

Conocimiento y prácticas de Salud Mental

Emiliano Galende

Conocimiento y prácticas de Salud Mental

Emiliano Galende
El conocimiento y prácticas de salud mental. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Lugar Editorial, 2015.
208 p. ; 23x16 cm.
ISBN 978-950-892-481-0
1. Psicoanálisis. 2. Salud Mental.
CDD 150.195

Agradecimientos

Son muchos a quienes debo agradecer la experiencia que intento transmitir en este libro. A los estudiantes del Doctorado en Salud Mental de la Universidad Nacional de Lanús, ya que tratando de enseñarles, he aprendido mucho de la experiencia y la inteligencia de ellos. A los compañeros de tareas y entusiasmos de la Universidad y a los antiguos compañeros de la Federación Argentina de Psiquiatras, con quienes me inicié en esta cruzada por la verdad de nuestros conocimientos. A los compañeros de las Universidades que componen la Red Maristan, quienes con sus debates enriquecieron mis posiciones y mis críticas. También, a quienes me confiaron la atención de sus dolencias a lo largo de los años, especialmente a aquellos, los primeros, del hospital psiquiátrico a quienes con mucho afecto recuerdo en el texto. Y, finalmente, a mis hijos, y un especial agradecimiento a Federico quien, con su habitual inteligencia, aceptó hacer el Prólogo para este libro.

Edición y corrección: Mónica Erlich
Diseño de tapa: Silvia Suárez
Diseño interior: Cecilia Ricci

© Emiliano Galende

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, en forma idéntica o modificada y por cualquier medio o procedimiento, sea mecánico, informático, de grabación o fotocopia, sin autorización de los editores.

ISBN: 978-950-892-481-0
© 2015 Lugar Editorial S. A.

Castro Barros 1754 (C1237ABN) Buenos Aires
Tel/Fax: (54-11) 4921-5174 / (54-11) 4924-1555
E-mail: lugar@lugareditorial.com.ar / info@lugareditorial.com.ar
www.lugareditorial.com.ar
facebook.com/lugareditorial

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723
Impreso en la Argentina – Printed in Argentina

Prólogo

Federico Galende

Este libro tiene entre muchas de sus virtudes el hecho de nacer directamente de la experiencia, apegado a ella. Esa experiencia (diosa fugitiva de nuestra era) no solo se mide en la enorme cantidad de años que el autor lleva dedicados a reflexionar sobre temas vinculados a la salud mental, se mide también en una capacidad inhabitual para poner la supuesta “ciencia” del saber médico-psiquiátrico *al pie* de un trabajo fundado en la simplicidad de la escucha y la apertura al sufrimiento singular del otro.

La experiencia de esa escucha conduce a una erosión del historial de diagnósticos y juicios muchas veces inquisitoriales, que así devienen cáscaras demasiado endebles o porosas, ruinas que confiesan su límite para subsumir la complejidad del existir en alguna unidad teórica o principio de razón.

Con esto, lo que *Conocimiento y prácticas de salud mental* consigue, es devolver el padecimiento humano a sus modos más heterogéneos de expresión, trazando un corte profundo entre las causas múltiples de la aflicción mental y la unidad orgánica de las teorías que las reducen o determinan. Para ello se parte de una base que compromete al pensamiento occidental en su conjunto, consistente en que un sistema teórico organizado, cualquiera sea este, tiende a obrar siempre por vía de una exclusión. Lo que este sistema excluye es el escándalo vital, plástico y movedizo de todo aquello que viene a inquietar su coherencia interna: la potencia heterogénea de los afectos, el flujo desarticulado del malestar, las fuentes intrincadas de las que bebe el sufrimiento humano.

No se puede trazar una división de esta índole sin afectar en algún punto la referencia misma a la “enfermedad mental”, pues lo que habría por detrás de esta referencia no es más que un reparto desigual entre el

poder abstracto de las categorías que rigen el *corpus* del saber médico-psiquiátrico y el estallido del trauma constitutivo de la cultura en un sinnúmero de fuerzas expresivas que no se dejan reducir a un diagnóstico general. El reparto invoca un desplazamiento que va del reduccionismo del *uno* a la complejidad de lo *múltiple*, un desplazamiento que envuelve o implica al libro mismo que, como decíamos más arriba, enfrenta las prescripciones y rutinas diseñadas en los gabinetes de la experticia psiquiátrica desde la perspectiva de un proceso abierto a la experiencia de la escucha.

