

Enfermedad mental y personalidad

Paidós Studio

Últimos títulos publicados:

111. M. Douglas - *La aceptabilidad del riesgo en las ciencias sociales*
112. H.-G. Gadamer - *El inicio de la filosofía occidental*
113. E. W. Said - *Representaciones del intelectual*
114. E. A. Havelock - *La musa aprende a escribir*
115. C. F. Heredero y A. Santamarina - *El cine negro*
116. B. Waldenfels - *De Husserl a Derrida*
117. H. Putnam - *La herencia del pragmatismo*
118. T. Maldonado - *¿Qué es un intelectual?*
119. E. Roudinesco y otros - *Pensar la locura*
120. G. Marramao - *Cielo y Tierra*
121. G. Vattimo - *Crear que se cree*
122. J. Derrida - *Aporías*
123. N. Luhmann - *Observaciones de la modernidad*
124. À. Quintana - *El cine italiano, 1942-1961*
125. P. L. Berger y T. Luckmann - *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido*
126. H.-G. Gadamer - *Mito y razón*
127. H.-G. Gadamer - *Arte y verdad de la palabra*
128. F. J. Bruno - *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*
129. M. Maffesoli - *Elogio de la razón sensible*
130. C. Jamme - *Introducción a la filosofía del mito*
131. R. Espósito - *El origen de la política*
132. E. Riambau - *El cine francés, 1958-1998*
133. R. Aron - *Introducción a la filosofía política*
134. A. Elena - *Los cines periféricos*
135. T. Eagleton - *La función de la crítica*
136. A. Kenny - *La metafísica de la mente*
137. A. Viola (comp.) - *Antropología del desarrollo*
138. C. Cavell - *La mente psicoanalítica*
139. P. Barker (comp.) - *Vivir como iguales*
140. S. Shapin - *La revolución científica*
141. J. Searle - *El misterio de la conciencia*
142. R. Molina y D. Ranz - *La idea del cosmos*
143. U. Beck - *La democracia y sus enemigos*
144. R. Freixas y J. Bassa - *El sexo en el cine y el cine de sexo*
145. M. Horkheimer - *Autoridad y familia y otros escritos*
146. A. Beltrán - *Ciencia y religión*
147. H.-G. Gadamer - *El inicio de la sabiduría*
148. R. A. Spitz - *No y sí*
149. J. Gómez y R. Flecha - *Teoría sociológica contemporánea*
150. G. Baumann - *El enigma multicultural*
151. E. Morin - *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*
152. O. Marquard, *Filosofía de la compensación*
153. C. Geertz - *Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos*
154. Z. Bauman - *La cultura como praxis*
155. M. Canto-Sperber - *La inquietud moral y la vida humana*

Michel Foucault

**Enfermedad mental
y personalidad**

Titulo original: *Maladie mentale et personnalité*

Publicado en francés por Presses Universitaires de France, París

Traducción de Emma Kestelboim

Cubierta de Mario Eskenazi y Pablo Martín

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier método o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© by Presses Universitaires de France, París
© 1984 de todas las ediciones en castellano,
Ediciones Paidós Ibérica, S. A.,
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona
y Editorial Paidós, SAICF,
Defensa, 599 - Buenos Aires
<http://www.paidos.com>

ISBN: 84-7509-306-X

Depósito legal: B-19.416/2002

Impreso en Edim, S.C.C.L.,
Badajoz, 145 - 08018 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

INDICE

Introducción, 9

- I. Medicina mental y medicina orgánica, 11
 - La abstracción, 20
 - Lo normal y lo patológico, 21
 - El enfermo y el medio, 23

Primera parte

LAS DIMENSIONES PSICOLOGICAS DE LA ENFERMEDAD

- II. La enfermedad y la evolución, 29
- III. La enfermedad y la historia individual, 46
- IV. La enfermedad y la existencia, 63

Segunda parte

LAS CONDICIONES DE LA ENFERMEDAD

Introducción, 83

- V. El sentido histórico de la alienación mental, 88
- VI. La psicología del conflicto, 103
 - Los núcleos patológicos, 106
 - La inercia patológica, 107
 - Los fenómenos paradójales, 108
 - Las reacciones de defensa, 111

Conclusión, 115

Alienación histórica y

alienación psicológica, 115

Lo normal y lo patológico, 117

Lo orgánico y lo psicológico, 118

La terapéutica, 120

Algunos datos de la historia de la psiquiatría, 123

INTRODUCCION

La patología mental se plantea dos problemas: ¿en qué condiciones podemos hablar de enfermedad en el campo psicológico? ¿Qué relaciones podemos establecer entre los hechos de la patología mental y los de la patología orgánica? Todas las psicopatologías se atienen a estos dos problemas: las psicologías de la heterogeneidad se niegan como Blondel, a entender en términos de psicología normal las estructuras de la conciencia mórbida; y por el contrario, las psicologías analíticas o fenomenológicas tratan de comprender la inteligibilidad de toda conducta, hasta de la demente, en sus significaciones previas a la distinción de lo normal y lo patológico. En el gran debate de la psicogénesis y de la organogénesis se produce una división análoga: ¿búsqueda de la etiología orgánica después del descubrimiento de la parálisis general, con su etiología sifilítica? ¿o análisis de la causalidad psicológica a partir de perturbaciones sin fundamento orgánico, definidas a fines del siglo XIX como síndrome histérico?

Estos problemas tantas veces encarados, en la actualidad fastidian, y no es útil hacer resurgir los debates que han provocado. Pero podemos preguntarnos si acaso la dificultad proviene del hecho de que damos el mismo sentido a las nociones de enfermedad, sín-

toma y etiología en patología mental y en patología orgánica. Si definir la enfermedad y la salud psicológicas resulta tan difícil, ¿no será porque nos esforzamos en vano en aplicarles masivamente los conceptos destinados a la medicina somática? La dificultad de encontrar la unidad de las perturbaciones orgánicas y de las alteraciones de la personalidad, ¿no provendrá de que les atribuimos una causalidad del mismo tipo? Por encima de la patología mental y de la patología orgánica hay una patología general y abstracta que domina a las dos y les impone como elementos previos los mismos conceptos, y les indica los mismos métodos como postulados. Queremos demostrar que la raíz de la patología mental no debe estar en una especulación sobre cierta "metapatología", sino sólo en una reflexión sobre el hombre mismo.

De todos modos, es necesario un rápido balance para recordar cómo se han constituido todas las psicopatologías tradicionales o recientes, y para demostrar cuáles son los postulados de los que debe liberarse la medicina mental para llegar a ser rigurosamente científica.

CAPITULO I

MEDICINA MENTAL Y MEDICINA ORGANICA

La patología general de la cual acabamos de hablar se ha desarrollado en dos etapas principales.

La medicina mental, del mismo modo que la medicina orgánica, ha intentado primeramente descifrar la esencia de la enfermedad logrando un agrupamiento coherente de los signos que la hacen evidente. Se creó una *sintomatología* en la que se destacan las correlaciones constantes, o solamente frecuentes, entre tal tipo de enfermedad y tal manifestación mórbida: la alucinación auditiva, síntoma de tal estructura delirante; la confusión mental, signo de tal forma demencial. Creó también una *nosografía* en la que son analizadas las formas mismas de la enfermedad; describe las fases de su evolución y las variantes que se pueden presentar: tendremos enfermedades agudas o crónicas, describiremos las manifestaciones episódicas, las alternancias de los síntomas y su evolución en el curso de la enfermedad.

Puede resultar de utilidad esquematizar estas descripciones clásicas no sólo a título de ejemplo, sino para fijar el sentido originario de términos clásicamente empleados. Tomaremos de los trabajos del comienzo de este siglo algunas descripciones cuyo arcaísmo no debe hacernos olvidar que han sido puntos de partida.

Dupré definía la *histeria* de este modo: "Estado en el cual el poder de la imaginación y de la sugestibilidad, unido a una especial sinergia del cuerpo y del espíritu que he denominado psicoplasticidad, lleva a la simulación más o menos voluntaria de síndromes patológicos, a la organización mitoplástica de perturbaciones funcionales imposibles de distinguir de las de los simuladores" ¹. Esta definición clásica designa, por lo tanto, como los mayores síntomas de la histeria, la sugestibilidad y la aparición de perturbaciones tales como la parálisis, la anestesia, la anorexia, que en este caso no tienen fundamento funcional sino un origen exclusivamente psicológico.

La *psicastenia* fue caracterizada en los trabajos de Janet como el agotamiento nervioso con estigmas orgánicos (astenia muscular, perturbaciones gastrointestinales, cefaleas); una astenia mental (fatigabilidad, impotencia ante el esfuerzo, angustia ante el obstáculo, difícil inserción en la realidad y el presente: es lo que Janet llamaba "pérdida de la función de lo real"); y finalmente perturbaciones de la emotividad (tristeza, inquietud; ansiedad paroxística).

Las *obsesiones*: "sobre un estado mental habitual de indecisión, de duda y de inquietud, aparecen en forma de accesos paroxísticos intermitentes distintas obsesiones-impulsos" ². La *fobia*, caracterizada por crisis de angustia paroxística frente a determinados objetos (en la agorafobia en los espacios vacíos), se distingue de la *neurosis obsesiva* en la que son notorias, sobre todo,

1 Dupré, *La constitution émotive* (1911).

2 Delmas, *La pratique psychiatrique* (1929).

las defensas que el enfermo erige contra su angustia (precauciones rituales, gestos propiciatorios).

Manía y depresión: Magnan denominó "*locura intermitente*" a esta forma patológica en la cual alternan en intervalos más o menos largos dos síndromes opuestos: el síndrome maníaco y el depresivo. El primero comporta la agitación motora, un humor eufórico o colérico, una exaltación psíquica caracterizada por la verbosidad, la rapidez de las asociaciones y la fuga de las ideas. La depresión, por el contrario, se presenta como una inercia motriz sobre un humor triste y un retardo psíquico. La manía y la depresión se presentan a veces aisladas, pero más frecuentemente están ligadas por un sistema de alternancias regular o irregular del que Gilbert-Ballet señaló diferentes perfiles³.

La **paranoia**: sobre una base de exaltación apasionada (orgullo, celos) y de hiperactividad psicológica se desarrolla un delirio sistematizado, coherente, sin alucinaciones, que cristaliza en una unidad pseudológica de temas de grandeza, de persecución y de reivindicación.

La **psicosis alucinatoria crónica** es también una psicosis delirante; pero este delirio está mal sistematizado, a menudo es incoherente; los temas de grandeza terminan por absorber a los demás en una exaltación pueril del personaje; finalmente, está sostenido sobre todo por alucinaciones.

La **hebefrenia** o psicosis de la adolescencia se define clásicamente como una excitación intelectual y motriz (parloteo, neologismos, juegos de palabras, amaneramientos

3 G. Ballet, "La psychose périodique", *Journal de Psychologie*, 1909-1910.

to e impulsos), alucinaciones y un delirio desordenado cuyo polimorfismo se empobrece poco a poco.

La *catatonía* se reconoce por el negativismo del sujeto (mutismo, rechazo del alimento, fenómenos llamados por Kraepelin "obstáculos de la voluntad"), la sugestibilidad (pasividad muscular, conservación de las actitudes impuestas, respuestas en eco) y por las reacciones estereotipadas y los paroxismos impulsivos (descargas motoras brutales, que parecen desbordar todas las defensas creadas por la enfermedad).

Kraepelin observó que estas tres últimas formas patológicas, que intervienen muy tempranamente en el desarrollo, tienden a la demencia, es decir, a la total desorganización de la vida psicológica (el delirio se desmorona, las alucinaciones dejan su sitio a un onirismo desordenado, la personalidad se hunde en la incoherencia), y por ello las agrupó bajo la común denominación de *dementia praecox*⁴. Es la misma entidad nosográfica que Bleuler⁵ retomó ampliándola hasta ciertas formas de la paranoia, dándole al conjunto del nombre de *Schizophrenia*: de un modo general la caracteriza una perturbación de la normal coherencia de las asociaciones — como una fragmentación (Spaltung) de la corriente del pensamiento— y por una ruptura del contacto afectivo con el medio ambiente por una imposibilidad de entrar en comunicación espontánea con la vida afectiva de los demás (autismo).

Estos análisis tienen la misma estructura conceptual que los de la patología orgánica: en ambos existen los

4 Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie* (1889).

E. Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, 1911.

mismos métodos para redistribuir los síntomas en los grupos patológicos y para definir las grandes entidades mórbidas. Detrás de este método único encontramos dos postulados que conciernen (ambos) a la naturaleza de la enfermedad.

En primer lugar se postula que la enfermedad es una esencia, una entidad específica señalable por los síntomas que la evidencian, pero anterior a ellos, y en cierta medida independiente de ellos; se describe una base esquizofrénica oculta bajo síntomas obsesivos; se habla de delirios disimulados; detrás de una crisis maníaca o un episodio depresivo se supone la entidad de una locura maníaco-depresiva.

Junto a este prejuicio de esencia, y como para compensar la abstracción que implica, hay un postulado naturalista que erige la enfermedad en una especie natural; la unidad que se atribuye a cada grupo nosográfico detrás del polimorfismo de los síntomas sería como la unidad de una especie definida por sus caracteres permanentes y diversificada en subgrupos: la demencia precoz es como una especie caracterizada por las formas últimas de su evolución natural, y que puede presentar las variantes hebefrénicas, catatónicas o paranoicas.

Si ha habido, pues, paralelismo entre la patología mental y la patología orgánica no es sólo en función de cierta idea de la unidad humana y del paralelismo psicofisiológico, sino también por la presencia en ambas de esos dos postulados concernientes a la naturaleza de la enfermedad. Si definimos la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aislamos y si reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante to-

do porque consideramos la enfermedad mental u orgánica como una esencia natural manifestada en síntomas específicos. Entre estas dos formas de patología no hay, pues, unidad real, sino sólo un paralelismo abstracto logrado por intermedio de esos dos postulados. Por lo tanto, el problema de la unidad humana y de la totalidad psicósomática permanece completamente abierto.

La importancia de este problema hizo derivar la patología hacia nuevos métodos y conceptos. La noción de la totalidad orgánica y psicológica hace tabla rasa con los postulados que erigen la enfermedad en entidad específica. La enfermedad como realidad independiente tiende a borrarse, y se ha renunciado a otorgarle un papel de una especie natural respecto de los síntomas, así como tampoco el papel de cuerpo extraño respecto del organismo. Por el contrario, se da importancia a las reacciones globales del individuo; la enfermedad ya no se interpone como una realidad autónoma entre el proceso mórbido y el funcionamiento general del organismo; ya no se la concibe como un corte abstracto sobre el devenir del individuo enfermo.

En el dominio de la patología orgánica, recordemos el papel que tienen en la actualidad las regulaciones hormonales y sus perturbaciones, la importancia reconocida a los centros vegetativos, como la región del tercer ventrículo, que gobierna esas regulaciones. Leriche ha insistido sobre el carácter global de los procesos patológicos y sobre la necesidad de sustituir una patología celular por una patología tisular. Por su parte Selye, al describir las "enfermedades de la adaptación" demostró que la esencia del fenómeno patológico debía ser buscada en el conjunto de las reacciones nerviosas y vegetativas

que son como la respuesta global del organismo al ataque, al "stress" provocado por el mundo exterior.

En patología mental acordamos el mismo privilegio a la noción de totalidad psicológica; la enfermedad sería la alteración intrínseca de la personalidad, desorganización interna de sus estructuras, progresiva desviación de su devenir; sólo tiene sentido y realidad en el interior de una personalidad mórbida. Los esfuerzos se dirigieron entonces en el sentido de definir las enfermedades mentales según la amplitud de las perturbaciones de la personalidad, y se llegó a dividir las perturbaciones psíquicas en dos grandes categorías: neurosis y psicosis.

1) Las psicosis, perturbaciones de la personalidad global, implican: una alteración del pensamiento (pensamiento maníaco que huye, se evade, resbala sobre asociaciones de sonidos o juegos de palabras; pensamiento esquizofrénico, que salta, rebota por encima de los intermedios y procede a saltos o por contrastes); una alteración general de la vida afectiva y del humor (ruptura del contacto afectivo en la esquizofrenia, coloraciones emocionales masivas en la manía o la depresión); una perturbación del control de la conciencia, de la observación en perspectiva de los distintos puntos de vista, formas alteradas del sentido crítico (creencias delirantes en la paranoia: el sistema de interpretaciones se anticipa a las pruebas de su exactitud y permanece impermeable a toda discusión; indiferencia del paranoico a la singularidad de su experiencia alucinatoria que tiene para él valor de evidencia).

2) En *las neurosis*, por el contrario, es sólo un sector de la personalidad el que está enfermo: ritualismo de los obsesivos respecto de ciertos objetos, angustias provocadas por determinada situación en la neurosis fóbica. Pero el curso del pensamiento se conserva intacto en su estructura, aun en los casos en que es más lento en los psicasténicos; el contacto afectivo subsiste y puede estar aumentado hasta la susceptibilidad en los histéricos; finalmente, aunque el neurótico presenta obliteraciones de conciencia como el histérico o impulsos incoercibles como el obsesivo, conserva la lucidez crítica respecto de sus fenómenos mórbidos.

En general, se clasifican en las psicosis la paranoia y todo el grupo esquizofrénico con sus síndromes paranoides, hebefrénicos y catatónicos; y entre las neurosis, la psicastenia, la histeria, la obsesión, la neurosis de angustia y la neurosis fóbica.

La personalidad se convierte así en el elemento en el cual se desarrolla la enfermedad y el criterio que permite juzgarla; es la realidad y la medida de la enfermedad a la vez.

En esta preeminencia de la noción de totalidad se puede ver un retorno a la patología concreta y la posibilidad de determinar como un dominio único el campo de la patología mental y el de la orgánica. En efecto, ¿acaso no se refieren ambas, por vías diferentes, al mismo individuo humano en su realidad? Gracias a esta noción de la totalidad, ¿no convergen por la identidad de sus métodos y la unidad de su objeto?

La obra de Goldstein podría testimoniarlo. Estudiando en los límites de la medicina mental y de la medicina orgánica un síndrome neurológico como la afasia, recha-

za tanto las explicaciones orgánicas por una lesión local como las interpretaciones psicológicas por un déficit global de la inteligencia. Demuestra que una lesión cortical postraumática puede modificar el estilo de las respuestas del individuo a su medio; una enfermedad funcional restringe las posibilidades de adaptación del organismo y sustrae al comportamiento la posibilidad de ciertas actitudes. Cuando un afásico no puede nombrar un objeto que se le muestra pero en cambio puede pedirlo cuando lo necesita, no podríamos describirlo como una realidad en sí a causa de un déficit (supresión orgánica o psicológica); el individuo ya no es capaz de cierta actitud frente al mundo, de una perspectiva de denominación, y en lugar de acercarse al objeto para tomarlo (greifen) se coloca a distancia para mostrarlo y señalarlo (zeigen)⁶.

Estas primeras designaciones pueden ser psicológicas u orgánicas: en todo caso, la enfermedad atañe a la situación global del individuo en el mundo: en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica es una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica. En todas estas recientes formas de análisis médico podemos reconocer una significación única: cuanto más encaramos como un todo la unidad del ser humano, más se disipa la realidad de una enfermedad que sería una unidad específica, y más se impone también la descripción del individuo reaccionando a su situación de modo patológico en lugar del análisis de las formas naturales de la enfermedad.

Por la unidad que asegura, y los problemas que supri-

6 Goldstein, *Journal de Psychologie*, 1933.

me, esta noción de totalidad es adecuada para aportar a la patología un clima de euforia conceptual, del que han aprovechado quienes, de cerca o de lejos, se han inspirado en Goldstein. Pero lamentablemente la euforia y el rigor científico no transitan el mismo camino.

Nosotros queremos demostrar, por el contrario, que la patología mental exige métodos de análisis diferentes de los de la patología orgánica, y que sólo mediante un artificio del lenguaje podemos prestarle la misma significación a las "enfermedades del cuerpo" y a las "enfermedades del espíritu". Una patología unitaria que utilizara los mismos métodos y los mismos conceptos en el dominio psicológico y en el fisiológico entra actualmente en la categoría del mito, si bien la unidad del cuerpo y del espíritu está dentro de lo real.

