la mirada, al diferente. Allí convergió el harapiento, el apestoso, el leproso, el maniaco, el limosnero, el gañán, y todo aquel que mostraba su diferencia al común de los hombres en sociedad. El sitio, el lugar, más que un espacio para curar fue un lugar para esconder; incluso para poner a la deriva el mal, el pecado, con el cual no se podía transar. Foucault (1999) siempre ha estado ahí para decirnos mucho de los comienzos de la clínica y para enrostrarnos salidas tales como el "barco de los locos".

Es cierto que ha pasado mucho tiempo desde ese entonces y nuevos linderos han surgido, gracias a la bondad que aparece ante el encuentro con el diferente. De ello da cuenta el sacar del grueso de la locura a muchos, pero no a todos, y dejar sólo a los que se caracterizaban por el comportamiento maniaco; de ahí el atractivo nombre para una de las primeras instituciones clínicas: manicomio. Surge entonces la psicosis con sus tres modalidades básicas; para posteriormente terminar relegada a trastornos fácilmente ubicados en los manuales de diagnóstico. Hoy día no hay locura ni hay psicosis, hay trastornos clínicos y de la personalidad (APA, 1995). La discusión llegó a feliz término, ya no hay nada que discutir, todo está claro, solo resta intervenir.

No obstante, si se hace caso omiso de la buena nueva y se intenta al menos rescatar la pregunta por la locura y con ella arrastrar la pregunta por la psicosis en la actualidad, podríamos llegar a la lacónica conclusión de que la pregunta nunca ha sido plenamente contestada sino tal vez obturada; obturada en el sentido de colocar un tapón o una barrera que amengüe nuestra angustia ante algo que nunca ha desaparecido; a pesar de tanta alharaca tecnológica, centrada en la solución del problema por las vías de la sustancia que entra al soma y cambia un comportamiento metabólico o por la manipulación de las sub-partículas orgánicas a las que la biología ha denominado ADN.

Con el post-modernismo la hegemonía, esa que fue bastión para mantener criterios de verdad y normalidad, ha quedado en vilo, ha sido seriamente cuestionada; dando paso a la diversidad y puesta en consideración de cualquier concertación que venga a obturar preguntas que versen sobre lo que es un ser humano sano y/o normal. El advenimiento de una nueva concepción epistemológica toca las puertas del mismo lugar de la psicología, que amparada en criterios dados por la vertiente hegemónica, no tenía mayor reparo en seguir sus lineamientos y montar una clínica basada en la media estadística y la desviación estándar del comportamiento observado. Los intentos del DSM IV por moderar el diagnóstico teniendo presente la vicisitud cultural, no son suficientes para deshacernos de la responsabilidad que como psicólogos tenemos cuando nos asumimos clínicos.

Hoy son pequeños coqueteos los que se hacen a la apertura epistemológica que insta el post-modernismo (Uribe, 1999; Restrepo, 2001; Secretaría de Salud de Bogotá, 2002; Ministerio de Protección Social, 2003, 2005; Alcaldía de Bogotá, 2005); las academias y las instituciones encargadas de impartir políticas de salud mental tienden a mostrarse más abiertas en su concepción de lo psíquico pero a la hora de evaluar demuestran lo cerrados que siguen siendo sus criterios de verdad. La gran victoria de Aristóteles sobre su maestro Platón sigue dando sus réditos; a la hora de evaluar la disciplina psicológica se asume un naturalismo realista; por más que se avance en la apertura, se llega a un intelectualismo fundado en la existencia real de la cosa. Toda construcción remitida a su génesis en el mundo de las ideas está descartada; el idealismo sigue siendo implícitamente catalogado de elucubradas imprecisiones especulativas; el mito de la caverna dejó de ser la verdad que apuntaba a la prevención de una exactitud que se instaure en la sensualidad, para pasar a ser una buena lectura que remite a la prehistoria de la ciencia y de la verdad con ella. Igual, cuando se superó el lastre del empirismo a ultranza, el empirismo lógico decidió que Hegel era la salvación, que la cosa en sí era incuestionable y que el proyecto a seguir versaría sobre el logro de la cosa para sí; Husserl y Heidegger siguen siendo para la psicología más bien excepciones, propias de concepciones de lo psíquico que se acercan más a la religión que a la ciencia. La construcción de la realidad a partir de las ideas sigue proscrita del ámbito académico de la psicología. Sin embargo, aún se escucha el clamor de Husserl (1995) cuando pregunta a los psicólogos por el momento en que decidieron dejar abandonado su objeto de estudio para dedicarse a estudiar otra cosa. La apertura en psicología no pasa de ser una cinta de Moebius que pronto muestra su mundo de encerramiento cuando se le interroga por la amplitud de criterios en las prácticas y concepción de lo humano.