Nada de lo anterior significa que se desdeñen aquí la totalidad de los conceptos, nociones o categorías que le permiten a una práctica como la de la salud mental orientarse frente a los dilemas del malestar subjetivo; significa anexarle a esos conceptos una grieta, una afección, un oído.

Se trata, por poner solo un ejemplo entre miles, del oído que ningún experto estuvo en condiciones de prestarle al historiador Aby Warburg cuando a mediados de la segunda década del siglo XX fue confinado a un largo encierro en la clínica de Kreuzlingen. Los motivos de aquel encierro, que comportan hasta hoy un enigma, solo podrían explicarse en términos de lo que Emiliano Galende llama aquí “el valor *performativo* del diagnóstico y la articulación entre la autoridad médica y el poder sobre el enfermo”. Lo que esa articulación subraya no es más que la subsunción de un pensamiento heterogéneo a la unidad de una razón disciplinar, pero esa subsunción requiere de una relectura.

Si Warburg encarna para su tiempo la figura del historiador hereje de la cultura, es porque ha comenzado a interesarse en una lectura de las imágenes del arte que se funda más en el hallazgo de semejanzas o correspondencias que en una interpretación acabada de los signos que estas resguardan. Intuye que las imágenes que forman parte de la historia del arte poseen una carga vital, que están vivas, que si se las dispone unas junto a otras de cierta manera se pueden pesquisar entre ellas fórmulas expresivas que se repiten más allá de los estilos pictóricos de cada época y que hay, por lo tanto, una memoria en esas imágenes que las propias imágenes descuidan o rechazan. ¿Qué es lo que rechazan? Rechazan un trauma constitutivo, un síntoma alojado atemporalmente en la tragedia de la cultura, un malestar que recorre los ciclos civilizatorios del hombre inscribiéndose en pequeños detalles o movimientos involuntarios.

Evidentemente, la verdad que insinúa resulta escandalosa para su época. Piensa que las imágenes no deben ser fijadas a ninguna lectura

unívoca, así como no deben el filósofo o el psiquiatra fijar sus opiniones al cuerpo de una razón jerárquica que las reúna y clasifique. Esto se debe a que el pensamiento mismo es para él, como el dolor o el malestar, un flujo que se mueve, un múltiple que se contorsiona y cambia. A la vez, el escándalo de esa verdad, que llama a que las imágenes de la cultura sean leídas como una materia viva y no como meras formas atadas a los signos, no tiene ninguna posibilidad de funcionar bien en una escena gobernada crecientemente por la razón positivista. El origen de esa escena Foucault lo retrata muy bien en la primera parte de *Las palabras y las cosas*, cuando recuerda cómo hacia finales del siglo XVII, la época de las semejanzas abiertas termina cerrándose sobre sí misma para dar lugar a un nuevo tiempo. El nuevo tiempo es el del cartesianismo, es decir el tiempo de la duda o la desconfianza, el tiempo en el que hay que sospechar incluso de las correspondencias informadas por la inmediatez de los sentidos. No hace falta agregar que lo que de ahí en adelante convertirá a cualquiera en un loco o un insano será su insistencia en reencontrar, por debajo de las diferencias nombradas por la razón triunfante, los parentescos huidizos entre las cosas. Es exactamente lo que hace Warburg: abandonar el juicio categórico de una razón fundada en la distancia.