1) *La abstracción.*—En la patología orgánica, el tema de un retorno al enfermo más allá de la enfermedad, no excluye un riguroso estudio en perspectiva que permite aislar en los fenómenos patológicos las condiciones y los efectos, los procesos masivos y las reacciones singulares. La anatomía y la fisiología proponen justamente a la medicina un análisis que autoriza las abstracciones valederas sobre la base de la totalidad orgánica. Efectivamente, la patología de Selye insiste más que cualquier otra sobre la solidaridad de cada fenómeno segmentario con la totalidad del organismo; pero no tiene como objeto hacerlos desaparecer en su individualidad ni denunciar en ellos una abstracción arbitraria, sino permitir que los fenómenos singulares se ordenen en una coherencia global. Quiere demostrar, por ejemplo, cómo lesiones intestinales análogas a las de la tifoidea se ubican en un conjunto

de perturbaciones hormonales, uno de cuyos elementos esenciales es una perturbación del funcionamiento corticosuprarrenal. La importancia que se atribuye a la noción de totalidad en patología orgánica no excluye ni la abstracción de elementos aislados, ni el análisis causal: por el contrario, permite una abstracción más valedera y la determinación de una causalidad más real.

Pues bien, la psicología no ha podido ofrecer jamás a la psiquiatría lo que la fisiología brinda a la medicina: el instrumento de análisis que al delimitar la perturbación permite encarar la relación funcional entre la enfermedad y el conjunto de la personalidad. En efecto, la coherencia de la vida psicológica parece asegurada de un modo distinto de la cohesión de un organismo; la integración de sus partes tiende a una unidad que permite que cada una de ellas sea posible, pero que se resume y se concentra en cada una: es lo que los psicólogos llaman (en su vocabulario tomado de la fenomenología) la unidad significativa de las conductas, que incluye en cada elemento —sueño, actos fallidos, gestos gratuitos, asociación libre— el estilo, el modo general, toda la anterioridad histórica y las eventuales implicaciones de una existencia. Por lo tanto la abstracción no puede hacerse del mismo modo en psicología y en fisiología; y la delimitación de una perturbación patológica exige en patología mental métodos distintos que en patología orgánica.

2) *Lo normal y lo patológico.* —La línea de separación entre los hechos patológicos y los normales se ha ido desdibujando para la medicina; o más bien podemos decir que ésta ha comprendido más claramente que los cuadros clínicos no eran una colección de hechos anormales, de

“monstruos” fisiológicos, sino que estaban constituidos en parte por los mecanismos normales y las reacciones adaptativas de un organismo que funciona según su norma. La hipercalciuria consecutiva a una fractura del fémur es una respuesta orgánica situada, como dice Leriche, “en la línea de las posibilidades tisulares”⁷: es el organismo que reacciona de un modo ordenado al ataque patológico, y para repararlo. Pero no debemos olvidar que estas consideraciones reposan sobre una planificación coherente de las posibilidades fisiológicas del organismo; y el análisis de los mecanismos normales de la enfermedad permite en realidad discernir mejor cuál es el impacto de la afección morbosa, y su posibilidad de cura gracias a las virtualidades normales del organismo: la enfermedad está inscrita en el interior de las virtualidades fisiológicas normales, y la posibilidad de curación está delineada en el interior del proceso morboso.

Por el contrario, en psiquiatría la noción de personalidad hace singularmente difícil la distinción entre lo normal y lo patológico. Bleuler, por ejemplo, había puesto como los dos polos de la patología mental, el grupo de las esquizofrenias con la ruptura del contacto con la realidad, y el grupo de las locuras maníaco-depresivas o psicosis cíclicas, con la exageración de las reacciones afectivas. Este análisis parecía definir tanto las personalidades normales como las patológicas, y dentro de este lineamiento Kretschmer construyó una caracterología bipolar: la esquizotimia y la ciclotimia, cuya acentuación patológica se presentaría como esquizofrenia y “ciclofrenia”. Pero, por lo pronto, el paso de las reacciones norma-

7 Leriche, *Philosophie de la Chirurgie*.

les a las formas mórbidas no dispensa de un análisis preciso de los procesos: sólo permite una apreciación cualitativa que autoriza todas las confusiones.

La idea de la totalidad y solidaridad orgánica permite distinguir y relacionar afección morbosa y respuesta adaptada; en cambio, en patología mental, el examen de la personalidad evita semejantes análisis.

3) *El enfermo y el medio.* —Finalmente, una tercera diferencia impide que tratemos la totalidad orgánica y la personalidad psicológica con los mismos métodos y las analicemos con los mismos conceptos. Sin duda, ninguna enfermedad puede ser separada de los métodos de diagnóstico, de los procedimientos de aislamiento, de los instrumentos terapéuticos de los que la rodea la práctica médica. Pero la noción de totalidad orgánica hace resaltar, independientemente de esas prácticas, la individualidad del sujeto enfermo; permite aislarlo en su originalidad mórbida y determinar el carácter propio de sus reacciones patológicas.

En el campo de la patología mental la realidad del enfermo no permite semejante abstracción, y cada individualidad mórbida debe ser atendida a través de las actitudes del medio a su respecto. En Francia, la tutela impuesta al alienado por la ley de 1838, su total dependencia de la decisión médica, contribuyeron sin duda a fijar, a fines del siglo pasado, el personaje histérico. Desposeído de sus derechos por el tutor y el consejo de familia, prácticamente de nuevo en un estado de minoría jurídica y moral, privado de su libertad por la omnipotencia del médico, el enfermo se convertía en el centro de todas las sugerencias sociales; y en el punto de convergencia de

estas prácticas se establecía la sugestibilidad como el síndrome mayor de la histeria. Babinski imponía a su enferma desde fuera la influencia de la sugestión y la conducía a un punto tal de alienación, que anulada, sin voz ni movimiento, estaba pronta a aceptar la eficacia de la palabra milagrosa: "Levántate y anda". Y el médico encontraba el signo de la simulación en el triunfo de su paráfrasis evangélica, puesto que la enferma, siguiendo la prescripción irónicamente profética, realmente se levantaba y realmente caminaba. Pues bien, lo que el médico denunciaba como una ilusión era en verdad un resultado de su práctica médica: esta sugestibilidad era la consecuencia de todas las sugestiones, de todas las dependencias a las que estaba sometido el enfermo. Si las observaciones actuales no ofrecen semejantes milagros, ello no invalida la realidad de los éxitos de Babinski, pero prueba que la figura del histérico tiende a desdibujarse a medida que se atenúan las prácticas de la sugestión que antaño constituían el medio ambiente del enfermo.

La dialéctica de las relaciones del individuo con su medio no se realiza del mismo modo en fisiología patológica que en psicología patológica.

Por lo tanto, no podemos admitir de lleno ni un paralelismo abstracto ni una unidad masiva entre los fenómenos de la patología mental y los de la orgánica; y es imposible transportar de una a la otra los esquemas de abstracciones, los criterios de normalidad o la definición del individuo enfermo. La patología mental debe liberarse de todos los postulados abstractos de una "metapatología"; la unidad que asegura entre las diversas formas de la enfermedad es siempre artificial; es el hombre real quien sustenta su unidad de hecho.

Es necesario, pues, dar crédito al hombre mismo y no a las abstracciones sobre la enfermedad; analizar la especificidad de la enfermedad mental, encontrar las formas concretas que puede tomar en la vida psicológica de un individuo y luego determinar las condiciones que han hecho posibles esos diversos aspectos y restituir el conjunto del sistema causal que los ha fundamentado.

Las dos partes de este libro tratan de responder a estas dos series de problemas:

- 1) las dimensiones psicológicas de la enfermedad;
- 2) las condiciones reales de la enfermedad.

Primera parte

***LAS DIMENSIONES PSICOLOGICAS
DE LA ENFERMEDAD***

CAPITULO II

LA ENFERMEDAD Y LA EVOLUCION

En presencia de un enfermo profundamente afectado, nuestra primera impresión es de un déficit global y masivo, sin ninguna compensación: la incapacidad de un sujeto que difícilmente puede ubicarse en el tiempo y en el espacio, las rupturas de continuidad que se producen sin cesar en su conducta, la imposibilidad de sobrepasar el instante en el cual quedó fijado para conectarse con el universo de los demás o para volverse hacia el pasado y el porvenir, todos estos fenómenos invitan a describir su enfermedad en términos de funciones abolidas: la conciencia del enfermo confuso está oscurecida, empequeñecida, fragmentada. Pero este vacío funcional está al mismo tiempo lleno de un torbellino de reacciones elementales que parecen exageradas, como si la desaparición de las otras conductas las hicieran más violentas: todos los automatismos de repetición están acentuados (el enfermo responde en eco a las preguntas que se le hacen; si se desencadena un gesto, entra en el mecanismo y se reitera indefinidamente), el lenguaje interior invade todo el campo de la expresión del sujeto, que prosigue a media voz un monólogo deshilvanado sin dirigirse ja-

más a otra persona; finalmente, de a ratos surgen reacciones emocionales intensas.

Por lo tanto, no debemos comprender la patología mental en el significado demasiado simple de las funciones abolidas: la enfermedad no es sólo pérdida de la conciencia, adormecimiento de tal función, obnubilación de tal facultad. La psicología del siglo XIX con sus recortes abstractos, invitaba a esta descripción puramente negativa de la enfermedad y la semiología de cada una era muy sencilla: se limitaba a describir las aptitudes anuladas, a enumerar los recuerdos olvidados en las amnesias, a detallar las síntesis que se tornan imposibles en los desdoblamientos de la personalidad. En realidad, la enfermedad borra pero subraya; anula por una parte, pero por otra exalta; la esencia de la enfermedad no reside sólo en el vacío que provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que vienen a llenarlo.

¿Qué dialéctica dará cuenta a la vez de estos hechos positivos y de los fenómenos negativos de desaparición?

Desde el primer momento podemos notar que las funciones desaparecidas y las funciones exaltadas no son del mismo nivel: lo que ha desaparecido son las coordinaciones complejas, la conciencia con sus comunicaciones intencionales, el sentido de la orientación en el tiempo y el espacio, la tensión voluntaria que controla y ordena los automatismos. Las conductas conservadas y acentuadas son a la inversa, segmentarias y simples: se trata de elementos disociados que se liberan en una forma de absoluta incoherencia. El monólogo fragmentario sustituye a la síntesis compleja del diálogo; la sintaxis a través de la cual se logra una significación está

anulada y no subsisten más que elementos verbales de los que se desprende un sentido ambiguo, polimorfo y lábil; la coherencia espacio-temporal que se adecua al aquí y ahora se ha arruinado y no subsiste más que un caos de horas sucesivos y de instantes insulares. Los fenómenos positivos de la enfermedad se oponen a lo negativo como lo simple a lo complejo.

Pero también como lo estable a lo inestable. Las síntesis espacio-temporales, las conductas intersubjetivas, la intencionalidad voluntaria, están continuamente comprometidas por fenómenos tan frecuentes como el sueño, tan difusos como la sugestión, tan habituales como el soñar. Las conductas acentuadas por la enfermedad tienen una solidez psicológica que no poseen las estructuras abolidas. El proceso patológico exagera los fenómenos más estables y sólo suprime los más lábiles.

Finalmente, las funciones patológicamente acentuadas son las más involuntarias; el enfermo ha perdido toda iniciativa, hasta el punto en que le es imposible hasta dar la respuesta inducida por una pregunta: sólo puede repetir las últimas palabras de su interlocutor; cuando logra hacer un gesto, la iniciativa es inmediatamente ahogada por un automatismo de repetición que la detiene y la aniquila. Digamos, pues, en resumen, que la enfermedad suprime las funciones complejas, inestables y voluntarias, y exalta las funciones simples estables y automáticas.

Ahora bien, esta diferencia en el nivel estructural va acompañada por una diferencia en el nivel evolutivo. La preeminencia de las reacciones automáticas, la sucesión continuamente quebrada y desordenada de las conductas, la forma explosiva de las reacciones emocionales

son características de un nivel arcaico en la evolución del individuo. Son las conductas típicas de las reacciones infantiles: ausencia de las conductas del diálogo, amplitud de los monólogos sin interlocutores, repeticiones en eco por incomprensión de la dialéctica pregunta-respuesta; pluralidad de coordenadas espacio-temporales, lo cual permite la conducta aislada en la que los espacios están fragmentados y los momentos son independientes. Todos estos fenómenos que son comunes a las estructuras patológicas y a los estadios primitivos de la evolución señalan en la enfermedad un proceso regresivo.

Si la enfermedad hace surgir con un solo movimiento signos positivos y signos negativos, si suprime y exalta a la vez, es posible que, en la medida en que volviendo a fases anteriores de la evolución hace desaparecer adquisiciones recientes, redescubra las formas de conducta normalmente sobrepasadas. La enfermedad es el proceso a lo largo del cual se deshace la trama de la evolución, suprimiendo primero y en sus formas más benignas, las estructuras más recientes, y afectando luego, en su culminación y en el punto máximo de la gravedad, los niveles más primitivos. Por lo tanto, la enfermedad no es un déficit que ataca ciegamente una facultad u otra; en su absurdo hay una lógica que es necesario comprender: es la lógica misma de la evolución normal. La enfermedad no es una esencia contra natura, es la naturaleza misma, pero en un proceso inverso; la historia natural de la enfermedad no tiene más que retomar la corriente de la historia natural del organismo sano. Pero dentro de esta lógica única, cada enfermedad conservará su perfil singular; cada entidad nosográfica encontrará su lugar, y

su contenido será definido por el punto en que se detiene el trabajo de la disociación; a las diferencias de esencia entre las enfermedades, debemos preferir el análisis según el grado de profundidad de la deterioración, y el sentido de una enfermedad podrá ser definido por el estadio en el que estabiliza el proceso de regresión.

"En toda locura, decía Jackson, existe un ataque mórbido a un número más o menos grande de centros cerebrales superiores, o lo que es lo mismo, de un nivel de evolución más elevado de la infraestructura cerebral, o lo que también es lo mismo, del substrato anatómico de la base física de la conciencia... En toda locura una gran parte de los centros cerebrales superiores está fuera de funcionamiento en forma temporaria o permanente, por algún proceso patológico" ¹. Toda la obra de Jackson tendía a dar derecho de ciudadanía al evolucionismo en neuro y en psicopatología. Desde las *Croonian Lectures* (1874), ya no es posible omitir los aspectos regresivos de la enfermedad; la evolución es, desde entonces, una de las dimensiones por las cuales se tiene acceso al hecho patológico.

Toda una parte de la obra de Freud es el comentario de las formas evolutivas de la neurosis. La historia de la libido, de su desarrollo, de su fijaciones sucesivas es como la recopilación de las posibilidades patológicas del individuo: cada tipo de neurosis es el retorno a un estadio de la evolución libidinal. Y el psicoanálisis creyó poder describir una psicología del niño al hacer una patología del adulto.

1) Los primeros objetos que el niño busca son los alimentos, y el primer instrumento de placer, la boca: fa-

1 *Facteurs de la folie*, Selected Papers, II, pág. 411.

se de erotismo oral durante la cual las frustraciones alimentarias pueden fijar los complejos del destete; fase de relación casi biológica con la madre, en la que todo abandono puede provocar los déficit fisiológicos analizados por Spitz ², o las neurosis descritas por la Sra. Guex como específicas neurosis de abandono ³. La Sra. Séchehayé llegó a analizar a una joven esquizofrénica en la cual una fijación en esos estadios muy primitivos del desarrollo había provocado, en el momento de la adolescencia, un estado de estupor hebefrénico en el que la joven vivía anulada, con la conciencia ansiosamente difusa de su cuerpo hambriento.

2) Con la dentición y el desarrollo de la musculatura, el niño organiza todo un sistema de defensa agresiva que señala los primeros momentos de su independencia. Pero es también el momento en que se imponen al niño las disciplinas —y especialmente la disciplina esfinteriana— haciéndole presente la instancia parental bajo su aspecto represivo. Se instala la ambivalencia como una dimensión natural de la afectividad: ambivalencia del alimento que sólo satisface en la medida en que se lo destruye agresivamente, mordiendo; ambivalencia del placer de la excreción tanto como de la introyección; ambivalencia de las satisfacciones de pronto permitidas y valorizadas, de pronto prohibidas y castigadas. En esta fase se produce la incorporación de los que Melanie Klein llama los "objetos buenos" y los "objetos malos"; pero la ambigüedad latente de unos y otros no se dominan aún, y la fijación a este período descrito por Freud como "estado sádico anal" cristaliza los síndromes obsesivos:

2 Spitz, *L'hospitalisme*.

3 G. Guex, *Les névroses d'abandon* (P.U.F.)

síndrome contradictorio de duda, de interrogación, de atracción impulsiva continuamente compensada por la fuerza de la prohibición, de las precauciones contra sí mismo, siempre recomenzado; dialéctica del rigor y de la complacencia, de la complicidad y del rechazo, en la que puede leerse la ambivalencia radical del objeto deseado.

3) Ligada a las primeras actividades eróticas, el afinamiento de las reacciones de equilibrio y el reconocimiento de sí mismo en el espejo, se constituye una experiencia del "propio cuerpo". La afectividad desarrolla entonces como su tema principal la afirmación o la reivindicación de la integridad corporal; el narcisismo se convierte en una estructura de la sexualidad, y el propio cuerpo un objeto sexual privilegiado. Toda ruptura en este circuito narcisístico perturba un equilibrio de por sí difícil, como lo atestigua la angustia de los niños ante las fantasías castradoras de las amenazas paternas. El síndrome histérico se precipita en este desorden ansioso de las experiencias corporales: desdoblamiento del cuerpo y constitución de un *alter ego* en el que el sujeto lee como en un espejo sus pensamientos, sus deseos y sus gestos, de los que ese demoníaco doble lo despoja de antemano; fragmentación histérica que sustrae a la experiencia global del cuerpo los elementos anestesiados o paralizados; angustia fóbica ante los objetos cuyas amenazas fantásticas apuntan, para el enfermo, a la integridad de su cuerpo (Freud analizó la fobia de un niño de 4 años en quien el temor a los caballos disfrazaba el miedo a la castración)⁴.

4 Freud, *Cinq psychanalyses* (pág. 111).

4) Finalmente se realiza la "elección objetal", al término de la primera infancia: elección que debe implicar una fijación heterosexual y al mismo tiempo una identificación con el padre del mismo sexo. Pero la actitud de los padres y la ambivalencia de la afectividad infantil se oponen a esta diferenciación y a la asunción de una sexualidad normal: en efecto, en esta época la afectividad del niño está fijada en forma de celos mezclados con erotismo y agresividad, a una madre que se niega o al menos se reparte; y se descompone en ansiedad ante un padre cuya rivalidad triunfante resucita el odio y al mismo tiempo el amoroso deseo de identificación. Es el famoso complejo de Edipo, en el que Freud creía leer el enigma del hombre y la llave de su destino, en el que debemos sin duda encontrar el análisis más comprensivo de los conflictos vividos por el niño en sus relaciones con su padres, y el punto de fijación de muchas neurosis.

En resumen, todo estadio libidinal es una virtual estructura patológica. La neurosis es una arqueología espontánea de la libido.

Janet también retoma el tema jacksoniano pero en un horizonte sociológico. La caída de la energía psicológica que caracteriza a la enfermedad hace imposibles las conductas complejas adquiridas en el curso de la evolución social, y deja en descubierto, como una madre que se retira, comportamientos sociales primitivos y hasta reacciones presociales.

Un psicasténico no consigue creer en la realidad que lo rodea; para él es una conducta "demasiado difícil". ¿Qué es una conducta difícil? Esencialmente, una conducta en la cual un análisis vertical muestra la superposición de diversas conductas simultáneas. Matar una pie-

za de caza es una conducta; relatar después que se ha matado una pieza, es otra conducta. Pero en el momento en que se está al acecho, en que se mata, relatarse a sí mismo que uno está acechando, persiguiendo, matando, para poder luego relatar a los otros la epopeya; tener simultáneamente la conducta real de la caza y la conducta virtual del relato es una operación doble mucho más complicada que cada una de las otras dos, y que sólo en apariencia es la más simple: es la conducta del presente, germen de todas las conductas temporales en la que se superponen y se imbrican el gesto actual y la conciencia de que este gesto tendrá un porvenir, es decir, que más tarde se podrá referirlo como un hecho pasado. Por lo tanto se puede medir la dificultad de una acción por el número de conductas elementales que implica la unidad de su desarrollo.

Tomemos ahora esta conducta del "relato a los demás", cuya virtualidad forma parte de las conductas del presente. Relatar, o más simplemente hablar, o de un modo más elemental aún, dar una orden, no es algo simple; primeramente es referirse a un acontecimiento o a un orden de cosas o a un mundo al cual yo mismo no tengo acceso pero al cual los otros sí pueden tenerlo en lugar de mí; por tanto debo reconocer el punto de vista de los otros e integrarlo al mío; debo hacer acompañar mi propia acción (la orden dada), de una conducta virtual (la de los otros, que deben ejecutarla). Más aún: dar una orden supone siempre el oído que la oirá, la inteligencia que la comprenderá, el cuerpo que la ejecutará; en la acción de ordenar está implicada la virtualidad de ser obedecido. Es decir, que conductas aparentemente tan simples como son la atención en el presente, el relato, la

palabra, implican todas una cierta dualidad, que en el fondo es la dualidad de todas las conductas sociales. Si el psicasténico encuentra tan difícil la atención al presente es por las consecuencias sociales que oscuramente encierra la situación; para él son difíciles todas estas acciones que tienen un reverso (mirar-ser mirado, en la presencia; hablar-ser hablado, en el lenguaje; creer-ser creído, en el relato) porque son conductas que se despliegan en un horizonte social. Fue necesaria toda una evolución para que el diálogo fuera un modo de relación interhumano; sólo fue posible por el pasaje de una sociedad inmóvil en su jerarquía momentánea, que no autoriza sino el santo y seña, a una sociedad en la cual la igualdad de las relaciones permite y garantiza el intercambio virtual, la fidelidad al pasado, el compromiso del futuro, la reciprocidad de los puntos de vista. El enfermo incapaz de dialogar vuelve atrás en toda esta evolución social.