Si el post-modernismo pone en vilo a la vieja hegemonía academicista, no por ello desaparece el eje único que module el proceder humano; un nuevo rector de la academia surge en el concierto actual, y paradójicamente revalida la que se suponía superada. Es el neoliberalismo, con su cortejo de que las relaciones del libre comercio estabilizarán las relaciones humanas, quien ahora promueve los derroteros a seguir en el abordaje de lo psíquico (Confírmese Posada y otros, 1997). Competencia es la nueva hegemonía. Ser competente implica reducir costos y aumentar las utilidades; ser competente implica vender más. Siguiendo esta lógica, ser competente significa disminuir tiempos y mostrar cambios observables, repetibles y contrastables. Para ser competente no importa que el cambio sea efímero o alucinado, lo importante es que el cambio sea mediato, demostrable en el menor tiempo posible. Por eso la psicología de hoy busca reducir el tiempo de un tratamiento y mostrar los cambios a partir de meticulosos protocolos diseñados para exponer las competencias de uno y del otro, del psicólogo y su cliente. Si el cliente recae en comportamientos superados, de nuevo podrá acceder a la competencia de la psicología.

En esta lógica del mercado y la competencia se amaña una paradoja, de las muchas que pululan diariamente. Se llama a la autoridad de la objetividad y se descarta la subjetividad; lo contradictorio está en que la objetividad ya no remite al abarcamiento del objeto, a lo mandado por Hegel (1986), sino a la concertación

de subjetividades o aceptación de que la subjetividad de uno debe ser la objetividad de todos. En esta apuesta objetiva se olvida que Comte (1995) invitaba a concertar criterios de verdad y que nunca señaló que lo que estaba proponiendo en su manifiesto era la verdad encontrada. La contradicción remite igualmente a que es la subjetividad la que sigue, bajo su falso ropaje de la objetividad, determinando los criterios académicos de la psicología; a la hora de evaluar la competencia, el criterio subjetivo del sujeto intervenido es lo que menos interesa; lo que prima es la subjetividad del interventor. Más vale el reporte de uno o dos testigos que la subjetividad que se tenga de sí se es o no se es competente. Mas vale el reporte desde el exterior que el reporte desde el interior.

Obedeciendo el criterio del libre mercado, la psicología en el mundo post-moderno debería responder sobre la competencia del psicólogo en concordancia con la posibilidad que tiene ante otros competentes profesionales competidores. En el caso de la psicología clínica, ¿si la idea es hacer una psicología competente será suficiente con seguir siendo una disciplina que se asuma paramédica, que sirva de colaboradora para que otra disciplina sea la que tome las decisiones? Explícitamente, ¿se podría pensar si acaso el psicólogo clínico competente será aquel que deba asumir el papel de paramédico, que aplique pruebas y remita sus resultados al psiquiatra para que él tome las decisiones que afectarán al paciente y a él mismo, cuando se le ordene diseñar actividades que el psiquiatra considera acordes con sus criterios de salud mental?

En este ambiente post-moderno y de necesidad de competencia de la psicología, surge la reflexión sobre la posibilidad que pueda brindar el psicoanálisis en la intervención de la psicosis. La reflexión descarta el psicoanálisis como disciplina pura pero avala lo que se conoce a su interior como el psicoanálisis en extensión; esto es, la aplicación de los postulados psicoanalíticos a la clínica psicológica, a los problemas de la salud humana que supuestamente se solucionan desde la psicología. Específicamente, la preocupación de esta reflexión señala la intervención con el psicótico que, de entrada, el psicoanálisis considera existe como sujeto y no simplemente como un mero trastorno.