Esa distancia que Descartes, por entonces un desertor de las tropas de Maximiliano de Baviera, recomienda a mediados del siglo XVII a todo el mundo sin moverse de al lado de su estufa, es la misma que con mínimas refacciones adoptarán dos siglos más tarde los encargados de fundar el saber psiquiátrico, Esquirol, Greisinger, Kraepelin, quienes traducirán esa fórmula ya depurada de las contaminaciones de la proximidad o la experiencia a un positivismo médico que, como se señala en este libro, colocará al sujeto sufriente en el lugar de un objeto natural. “El sujeto sufriente –escribe Emiliano Galende– ya no es un hombre afligido por la pesadilla particular de sus circunstancias de vida; es un objeto vaciado de vida que puede ser observado, manipulado, diagnosticado, rotulado y luego encerrado en algún manicomio”. Como la palabra “manicomio” deriva de “manía”, término empleado desde los griegos para describir una energía desproporcionada en virtud de su expansión o potencia, y como el mencionado historiador da la impresión de estar poseído por ideas que huyen o eluden una lectura definitiva, al médico-psiquiatra que lo examine no le costará nada diagnosticar “un estado maniaco-depresivo” primero, para luego aislarlo en el encierro.

El médico-psiquiatra a cargo del diagnóstico, el doctor Kraepelin, ha descubierto o inventado él mismo ese “estado mixto”, por lo que la lucha pasará de inmediato en este caso a ser parte de un reparto desigual entre el poder cerrado de su hallazgo “científico” y la fuerza de lo abierto, propuesta por la experimentación del historiador. El historiador defiende las causas de lo abierto probablemente de un modo maníaco, pero esa manía halla su contraparte en la manera obsesiva que tiene el psiquiatra de imponer la verdad abstracta de su diagnóstico. ¿No fue acaso Foucault quien mostró también cómo la sumisión de la demencia por parte del sistema psiquiátrico oficial de la época terminó siendo defendida, por esos mismos psiquiatras, con una obstinación de dementes?

En esa lucha o reparto desigual pone énfasis este libro, que en lugar de situar a uno y otro lado al sano y al enfermo, contrapone a los dispositivos de poder que subyacen al saber científico, la prescripción y el encierro, una política de salud confeccionada en el andar experimental de su práctica y en la inclusión de las formas diversas y singulares del sufrimiento humano. Es lo que se nos dice cuando se señala que “en salud mental no contamos con una explicación causal, por lo tanto, tampoco con pruebas que hagan evidente la razón del daño o trastorno, por lo que debemos aceptar que nuestras conclusiones no tienen el valor de universales y que serán siempre vinculadas al caso particular”.

Roto el nexo causal que asociaba la singularidad del caso con el actuar genérico de la prescripción y el diagnóstico, queda al desnudo el cordón policial que rodea y resguarda la pericia infundada del poder psiquiátrico, un poder que instala con violencia un punto y aparte a la pregunta perpetua por el dolor del hombre. La rotulación, la medicalización y el aislamiento son la parte más visible de esa sintaxis abrupta, que somete la vida mutante de un proceso a la eficacia inmediata del resultado.

Las prácticas implicadas en la ansiedad con que esos resultados se persiguen no son, desde luego, gratuitas; responden a modulaciones internas de un dispositivo de medicalización que, en la línea del Manual Diagnóstico elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana, se anuda a los réditos impresentables de los laboratorios. La diversidad abierta de los trastornos subjetivos es así primeramente clasificada y luego cuidadosamente separada de los malestares que la vida actual suscita. Finalmente la suerte ha sido echada: será un arsenal de químicos el que venga a sustituir con rapidez la paciencia del diálogo y la escucha.

Emiliano Galende analiza aquí, con enorme rigor, cómo esta sustitución, que ha llegado a un grado de naturalización más que asombroso, opera en el seno de una sociedad en la que la cultura neoliberal ha concluido por destruir todos los vínculos humanos y las clásicas redes de solidaridad. Lo que agrava el sufrimiento mental es el hecho de que hombres y mujeres de todas partes del mundo lo carguen hoy a solas, despojados de los lazos más próximos, en los intersticios de una identidad extraviada en el *sálvese quien pueda*.

No es desmedido proponer entonces que la ruptura de esos lazos provenga de un modelo de acumulación desregulado que, en nombre de la riqueza de unos pocos, ha obligado a las grandes mayorías a procurarse la vida dejando atrás sus territorios, sus pueblos, sus lazos y su propia historia, sumiéndose así en un cotidiano convulso en el que ya no es la pareja, o el amigo, o el médico del barrio aquel con quien se cuenta para compartir una pena o desdicha, sino el supuesto experto que se ahorra tiempo apelando a la velocidad de las píldoras.