Según su gravedad, cada enfermedad anula una u otra de estas conductas que la sociedad en su evolución había hecho posibles, y las substituye por las formas primitivas de comportamiento:

1) El diálogo, como forma suprema de la evolución del lenguaje, deja lugar a una especie de monólogo en el cual el sujeto se relata a sí mismo lo que hace, o bien realiza un diálogo con un interlocutor imaginario, diálogo que sería incapaz de llevar a cabo con un compañero real, como aquel profesor psicasténico que sólo podía dar su conferencia delante del espejo. Para el enfermo se hace demasiado "difícil" actuar bajo la mirada de los demás: es por ello que tantos individuos obsesivos o psicasténicos presentan fenómenos de liberación emocional co-

mo los tics, mímicas y mioclonías de todo tipo cuando se sienten observados.

2) Al perder la ambigua virtualidad del diálogo, tomando la palabra sólo en la faz esquemática que presenta el sujeto hablante, el enfermo pierde el dominio de su universo simbólico; y el conjunto de las palabras, de los signos, de los ritos, en fin, de todo lo que hay de alusivo y referencial en el mundo humano, deja de integrarse en un sistema de equivalencias significativas; las palabras y los gestos ya no pertenecen al dominio común en el que se encuentran las intenciones de uno y de los otros; son significaciones que existen por sí mismas, con una existencia masiva e inquietante; la sonrisa ya no es la respuesta banal a un saludo cotidiano, es un acontecimiento enigmático que no puede explicar ninguna de las equivalencias simbólicas de la cortesía; se destaca entonces en el horizonte del enfermo como el símbolo de algún misterio, como la expresión de una ironía que se calla y amenaza. El universo de la persecución surge de todas partes.

3) Este mundo que va desde el delirio hasta la alucinación parece destacar una patología de la creencia como conducta interhumana: el criterio social de la verdad ("creer lo que los otros creen") ya no tiene valor para el enfermo; y en ese mundo que la ausencia de los demás ha dejado sin solidez objetiva, introduce todo un universo de símbolos, de fantasmas, de temores; este mundo en el que se apaga la mirada del otro, se vuelve poroso a las alucinaciones y los delirios. En estos fenómenos patológicos el enfermo se retrotrae a formas arcaicas de creencia, cuando el hombre primitivo no encontraba el criterio de la verdad en su solidaridad con los demás, cuando

proyectaba sus deseos y sus temores en fantasmagorías que formaban con la realidad, el laberinto indisociable del sueño, de las apariciones y del mito.

En el horizonte de todos estos análisis hay temas explicativos que se sitúan en las fronteras del mito: primero, el mito de una cierta substancia psicológica ("libido" en Freud, "fuerza psíquica" en Janet) que sería el material en bruto de la evolución, y que al progresar en el curso del desarrollo individual y social, sufriría una recaída, y a causa de la enfermedad volvería a su estado anterior; también el mito de la identidad entre el enfermo, el primitivo y el niño, mito por el cual se tranquiliza la conciencia escandalizada ante la enfermedad mental, y se afirma la conciencia encerrada en sus prejuicios culturales. De estos dos mitos, el primero, por ser científico, ha sido abandonado (de Janet se conserva el análisis de las conductas y no la interpretación por la fuerza psicológica; los psicoanalistas rechazan cada vez más la noción biopsicológica de libido); en cambio el otro, por ser ético, porque justifica más que explica, se mantiene con vida.

Sin embargo no tiene sentido instaurar una identidad entre la personalidad mórbida del enfermo y la personalidad normal del niño o del primitivo. En efecto, de dos cosas debemos elegir una: o se admite rigurosamente la interpretación de Jackson: "Supondré que los centros cerebrales están en cuatro capas: A, B, C, D"; la primera forma de la locura, la más benigna, será $-A + B + C + D$; "la totalidad de la personalidad es en realidad $+ B + C + D$; el término $-A$ se da sólo para mostrar en qué difiere la nueva personalidad de la anterior"⁵; la

5 C. Jackson, *Facteurs de la folie*, traducción francesa, pág. 30.

regresión patológica no es entonces más que una operación sustractiva; pero lo que se sustrae en esta aritmética es justamente el último término, que eleva y acaba la personalidad, es decir, que "el resto" no será una personalidad anterior sino una personalidad abolida. ¿Cómo podemos identificar entonces, por ese hecho, al sujeto enfermo con las personalidades "anteriores" del primitivo o del niño?

—O bien se amplía el jacksonismo admitiendo una reorganización de la personalidad; la regresión no se limita a suprimir y liberar sino que ordena y ubica; como decían Monakow y Mourgue respecto de la disolución neurológica: "La desintegración no es la exacta inversión de la integración... Sería absurdo decir que la hemiplejía es el retorno a un estadio primitivo del aprendizaje de la locomoción... Aquí interviene la autorregulación, de modo que la noción de desintegración pura no existe. Ese proceso ideal está enmascarado por la tendencia creadora del organismo, continuamente en acción, a restablecer el equilibrio perturbado" ⁶. Por lo tanto no se trata de personalidades arcaicas: hay que admitir la especificidad de la personalidad mórbida; la estructura patológica del psiquismo no es originaria: es rigurosamente original.

No se trata de invalidar los análisis de la regresión patológica, cuando sólo es necesario liberarlos de los mitos de los que ni Janet ni Freud supieron separarlos. Sin duda, sería vano decir en una perspectiva explicativa que el hombre, al enfermar, vuelve a ser niño; pero desde un punto de vista descriptivo es exacto decir que el enfermo manifiesta en su personalidad mórbida conductas segmen-

6 Monakow y Mourgue, *Introduction biologique à la neurologie*, pág. 178.

tarias, análogas a las de una edad anterior o de otras culturas; la enfermedad descubre y jerarquiza conductas normalmente integradas. La regresión sólo debe ser tomada entonces como uno de los aspectos descriptivos de la enfermedad.

Una descripción estructural de la enfermedad debería analizar en cada síndrome los signos positivos y los signos negativos, es decir, detallar las estructuras abolidas y las estructuras liberadas. Esto no sería explicar las formas patológicas, sino sólo colocarlas en una perspectiva que hace coherentes y comprensibles los hechos de la regresión individual o social señalados por Freud y Janet. Podemos resumir los grandes lineamientos en una descripción como la que sigue:

1) El desequilibrio y las neurosis no son más que el primer grado de disolución de las funciones psíquicas; la afección pesa sobre el equilibrio general de la personalidad psicológica, y esta ruptura, a menudo momentánea, sólo libera los complejos afectivos, los esquemas emocionales inconscientes, constituidos en el curso de la evolución individual;

2) En la paranoia la perturbación general del humor libera una estructura pasional que no es más que la exageración de los comportamientos habituales de la personalidad; pero no están lesionados ni la lucidez, ni el orden, ni la cohesión mental;

3) Pero en los estados oníricos alcanzamos un nivel en el cual las estructuras de la conciencia ya están disociadas; el control perceptivo y la coherencia del razonamiento han desaparecido; y en este desmembramiento de la esfera consciente vemos infiltrarse las estructuras del sueño que ordinariamente sólo se liberan cuando el

sujeto duerme. Ilusiones, alucinaciones y falsos reconocimientos manifiestan en el estado de vigilia la desinhibición de las formas de la conciencia onírica;

4) En los estados maníacos o melancólicos la disociación llega a la esfera instintivo-afectiva; la puerilidad emocional del maníaco, y en el melancólico, la pérdida de la conciencia de su cuerpo y de las conductas de conservación, representan el lado negativo. En cuanto a las formas positivas de la enfermedad, aparecen en los paroxismos de agitación motriz o de explosiones emocionales en los que el melancólico afirma su desesperación y el maníaco su agitación eufórica;

5) Finalmente, en los estados confusionales y esquizofrénicos, la deterioración adquiere el aspecto de un déficit de capacidad; en un horizonte en el cual las señales espaciales y temporales se han vuelto demasiado imprecisas para permitir la orientación, el pensamiento deshilvanado procede por fragmentos aislados, compone un mundo vacío y negro de "síncopes psíquicos", o se encierra en el silencio de un cuerpo cuya motricidad está aherrojada por la catatonía. Sólo continuarán emergiendo como signos positivos las estereotipias, las alucinaciones, los esquemas verbales cristalizados en sílabas incoherentes, y bruscas irrupciones afectivas que atraviesan como meteoros la inercia demencial;

6) En la demencia se cierra el ciclo de esta disolución patológica: la demencia, en la que proliferan todos los signos negativos del déficit y en la cual la disolución es tan profunda que ya no tiene ninguna instancia para desinhibir; ya no hay una personalidad sino un ser vivo.

Pero un análisis de este tipo no puede agotar el con-

junto del hecho patológico ⁷. Es insuficiente bajo dos aspectos:

a) Descuida la organización de las personalidades mórbidas en las que aparecen las estructuras regresivas; por más profunda que sea la disolución (dejando de lado sólo el caso de la demencia), la personalidad nunca puede desaparecer completamente. Lo que la regresión encuentra no son elementos dispersos, puesto que nunca lo han sido, ni personalidades más arcaicas, puesto que no hay camino de retorno en el desarrollo de la personalidad, sino sólo en la sucesión de las conductas. Por más simples e inferiores que sean las conductas, no deben omitirse las organizaciones mediante las cuales un esquizofrénico estructura su universo: el mundo fragmentario que describe corresponde a su conciencia dispersa; el tiempo sin porvenir ni pasado en el que vive es el reflejo de su incapacidad para proyectarse en el futuro y para reconocerse en un pasado; pero este caos encuentra un punto de coherencia en la estructura personal del enfermo que asegura la unidad vivenciada de su conducta y de su horizonte. Por más enfermo que esté un sujeto, este punto de coherencia no puede faltar. La ciencia de la patología mental sólo puede ser la ciencia de la personalidad enferma;

b) Por otra parte, el análisis regresivo describe la orientación de la enfermedad sin explicar su origen. Si no fuera más que regresión, la enfermedad sería como una virtualidad depositada en cada individuo por el movimien-

7 El error del "neo-jacksonismo" a la manera de M. H. Ey consiste en hacer de la regresión el "principio" de la enfermedad, es decir, abarcar así su totalidad y encontrar allí su causa.

to mismo de su evolución; la locura no sería más que una eventualidad, la contribución siempre exigible del desarrollo humano. Pero la noción abstracta de regresión no puede explicar que una persona esté enferma en este momento y de esta enfermedad, que las obsesiones tengan un tema determinado, que un delirio implique ciertas reivindicaciones, o que las alucinaciones se produzcan en un universo de ciertas formas visuales. En la perspectiva evolucionista, la enfermedad no tiene más ley que la de la virtualidad general. La casualidad que la hace necesaria no se conoce aún, como tampoco la que da su especial coloración a cada cuadro clínico. Esta necesidad y sus formas individuales no debemos referirlas a una evolución siempre específica sino a la historia personal del enfermo.

Por lo tanto debemos llevar el análisis mucho más lejos, y completar la dimensión evolutiva, virtual y estructural de la enfermedad con el análisis de esta dimensión que la hace necesaria, significativa e histórica.

CAPITULO III

LA ENFERMEDAD Y LA HISTORIA INDIVIDUAL

La evolución psicológica integra el pasado en el presente en una unidad sin conflictos; en esta ordenada unidad que se define como una jerarquía de estructuras; en esta sólida unidad que sólo una regresión patológica puede comprometer. Por el contrario, la historia psicológica ignora esta acumulación de lo anterior y de lo actual: los sitúa a uno en relación al otro estableciendo entre ellos una distancia que normalmente autoriza la tensión, el conflicto y la contradicción. En la evolución el pasado promueve el presente y lo hace posible; en la historia el presente se destaca del pasado y le confiere un sentido, lo hace inteligible. El devenir psicológico es evolución e historia a la vez; el tiempo del psiquismo debe analizarse según lo anterior y lo actual —es decir, en términos evolutivos— y también según lo pasado y lo presente —es decir, en términos históricos—. Cuando a fines del siglo XIX, después de Darwin y Spencer, los estudiosos se maravillaron al descubrir en su devenir de ser vivo la realidad del hombre, creyeron que era posible escribir la historia en términos de evolución, y hasta confundir una con la otra a favor de la segunda: podemos encontrar este mismo sofisma en la sociología de la misma época. El error originario del psicoanálisis, y de la mayoría de las psicologías genéticas, es sin duda no haber compren-

dido estas dos dimensiones irreductibles: la evolución y la historia, en la unidad del devenir psicológico ¹. Pero el genio de Freud supo sobrepasar muy pronto este horizonte evolucionista definido por la noción de libido para llegar a la dimensión histórica del psiquismo humano.

En realidad, en la psicología analítica siempre es posible hacer la división entre lo que corresponde a una psicología de la evolución (como los *Tres ensayos sobre la sexualidad*) y lo que pertenece a una psicología de la historia individual (como los *Cinco psicoanálisis* y los textos que se relacionan con éste). Ya hemos hablado de la evolución de las estructuras afectivas tal como es descrita por la tradición psicoanalítica. Tomaremos ahora de la otra vertiente del psicoanálisis los elementos con los que podemos definir la enfermedad mental cuando se la encara en la perspectiva de la historia individual ².

Tomemos una observación que Freud cita en la *Introducción al psicoanálisis* ³: una mujer de unos cincuenta años sospecha que su marido la engaña con la muchacha que trabaja con él como secretaria. Situación y sentimientos de extrema banalidad. Sin embargo estos celos tienen resonancias singulares: fueron suscitados por una carta anónima, cuyo autor conoce, y que no actúa más que por venganza; además alegó hechos inexactos. La mujer sabe todo esto, reconoce la injusticia de los reproches que le hace a su marido, y habla espontáneamente del amor

- 1 En *Ma vie et la psychanalyse*, Freud cita la influencia de Darwin sobre la primera orientación de su pensamiento.
- 2 Hablaremos aquí brevemente sólo de la teoría psicoanalítica.
- 3 *Introduction à la psychanalyse*, pág. 270.

que él ha tenido siempre por ella. Y sin embargo, sus celos no se disipan; sus sospechas aumentan en la medida que los hechos proclaman la fidelidad de su marido; sus celos han cristalizado paradójicamente en torno a la certeza de no ser engañada. Mientras los celos morbosos en su forma clásica de paranoia conforman una convicción impenetrable que busca su justificación en las formas más extremas del razonamiento, en esta observación de Freud, tenemos el ejemplo de celos impulsivos que impugnan continuamente su razón de ser, que tratan a cada instante de negarse y son vivenciados en forma de remordimientos. Este es un caso muy curioso (y relativamente raro) de celos obsesivos.

En el análisis se evidencia que esta mujer está enamorada de su yerno; pero se siente tan culpable que no puede soportar ese deseo y transfiere a su marido el pecado de amar a una persona mucho más joven. Un estudio más profundo demuestra por otra parte, que este amor por el yerno es ambivalente, y que oculta una hostilidad celosa, en la cual el objeto de la rivalidad es la hija de la enferma. En el centro del fenómeno morbozo se encuentra una fijación homosexual a la hija.

Metamorfosis, simbolismos, transformación de un sentimiento en su contrario, desfiguración de personajes, transferencia de la culpabilidad, conversión de un remordimiento en acusación: todo un conjunto de procesos que se denuncian como los rasgos de la fabulación infantil. Fácilmente podríamos relacionar esta proyección celosa a la proyección descrita por Wallon en los *Orígenes del carácter*⁴: cita el ejemplo de Elsa Köhler, de una niñi-

4 *Les origines du caractère chez l'enfant*, pàg. 217

ta de 3 años que pega a su amiguita, y corre hacia su institutriz deshecha en lágrimas para que la consuele de haber sido golpeada. En esta niña encontramos las mismas estructuras de conducta que en la obsesiva de la que hablábamos: la indiferenciación de la conciencia de sí mismo impide la distinción entre el actuar y el padecer (pegar-ser pegada; engañar-ser engañada); por otra parte, la ambivalencia de los sentimientos permite una especie de reversibilidad entre la agresión y la culpabilidad. Tanto en un caso como en el otro, encontramos los mismos rasgos de primitivismo psicológico: fluidez de las conductas afectivas, labilidad de la estructura personal en la oposición yo-el otro. Pero no se trata de confirmar nuevamente el aspecto regresivo de la enfermedad.

Lo importante aquí es que esta regresión de la enferma de Freud tiene un sentido bien delimitado: ella trata de escapar a un sentimiento de culpabilidad; escapa a su remordimiento de querer demasiado a su hija obligándose a amar a su yerno; y escapa a la culpa que siente por este nuevo sentimiento volcando sobre su marido, gracias a una proyección en espejo, un amor paralelo al suyo. Por lo tanto, los procedimientos infantiles de metamorfosis de la realidad tienen una utilidad: constituyen una huida, una forma económica de actuar sobre la realidad, una mítica transformación de sí misma y de los demás. La regresión no es una caída natural en el pasado; es una huida intencional para escapar del presente. Es más bien un recurso que un retorno. Pero sólo podemos escapar al presente poniendo algo en su sitio; y el pasado que aflora en las conductas patológicas no es el suelo originario al cual se vuelve como a una patria perdida: es el pasado ficticio e imaginario de las substituciones.

—A veces es una substitución de formas de comportamiento: las conductas adultas, desarrolladas y adaptadas, son suplantadas por conductas infantiles, simples e inadaptadas. Como en la famosa enferma de Janet: ante la idea de que su padre pueda caer enfermo, manifiesta las formas paroxísticas de la emoción infantil (gritos, explosión motriz, caída) porque rechaza la conducta adaptada, que sería aprestarse a cuidarlo, prever los medios de una lenta curación, organizar para sí misma una existencia de enfermera;

—A veces es una substitución de los objetos mismos: el sujeto sustituye las formas vivas de la realidad por los temas imaginarios de sus primeras fantasías; el mundo parece abrirse a los objetos primitivos y los personajes reales se desdibujan ante los fantasmas parentales; como en los fóbicos, que al iniciar toda conducta chocan con los mismos terrores amenazantes; la imagen mutiladora del padre, o la madre absorbente se perfilan bajo la imagen estereotipada del animal aterrador, en el fondo difuso de la conciencia ahogada por la angustia.

Todo este juego de transformaciones y de repeticiones demuestra en los enfermos que el pasado sólo es evocado para substituir una situación actual, y que se produce solamente en la medida en que trata de borrar el presente.

¿Pero qué beneficio puede representar la repetición de una crisis de angustia? ¿Qué sentido tiene reencontrar los fantasmas terroríficos de la vida infantil, substituir las formas actuales de actividad por las perturbaciones mayores de una afectividad aún mal encauzada? ¿Por qué

escapar del presente, si con ello se buscan las formas de comportamiento inadaptadas?

¿Inercia patológica de las conductas? ¿Manifestación de un principio de repetición que Freud extrapola en la realidad biológica con un paradójal "instinto de muerte" que tiende a la inmovilidad, a lo monótono, a lo inorgánico, así como el instinto de vida tiende al movimiento siempre renovado de las jerarquías orgánicas? Esto es, sin duda, dar a los hechos un nombre que los relaciona y recusa al mismo tiempo toda forma de explicación. Pero en los trabajos de Freud y en el psicoanálisis existen elementos con los que se puede explicar esta negación del presente de un modo distinto que la repetición simple y pura del pasado.

Freud mismo tuvo la ocasión de analizar un síntoma en formación. Se trataba de un niño de 4 años, Juanito ⁵ que tenía un miedo fóbico a los caballos. Temor ambiguo, puesto que buscaba las ocasiones en que podía verlos y corría a la ventana apenas escuchaba el paso de un carruaje; pero lanzaba gritos de espanto apenas distinguía el caballo que había ido a ver. Miedo paradójal, además, puesto que temía que el caballo lo mordiera, y también que el animal se matara al caerse. ¿Deseaba ver caballos, o no? ¿Estaba temeroso por sí mismo o por ellos? Sin duda, ambas cosas a la vez. El análisis muestra al niño en el punto central de todas las situaciones edípicas: su padre se ha propuesto voluntariamente evitarle una fijación demasiado grande a la madre; pero no por eso el sentimiento hacia la madre fue menos violento, y además, exasperado por el nacimiento de una hermana menor.