La propuesta de un psicoanálisis en extensión, al servicio de la salud mental, funda su emergencia en la existencia de un sujeto que no se puede reducir a portador de unos trastornos, sino como una totalidad psíquica que trasciende en su mismidad y a la relación con el otro. Para el caso de la psicosis, se parte del sustento que existe un sujeto psicótico no obstante las arbitrariedades y particularidades que se observan en su propia subjetividad. Siendo sujeto merece el trato como tal, y por tanto, desprenderlo de esa posición de objeto de deseo del otro en el que generalmente es ubicado. Hay tres posiciones que señalan un norte en la aplicación del psicoanálisis en las psicosis y, con cada una de ellas, un distinto proceder del terapeuta (Báez, 2007); una que asume la psicosis como producto de una posición ideológica, que cercena cualquier subversión a lo instituido por una sociedad; otra que asume un estado de subdesarrollo evolutivo del sujeto; y una más, la que asume una estructura particular del sujeto psicótico. Ninguna de las tres descartan la posibilidad de tratamiento, que no es lo mismo que decir cura; la posición ideológica velará por la inclusión de la diversidad que

muestra el psicótico en la hegemonía de la sociedad y la cultura imperante; la posición evolutiva abogará por llevar al psicótico al fin último de su desarrollo hasta llevarlo a la normalidad; y la posición estructural buscará la creación de un lazo social entre el "normal" y el psicótico, además de intentar responsabilidad del último sobre su propio goce. Se señala que el tratamiento no necesariamente implica cura y con las tres perspectivas, aquí expuestas, es bastante claro; una terapéutica desde la ideología no cura al psicótico por que nunca se le ha declarado enfermo; desde la perspectiva estructural se descarta la cura pues la estructura psicótica no cambiaría con el tratamiento; no habría posibilidad de hacer de un psicótico un neurótico o un perverso; posiblemente sea la perspectiva evolutiva la que más se acerque a noción de cura que se tiene formalizada en la clínica psicológica, pues se espera que el tratamiento promueva el tránsito del psicótico desde el punto de fijación, pasando por las diferentes etapas del desarrollo, hasta llevarlo al punto final que lo haría normal, que lo sanaría de su diferencia manifiesta.

Ante este panorama algunas inquietudes surgirán a la propuesta de colocar al psicótico en el estado de sujeto; se llamará de nuevo a la ubicación, esta vez, del psicólogo sobre su lugar y compromiso con la sociedad, la familia y su cliente directo. Se cuestionará por la complacencia con el delirio, con la molestia social que pueda causar el psicótico y por la seguridad de su integridad física y mental, además de la de los otros. Si es esta la primera queja ante la emergencia de un sujeto psicótico con derechos y deberes, el psicoanálisis en extensión deberá recordar que no todos los psicóticos deliran; que incluso, puede que deliren pero que guardan celosamente su delirio para que nadie se entere de su existencia, pudiendo así pasar por ciudadanos normales. Ante la auto-seguridad del perturbado y protección de las personas que lo circundan, sin que sea motivo para no preverlo, se puede informar que los psicóticos causan menos daño que muchos de los que son diagnosticados como normales. Con la psicosis, poco a poco se va dilucidando, que el problema no es tanto con aquellos que muestran su espectáculo sino con todos aquellos que desde la invisibilidad afectan una sociedad y se afectan en silencio; seguir propendiendo por el llamado a la clínica de la psicosis solamente por intermedio de un tercero en contienda, es olvidar que el psicótico aún y en su camuflaje de normal pide ayuda, que la gran mayoría de las veces no se le presta.

Diferenciar una psicosis de aquello que no lo es, es muy común solamente a partir de un evento lesivo (Urresta et al., 2004). La amplitud con la que se aceptan, en la actualidad, otras lógicas del pensar, sentir y actuar hacen que, solamente, cuando aparece un acto que pone en peligro al protagonista o a otras personas se promueva un diagnóstico de psicosis; esto es, mucha fenomenología que cumpliría con los requisitos propios para poder diagnosticar o intuir una psicosis, en una o más personas, es desvalorizada en la medida que no le hace daño a nadie. La introspección implica la división entre el conocimiento de sí mismo y el conocimiento del mundo externo. Se asume que el deterioro del autoconocimiento es distinto del deterioro del mundo externo (Navarro et al, 2006). El deterioro de la introspección tiene repercusión en el pronóstico de un estado psicótico.