Lo que define la afección mental no es una relación de objetividad con el cerebro, sino la imposibilidad para escoger a quién confiar el sufrimiento. Una especie de desamparo trascendental. Este libro tiene, sin embargo, la gracia de incluir en ese desamparo la renuncia del experto a la antigua obligación de auditar con tolerancia las interminables fuentes del padecer, que las disciplinas actuales abrevian en tasas, números o estadísticas. En ese aspecto es también un fabuloso libro sobre el tiempo, un libro que divide el tiempo entre el ayer cotidiano del diálogo y el presente necio de la medicalización, para recuperar, después, la memoria sensible de aquel ayer en el conjunto de prácticas que participan de los nuevos desafíos en salud mental.

Introducción

Emiliano Galende

Introducir al lector al texto de un libro suele ser el modo de transmitir el propósito del mismo y los intereses intelectuales que han guiado al autor en su escritura. Habitualmente, la introducción se escribe una vez finalizada la redacción del texto. Es obvio que lo ya escrito no constituye la última palabra sobre el tema del cual trata; cada lector hará su propia comprensión e interpretación, sacará sus conclusiones y las vinculará con su propia historia y experiencia con estos temas. Escribir la Introducción, luego de haber hecho de lector del texto que yo mismo escribí, hizo que surgieran, ahora como lector, algunos interrogantes personales sobre mi experiencia de más de cuarenta años con el tema que aborda el libro. Más allá de lo que el texto plantea acerca del conocimiento sobre el sufrimiento mental y su relación con las prácticas, me retrotrae en lo personal a la pregunta acerca de cuándo comenzaron los interrogantes y el interés a los cuales responde este libro. No dudo de la actualidad del texto que hoy presento, solo me pregunto por sus antecedentes en mi historia personal, al menos en la implicación de mi propia existencia en esta dedicación al tema. Comenzaré entonces por recordar, de algún modo fechar, estos antecedentes, que, si bien son personales del autor, creo, responden a una experiencia de algún modo compartida por quienes nos vinculamos con el sufrimiento mental y, de un modo crítico, con la problemática de la psiquiatría y la salud mental.

Alcanzaba los veinticuatro años cuando inicié mi primera experiencia con la psiquiatría, primero como residente en un hospital psiquiátrico y poco tiempo después como Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, que funcionaba en el mismo hospital. Vinculado a esa función docente me hice cargo como jefe de un sector de camas del hospital, quince en total, dentro de

las poco más de cien que tenía la institución. Todas estaban ocupadas por hombres que llevaban entre dos y diez años de internación. Además de la atención de la sala, recibía pacientes en consultorio externo todas las mañanas. En ambos casos contábamos con un esquema de Historia Clínica que debía ser completada en cada caso que atendía. Esta se orientaba por un análisis semiológico de las distintas funciones (orientación en tiempo y espacio, percepción, ideación, comportamiento, etcétera) y descripción de los síntomas actuales, seguidos de antecedentes sobre estos síntomas. Todo concluía en un diagnóstico, era este el que se volcaba luego a la estadística que el hospital procesaba. En esos tiempos surgió el interrogante, casi de sentido común, o ingenuo, para un principiante como era yo, acerca de qué conocimiento aportaba esa semiología y los síntomas que describamos –el nombre diagnóstico que parecía ser de suma importancia para definir a ese sujeto y su pronóstico en la vida– respecto de la persona concreta que nos relataba los síntomas de su malestar. Esta pregunta se acentuó en otra escena de ese tiempo.

Una vez que me había hecho cargo de esos pacientes internados cumplía con la visita diaria a la sala de mañana, donde recorría cama por cama, en corto diálogo con los pacientes, cuyo mayor énfasis estaba en preguntarme cuándo sería su salida del hospital. Visitaba la sala una vez finalizada la consulta de pacientes ambulatorios, por lo cual el tiempo que disponía no era mucho, aun cuando era mayor al de mis colegas. En la recorrida por la sala revisaba la indicación de tratamiento, en general de psicofármacos (por entonces, solo clorpromacina, fenegan y haloperidol, eventualmente algún ansiolítico), en ocasiones *electroshock* en pacientes agitados o estuporosos, con frecuencia insulina al coma, aun cuando no seguían las cuarenta sesiones que proponía el doctor Sake, fundador de este tratamiento de comas insulínicos a repetición. Observaba que en el resto de los pacientes del hospital, mis colegas hacían las mismas prescripciones, salvo respecto del *electroshock*, sobre el cual algunos abusaban y otros retaceábamos su aplicación. Lo cierto es que no había diferencias significativas entre los tratamientos prescritos y la, sin duda, evidente heterogeneidad de personas, edades e historias de vida que portaban cada uno de esos pacientes.