⁵ *Cinq psychanalyses*, pág. 111.

De modo que para Juanito su padre fue siempre un obstáculo entre su madre y él. En este momento surge el síndrome. El simbolismo más elemental del material onírico permite adivinar en la imagen del caballo un sustituto de la "imago" paterna; y en la ambigüedad de los terrores del niño, es fácil reconocer el deseo de muerte del padre. El síntoma mórbido es la satisfacción de un deseo criminal.

Pero este simbolismo no es el punto más importante: es sólo la expresión fantaseada figurada de la realidad. Tiene además un papel funcional en relación con esa realidad. El temor de ser mordido por un caballo es una expresión del miedo a la castración: simboliza la prohibición paterna de todas las actividades sexuales. Pero este temor de ser mordido va acompañado del temor a que el caballo se caiga, se hiera y muera: como si el niño se defendiera de su miedo con el deseo de que su padre muera, y desaparezca así el obstáculo que lo separa de su madre. Ahora bien, este deseo criminal no aparece inmediatamente así en el fantasma fóbico: no está presente más que en la forma enmascarada de un miedo; el niño teme tanto la muerte del caballo como su propia herida. De esta manera, se defiende de su deseo de muerte y reprime su culpa, experimentándola como un miedo equivalente al miedo que él mismo siente; teme por su padre lo mismo que teme para sí, pero su padre no debe temer más que lo que él teme desear en contra suyo. Por lo tanto, vemos que el valor expresivo del síndrome no es inmediato sino que se constituye a través de una serie de mecanismos de defensa. En este caso de fobia han intervenido dos de estos mecanismos: el primero ha transformado el temor en deseo ases-

no contra el que suscita ese miedo; por otra parte el segundo ha transformado este deseo en temor a su satisfacción.

A partir de este ejemplo podemos decir que el beneficio que el enfermo encuentra en negar su presente refugiándose en la enfermedad reside en su necesidad de defenderse de este presente. La enfermedad engloba el conjunto de las reacciones de huida y de defensa mediante las cuales el enfermo responde a la situación en la que se encuentra. Debemos comprender y otorgar sentido a las regresiones evolutivas que aparecen en las conductas patológicas a partir de este presente, de la situación actual; la regresión no es sólo una virtualidad de la evolución, es una consecuencia de la historia.

Esta noción de defensa psicológica es primordial. Todo el psicoanálisis ha girado en torno de ella. Durante mucho tiempo no fue más que investigación del inconsciente, búsqueda de los traumatismos infantiles, liberación de una libido que se supone detrás de todos los fenómenos de la vida afectiva, creación de pulsiones míticas como el instinto de muerte; pero tiende cada vez más a dirigir su análisis a los mecanismos de defensa, y a admitir finalmente que el sujeto sólo reproduce su historia porque responde a una situación presente. Anna Freud hizo el inventario de estos mecanismos de defensa ⁶: además de la sublimación, considerada como una conducta normal, ella encuentra nueve procedimientos mediante los cuales el enfermo se defiende, y que al combinarse, determinan los diferentes tipos de neurosis: la represión, la regresión, la formación reactiva, el aislamiento, la anu-

6 Anna Freud, *Le moi et les mécanismes de défense*, pág. 39.

lación retroactiva, la proyección, la introyección, la vuelta contra sí mismo, la conversión en lo contrario.

—El histérico utiliza sobre todo la represión: sustrae a la conciencia todas las representaciones sexuales; como medida de protección rompe la continuidad psicológica, y en sus "síncopes psíquicos" aparecen la inconsciencia, el olvido, la indiferencia, que constituyen la aparente despreocupación del histérico; quiebra también la unidad del cuerpo para borrar de él todos los símbolos y todos los sustitutos de la sexualidad: así aparecen las anestias y las parálisis histéricas.

—Por el contrario, el obsesivo se defiende sobre todo mediante el "aislamiento": separa la emoción conflictual de su contexto y le da símbolos y expresiones sin relación aparente con su contenido real; las fuerzas en conflicto hacen surgir bruscamente conductas impulsivas, rígidas y absurdas en medio de un comportamiento adaptado. Como por ejemplo, la enferma de Freud ⁷, que sin saber por qué, sin que ella misma pudiera justificarse por ningún sentimiento de precaución o de avaricia, no podría dejar de observar la numeración de cada billete de banco que pasaba por su mano. Esta conducta, absurda en su aislamiento, tenía sentido si se la reubicaba en su contexto afectivo: expresaba el deseo que la enferma había sentido: asegurarse el amor de un hombre confiándole como prenda de amor una moneda; pero todas las monedas se parecen...; si al menos hubiera podido darle un billete que se pueda reconocer por su número... Ella se había negado a este amor que juzgaba culpable, aislando la conducta de sus justificaciones sentimentales.

—El paranoico se caracteriza sobre todo por los mecanismos de proyección, introyección y es delirante, perseguido y perseguidor a la vez; reconoce en el corazón de los demás sus propios deseos y sus propios odios, ama lo que quiere destruir, se identifica con los que odia. Freud fue el primero ⁸ que demostró en los celos paranoicos el conjunto de estos procesos. Cuando el paranoico reprocha a su pareja que lo está engañando, cuando sistematiza en torno a esta infidelidad todo un cuerpo de interpretaciones, no hace más que reprochar a otro lo que se reprocha a sí mismo; si acusa a su amante de engañarlo con un amigo, es porque él mismo siente precisamente ese deseo; y se defiende contra ese deseo homosexual proyectándolo sobre su compañera bajo la forma de un reproche de infidelidad. Pero mediante una proyección simétrica que también tiene el sentido de una justificación y de una catarsis, acusará de deseos homosexuales al amigo a quien él mismo desea, y por una transformación en el contrario del afecto se jacta de un odio mítico, justificado a sus ojos por la asiduidades de su rival. No soy yo quien te engaña, eres tú quien me traiciona; no soy yo quien lo ama, es él quien me desea y me persigue; yo no siento amor por él, sino solamente odio; éstos son los mecanismos mediante los cuales un paranoico se defiende de su homosexualidad constituyendo un delirio de celos.

Por lo tanto, la iteración patológica del pasado tiene ahora un sentido: no la impone la fuerza de un "instinto de muerte"; la regresión forma parte de los mecanismos de defensa o más bien es el recurso a las formas de

8 *Cinq psychanalyses*, "El presidente Schreber", pág. 301.

protección ya establecidas. La forma iterativa de lo patológico es secundaria en relación a su significación defensiva.

El problema central sigue en pie: ¿contra qué se defiende el enfermo cuando niño, instaurando formas de protección que volverán a aparecer en las repeticiones neuróticas de su vida adulta? ¿Cuál es ese peligro permanente que aparece en la aurora de su vida psicológica y se perfilará constantemente sobre su universo, como la amenaza que presenta mil rostros de un peligro que es siempre el mismo?

Aquí también puede servirnos de guía el análisis de un síntoma. Una niña de unos diez años comete un hurto⁹: se apropia de un bastón de chocolate bajo la mirada de la vendedora, que la reprime y amenaza con contar lo sucedido a la madre de la criatura. Es un robo cuya forma impulsiva e inadaptada lo denuncia claramente como neurótico. La historia del sujeto demuestra que este síntoma está en el punto de convergencia de dos conductas: el deseo de tener el afecto maternal, que se le niega y cuyo símbolo es aquí como muy a menudo el objeto alimenticio; y por otra parte el conjunto de reacciones de culpa que siguen al esfuerzo agresivo para conseguir este afecto. El síntoma aparece como un compromiso entre estas dos conductas: la niña dará libre curso a sus necesidades de afecto cometiendo el robo, pero liberará sus tendencias a la culpa cometiéndolo de tal modo que la vean. El comportamiento del robo torpe es una habili-

9 Anna Freud, *Le traitement psychanalytique des enfants*.

dad de su conducta; su grosería es una astucia; una forma de dominar un conflicto es el compromiso entre dos tendencias contradictorias. El mecanismo patológico es por lo tanto la protección contra un conflicto, la defensa ante la contradicción que él suscita.

Pero no todo conflicto provoca una reacción mórbida, y la tensión que hace surgir no es necesariamente patológica; hasta es muy probablemente la trama de toda la vida psicológica. El conflicto que revela el compromiso neurótico no es simplemente la contradicción externa en la situación objetiva, sino una contradicción inmanente en la que los términos se mezclan de tal modo que el compromiso, lejos de ser una solución, es en última instancia una profundización del conflicto. Cuando un niño roba para recuperar un afecto perdido y calma sus escrúpulos dejándose sorprender, es evidente que el resultado de su acto, al producir el castigo deseado, lo alejará más aún del afecto que añora, aumentará en él los deseos de apropiación que simboliza su robo; y al satisfacerse por un instante aumentarán en consecuencia los sentimientos de culpa. La experiencia de frustración y la reacción de culpa están ligadas, no como dos formas de conducta divergentes que se reparten el comportamiento sino como la unidad contradictoria que define la doble polaridad de una sola y única conducta. La contradicción patológica no es el conflicto normal: éste desgarrar desde el exterior la vida afectiva del sujeto; suscita en él conductas opuestas, lo hace vacilar, provoca reacciones, hace nacer remordimientos; puede exaltar la contradicción hasta la incoherencia. Pero la incoherencia normal es distinta de la absurdidad patológica. Esta surge del interior como contradicción; la coherencia del celoso para acusar a su

mujer de infidelidad es perfecta; perfecta también la coherencia del obsesivo en las precauciones que toma. Pero esta coherencia es absurda porque al desarrollarse profundiza la contradicción que trata de superar. Cuando una enferma de Freud aleja de su habitación con preocupación obsesiva todos los relojes cuyo tic-tac podría turbar su sueño, se defiende de sus deseos sexuales y al mismo tiempo los satisface en la fantasía: aleja de sí todos los símbolos de la sexualidad, pero también de la regularidad fisiológica que podría alterar la maternidad que ella desea. Al mismo tiempo que satisface sus deseos de modo mágico aumenta realmente sus sentimientos de culpa ¹⁰. Allí donde el individuo normal hace la experiencia de la contradicción, el enfermo hace una experiencia contradictoria; la experiencia del primero se abre sobre la contradicción, mientras que la del segundo se cierra sobre ella. En otros términos: conflicto normal es ambigüedad de la situación; conflicto patológico es ambivalencia de la experiencia ¹¹.

Así como el miedo es la reacción al peligro exterior, la angustia es la dimensión afectiva de esta contradicción interna: desorganización total de la vida afectiva, es la mayor expresión de la ambivalencia, la forma en la que se perfecciona, pues es la experiencia vertiginosa de la contradicción simultánea, la vivencia de un mismo deseo de vida y de muerte, de amor y de odio, la apoteosis sensible de la contradicción psicológica. Angustia de la criatura al descubrir, cuando muere, que el erotismo de la absorción está cargado de agresividad destructiva; angus-

10 *Introduction à la psychanalyse*, pág. 287.

11 Esta unidad contradictoria de la conducta y de la vida afectiva se llama, desde Bleuler, "ambivalencia".

tia del melancólico que para arrancar a la muerte el objeto amado se identifica con él, se convierte en lo que el otro ha sido, pero termina por sentirse a sí mismo en la muerte del otro y no puede retenerlo en su propia vida, más que uniéndose a él en la muerte. La angustia está en el nudo de las significaciones patológicas. Se revela bajo todos los mecanismos de protección que singularizan a la enfermedad, y cada una define un modo específico de reaccionar ante la angustia: el histérico la reprime y la obstruye encarnándola en un síntoma corporal; el obsesivo crea un rito en torno a un símbolo: son conductas que le permiten satisfacer los dos aspectos de su ambivalencia. En cuanto al paranoico, se justifica atribuyendo a los otros, mediante la proyección, sentimientos que llevan en sí su propia contradicción; distribuye en los demás los elementos de su ambivalencia y enmascara su angustia bajo las formas de su agresividad. La angustia, como experiencia psicológica de la contradicción interior sirve de común denominador y otorga una significación única al devenir psicológico de un individuo: fue experimentada por primera vez en las contradicciones de la vida infantil y en la ambivalencia que ellas suscitan; y bajo su empuje latente se erigen los mecanismos de defensa, que repiten a lo largo de una vida sus ritos, sus precauciones, sus rígidas maniobras en cuanto la angustia amenaza con reaparecer.

En cierto sentido podemos decir que la angustia transforma la evolución psicológica en historia individual; en efecto, al unir el pasado y el presente, la angustia los sitúa a uno en relación al otro y les confiere una comunidad de sentido. La conducta patológica nos había parecido poseer, paradójicamente, un contenido arcaico y

una inserción significativa en el presente: es que el presente, en el momento de suscitar la ambivalencia y la angustia provoca la aparición de la protección neurótica; pero esta angustia amenazante y los mecanismos que la alejan han sido fijados desde tiempo atrás en la historia del sujeto. La enfermedad se desarrolla entonces en forma de un círculo vicioso: al enfermo se protege mediante sus actuales mecanismos de defensa contra un pasado cuya secreta presencia hace surgir la angustia; pero por otra parte el sujeto se protege contra la eventualidad de una angustia actual acudiendo a las protecciones que utilizó antaño en situaciones análogas. ¿El enfermo se defiende de su pasado con su presente, o se protege de su presente con la ayuda de una historia ya vivida? Es necesario recalcar que la esencia de las conductas patológicas reside en este círculo vicioso: el enfermo está enfermo en la medida en que la relación del presente con el pasado no se produce en forma de una integración progresiva. Efectivamente, todo individuo ha sentido angustia y creó mecanismos de defensa; pero el enfermo vive su angustia y sus defensas en un ciclo que hace que se defienda de la angustia mediante los mecanismos a los que está ligado históricamente y que por este hecho aumentan la angustia y constantemente amenazan con que aparezca. Por oposición a la historia del individuo normal, esta monotonía circular es el rasgo característico de la historia patológica.

La psicología de la evolución, que describe los síntomas como conductas primitivas, debe ser completada por lo tanto con una psicología de la génesis que describe en una historia el sentido actual de estas regresiones. Es necesario encontrar una coherencia psicológica que autorice la comprensión de los fenómenos mórbidos sin tomar

por modelo de referencia los estadios descritos como fases biológicas. Es necesario encontrar el centro de las significaciones psicológicas a partir del cual se ordenan históricamente las conductas patológicas.

Ahora bien, ese punto hacia el cual convergen las significaciones es, como acabamos de verlo, la angustia. La historia psicológica del enfermo se constituye como un conjunto de conductas significativas que crean mecanismos de defensa contra la ambivalencia de las contradicciones afectivas. Pero en la historia psicológica la constitución de la angustia es ambigua: se la encuentra bajo la trama de todos los episodios patológicos de un sujeto; los produce sin cesar; pero esto sucede porque ella estaba allí, y esos episodios se sucedieron como tentativas de escapar de ella: si la angustia los acompaña, es porque los ha precedido. ¿Por qué un individuo no encuentra, en determinada situación, más que un conflicto superable, y otro en cambio, una contradicción en la cual se encierra en forma patológica? ¿Por qué la misma ambigüedad edípica es superada por uno, mientras que en el otro desencadena la larga secuencia de mecanismos patológicos? Esta es una forma de necesidad que la historia individual revela como un problema pero que no logra justificar. Para que una contradicción sea vivida en la forma ansiosa de ambivalencia, para que frente a un conflicto el sujeto se encierre en el ciclo de los mecanismos patológicos de defensa, era necesario que la angustia estuviera ya presente transformando la ambigüedad de una situación en la ambivalencia de las reacciones. Si la angustia está presente en la historia de un individuo, es porque ella es su principio y su fundamento; desde el comienzo define un cierto estilo de experiencias que señala los trau-

matismos y los mecanismos psicológicos que desencadenan las formas repetitivas que afectan en el curso de los episodios patológicos: la angustia es como un *a priori* de la existencia.

El análisis de la evolución situaba a la enfermedad como una virtualidad; la historia individual permite encararla como un hecho del devenir psicológico. Pero ahora debemos comprenderla en su necesidad existencial.

CAPITULO IV

LA ENFERMEDAD Y LA EXISTENCIA

El análisis de los mecanismos de la enfermedad nos deja en presencia de una realidad que los sobrepasa, y que los constituye en su naturaleza patológica; el análisis profundo invita a ver en la angustia el último elemento mórbido: el nudo de la enfermedad. Para comprenderla se impone un nuevo tipo de análisis: la angustia es una forma de experiencia que desborda sus propias manifestaciones y no puede nunca dejarse reducir por un análisis de tipo naturalista; anclada en el corazón de la historia individual, le otorga, abarcando todas sus peripecias, una significación única; tampoco puede ser agotada por un análisis de tipo histórico. Sin embargo la historia y la naturaleza del hombre sólo pueden ser comprendidas con referencia a ella.

Es necesario ahora que nos ubiquemos en el centro de esta experiencia: sólo comprendiéndola desde el interior será posible ordenar en el universo mórbido las estructuras naturales constituidas por la evolución y los mecanismos individuales cristalizados por la historia psicológica. Es un método que no debe tomar nada a las "Naturwissenschaften", a sus análisis discursivos, a su causalidad mecanicista; que no deberá inclinarse tampoco a la historia biográfica, con su descripción de los encajenamientos sucesivos y su determinismo en series.

Por el contrario, es un método que debe captar los conjuntos como totalidades cuyos elementos no pueden estar disociados, por más dispersos que estén en su historia. Ya no basta decir que el temor del niño es la causa de las fobias del adolescente, sino que es necesario encontrar bajo este temor originario y bajo todos esos síntomas patológicos el mismo tipo de angustia que les da su unidad significativa. La lógica discursiva no tiene nada que hacer aquí: se pierde en los laberintos del delirio, y se agota al seguir los razonamientos del paranoico. La intuición va mucho más rápido y mucho más lejos, cuando consigue restituir la experiencia fundamental que gobierna todos los procesos patológicos (por ejemplo, en el caso de la paranoia, la radical alteración de la relación viva con los demás). Al mismo tiempo que despliega de una sola mirada las totalidades esenciales, la intuición reduce, hasta anularla, la distancia que implica todo conocimiento objetivo: el análisis naturalista encara al enfermo con el distanciamiento propio de un objeto natural; la reflexión histórica lo mantiene en una exterioridad que permite explicarlo, pero difícilmente comprenderlo. La intuición, saltando al interior de la conciencia mórbida, trata de ver el mundo patológico con los ojos del enfermo mismo: la verdad que busca no corresponde al orden de la objetividad, sino de la intersubjetividad.

En la medida en que comprender quiere decir reunir, captar y penetrar al mismo tiempo, esta nueva reflexión sobre la enfermedad es, ante todo, "comprensión": éste es el método en el cual se ha ejercitado la psicología fenomenológica.

Pero, ¿es posible comprenderlo todo? Lo característico de la enfermedad mental, por oposición al comportamien-

to normal, ¿no es acaso que puede ser explicada, pero que resiste a toda comprensión? Los celos, ¿no son acaso normales cuando comprendemos hasta sus exageraciones, y patológicos, cuando "ya no comprendemos más" ni sus reacciones más elementales? Corresponde a Jaspers ¹ el haber demostrado que la comprensión puede extenderse mucho más allá de las fronteras de lo normal, y que la comprensión intersubjetiva puede alcanzar al mundo patológico en su esencia.

Indudablemente, hay formas mórbidas que aún son y se mantendrán oscuras a la comprensión fenomenológica. Son los derivados directos de los procesos cuyo movimiento mismo es desconocido a la conciencia normal, como las irrupciones de imágenes en la conciencia provocadas por intoxicaciones, como esos "meteoros psíquicos" que sólo pueden explicarse por una ruptura del tiempo de la conciencia, por lo que Jaspers llama una "ataxia psíquica"; son esas impresiones que parecen tomadas de una materia sensible totalmente extraña a nuestra esfera: sentimiento de una influencia que penetra hasta el interior del pensamiento, impresión de ser atravesado por campos de fuerzas materiales y misteriosamente invisibles a la vez, experiencia de una transformación aberrante del cuerpo.

Pero dentro o hasta esos límites lejanos de la comprensión, a partir de los cuales se abre el mundo extraño y muerto para nosotros, del insano, el universo mórbido es aún penetrable. El objetivo es restituir mediante esta comprensión la experiencia que el enfermo tiene de su enfermedad (la forma en que se vivencia como individuo

1 K. Jaspers, *Psychopathologie générale*.

enfermo, o anormal, o paciente), y el universo patológico sobre el cual se abre esta conciencia de la enfermedad, el mundo que ella observa, y que al mismo tiempo la constituye. Comprensión de la conciencia enferma, y reconstitución de su universo patológico: éstas son las dos tareas de una fenomenología de la enfermedad mental.