Pero, el psicótico, en tanto es enclavado en una subjetividad, tiene tanto

derecho a ser escuchado como cualquier otro sujeto (Lacan, 1992, 1995). Y en tanto se le brinda la posibilidad de ser, está en perspectiva la obligación de responder al lugar que se le brinda; no se está afirmando desde el psicoanálisis en extensión que el psicótico responderá de la noche a la mañana a las expectativas del establecimiento y el deseo del Otro, pero sí supone un programa que tiene en consideración esa posibilidad y en el que la palabra promueva la subjetividad. Esto habla de otras formas de pensar la competencia del psicólogo y la competencia de un sujeto cualquiera, el psicótico en este caso; si ha de ser por el mucho tiempo que deben pasar en interacción cliente y terapeuta, no habría lugar a calificar al uno y al otro como competentes con los raseros de los resultados a corto plazo. Pero, si se sopesa que el psicótico es quien menos tiempo pasa interactuando con el otro, y que eso ya es parte de su problema, cualquier minuto de más que pasé el psicótico haciendo lazo social, es motivo para pensar la competencia del terapeuta y del psicótico. Desde esta óptica, fórmulas mágicas del estilo psicoterapia breve, no son lo más indicado para el psicótico en un psicoanálisis en extensión.

Seguidamente se podría señalar el grado de dependencia que crearía el psicótico con el terapeuta. Sin ser lo ideal, y a ello no apunta la intervención con psicóticos, pues el objetivo es la creación y el incremento del lazo social no con el otro sino con el Otro, se asume preferible una relación social que la inexistencia de la misma ¿Cuántos pacientes descubren después de mucho trasegar por el mundo que su única razón de existir es asistir a su terapia? Puede sonar desconsolador pero cada vez es más común escuchar cosas así cuando la soledad, producto de una sociedad de consumo, obliga al sujeto a aislarse y abandonar las relaciones interpersonales. Si la competencia se mide a partir del vínculo social es posible que muchas de las críticas que se le hacen comúnmente al psicoanálisis queden sin sustento. Los psicóticos no están muy alejados de muchos de los normales que lo tienen todo, excepto alguien que los escuche y les hable, que los tengan presentes como sujetos a la palabra.

El psicoanálisis siempre, o al menos hasta ahora, muestra que tendrá su lugar; éste se da en la medida en que las demás disciplinas, que pretenden dar respuestas de solución al problema del psiquismo humano, se quedan cortas y muestran su incapacidad resolutoria. Se podría incluso incitar a los afectados en lo psicológico a que acudan a cada una de esas disciplinas en busca de solución, con la seguridad que no faltarán quienes recurran a un dispositivo analítico después de haber agotado el tránsito por cada una de ellas. El psicoanálisis no se debe asumir como la panacea a los problemas del psiquismo humano sino como respuesta a los problemas no resueltos del mismo. Como bien lo plantea González (2002), el psicoanálisis tiene una función que no puede reemplazarse ni sustituirse.

El psicoanálisis comparte la preocupación por la atención a la salud mental que está centrada exclusivamente en la farmacología y la suspensión de la psicoterapia (González, 2002), propias de la aplicación de sistemas de alta gerencia productiva, que equipara el bien mental con la producción de artículos de consumo en serie.

REFERENCIAS

- Alcaldía de Bogotá, Secretaria de Salud, Dirección de Salud Pública. *Política Distrital de Salud Pública*. Noviembre de 2005.
- APA. (1995). *DSM- IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. New York: Masson
- Báez, J. (2007). *Escritos psicodinámicos*. Bogotá: Psigrupos.
- Comte, A. (1995). *Discurso sobre el espíritu positivo*. Barcelona: Altaya.
- Foucault, M. (1999). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI
- González V., M. *Psicoanálisis y ciencias afines: sincronización o simple interacción*. En Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXI / No. 1 / 2002. pp. 49-56
- Hegel, G. F. (1986). *Fenomenología del espíritu*. Madrid: Alhambra.
- Husserl, E. (Trad. Hoyos, G.) (1993). *La psicología en la crisis de la ciencia europea. Conferencia de Praga*. 1935. Boston/Londres: Reinhold Smid
- Lacan, J. (1992). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1995). *Las psicosis. Seminario 3*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Ministerio de Protección Social. *Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM)*. (2003). Ministerio de Protección Social. Bogotá.
- Ministerio de Protección Social. *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. (2005). Ministerio de Protección Social. Bogotá.
- Navarro F., Cardeño C., Cano J., Gómez J., Jiménez K., Palacio C., García J. *Introspección en pacientes con psicosis*. En Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXV / No. 1 / 2006. pp. 61-70
- Posada, J. A.; Borda, J. E.; Oviedo, D. C.; Oviedo, E. E. *Utilidad de un nuevo instrumento para la evaluación de la calidad de la atención en salud mental*. En Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXVI / No. 3 / 1997. pp. 171-184