La conciencia que el enfermo tiene de su enfermedad es rigurosamente original. Sin lugar a dudas, nada es más falso que el mito de la locura como enfermedad que se ignora; la distancia que separa a la conciencia del médico de la del enfermo no es equiparable a la que separa al conocimiento de la enfermedad de la ignorancia. El médico no está del lado de la salud que detenta todo el saber de la enfermedad; y el enfermo no está del lado de la enfermedad, que ignora todo sobre sí misma, hasta su propia existencia. El enfermo reconoce su anomalía y le otorga, al menos, el sentido de una irreductible diferencia que lo separa de la conciencia y del universo de los otros. Pero por más lúcido que sea el enfermo, no posee la perspectiva del médico respecto de su mal: no toma jamás la distancia especulativa que le permitiría captar la enfermedad como un proceso objetivo que se desarrolla en él, pero sin él; la conciencia de la enfermedad está prisionera en el interior de la enfermedad: está anclada en ella y en el momento en que la percibe, la expresa. La forma en que un sujeto acepta o niega su enfermedad, la forma en que la interpreta y presta significación a sus aspectos más absurdos, todo esto constituye una de las dimensiones esenciales de la enfermedad. Ni ruina inconsciente en el inte-

rior del proceso mórbido, ni conciencia lúcida, desinteresada y objetiva del proceso, sino reconocimiento alusivo, percepción difusa de un decorado mórbido sobre el fondo del cual se destacan los temas patológicos: ésta es la modalidad de conciencia ambigua cuyas variaciones ² debe analizar la reflexión fenomenológica.

1) La enfermedad puede ser percibida con un tipo de objetividad que la ubica a una distancia máxima de la conciencia enferma. En su esfuerzo por contenerla y no reconocerse en ella, el enfermo le confiere el sentido de un proceso accidental y orgánico. Mantiene su enfermedad en los límites de su cuerpo: omite o niega toda alteración de la experiencia psicológica, no da importancia y finalmente no percibe y no nombra más que los contenidos orgánicos de su experiencia. Lejos de ocultar su enfermedad, la exhibe, pero sólo en sus formas fisiológicas; y en la objetividad que el enfermo confiere a sus síntomas, el médico puede ver la manifestación de las perturbaciones subjetivas. Esta preeminencia de los procesos orgánicos en el campo de la conciencia del enfermo y en la forma y el modo en que capta su enfermedad, constituye la gama de los signos histéricos (parálisis o anestias psicógenas), síntomas psicósomáticos, o preocupaciones hipocondríacas que se encuentran tan frecuentemente en la psicastenia o en ciertas formas de esquizofrenia. Estas formas orgánicas o pseudo-orgánicas son para el enfermo tanto elementos de la enfermedad, como formas de aprehensión de la misma.

2) En la mayoría de las perturbaciones obsesivas, en muchas paranoias y en ciertas esquizofrenias, el enfermo

2 Wyrsh ha estudiado la esquizofrenia con esta perspectiva (*Die Person des Schizophrenen*).

reconoce que el proceso patológico entronca con su personalidad. Pero en una forma paradójal: encuentra en su historia, en sus conflictos con su medio, en las contradicciones de su situación actual, las premisas de su enfermedad; describe su génesis, pero al mismo tiempo ve en el comienzo de su enfermedad la explosión de una nueva existencia que altera profundamente el sentido de su vida con riesgo de amenazarla. Como esos celosos que justifican su desconfianza, sus interpretaciones, sus sistematizaciones delirantes, con una minuciosa génesis de sus sospechas y que parecen diluir sus síntomas a lo largo de toda su existencia; pero reconocen que después de tal aventura o de tal otro aumento de su pasión, su existencia se transformó por completo, su vida se envenenó y ya no la pueden soportar más. Reconocen en sus celos morbosos la verdad más profunda de su existencia y al mismo tiempo la más radical desgracia. Tratan de normalizarlos refiriéndolos a toda su vida anterior, pero se desligan de ellos al aislarlos como un trastorno brutal. Comprenden su enfermedad como un destino; dan fin a su vida quebrándola.

3) Esta unidad paradójal no se puede mantener siempre: los elementos morbosos se desligan entonces de su contexto normal y constituyen un mundo autónomo enterrándose en sí mismos. Es un mundo que para el enfermo tiene muchos siglos de objetividad: es movido y acosado por fuerzas exteriores cuyo misterio hace que escapen a toda investigación; se impone a la evidencia, resiste al esfuerzo. Las alucinaciones frecuentes le brindan la riqueza sensible de lo real; el delirio que une esos elementos le asegura una coherencia casi racional. Pero la conciencia de la enfermedad no se borra en esta casi-ob-

jetividad; permanece presente, al menos de un modo marginal: este mundo de elementos alucinados y de delirios cristalizados sólo se yuxtapone al mundo real. El enfermo no confunde jamás la voz de su médico y las voces alucinadas de sus perseguidores, aun cuando para él su médico no es más que un persecutor. El delirio más consistente le parece al enfermo, a lo sumo, tan real como el mismo mundo real; y en este juego de las dos realidades, en esta ambigüedad teatral, la conciencia de la enfermedad se revela como conciencia de otra realidad.

El enfermo acepta reconocer esta oposición al mundo real, o más bien la irreductible yuxtaposición de estos dos mundos reales; un alucinado pregunta a su interlocutor si no escucha, así como él, las voces que lo persiguen; lo intima a que se rinda a esta evidencia sensible; pero si se le oponen una negación o una ignorancia masiva de los hechos que invoca, lo acepta y declara que, en esas condiciones, es el único en escucharlas. Esta singularidad de la experiencia no invalida para él la certidumbre que lo acompaña; pero reconoce, acepta y hasta firma el carácter extraño y dolorosamente singular de su mundo; admite los dos mundos, se adapta tanto al primero como al segundo, manifiesta en el fondo de su conducta una conciencia específica de su enfermedad.

4) En las últimas formas de la esquizofrenia y en los estados de demencia, el enfermo está sumergido en el mundo de su enfermedad. Sin embargo capta el universo que ha abandonado como una realidad lejana y velada. En este paisaje crepuscular, en el que las experiencias más reales —los acontecimientos, las palabras oídas, el medio ambiente— adoptan un carácter fantasmagórico, parece que el enfermo conserva aún un sentimiento oceánico de

su enfermedad. Está sumergido en el universo morboso, y tiene conciencia de estarlo, por lo que se puede suponer por el relato de pacientes curados, en la conciencia del sujeto se conserva siempre presente la impresión de que la realidad sólo la capta disfrazada, caricaturizada y metamorfoseada, en el sentido estricto del término, en el estilo del sueño. La Sra. Séchehaye, que curó a una joven esquizofrénica, recogió las impresiones que su paciente había experimentado en el curso de su episodio patológico: "Se diría, relata, que mi percepción del mundo me hacía sentir de un modo más agudo la rareza de las cosas. Cada objeto se recortaba como con un cuchillo del silencio y la inmensidad, destacándose en el vacío, en lo ilimitado, separado de los otros objetos. A fuerza de estar solo, sin relación con su alrededor, comenzaba a existir... Yo me sentía echada del mundo, fuera de la vida, espectadora de un film caótico que se desplegaba sin cesar ante mi vista y en el que yo no lograba participar." Y un poco más abajo agrega: "La gente se me aparece como en un sueño; ya no consigo distinguir su carácter particular." ³ La conciencia de la enfermedad no es entonces más que un inmenso sufrimiento moral frente a un mundo reconocido como tal por referencia implícita a una realidad que se ha vuelto inaccesible.

La enfermedad mental (cualesquiera que sean sus formas y grados de obnubilación que comporta) implica siempre una conciencia de enfermedad; el universo morboso no es un absoluto en el que se anulan las referencias a lo normal; por el contrario, la conciencia enferma se desarrolla siempre con una doble referencia para sí mis-

3 Séchehaye, *Journal d'une schizophrène*, págs. 50 y 56.

ma: lo normal y lo patológico, o lo familiar y lo extraño, o lo singular y lo universal, o bien la vigilia y el onirismo.

Pero esta conciencia enferma no se resume en la conciencia que tiene de su enfermedad; se dirige también a un mundo patológico cuyas estructuras debemos estudiar ahora, para completar el análisis noético con el análisis noemático.

1) Minkowski ha estudiado las perturbaciones en las formas temporales del mundo patológico. Particularmente analizó un caso de delirio paranoide en el cual el enfermo se siente amenazado por catástrofes que ninguna precaución puede conjurar: la inminencia se renueva a cada instante, y el hecho de que la desgracia temida no se haya producido jamás no puede probar que no se producirá durante los instantes siguientes. Ahora bien, la catástrofe que lo amenaza es morir aplastado por todo lo que es residuos, cadáver, detritus, desperdicios. Es fácil ver una relación significativa entre este contenido del delirio y el tema ansioso de la inminencia catastrófica: el temor a los "restos" manifiesta en el sujeto una incapacidad para concebir cómo una cosa puede desaparecer, cómo lo que ya no es más no puede estar aún. La acumulación del pasado ya no puede liquidarse para él; y correlativamente, el pasado y el presente no logran anticiparse al porvenir: ninguna seguridad adquirida puede garantizar contra las amenazas que contiene; en el futuro todo es absurdamente posible. Estos dos temas revelan en su entrelazamiento delirante una gran perturbación en la temporalidad; el tiempo no se proyecta ni transcurre; el pasado se amonтона; y el único porvenir que se abre no puede contener como promesas, más que el aplastamiento del presente

por la masa continuamente agrandada del pasado ⁴

Cada perturbación implica también una alteración específica del tiempo vivido. Binswanger, por ejemplo, ha definido como *Ideenflucht* la perturbación temporal de la existencia maníaca: por fragmentación, el tiempo se hace momentáneo y sin abertura sobre el pasado, y el futuro gira sobre sí mismo procediendo a veces de a saltos y a veces por repeticiones. Sobre este fondo la temporalidad así perturbada, debemos comprender la "fuga de ideas", con su alternancia característica de repeticiones temáticas y de asociaciones irregulares e ilógicas. El tiempo del esquizofrénico también es entrecortado, quebrado por la inminencia de lo Súbito y de lo Aterrorador, al que el enfermo sólo escapa gracias al mito de una eternidad vacía; la temporalidad del esquizofrénico se distribuye entre el tiempo fraccionado de la angustia y la eternidad sin forma ni contenido del delirio ⁵.

2) El espacio, como estructura del mundo vivenciado, puede prestarse a los mismos análisis.

A veces las distancias desaparecen, como para esos delirantes que reconocen aquí personas que están en otra parte, o los alucinados que escuchan sus voces no en el espacio objetivo en el que se sitúan las fuentes sonoras, sino en un espacio mítico, en una especie de cuasi-espacio en el que los ejes de referencia son fluidos y móviles: escuchan cerca de ellos, alrededor de ellos, en ellos, las voces de los perseguidores que, al mismo tiempo, sitúan del otro lado de los muros, mucho más allá de la

⁴ Minkowski, *Le temps vécu*.

⁵ Binswanger, "Der Fall Jurg Zund", *Schweizer Archiv f. Neurol.*, 1946.

ciudad y sus fronteras. Sustituye el espacio transparente en el que cada objeto tiene su lugar geográfico y las perspectivas se articulan por un espacio opaco en el que los objetos se mezclan, se acercan y se alejan con una movilidad inmediata, se desplazan sin movimiento y finalmente se fusionan en un horizonte sin perspectiva. Como dice Minkowski, "el espacio límpido" se esfuma en el "espacio oscuro", el del miedo y de la noche, o más bien se mezclan en el universo morbosos en lugar de dividirse, como en el mundo normal.

En otros casos, el espacio se hace insular y rígido. Los objetos pierden su índice de inserción, que señala también la posibilidad de utilizarlos; se ofrecen en una plenitud singular que los desliga de su contexto, y se afirman en su aislamiento, sin lazo real ni virtual con los otros objetos; las relaciones instrumentales han desaparecido. Roland Kuhn ha estudiado los delirios de "límites" en ciertos esquizofrénicos: la importancia dada a los límites, fronteras, muros, a todo lo que cerca, encierra y protege es función de la ausencia de unidad interna en la disposición de las cosas; en la medida en que éstas no "conservan" su unidad, es necesario protegerlas del exterior y mantenerlas en una unidad que no es la natural. Los objetos han perdido su cohesión, y el espacio, su coherencia. Como por ejemplo, en ese enfermo que dibujaba sin cesar el plano de una ciudad fantástica cuyas infinitas fortificaciones no protegían más que un conglomerado de edificios sin significación. El sentido de la "utilidad" desaparece del espacio; el mundo de los "Zuhan-

denen", como diría Heidegger, es para el enfermo nada más que un mundo de los "Vorhandenen".*

3) No sólo el medio espacio-temporal, el "Umwelt" está perturbado en sus estructuras existenciales por la enfermedad, sino también el "Mitwelt", el universo social y cultural. El "otro" deja de ser, para el enfermo, el compañero de un diálogo y el cooperador en una tarea; ya no se le presenta sobre el fondo de las implicaciones sociales, pierde su realidad de "socius" y se convierte, en ese universo despoblado, en el Extraño. El síndrome tan frecuente de la "anulación simbólica de los demás" se refiere a esta alteración radical: sentimiento de extrañeza ante el lenguaje, el sistema de expresión, el cuerpo de los demás; dificultad de llegar a la certidumbre de la existencia del otro; pesadez y alejamiento de un universo interhumano en el que las cosas expresadas coagulan, en el que las significaciones tienen la indiferencia maciza de las cosas, y en el que los símbolos adquieren la gravedad de los enigmas: es el mundo rígido del psicasténico y de la mayor parte de los esquizofrénicos. La enferma de la Sra. Séchehay describe uno de sus primeros sentimientos de irrealidad del siguiente modo: "Estaba en el Patronato: súbitamente la sala se volvió inmensa, como iluminada por una terrible claridad... Las alumnas y las maestras parecían marionetas que se movían sin sentido, sin finalidad... Escuchaba las conversaciones pero no comprendía las palabras. Las voces me parecían metálicas, sin tono y sin calidez. De tiempo en tiempo, una pala-

* *Zuhandenen*: En alemán "los entes al cuidado de"; *Vorhandenen*: "las cosas o entes"; *Mitwelt*: "ser-con"; *Umwelt*: "ser-en"; *Eigenwelt*: "mundo propio". (T.)

bra se destacaba del conjunto. Se repetía en mi cerebro como cortada con un cuchillo, absurda." La niña tiene miedo, la celadora interviene, la tranquiliza: "Me sonríe amablemente... Pero su sonrisa, en vez de tranquilizarme aumenta aún más mi angustia y mi confusión, porque vi sus dientes, que eran blancos y regulares. Esos dientes brillaban a la luz de la lámpara y enseguida, aunque seguían pareciéndose a sí mismos, ocuparon toda mi visión como si toda la sala no fuera más que dientes, bajo una claridad implacable"⁷.

Y en el otro polo de la patología está el mundo infinitamente fluido del delirio alucinatorio: el tumulto siempre renovado de los pseudorreconocimientos, en el que cada uno de los otros no es otro, sino el Otro importante, constantemente enfrentado, constantemente ahuyentado y vuelto a encontrar; presencia única de mil rostros: del hombre odiado que engaña y que mata, de la mujer devoradora que trama la gran conjuración de la muerte. Cada rostro, extraño o familiar, es sólo una máscara; cada conversación, clara u oscura, no oculta más que un sentido: la máscara del perseguidor y el sentido de la persecución.

Máscaras de la psicastenia, máscaras del delirio alucinatorio: en la monotonía de las primeras comienza a perderse la variedad de los rostros humanos; bajo los inúmeros perfiles de las segundas se encuentra, única, estable y cargada de un sentido implacable, la experiencia delirante del alucinado.

4) Finalmente, la enfermedad puede atacar al hombre en la esfera individual en la que se desarrolla la experien-

⁷ *Journal d'une schizophrène*, págs. 6 y 7.

cia de su propio cuerpo. Entonces el cuerpo deja de ser el centro de referencia alrededor del cual los caminos del mundo abren sus posibilidades. Se altera la presencia del cuerpo en el horizonte de la conciencia. A veces ésta se espesa hasta adquirir la pesadez y la inmovilidad de una cosa; se inclina a una objetividad en la cual la conciencia ya no puede reconocer *su cuerpo*; el sujeto se siente como un cadáver o como una máquina inerte, y todas sus pulsaciones emanan de una exterioridad misteriosa. Una enferma observada por Minkowski declaraba: "Día por medio mi cuerpo es duro como la madera. Hoy mi cuerpo es denso como ese muro; ayer tenía todo el tiempo la impresión de que era agua negra, más negra que esta chimenea... Todo es negro en mí, de un negro mohoso, como sucio... Mis dientes son del espesor de la pared de un cañón... Se diría que mi cuerpo es denso, fijo y resbaladizo como ese parquet"⁸.

A veces, la conciencia toda del cuerpo, con su espacialidad y esa densidad en la que se insertan las experiencias propioceptivas acaba por extenuarse hasta no ser más que conciencia de una vida incorpórea y delirante creencia en una existencia inmortal; el mundo del propio cuerpo, el "Eigenwelt", parece vaciado de su contenido, y esta vida, que es sólo conciencia de inmortalidad, se agota en una lenta muerte que ella misma prepara mediante el rechazo a todo alimento, a todo cuidado personal, a toda preocupación material. Binswanger observó a una enferma, Ellen West, en quien podemos encontrar esta perturbación del "Eigenwelt", y en quien vemos al mismo tiempo desligarse las formas de inserción en el mundo. Ya

8 Ajuriaguerra y Hécaen, *Les hallucinations corporelles*.

no reconoce este modo de existencia, que se orienta y se mueve en el mundo, según los caminos virtuales que están trazados en el espacio; ya no sabe estar "parada sobre tierra"; está aprisionada entre el deseo de volar, de planear en un júbilo etéreo, y el temor de ser cautiva de una tierra fangosa que la oprime y la paraliza. Entre la movilidad alegremente momentánea y la angustia que hunde, el espacio sólido y firme del movimiento corporal ha desaparecido: el mundo se ha vuelto "silencioso, glacial y muerto"; la enferma imagina su cuerpo como una fluidez grácil y etérea, cuya inconsistencia la libera de toda materialidad. Sobre este fondo se manifiesta la psicosis y se destacan los síntomas (temor de engordar, anorexia; indiferencia afectiva) que la llevarán a través de una evolución patológica de más de trece años hasta el suicidio⁹.

Podríamos estar tentados de reducir estos análisis a análisis históricos, y a preguntarnos si lo que llamamos universo del enfermo no es sólo un arbitrario corte de su historia, o al menos, el estado último en que culmina su devenir. En realidad, si Rudolf, un enfermo de Roland Kuhn, se quedó durante largas horas al lado del cadáver de su madre cuando era un niño pequeño e ignoraba la significación de la muerte, no fue esto la causa de su enfermedad: sus largos contactos con un cadáver han podido entrar en una comunidad de sentido con una necrofilia ulterior y finalmente con una tentativa de asesinato sólo en la medida en que se constituyó un mundo en el que la muerte, el cadáver, el cuerpo rígido y frío, la mirada

9 Binswanger, "Der Fall Ellen West", *Archiv. Schw. f. Neurol.*, 1945.

glauca tenían una ley y un sentido; fue necesario que este mundo de la muerte y de la noche tuviera un sitio privilegiado frente al mundo del día y de la vida, y que el paso de uno al otro, que anteriormente había provocado en él tantos asombros y tantas angustias, lo fascine aún hasta el punto que quiere forzarlo mediante el contacto con cadáveres y el asesinato de una mujer ¹⁰. El mundo patológico no se explica por la causalidad histórica (quiero decir la de la historia psicológica); ésta sólo es posible porque ese mundo existe, y posibilita la relación entre el efecto y la causa, lo anterior y lo ulterior.

Pero deberíamos preguntarnos acerca de esta noción de "mundo patológico" y lo que lo distingue del universo constituido por el hombre normal. Sin duda, el análisis fenomenológico rechaza una distinción *a priori* de lo normal y lo patológico: "La validez de las descripciones fenomenológicas no es limitada por un juicio sobre lo normal y la anormal." ¹¹ Pero lo morboso se manifiesta en el curso de la investigación como un carácter fundamental de este universo. En efecto es un mundo cuyas formas imaginarias, hasta oníricas, su opacidad a todas las perspectivas de la intersubjetividad, denuncian como un "mundo privado", como un ἴδιον κόσμον; y Binswanger recuerda, para la locura, las palabras de Heráclito acerca del sueño: "Los que están despiertos tienen un mundo único y común (ἕνα καὶ κοινὸν κόσμον); el que duerme se inclina hacia su propio mundo (εἰς ἴδιον ἀποστρεφθεῖσθαι)" ¹².

¹⁰ R. Kuhn, "Mordversuch eines depressiven Fetichister", *Monatschrift für Psychiatrie*, 1948.

¹¹ R. Kuhn, *ibíd.*

¹² Binswanger, "Traum und Existenz", *Neue Schweizer Rundschau*, 1930.

Pero esta existencia patológica está señalada, al mismo tiempo, por una forma muy especial de abandono del mundo: al perder las significaciones del universo, al perder su temporalidad fundamental, el sujeto aliena esta existencia en el mundo en el que estalla su libertad; no puede comprender el sentido y se abandona a los acontecimientos; en ese tiempo fragmentado y sin porvenir, en ese espacio sin coherencia vemos la señal de un derrumbe que abandona al sujeto al mundo como a un destino exterior. El proceso patológico es, como dice Binswanger, una "Verweltlichung". En esta unidad contradictoria de un mundo privado y de un abandono a la inautenticidad del mundo, se encuentra el nudo de la enfermedad. O, para emplear otro vocabulario, la enfermedad es a la vez retiro a la peor de las subjetividades y caída en la peor de las objetividades.

Pero aquí llegamos a una de las paradojas de la enfermedad mental que nos obliga a nuevas formas de análisis: si esta subjetividad del insano es al mismo tiempo vocación y abandono del mundo, ¿no es acaso al mundo mismo a quien debemos interrogar acerca del secreto de esta subjetividad enigmática? Después de haber explorado las dimensiones interiores, ¿no hemos sido obligatoriamente llevados a considerar sus condiciones exteriores y objetivas?

Segunda parte

LAS CONDICIONES DE LA ENFERMEDAD

INTRODUCCION

Los análisis precedentes han determinado las coordenadas por las cuales podemos situar lo patológico en el interior de la personalidad. Pero si bien nos han mostrado las formas de aparición de la enfermedad, no han podido demostrar sus condiciones de aparición. Sería un error creer que la evolución orgánica, la historia psicológica o la situación del hombre en el mundo pueda revelar esas condiciones. Sin duda, la enfermedad se manifiesta en ellas; sus modalidades, sus formas de expresión, su estilo, se despliegan en ellas. Pero el hecho patológico tiene sus raíces en otra parte.

Boutroux decía en su terminología, que las leyes psicológicas, hasta las más generales, son relativas a una "fase de la humanidad". Desde hace tiempo, un hecho es lugar común en la sociología y la patología mental: la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal. La enferma de Janet, que tenía visiones y que presentaba estigmas, habría sido, bajo otros cielos, una mística visionaria y taumaturga. El obsesivo que se mueve en el universo contagioso de las simpatías parece reencontrar en sus gestos propiciatorios las prácticas del hechicero primitivo: los ritos mediante los que rodea al objeto de su obsesión adquieren para nosotros un sentido morboso por la creencia en

el tabú, en el que el primitivo concilia normalmente las fuerzas equívocas y se asegura la complicidad peligrosamente favorable.

Sin embargo, esta relatividad del hecho morboso no es inmediatamente clara. Durkheim pensaba explicarla mediante una concepción evolucionista y estadística a la vez: en una sociedad, se considerarían patológicos los fenómenos que al alejarse de la media, señalan las etapas superadas de una evolución anterior, o anuncian las fases próximas de un acontecimiento que se prepara apenas. "Si convenimos en llamar tipo medio al ser esquemático que se constituiría reuniendo en un mismo todo, en una especie de universalidad abstracta, los caracteres más frecuentes de la especie..., podremos decir que todo alejamiento de este exponente de la salud es un fenómeno patológico"; y completa este punto de vista estadístico agregando: "Un hecho social no puede ser llamado normal por una sociedad determinada más que en relación a una fase igualmente determinada de su desarrollo" (*Reglas del método sociológico*).

A pesar de sus contenidos antropológicos muy distintos, la concepción de los psicólogos americanos no está muy distante de la perspectiva durkheimiana. Según Ruth Benedict,¹ cada cultura elige algunas de las virtualidades que forman la constelación antropológica del hombre: una cultura, como por ejemplo la de los kwakiutl, elige la exaltación del yo individual, mientras que la de los zuñi lo excluye totalmente; la agresión es una conducta privilegiada en los dobus, y reprimida entre los pueblo.

1 *Echantillons de civilisation.*

Entonces, cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia o reprime. Lowie, al estudiar a los indios crow, cita a uno que poseía un conocimiento excepcional de las formas culturales de su tribu; pero era incapaz de afrontar un peligro físico, y en esta forma de cultura que no ofrece posibilidades y no da valor más que a las conductas agresivas, sus virtudes intelectuales lo hacían tomar por un irresponsable, un incompetente y finalmente, un enfermo. "Así como se ven favorecidos, dice Benedict, aquellos cuyos reflejos naturales son muy cercanos al comportamiento que caracteriza a su sociedad, los que poseen reflejos naturales que caen dentro de un tipo de comportamiento que no existe en su civilización, se encuentran desorientados." La concepción de Durkheim y la de los psicólogos americanos tienen como rasgo común que encaran la enfermedad bajo un aspecto negativo y virtual al mismo tiempo. Negativo, porque la enfermedad es definida en relación a una media, a una norma, a un "pattern", que en ese alejamiento reside toda la esencia de lo patológico: la enfermedad sería marginal por naturaleza, y relativa a una cultura en la sola medida en que es una conducta que no se integra a ella. Virtual, porque el contenido de la enfermedad es definido por las posibilidades, en sí mismas no morbosas, que se manifiestan en ella: para Durkheim es la virtualidad estadística de un alejamiento de la media; para Benedict, es la virtualidad antropológica de la esencia humana; en los dos análisis, la enfermedad está ubicada entre las virtualidades que sirven de margen a la realidad cultural de un grupo social.

Indudablemente, esto es dejar de lado lo que hay de positivo y real en la enfermedad, tal cual se presenta en una sociedad. Hay, en efecto, enfermedades que son reconocidas como tales y que tienen en el interior del grupo *status* y *función*: en ese caso lo patológico ya no es más una simple desviación respecto del tipo cultural, es uno de los elementos y una de las manifestaciones de ese mismo tipo cultural. Dejemos de lado el caso célebre de los berdaches, entre los indios dakota de América del Norte: esos homosexuales tienen un *status* religioso de sacerdotes y hechiceros, una *función* económica de artesanos y maestros ligada a la particularidad de su conducta sexual. Pero nada parece indicar que haya en el grupo y respecto de ellos una clara conciencia de enfermedad. Por el contrario, encontramos esta conciencia ligada a instituciones sociales bien definidas. Según Callaway, éste es el modo en que uno se convierte en chamán entre los zulúes: "al principio" el que está por convertirse en chamán "es de apariencia robusta, pero con el tiempo se hace cada vez más delicado...; no deja de quejarse de que se siente mal... Sueña todo tipo de cosas y su cuerpo está barroso... Tiene convulsiones que se detienen por un tiempo cuando se lo salpica con agua. A la primera falta de consideración suelta unas lágrimas, y luego llora ruidosamente. Un hombre a punto de convertirse en adivino es una importante causa de preocupaciones." Por lo tanto, sería falso decir que las conductas características del chamán son virtualidades reconocidas y válidas entre los zulúes, y por el contrario calificadas de *hipocondría* o *histeria* entre los europeos. No sólo la conciencia de la enfermedad no es exclusiva del rol social, sino que la requiere. El grupo que denuncia y reconoce

a la enfermedad como tal, le confiere un status. Podríamos encontrar otros ejemplos en el rol que desempeñaban no hace mucho tiempo, en nuestra sociedad, el idiota del pueblo y los epilépticos.

Durkheim y los psicólogos americanos han hecho de la desviación y del alejamiento de la media, la naturaleza misma de la enfermedad por efecto de una ilusión cultural que les es común: nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que ella encierra y aparta o encierra; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo. Los análisis de nuestros psicólogos y de nuestros sociólogos, que hacen del enfermo un desviado y que buscan el origen de lo morboso en lo anormal son, ante todo, una proyección de temas culturales. En realidad, una sociedad se expresa positivamente en las enfermedades mentales que manifiestan sus miembros; cualquiera sea el status que otorga a sus formas patológicas: ya sea que las ubique en el centro de su vida religiosa, como sucede a menudo entre los primitivos, o que trate de expatriarlos situándolos en el exterior de la vida social, como lo hace nuestra cultura.

Ahora se plantean dos problemas: ¿cómo ha llegado nuestra cultura a dar a la enfermedad el sentido de la desviación, y al enfermo un status que lo excluye? ¿Y cómo, a pesar de eso, nuestra sociedad se expresa en estas formas patológicas, o se niega a reconocerse?

CAPITULO V

EL SENTIDO HISTORICO DE LA ALIENACION MENTAL

Sin duda, debemos buscar la forma primitiva de la alienación en esa posesión en la que se ha visto, desde la antigüedad, el signo mayor de la locura, la transformación del hombre en "otro" distinto; el *energoumenos* de los griegos, o el *mente captus* de los latinos es aquel en quien actúa o se debate una fuerza venida de no se sabe dónde. Este mismo "energúmeno" es recogido por la tradición cristiana para denunciar al demonio que lo habita y ahuyentar mediante la Palabra el espíritu impuro desencadenado en él. A partir de entonces lo demoníaco, desde siempre signo visible de lo oculto, se transforma en el mundo cristiano, en testigo del Verbo y de la Luz: el gadareno que vivía noche y día en los sepulcros, gritando y martirizándose con piedras; por orden de Jesús los demonios escaparon, "se vio al demoníaco sentado, vestido y en su sano juicio... Vete a tu casa, le dijo Jesús, ve con los tuyos, y cuéntales lo que el Señor te ha hecho y cómo se apiadó de ti" (Marcos V, 5-16). Durante siglos el poseído forma parte del universo cristiano. Es la presencia encarnada del demonio, y al mismo tiempo el instrumento de la gloria de Dios, el signo de su poder. Dios permite las posesiones, dice San Buenaventura, "con el fin de manifestar su gloria, ya sea por la punición del pecado, la corrección del pecador o para nuestra ins-

trucción". El endemoniado ilustra un combate eterno, y el pensamiento cristiano reconoce en él el drama del hombre aprisionado entre lo divino y lo satánico.

Es un drama concebido diversamente según las formas del pensamiento cristiano. Para Santo Tomás, la libertad es anterior a su alienación por el demonio posesor, y ella permanece irreductible, impenetrable para siempre; sólo en el cuerpo se deslizan los ángeles malos: *nostris corporibus illabuntur*; "impresionan a las facultades ligadas a nuestros órganos, pero la impresión no llega hasta la voluntad porque ésta no depende, ni en su ejercicio ni en su objeto, de un órgano corporal". De este modo se salva la libertad del poseído. Pero su cuerpo está condenado; y si el ángel posesor está aferrado sólo a la carne, si sólo agita, atormenta y revoluciona a la existencia animal, matar esta vida bestial y quemar ese cuerpo no es más que devolver al alma la pureza de su querer, liberarle del instrumento pervertido de su libertad; el fuego liberará al espíritu de su cuerpo poseído, se quemará al insano por su salvación. Después del Renacimiento, la posesión adquiere un nuevo sentido en el pensamiento cristiano. Ya no es más perversión del cuerpo que deja intacta la libertad del alma, sino posesión del espíritu por el espíritu, abolición de la libertad, mientras que la naturaleza, obra divina, permanece indiferente al tumulto del corazón. La libertad no está ahora resguardada más allá de la posesión sino la armonía de la naturaleza que se conserva a pesar de la locura; el orden de las cosas resiste con toda su disposición a los maléficos embates de los espíritus. "La esencia de la posesión, escribe el padre Surin a mediados del siglo XVII, consiste en una unión del diablo con el alma, gracias a la cual tiene derecho.

a actuar como si fuera el alma de la persona a quien posee. Pero la naturaleza humana limita su acción, de tiene su furia, su rabia y su maldad. Así como el rayo de sol es atenuado por el cristal y por el medio que de tiene su fuerza, sin impedir su actuación". Ahora ya no se trata de destruir el cuerpo, sino de evitar que sea el instrumento sin fuerza de un espíritu insano. En esta dirección se desarrollan en el siglo XVII las nuevas prácticas hospitalarias, en las que el "régimen de fuerza" no tiene el sentido del castigo sino de la salvaguardia.

Lo importante es que el cristianismo despoja a la enfermedad mental de su sentido humano y la ubica en el interior de su universo; la posesión arranca al hombre de la humanidad para liberarlo a lo demoníaco, pero lo mantiene en un mundo cristiano, en el que cada hombre puede reconocer su destino. La obra de los siglos XVIII y XIX es inversa: restituye a la enfermedad mental su sentido humano, pero aleja al enfermo mental del mundo de los hombres.

El siglo XVIII aporta una idea capital: que la locura no es una superposición de un mundo sobrenatural al orden de lo natural, un añadido demoníaco a la obra de Dios, sino sólo la desaparición de las facultades más altas del hombre: "La locura no es más que privación" dice la *Enciclopedia*; las alucinaciones y los delirios son los efectos naturales de la ilusión, del error, de la incapacidad de reconocer lo verdadero; hay locos que ignoran la "verdad física" (la verdad de las sensaciones): son los que oyen "conciertos de ángeles"; hay locos que ignoran la "verdad moral": en ellos encontramos todos "los de-

fectos del espíritu, todas las ilusiones del amor propio y todas las pasiones" (artículo "Locura", de la *Enciclopedia*). La ceguera se ha convertido en el rasgo principal de la locura; el insano ya no es un poseído; en todo caso, es un desposeído.

Desde entonces la locura forma parte de todas las debilidades humanas y la demencia es sólo una variación sobre el tema de los errores de los hombres. En 1793 Pinel libera a los encadenados de Bicêtre, y los deja vivir como a hombres. Cabanis, pensando que los errores del espíritu pueden iluminar su camino hacia la verdad, exige el estudio de las enfermedades mentales en la Facultad: "La historia y el tratamiento de la locura es una hermosa parte de la medicina; hechos bien elegidos de esta materia iluminarán singularmente el estudio del hombre" (*Informe sobre las Escuelas de Medicina*, año VII). Finalmente Esquirol pide justicia para aquellos de quienes Diderot decía que "no eran tal vez diferentes del resto de los hombres": "Exijo para los miembros más interesantes de la sociedad, víctimas casi siempre de los prejuicios, de la injusticia, de la ingratitud de sus semejantes. Son padres de familia, esposas fieles, comerciantes íntegros, hábiles artistas, guerreros valiosos para su patria, sabios distinguidos: son almas ardientes, orgullosas y sensibles." Y agrega: "¿Quién puede asegurar que no será tocado por una enfermedad que hace víctimas en todas las edades, en todos los rangos, en todas las condiciones?" Y sin embargo, de esta concepción humanista surgirá una práctica que excluye al enfermo de la sociedad de los hombres. Se ha abandonado la concepción demoníaca de la posesión, pero para llegar a una práctica inhumana de la alienación.

Si el demente no es más que un desposeído, ¿cuál es la facultad que perdió? El siglo XIX responde diciendo que es una de las más altas facultades del hombre, la facultad por la cual define la humanidad del hombre: la libertad, cuyas formas civiles y jurídicas son reconocidas a los hombres por la Declaración de los Derechos; el enfermo mental en el siglo XIX es el que ha perdido el uso de las libertades que le ha conferido la revolución burguesa.

La demanda de interdicción de la marquesa de Espart es muy significativa al respecto. El marqués, dice el texto, se ha vuelto incapaz de administrar sus bienes y de educar a sus hijos, "la anulación de su voluntad" ha dejado, en cierto modo, sin titular esos derechos de todo ciudadano, de todo padre de familia, que son garantizados al hombre. Además, la desfalleciente voluntad del enfermo es sustituida por la voluntad abusiva de un tercero que utiliza sus derechos en sus sitios y plazas; una mujer ejerce sobre el espíritu debilitado del marqués un imperio que "ninguna razón puede justificar, ni aun aquellas que la moral y la ley reprueban". El marqués está "alienado" puesto que otro en lugar suyo puede ejercer sus derechos, gozar de sus bienes, usar de sus privilegios; puesto que, en una palabra, otro lo ha sustituido como sujeto de derecho. Para evitar esta alienación de hecho el Código Penal ha previsto la Interdicción: el enfermo está sometido a la jurisprudencia de protección de los incapaces; es decir, que "en el interés de su persona, de su fortuna, de sus hijos", su capacidad jurídica se transmite a otros, consejo de familia y ecónomo. Para evitar una alienación de hecho se la sustituye por una alienación de derecho, que transmite a otro legalmente designado los dere-

chos que el enfermo ya no puede ejercer y de los que otro podría abusivamente apropiarse.

Esta transferencia de la personalidad social se vuelve a encontrar en una práctica jurídica más tardía, la de la internación voluntaria. Hasta 1838 se internaba de oficio a todos los "infortunados" que corrían el riesgo de "perturbar la tranquilidad pública" (de Essarts, *Diccionario de policía*). Pero el caso de los alienados que no alteraban el orden no estaba reglamentado. Para librar de ellos a sus familias se creó una "internación voluntaria" independiente de la voluntad explícita del enfermo, pero dependiente de la de la familia, considerada como su representante cuando es confirmada por el diagnóstico del médico. Es decir, que se sustituye la voluntad del sujeto por la voluntad, considerada como su equivalente, de su familia: se transfiere a otros los estrictos derechos de la libertad individual.

En otros términos, el siglo XVIII restituyó al enfermo mental su naturaleza humana, pero el siglo XIX lo privó de los derechos y del ejercicio de los derechos derivados de esta naturaleza. Ha hecho de él un "enajenado" puesto que transmite a otros el conjunto de capacidades que la sociedad reconoce y confiere a todo ciudadano; lo ha cercenado de la comunidad de los hombres en el momento mismo en que en teoría le reconocía la plenitud de su naturaleza humana. Lo ha ubicado en una humanidad abstracta despidiéndolo de la sociedad concreta: esta "abstracción" se realiza en la internación.

El destino del enfermo está fijado desde entonces por más de un siglo: está enajenado. Y esta alienación señala todas sus relaciones sociales, todas sus experiencias, todas las condiciones de su existencia; ya no puede reconocer-

se en su propia voluntad puesto que se le supone una que él no conoce: no encuentra en los otros más que extranjeros, puesto que él mismo es para ellos un extranjero; su libertad se ha convertido en el nudo de las coacciones que sufre. Por lo tanto, la alienación es para el enfermo mucho más que un status jurídico: una experiencia real, que se inscribe necesariamente en el hecho patológico. La antigua noción de posesión había constituido sin duda una parte de los delirios demoníacos. Las prácticas que cristalizan en torno a la noción de alienación quizás han desarrollado a su vez esas formas sintomáticas en las que el sujeto denuncia la confiscación de su voluntad y de su pensamiento, la influencia ejercida sobre él, los sentimientos de extrañeza que alejan de él en un mundo frío y absurdo, las significaciones humanas. Desde el sentimiento de irrealidad hasta las reacciones de indiferencia, pasando por la "anulación" de los demás, hay toda una serie de fenómenos patológicos cuyo origen podría ser denunciado en la situación de alienación en la que se encuentra todo enfermo mental. Es bien conocida la extensión que abarca el cuadro de la esquizofrenia, y la facilidad con la cual se reconocen en la actualidad signos esquizofrénicos en las psicosis y hasta en las neurosis: ruptura del contacto afectivo con la realidad, incapacidad del enfermo para una consonancia con el medio, indiferencia afectiva de las reacciones, ruptura de lazos vivos con el mundo y retirada en un autismo que absorbe toda la vida psicológica. Esta invasión de la esquizofrenia en todos los cuadros clínicos no es tal vez sólo una moda de la psiquiatría que se remonta a Bleuler, sino el efecto cada vez más acentuado de una alienación que marca al enfermo con todos los tabúes sociales; al

ponerlo entre paréntesis la sociedad signa al enfermo con estigmas en los que el psiquiatra leerá los signos de la esquizofrenia. En fin, al comenzar hemos demostrado que la enfermedad mental, en medida mucho mayor que la enfermedad orgánica involucra la totalidad del individuo; pero si parece embrollar de tal modo la personalidad toda, ¿no es en la medida en que la experiencia de la enfermedad está ligada a la experiencia de una alienación en la que el hombre pierde lo que hay de más humano en él? ¿No es porque la enfermedad mental lo desliga de esta comunidad humana sin la cual no sería un hombre, porque hace de él un extranjero, que la enfermedad parece destruir en su desastre las estructuras más sólidas de la personalidad? Podemos suponer que el día en que el enfermo no sufra más el sino de alienación, será más posible encarar la dialéctica de la enfermedad en una personalidad que sigue siendo humana.

Así es más o menos cómo llegó nuestra sociedad a dar al enfermo un status de exclusión. Ahora debemos responder a la segunda pregunta que planteábamos: ¿cómo se expresa esta sociedad, a pesar de todo, en el enfermo que ella denuncia como un extranjero? Aquí reside justamente la paradoja que ha enredado tan frecuentemente los análisis de la enfermedad: la sociedad no se reconoce en la enfermedad; el enfermo se siente a sí mismo como un extraño, y sin embargo no es posible darse cuenta de la experiencia patológica sin referirla a estructuras sociales, ni explicar las dimensiones psicológicas de la enfermedad de las que hablamos en la primera parte, sin ver en el medio humano del enfermo su condición real.

Decíamos que la enfermedad se sitúa en la evolución como una perturbación en su curso; por su aspecto regresivo, hace aparecer conductas infantiles o formas primitivas de la personalidad. Pero el evolucionismo está equivocado cuando ve en esas regresiones la esencia misma de lo patológico y su origen real. Si bien en las neurosis se manifiesta la regresión a la infancia, esto no es más que un efecto. Para que la conducta infantil sea considerada como un hecho patológico irreductible, es necesario que la sociedad instaure entre el presente y el pasado del individuo un umbral que no se puede ni se debe atravesar; es necesario que la cultura sólo integre el pasado obligándolo a desaparecer. Y nuestra cultura tiene esta característica. Cuando el siglo XVIII, con Rousseau y Pestalozzi, se preocupó por constituir para el niño un mundo a su medida, con reglas pedagógicas que sigan su desarrollo, permitió que se formara en torno a los niños un medio adulto. Toda la evolución de la pedagogía contemporánea, con el fin irreprochable de preservar al niño de los conflictos adultos, acentúa la distancia que separa, para un hombre, su vida de niño de su vida de hombre ya hecho. Es decir, que para ahorrarle conflictos al niño, lo expone a un conflicto mayor, a la contradicción entre su vida de niño y su vida real ¹. Si agregamos que una sociedad no proyecta directamente su realidad, con sus conflictos y sus contradicciones, en sus instituciones pedagógicas, sino que la refleja indirectamente a través de los mitos que la excusan, la justifican y la idealizan

1 La raíz de ese fenómeno descrito por Freud como fase de latencia, ligada a una mítica retracción de la libido, se encuentra tal vez en esta heterogeneidad y en el margen que separa esas dos formas de vida.

en una quimérica coherencia; si agregamos que una sociedad imagina su edad de oro en su pedagogía (pensar en las de Platón, de Rousseau, en la institución republicana de Durkheim, en el naturalismo pedagógico de la República de Weimar), se comprende que las fijaciones o las regresiones patológicas sólo son posibles en cierta cultura; que se multiplican a medida que las formas sociales no permiten liquidar el pasado y asimilarlo al contenido actual de la experiencia. Las neurosis de regresión no manifiestan la naturaleza neurótica de la infancia, pero denuncian el carácter primitivo de las instituciones pedagógicas. Lo que se encuentra en la base de esas formas patológicas es el conflicto en el seno de una sociedad, entre las formas de educación del niño en las que ella oculta sus sueños, y las condiciones que brinda a los adultos, donde se encuentran, por el contrario, su presente real, sus miserias. Podríamos decir otro tanto de la evolución social: los delirios religiosos con sus sistemas de groseras aseveraciones y el mágico horizonte que siempre implican, se ofrecen como regresiones individuales en relación a la evolución social. La religión no es por naturaleza delirante, ni el individuo reencuentra, más allá de la religión actual, sus orígenes psicológicos más dudosos. Pero el delirio religioso aparece en función de la laicización de la cultura: la religión puede ser objeto de una fe delirante en la medida en que la cultura de un grupo no permite asimilar las creencias religiosas o místicas al contenido actual de la experiencia. Este conflicto y la exigencia de superarlo producen los delirios mesiánicos, la experiencia alucinatoria de las apariciones y las evidencias del llamado fulminante que restauran en el universo de la locura, la unidad desgarrada en el mundo

real. El verdadero fundamento de las regresiones psicológicas es por lo tanto un conflicto de las estructuras sociales, señaladas con un índice cronológico que denuncia sus diversos orígenes históricos.

La historia individual, con sus traumatismos y sus mecanismos de defensa, sobre todo con la angustia que la acosa, nos había parecido que formaba otra de las dimensiones psicológicas de la enfermedad. El psicoanálisis ha ubicado en el origen de esos conflictos un debate "metapsicológico", en las fronteras de la mitología ("los instintos son nuestros mitos" decía Freud mismo), entre el instinto de vida y el instinto de muerte, entre el placer y la repetición, entre Eros y Thánatos. Pero esto es erigir en principio de solución los datos mismos del problema. Si la enfermedad encuentra una forma privilegiada de expresión en este entrelazamiento de conductas contradictorias, no es porque los elementos de la contradicción se yuxtaponen como una naturaleza paradójica en el inconsciente humano, sino porque el hombre hace una experiencia contradictoria del hombre. Las relaciones sociales que determina la economía actual bajo las formas de la competencia, de la explotación, de guerras imperialistas y de luchas de clases ofrecen al hombre una experiencia de su medio humano acosada sin cesar por la contradicción. La explotación, que lo aliena en un objeto económico, lo liga a los otros pero mediante los lazos negativos de la dependencia; las leyes sociales que lo unen a sus semejantes en un mismo destino, lo oponen a ellos en una lucha que, paradójicamente, no es más que la forma dialéctica de esas leyes; la universalidad de las estructuras económicas le permiten reconocer en el mundo una patria, y captar una significación común

en la mirada de todo hombre, pero esta significación puede ser la de la hostilidad, y esta patria puede denunciarlo como extranjero. El hombre se ha convertido para el hombre, tanto en el rostro de su propia verdad como en la eventualidad de su muerte. No puede encontrar de pronto el status fraternal en el que sus relaciones sociales encontrarán estabilidad y coherencia: los demás se ofrecen siempre en una experiencia que la dialéctica de la vida y de la muerte hace precaria y peligrosa. El complejo de Edipo, nudo de las ambivalencias familiares, es como la versión reducida de esta contradicción: el niño no trae este odio amoroso que lo liga a sus padres como un equívoco de sus instintos: lo encuentra en el universo adulto, especificado por la actitud de los padres que descubren implícitamente en su propia conducta el tema hegeliano (la vida de los hijos es la muerte de los padres). No es por azar que Freud, reflexionando sobre las neurosis de guerra, descubrió como compañero del instinto de vida, en el que se expresaba el viejo optimismo burgués del siglo XIX, un instinto de muerte que introdujo por primera vez en la psicología la fuerza de lo negativo. Freud quería explicar la guerra; pero es la guerra la que explica este giro del pensamiento freudiano. En esa época el capitalismo hacía de un modo bastante claro para sí mismo, la experiencia de sus propias contradicciones: había que renunciar al viejo tema de la solidaridad y admitir que el hombre podía y debía hacer del hombre una experiencia negativa, vivida en forma de odio y de agresión. Los psicólogos han dado a esta experiencia el nombre de ambivalencia y han visto allí un conflicto de instintos. En realidad, su origen está en la contradicción de las relaciones sociales.

Finalmente, los fenómenos patológicos nos parecieron designar en su convergencia una estructura singular del mundo patológico: y ese mundo ofrecería al examen del fenomenólogo la paradoja de ser a la vez el "mundo privado", el "ἴδιος κόσμος" en el que el enfermo se retira para una existencia arbitraria de fantasía y de delirio y, al mismo tiempo, el universo de sujeción al que se consagra en forma de abandono; en esta proyección contradictoria estaría la esencia de la enfermedad. Pero esta paradoja patológica es sólo secundaria en relación a la contradicción real que la suscita. El determinismo que la sustenta no es la causalidad mágica de una conciencia fascinada por su mundo, sino la causalidad efectiva de un universo que no puede por sí mismo ofrecer una solución a las contradicciones que ha hecho nacer. Si el mundo proyectado en la fantasía de un delirio aprisiona la conciencia que lo proyecta, no es que ella se englute a sí misma, no es que se despoje de sus posibilidades de ser; es sólo que el mundo, al alienarle su libertad, la había consagrado a la locura. Al abrirse a un mundo delirante, la conciencia morbosa no se relaciona mediante una sujeción imaginaria, pero al sufrir la opresión real se escapa a un mundo mórbido en el que reencuentra pero sin reconocerla, la misma opresión real: porque la realidad no se supera escapando de ella. El ejemplo de la esquizofrenia es probatorio: se habla mucho de la esquizofrenia contemporánea relacionada con el universo de la máquina y con el desdibujamiento de las relaciones afectivas directas entre los hombres. Esta relación no es falsa sin duda, y no es casual que el mundo patológico tome tan a menudo en la actualidad la forma de un mundo en el que la racionalidad mecanicista excluye la es-

pontaneidad gozosa y continua de la vida afectiva. Pero sería absurdo decir que el hombre contemporáneo mecaniza su universo porque proyecta un universo esquizofrénico en el que se pierde; es falso también pretender que es esquizofrénico porque éste es para él el único medio de escapar a la opresión de su mundo real. En realidad, cuando el hombre permanece extraño a su propia técnica, cuando no puede reconocer significación humana y viva en las producciones de su actividad, cuando las determinaciones económicas y sociales lo oprimen sin que pueda encontrar su patria en ese mundo, entonces vive un conflicto que hace posible el síndrome esquizofrénico; extranjero en el mundo real, es relegado a un "mundo privado" que ya no puede garantizar ninguna objetividad; sometido, sin embargo, a la opresión de ese mundo real, experimenta ese universo del cual escapa, como un destino. El mundo contemporáneo hace posible la esquizofrenia no porque sus técnicas lo hacen inhumano y abstracto, sino porque el hombre utiliza esas técnicas de tal modo que el hombre mismo ya no se puede reconocer. Sólo el conflicto real de las condiciones de existencia puede dar cuenta de la estructura paradójica del mundo esquizofrénico.

En resumen, podemos decir que las dimensiones psicológicas de la enfermedad no pueden ser encaradas como autónomas sin la ayuda de algunos sofismas. Es verdad que podemos ubicar la enfermedad mental en relación a la evolución humana, en relación a las formas de existencia. Pero no debemos confundir estos diversos aspectos de la enfermedad con sus orígenes reales salvo que queramos recurrir a explicaciones míticas, como la evolución de las estructuras psicológicas o la teoría de los

instintos, o una antropología existencial. En realidad, sólo en la historia podemos descubrir las condiciones de posibilidades de las estructuras psicológicas; y para esquematizar todo lo que acabamos de decir, podemos admitir que la enfermedad implica en las condiciones actuales, aspectos regresivos, porque nuestra sociedad ya no sabe reconocerse en su propio pasado, aspectos de ambivalencia conflictual, porque no se puede reconocer en su presente; que implica, finalmente, la eclosión de los mundos patológicos, porque aún no puede reconocer el sentido de su actividad y de su porvenir.

CAPITULO VI

LA PSICOLOGIA DEL CONFLICTO

La contradicción en la experiencia que el individuo hace de su medio no agota la realidad de la enfermedad mental. Primero, por la razón evidente que no todo individuo que vive esas contradicciones está enfermo; y que ellas pueden estar en el nivel de las estructuras sociales, sin tomar realidad en la vida psicológica del sujeto. En segundo lugar, aun cuando esas contradicciones encuentran status en la vida psicológica del individuo, este status no es obligadamente el de la enfermedad; por el contrario, la toma de conciencia de una contradicción la hace penetrar en la vida psicológica, pero previniendo las implicaciones patológicas; prueba de esto es sin duda el hecho de que los enfermos mentales nunca son menos frecuentes (al menos en las formas que requieren internación o intervención médica) que durante los períodos de guerra ¹. Por lo tanto, la enfermedad se sitúa específicamente entre la contradicción en las estructuras de la experiencia social y la conciencia lúcida de esta contradicción: se inserta en esta zona en la que

1 El número de internaciones en los asilos del Sena disminuyó en un 40 por ciento durante la última guerra: en los años siguientes alcanzó y superó el nivel anterior.

la contradicción no es aún vivida conscientemente sino sólo en las formas del conflicto.

Por lo tanto, la enfermedad exige dos tipos de condiciones: las condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos psicológicos en las contradicciones reales del medio; y las condiciones psicológicas que transforman el contenido conflictual de la experiencia en forma de conflicto de la reacción. Lo que ahora debemos estudiar es este pasaje de la contradicción histórica a la contradicción patológica.

La fisiología de Pavlov constituye, en gran parte, un estudio experimental del conflicto.

La reflexología ha demostrado que toda actividad del sistema nervioso implica a la vez la unidad y la oposición de dos procesos: la excitación y la inhibición. En un animal se puede provocar, por ejemplo, una reacción salival, al unir al excitante absoluto (el alimento), una excitación en un punto determinado del cuerpo. Ahora bien, en ese momento podemos obtener el mismo resultado aplicando el excitante sobre un punto relativamente alejado del precedente; hay entonces toda una región del cuerpo que es reflexógena; el proceso de condicionamiento se difundió sobre todo un sector del organismo, de sus estructuras nerviosas y de la corteza que las gobierna. Pero si volvemos a colocar el excitante sobre el punto inicial, la zona reflexógena decrece, disminuye y se estabiliza finalmente en la zona inmediatamente próxima al punto excitado. Hay más aún: las regiones que en un momento dado fueron alcanzadas por la difusión de la excitación se vuelven refractarias al condicionamiento. En el borde de la zona de excitación hay una región de inhibición que la limita y que rechaza progresivamente

la difusión. El conjunto espacial de las estructuras nerviosas es, por lo tanto, un complejo conjunto de zonas de excitación y de zonas de inhibición, ligadas y opuestas las unas a las otras. Sucede lo mismo para su conjunto temporal: si no se apoya un excitante condicional, como la luz, con el excitante absoluto (el alimento) en el reflejo de la salivación, la relación desaparece y el reflejo se extingue; si queremos entonces instaurar en esa misma región un reflejo del mismo tipo, encontramos a esta zona refractaria al condicionamiento; al período de excitación sucede una fase de inhibición que es como su límite temporal.

Por lo tanto, el sistema nervioso se presenta en su totalidad como una unidad en la que se equilibran los procesos inversos de excitación y de inhibición; cada núcleo de excitación está determinado y mantenido por una franja de inhibición; cada fase de excitación está limitada por una fase de inhibición que la sucede. Las formas de la actividad del sistema nervioso constituyen conjuntos que se individualizan en su estructura espacial y en su desarrollo temporal; la dialéctica interna de la excitación y de la inhibición les brinda una cohesión que permite analizarlas aisladamente como estructuras coherentes de actividad, sin destruir jamás la unidad funcional del organismo. Pavlov llama estereotipias dinámicas a las más amplias y estables de esas estructuras, las que determinan la actividad global del individuo.

Pero lo más notable es la relación interna que une a la excitación con la inhibición. No se trata de dos procesos opuestos el uno al otro, y que una exterioridad total haría irreductibles; el uno sólo existe en función del otro, y la reciprocidad de su acción es completa: su

localización espacial, su determinación temporal, la intensidad de su dinamismo no deben analizarse aisladamente; tenemos que hacer una interpretación única de ellos, como de dos términos ligados por su oposición. La unidad de este proceso, que Pavlov llamaba la inducción recíproca, es rigurosamente dialéctica.

Ahora bien: esos principios del funcionamiento normal del sistema nervioso se encuentran igualmente en el origen de las formas patológicas de su actividad, de cuatro maneras distintas.

1) *Los núcleos patológicos.*— Supongamos una fuerte excitación de un centro del sistema nervioso superior; por la "inducción recíproca" necesariamente va acompañada de la inhibición de las regiones que lo rodean. De un modo más preciso, si los centros reguladores de la vida vegetativa y emocional (los centros subcorticales) son sometidos a violentas excitaciones, los centros corticales de la actividad voluntaria y representativa serán sometidos, a causa de la reciprocidad, a una gran inhibición. Se produce entonces un bloqueo y un refuerzo correlativo de la inhibición y de la excitación, que en lugar de atenuarse y liquidarse progresivamente, se mantienen y por un proceso circular constituyen núcleos de actividad permanente. Esto es lo que se produce en todos los síndromes psiquiátricos, en los que las actividades conscientes están obstruidas y obnubiladas, mientras dominan los tipos de reacción emocional (crisis de histeria, episodios oníricos, confusión mental). Por el contrario, las zonas corticales y especialmente las áreas pre-

frontales pueden ser excitadas de tal modo que los centros subcorticales estén sometidos a una inhibición reforzada; entonces se dibujan los síndromes comunes a la psicastenia, a la neurosis obsesiva y a ciertas formas de esquizofrenia: preeminencia de los núcleos representativos (ideas fijas, temas delirantes) y desarrollo de conductas simbólicas y verbales (ritos obsesivos, monólogos y rumiar de los psicasténicos, construcción de un vocabulario y de una sintaxis que encierran al esquizofrénico en un mundo verbal inaccesible).

Por lo tanto, puede haber enfermedad por la existencia de núcleos patológicos; es decir, por el aislamiento de zonas que se mantienen las unas en estado de hiperactividad y las otras en estado de sueño y de silencio.

2) *La inercia patológica*.— El aislamiento espacial de los núcleos patológicos está ligado a la rigidez temporal de las estructuras. Los procesos de excitación y de inhibición han perdido su plasticidad; se distribuyen en regiones diferentes y por lo mismo, la inducción que los refuerza recíprocamente excluye la posibilidad de que se reemplacen o se sucedan. Se bloquean uno contra el otro y las zonas en las que están así fijados permanecen inertes y rígidas. De donde se explican las persistencias segmentarias que caracterizan tan frecuentemente las conductas patológicas. Hay pruebas experimentales de esta inercia patológica: Doline y Zvorobskaiã provocan en un animal un estado febril mediante la inyección de dinitrofenol; en otro, un estado cataléptico por inyección de bulbocapnina. Después de un cierto número de repeticiones se alterna; pero el resultado permanece inalterado: la bulbocapnina provoca en el primero una temperatura

oscilante; y en el segundo el dinitrofenol produce un estado cataléptico con flexibilidad cérea, característica de las intoxicaciones con bulbocapnina. En cada animal se ha instaurado un estereotipo de respuesta orgánica que se desencadena en forma rígida e inmutable, cualquiera que sea la naturaleza del excitante absoluto.

Esta particularidad funcional explica el conjunto de esos fenómenos que se presentan como repeticiones patológicas: arrebatos motores que surcan, por intervalos, la conducta del histérico; iteraciones emocionales de la neurosis de angustia, en las que el enfermo revive un traumatismo con su contexto ansioso y su decorado imaginario; rigidez de la conducta obsesiva y paranoica, con la valoración estereotipada de ciertos conjuntos representativos que constituyen el temor fundamental del obsesivo o el núcleo delirante del paranoico.

La inercia patológica está ligada funcionalmente al aislamiento de los núcleos patógenos: cuanto más fuerte es la excitación en un punto determinado de la corteza, la inhibición que la localiza es más profunda, y más rígida la figura estructural de la actividad nerviosa. Y las variadas formas de esta rigidez deben relacionarse con la diversidad de las zonas de excitación y de inhibición: si la repetición angustiada del traumatismo corresponde al raptus, a la violencia, y la rigidez obsesiva a la duda y al escrúpulo, es porque la zona de excitación es subcortical en el caso de la neurosis de angustia, y cortical, en cambio, en la obsesión.

3) *Los fenómenos paradójales.*— La inercia caracteriza a la actividad de las zonas patológicamente excitadas. Por otra parte, ¿qué pasa en los sectores en los que la ac-

tividad está inhibida? Tomemos el caso límite de una inhibición generalizada. Podemos provocarla experimentalmente en un animal mediante una serie de estimulaciones contradictorias: después de haber diferenciado dos ritmos vecinos de excitación cutánea, uno como excitante del reflejo salival y el otro como inhibidor, se los aplica alternativamente en una sucesión muy rápida.² Se instala entonces un estado patológico cuyo síndrome mayor es la desaparición o el debilitamiento de todos los reflejos condicionados positivos. En el período que sigue a esta desaparición podemos distinguir varias fases que marcan las etapas sucesivas de la curación. En un primer estadio los excitantes positivos tienen un efecto inhibitor, y los excitantes negativos suscitan reacciones positivas: esta inversión radical del sistema de excitación-inhibición fue llamado por Pavlov la fase "ultraparadojal". En el período siguiente, contrariamente al principio de la proporcionalidad cuantitativa, en el estado normal, entre la respuesta y el estímulo, los estímulos débiles provocan efectos considerables y las estimulaciones fuertes, efectos casi insensibles: es la fase paradojal, que perturba no ya la naturaleza de la relación estímulo-respuesta, sino la intensidad de esta relación. Finalmente, el último estadio de este estado patológico que precede inmediatamente al retorno al estado normal, es el estadio "de equilibrio" en el que todas las excitaciones provocan una reacción igual, comparable a la de un excitante enérgico en el estado normal.

En el conjunto de estos fenómenos "paradojales" podemos encontrar el principio funcional que explica mu-

2 Experiencia de Razenkov.

chos comportamientos patológicos. Uno de los datos de la experiencia clínica consiste en la impenetrabilidad de la enfermedad, en el sentido de que el enfermo es insensible a las experiencias que contradicen su delirio, que futilizan su temor obsesivo, o dejan sin contenido a su ansiedad de melancólico; y también en el sentido de que el conjunto de esas conductas patológicas revela una monotonía común (a pesar de todas sus diferencias) al deprimido y al maníaco, al esquizofrénico pobre y estereotipado y al paranoico exuberante que tiene un delirio polimorfo; cualquiera que sea la situación en que se encuentre, el tipo de respuestas del enfermo es el mismo; el tono de sus reacciones se mantiene —alto en el maníaco, bajo en el deprimido— en las circunstancias más familiares o en las más extraordinarias o urgentes; el sentido de las respuestas es independiente de las situaciones que las han motivado. Y la impresión que da el enfermo, de estar encerrado en su enfermedad, de ser “incorregible” como dicen los alemanes a propósito de los delirios, se debe sin duda a la indiferencia de las respuestas, que se mantienen extrañas a las determinaciones del medio. Este es un efecto de la indiferencia funcional, que caracteriza la fase “de equilibrio” observable en las inhibiciones experimentales.

Del mismo modo, encontraremos en la fase “paradojal” el principio de explicación funcional que da cuenta de las formas contradictorias de la conducta patológica. Uno de los aspectos de la inadaptación mórbida reside en la inversión de los valores cualitativos de la simulación: es la discordancia esquizofrénica, con su ironía a destiempo, sus respuestas al margen, sus negativismos que se des-

criben como la ruptura de un mítico "contacto con la realidad"; en el *obsesivo*, es el *ritualismo*, la *prioridad de lo minúsculo sobre lo esencial*, la *preocupación excesiva por la forma*; en el *delirante*, es la *fulminante evidencia que lo ilumina a través de los signos normalmente muy dudosos, oscuros y equívocos*. En resumen, esa existencia que nos parece "insensata" porque su sentido es como el negativo del nuestro, ¿no designa acaso una perturbación funcional cuya manifestación más sucinta se encuentra en la fase "paradojal" que en el animal de experiencia invierte la relación cualitativa del estímulo y la respuesta?

Finalmente, los mecanismos de la fase *ultraparadojal* pueden servir de principio de explicación para esos fenómenos centrales de la enfermedad mental que son la *ambivalencia* y la *inversión patológica*. El *paranoico*, en un solo movimiento de su pasión, ama y detesta, desea poseer y matar; el *psicasténico* se siente visto, observado, espiado, atravesado por la mirada de los demás en el mismo momento en que quiere escapar a la influencia de los otros, en que quiere crear conductas secretas y sentar su independencia; el *esquizofrénico* vive en una ambivalencia cuya contradicción desafía el lenguaje, y lo obliga a modos de expresión que le son absolutamente específicos (neologismos, palabras contaminadas, mímicas descritas como el "amaneramiento" esquizofrénico). La yuxtaposición de conductas contradictorias en respuesta a una misma situación puede sin duda explicarse por la radical inversión de las estereotipias funcionales: el estímulo excitante se convierte en inhibido y viceversa; y la puesta en marcha de los segmentos funcionales está en completa contradicción con la situación que la provoca. Esta es la característica de la fase *ultraparadojal*.

4) *Las reacciones de defensa.*—Queda en pie un problema: cómo y por qué se ha instalado este estado de inhibición sobre cuya base aparecen los fenómenos patológicos como la localización de focos, la inercia de las respuestas y las reacciones paradójales. Un hecho conocido en la patología clásica aclara el papel de la inhibición: hay esquizofrénicos que evolucionan poco a poco hacia un estado catatónico que se caracteriza por la casi inmovilidad del sujeto, una insensibilidad casi total a las sollicitaciones del medio, una inercia muscular que mantiene el cuerpo en las actitudes en que se lo coloca, y en la mayoría de los casos un fondo psíquico cercano al onirismo. Ahora bien: la catatonía es un buen pronóstico en la evolución de la esquizofrenia, y a veces se ven enfermos que al cabo de varios años salen de su estado catatónico considerablemente mejorados. La catatonía es uno de los más manifiestos ejemplos de inhibición generalizada, y el pronóstico favorable que implica muestra la significación de la inhibición: es esencialmente un mecanismo de defensa y de recuperación; según Pavlov corresponde al proceso de asimilación de la célula nerviosa, mientras que la excitación corresponde al gasto y a la desasimilación.

Podemos decir en conclusión, que en el momento en que las condiciones del medio ya no permiten la actividad normal del sistema nervioso, y que las contradicciones a las que está sometido el individuo ya no permiten la dialéctica normal de la excitación y de la inhibición, se instala una inhibición de defensa. Esta inhibición de defensa explica los mecanismos de la enfermedad: porque la inhibición se encuentra así reforzada, se localizan los puntos de excitación creando los núcleos patológicos;

porque su dinamismo está acentuado, las reacciones positivas están fijadas en una rigidez que excluye toda plasticidad y toda adaptación; finalmente, porque su extensión se generaliza sin cesar, constituye un fondo de inhibición difusa en la superficie del cual se producen los fenómenos paradójales.

La enfermedad es por lo tanto una de las formas de la defensa. Pero, ¿en qué condiciones se produce y qué mecanismos especifican esta defensa como una enfermedad? En efecto, no toda situación de conflicto suscita la defensa patológica. Podemos condicionar a un animal a un excitante sonoro con cierto ritmo por ejemplo; se yuxtapone un ritmo vecino que no está nunca reforzado por el excitante absoluto; el animal comienza a confundir los ritmos, y responde negativamente o positivamente a uno tanto como al otro: está en una situación de conflicto. Pero diferencia progresivamente los dos excitantes según sus ritmos; uno toma definitivamente el valor positivo y el otro el negativo y se convierte en inhibidor. Por la diferenciación, es decir, por un juego más fino de la inhibición y la excitación, las condiciones de la respuesta adaptada se han precisado y cesa el conflicto. Del mismo modo, cuando se transforma un agente excitante en agente inhibidor, se instala una situación de conflicto que hace aparecer indiferentemente las respuestas positivas y negativas. Pero poco a poco todas las respuestas positivas son inhibidas y por una diferenciación temporal el excitante positivo toma el valor de estimulación negativa. Hay, por lo tanto, una respuesta adaptada al conflicto cuando una diferenciación funcional permite una reacción individualizada a cada término o a cada fase de

la situación conflictual; o en otros términos, cuando la dialéctica del organismo puede constituirse en función de la dialéctica de sus condiciones de existencia, y reconocerse en ella.

Cuando, por el contrario, el conflicto se presenta con un carácter de contradicción tan absoluta, o cuando las posibilidades del individuo están tan restringidas que la diferenciación no se puede efectuar, el individuo no puede defenderse más que colocándose fuera de circuito, respondiendo con una inhibición generalizada.

Hay enfermedad cuando el conflicto, en vez de llevar a una diferenciación en la respuesta provoca una reacción difusa de defensa; en otros términos, cuando el individuo no puede gobernar, a nivel de sus reacciones, las contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo no puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia.

Es decir, en otros términos, que está alienado; ya no en el sentido clásico (que es extraño a la naturaleza humana, como decían los médicos y juristas del siglo XIX), sino en el sentido de que el enfermo ya no puede reconocerse en tanto que hombre en las condiciones de existencia que el hombre mismo ha instituido. Con este nuevo contenido la alienación ya no es una aberración psicológica sino que se define por un momento histórico: sólo en él se ha hecho posible.

CONCLUSION

La patología clásica admite de buen grado que el primer hecho está en el *anormal* en estado puro; que el anormal cristaliza en torno a sí las conductas patológicas cuyo conjunto forma la *enfermedad*, y la alteración de la personalidad que resulta de ello constituye la alienación. Si lo que acabamos de exponer en el capítulo precedente es exacto, habría que invertir el orden de los términos, y partir de la alienación como situación originaria para descubrir luego la enfermedad y definir en último término al anormal.

1) *Alienación histórica y alienación psicológica.*— Por lo tanto, no se está alienado porque se está enfermo, sino que en la medida en que se está alienado, se está enfermo. De todos modos, ¿esto no es contradecir lo que decíamos sobre la historia de la alienación? ¿La alienación no surgió acaso como una noción abstracta de las prácticas jurídicas y médicas que conciernen al enfermo desde el siglo XIX? ¿La alienación no es como una superestructura en relación con la enfermedad? En realidad, porque la alienación histórica es la condición primera de la enfermedad, se ha hecho de la alienación psicológica y jurídica la sanción de la enfermedad. En una sociedad como la nuestra el demente se muestra,

en efecto, como una contradicción viva, y con toda la violencia de un insulto. La revolución burguesa ha definido la humanidad del hombre por una libertad teórica y una igualdad abstracta. Y el enfermo mental se erige en sujeto de escándalo: es la demostración de que el hombre concreto no es enteramente definido por el sistema de derechos abstractos que le son reconocidos teóricamente, puesto que ese sistema no da cabida a esta eventualidad humana que es la enfermedad, y que para los enfermos mentales la libertad es vana y la igualdad no tiene significado; por otra parte, es la prueba de que en su vida real de hombre libre, de ciudadano igual a todos los otros, el hombre puede encontrar condiciones que supriman efectivamente esta libertad y esta igualdad; que puede encontrarse en situaciones que aten su libertad y que lo aíslen para siempre de la comunidad de los hombres. Demuestra que la sociedad burguesa, por los mismos conflictos que han hecho posible su enfermedad, no está hecha a la medida del hombre real; que es abstracta en relación al hombre concreto y a sus condiciones de existencia; que continuamente pone en conflicto la idea unitaria que se hace del hombre y el status contradictorio que le otorga. El enfermo mental es la apoteosis de este conflicto. Y si por el mito de la alienación mental, se lo expulsa a los límites exteriores de la ciudad, es para no ver en él la escandalosa expresión de sus contradicciones, que han hecho posible su enfermedad, y que constituyen la realidad misma de la alienación social. Si se ha hecho de la alienación psicológica la consecuencia última de la enfermedad, es para no ver la enfermedad en lo que realmente es: la consecuencia de las contradicciones sociales en las que el hombre está históricamente alienado.

2) *Lo normal y lo patológico.*— Al hacer de la alienación social la condición de la enfermedad, disipamos de un solo golpe el mito de la alienación psicológica que haría del enfermo un extranjero en su propio país; escapamos también a los temas clásicos de una personalidad alterada, de una mentalidad heterogénea y de mecanismos específicamente patológicos. El análisis funcional que propone la fisiología pavloviana permite, en efecto, definir los procesos de la enfermedad en los mismos términos que la adaptación normal: los mecanismos de la excitación y de la inhibición, de la inducción recíproca, de la reacción de defensa son comunes a todos los análisis de la conducta normal y patológica. Los procesos mórbidos están en el mismo plano que las reacciones normales; "Es imposible examinar los procesos patológicos separadamente de los procesos normales, cuyos mecanismos básicos son los mismos"¹.

La enfermedad está constituida por la misma trama funcional que la adaptación normal; por lo tanto, no podemos definirla a partir de lo anormal, como lo hace la patología clásica; por el contrario, la enfermedad hace posible lo anormal y lo fundamenta: las reacciones "paradojales" y la inversión del valor positivo de la excitación en valor negativo de la reacción son efectivamente, en un sentido, fenómenos anormales; pero no se ofrecen jamás si no es sobre una base de inhibición que representa la reacción de defensa, y la forma primaria de la enfermedad. Lo anormal, lejos de ser el núcleo elemental, es una consecuencia de lo patológico. Por lo tanto, tratar de definir la enfermedad a partir de una distin-

1 Bykov, *Sesión de la Academia de Medicina de la URSS.*

ción de lo normal y lo anormal es invertir los términos del problema: es hacer una condición de una consecuencia, con la finalidad, sin duda implícita, de ocultar la alienación como verdadera condición de la enfermedad.

3) *Lo orgánico y lo psicológico.*—Al comienzo hemos demostrado cómo la noción de personalidad parecía hacer estallar los cuadros de la patología clásica y cómo ella exige un tipo de análisis distinto de los análisis orgánicos. Pero la definición de la enfermedad mental a partir de sus condiciones reales —históricas y humanas— nos lleva a una concepción unitaria de lo patológico. El análisis pavloviano del conflicto demuestra, en efecto, que es necesario dejar de lado la antítesis de la psicogénesis y la organogénesis. Las enfermedades mentales lo son de la personalidad toda; en esta medida, tienen su origen en las condiciones reales de desarrollo y de existencia de esta personalidad; y tienen su punto de partida en las contradicciones de ese medio. Pero el conflicto no se transforma de golpe y por una simple transposición psicológica en enfermedad mental; se convierte en enfermedad cuando la contradicción de las condiciones de existencia se convierten en contradicción funcional de las reacciones. La patología mental encuentra su unidad con la patología orgánica en esta noción de perturbación funcional.

El materialismo debe evitar dos errores en psicopatología: el que consistiría en identificar el conflicto psicológico y morboso con las contradicciones históricas del medio, y confundir así la alienación social y la alienación mental; y por otra parte, el que consistiría en querer reducir toda enfermedad a una perturbación del funciona-

miento nervioso, cuyos mecanismos aún desconocidos podrían ser analizados con todo derecho desde un punto de vista puramente fisiológico.

Contra el primer error debemos recordar constantemente que la enfermedad no comienza con sus condiciones de posibilidad, que sólo empieza con las perturbaciones funcionales, y que si la alienación social es la condición de la enfermedad y la alienación mental su consecuencia mítica, entre ambas, la enfermedad debe conservar su propia realidad y sus dimensiones específicas. Contra el segundo escollo debemos tener presente que las perturbaciones funcionales no podrán agotar el conjunto de los hechos patológicos y sus condiciones en tanto todas las formas posibles del conflicto no hayan desaparecido de las condiciones de la existencia humana. Sólo cuando sea posible cambiar esas condiciones, la enfermedad desaparecerá como perturbación funcional resultante de las contradicciones del medio. La reducción de toda patología mental a una patología funcional de la actividad nerviosa no depende esencialmente del progreso del conocimiento fisiológico, sino de la transformación de las condiciones de existencia, y de la desaparición de las formas de alienación en las que el hombre pierde el sentido humano de sus actos. Este es tal vez el sentido que debemos darle al texto de Pavlov: "Estoy convencido de que se aproxima una etapa importante del pensamiento humano, en la que lo fisiológico y lo psicológico, lo objetivo y lo subjetivo se fusionarán realmente; en la que la contradicción penosa, la oposición de mi conciencia y mi cuerpo será resuelta" ². En otros términos, cuando se rela-

2 Comunicación al Congreso de Roma.

ciona la enfermedad con sus condiciones históricas y sociales de aparición, nos preparamos para encontrar los componentes orgánicos, y hacemos un análisis realmente materialista.

4) *La terapéutica*.—No es nuestra intención abordar en estas páginas, dedicadas solo a la naturaleza de lo morboso en patología mental, el problema de las medicaciones psicológicas, sino indicar sólo cómo se relacionan con las concepciones generales de la enfermedad. El sentido de la alienación se encuentra en las prácticas médicas clásicas. En efecto, si admitimos que la personalidad del enfermo está alterada, y que por la enfermedad se convierte en extraña a sí misma, la terapia debe instaurarse fuera de ella. Se da vueltas alrededor de la enfermedad y del enfermo; mediante el shock se modifican las regulaciones del humor, mediante la lobotomía se liberan las adaptaciones orgánicas de sus sobrecargas afectivas; en todos los casos el camino de la curación no penetra jamás en los mecanismos internos de la enfermedad; o si lo hace, como el psicoanálisis, es recurriendo al inconsciente que, más allá de la personalidad del enfermo y de su situación actual, acude a los ardides del instinto y a la latencia del pasado. Admitamos, por el contrario, estas dos proposiciones que nos proponemos demostrar: que debemos encontrar la condición primera de la enfermedad en un conflicto del medio humano, y que lo propio de la enfermedad es ser una reacción de defensa generalizada ante ese conflicto; entonces, la terapia debe tener otro carácter.

Puesto que la enfermedad es en sí misma defensa, el proceso terapéutico debe estar en la línea de los meca-

nismos patológicos; se trata de basarse en la enfermedad misma para superarla. En este sentido actúa la cura por el sueño: refuerza las inhibiciones patológicas creando un estado de inhibición generalizada; y en virtud del principio por el que la inhibición corresponde a un proceso de asimilación de la célula nerviosa, el sueño prolongado permite recuperaciones funcionales que hacen desaparecer las inhibiciones de defensa, los núcleos de excitación y la inercia patológica.

Y por otra parte, puesto que la enfermedad se refiere siempre a una dialéctica conflictual de una situación, la terapia sólo puede tener sentido y ser eficaz en esta situación. Podemos decir que el psicoanálisis es una psicoterapia abstracta en la medida en que constituye entre el enfermo y el médico un medio artificial, intencionalmente recortado de las formas normales y socialmente integradas de las relaciones interhumanas; también en la medida en que trata de dar a los conflictos reales del enfermo el sentido de conflictos psicológicos, y a las formas actuales de la enfermedad, la significación de traumatismos anteriores; finalmente, en la medida en que elude las soluciones reales, proponiendo como sustitutos la liberación de los instintos que imagina su mitología, o la toma de conciencia de pulsiones en las que su idealismo cree reconocer el origen de los conflictos objetivos. El psicoanálisis psicologiza lo real, para i-realizarlo: obliga al sujeto a reconocer en sus conflictos la desordenada ley de su corazón para evitarle leer en ellos las contradicciones del orden del mundo. Debemos preferir a esto las terapias que ofrecen al enfermo los medios concretos de superar su situación de conflicto, de modificar su medio

o de responder de un modo diferenciado, es decir, adaptado, a las contradicciones de sus condiciones de existencia. No hay curación posible cuando se irrealizan las relaciones del individuo y su medio; sólo es curación la que produce nuevas relaciones con el medio ³.

Es el mismo error querer agotar la esencia de la enfermedad en sus manifestaciones psicológicas y encontrar en la explicación psicológica el camino de la curación. Querer desligar al enfermo de sus condiciones de existencia, y querer separar la enfermedad de su condiciones de aparición, es encerrarse en la misma abstracción; es implicar la teoría psicológica y la práctica social de la internación en la misma complicidad: es querer mantener al enfermo en su existencia de alienado. La verdadera psicología debe liberarse de esas abstracciones que oscurecen la verdad de la enfermedad y alienan la realidad del enfermo; pues cuando se trata del hombre, la abstracción no es simplemente un error intelectual; la verdadera psicología debe desembarazarse de ese psicologismo, si es verdad que, como toda ciencia del hombre, debe tener por finalidad desalienarlo.

3 Las consecuencias prácticas de estas ideas deben buscarse en una reforma de la estructura de la asistencia médica y de los hospitales psiquiátricos. Algunos médicos que han expuesto sus ideas en un notable número de *Esprit* dedicado a la psiquiatría en diciembre de 1952, reclaman y preparan una reforma de este tipo.

ALGUNOS DATOS DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA

- 1793: Pinel es nombrado médico jefe del Hospital de Bicêtre.
- 1822: Tesis de Bayle, *Investigaciones sobre las enfermedades mentales* (definición de la parálisis general).
- 1838: Ley sobre los alienados.
- 1843: Baillarger funda los *Anales medicopsicológicos*.
- 1884: Jackson, *Cranian Lectures*.
- 1889: Kraepelin, *Lecciones de Psiquiatría*.
- 1890: Magnan, *La locura intermitente*.
- 1893: Breuer y Freud, *Estudios sobre la histeria*.
- 1894: Janet, *El automatismo psicológico*.
- 1909: Freud, *Análisis de una fobia en un niño de 5 años*.
- 1911: Freud, *Consideraciones psicoanalíticas sobre la autobiografía de un caso de paranoia*.
- 1911: Bleuler, *La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*.
- 1913: Jaspers, *Psicopatología general*.
- 1921: Freud, *Más allá del principio del placer*.
- 1926: Pavlov, *Lecciones sobre la actividad de la corteza cerebral*.
- 1928: Monakow y Mourgue, *Introducción biológica a la neurología y a la psicopatología*.
- 1933: L. Binswanger, *Ideenflucht*.
- 1936: Egas Moniz practica las primeras lobotomías.
- 1938: Cerletti comienza a practicar el electroshock.