Comencé por entonces a visitar la sala por la tarde, en las últimas horas, cuando solo quedaba a cargo de la sala un enfermero, en general encerrado en la habitación de enfermería. Los pacientes, que de mañana permanecían en sus camas para la visita del médico, a esa hora de la

tarde se reunían en una sala que servía de comedor y estar (entonces no se contaba con televisor, ahora dominante), intercambiaban cigarrillos y mate. Y también conversaban. Con el tiempo logré incluirme en estas conversaciones, y en algunos momentos promover y orientar los intercambios. Era evidente la diferencia respecto de la mañana: de noche estas personas recuperaban su palabra, se relacionaban con los compañeros de infortunio, daban a conocer sus lugares de origen, algún relato de las circunstancias por las cuales habían “caído” en la desgracia de la enfermedad y la internación. En síntesis, no hablaban de sus síntomas, sino de sus vidas. Sentí al cabo de un tiempo de estas visitas diarias por la mañana, de un modo que no podía evitar, que eran pacientes y anónimos, de noche volvían a ser personas con sus historias y sus desvaríos. Debo decir que desde entonces pienso que la condición de paciente psiquiátrico internado logra borrar la dimensión de la existencia real de la persona, los avatares de lo vivido, los acontecimientos, los intentos de tramitar la vida en común y sus fracasos. Desde entonces creo que el conocimiento de la psiquiatría, más bien del psiquiatra, no coincide con el conocimiento de la vida de quien porta un sufrimiento mental, a veces escondido detrás de la magnitud de un delirio o de una excitación psicomotriz, otras por la defensa y la negación del sufriente a un diálogo en desventaja del cual no esperan comprensión, sino alguna forma de castigo. Creo que desde ese tiempo me pregunto sobre cuál es nuestro conocimiento del sufrimiento mental y cuánta verdad posee nuestros diagnósticos y nuestra práctica. De eso trata este libro.

Habermas ha fundamentado de qué manera la teoría abre el camino de la práctica racional y marca el horizonte de la verdad para el conocimiento. Esto es, debe haber coherencia entre lo que la teoría comprende o explica y la práctica que se guía por esa comprensión. Lo verdadero de una práctica se funda en la verdad de los enunciados que han hecho comprensible su objeto. Por lo tanto, indagar acerca del conocimiento de la psiquiatría debe llevarnos, en primer lugar, a la relación entre sus enunciados y la práctica real de sus tratamientos. Este camino nos plantea de entrada un obstáculo: la observación de la semiología (percepción, conciencia, ideación, etcétera) y la descripción de los síntomas, nos lleva a un diagnóstico y luego a una clasificación nosográfica, finalmente a una estadística, nada puede decir sobre la verdad del sufrimiento, siempre ligado a una existencia concreta, a una historia de vida con su complejidad. Su única teoría no es más que la nosografía, o, las nosografías de diversos autores. Por más que se abuse de la analogía

con el procedimiento de la medicina, el diagnóstico médico de la enfermedad es diferente: este se orienta por el descubrimiento de las causas biológicas de la misma, descubrir esta causa es construir la verdad de su explicación y otorgar racionalidad a su tratamiento. Este abuso de la analogía llevó a la psiquiatría desde sus comienzos a la causalidad biológica y, por lo mismo, al cerebro como órgano responsable del sostenimiento de la vida psíquica. Solo difiere en grados de cientificidad biológica que se trate de la anatomía morfológica del cerebro, al modo anatomoclínico de Kraepelin, o de la biología molecular y la transmisión sináptica. En ambas se postula que el cerebro es la causa, no el sustrato, donde transita todo proceso psíquico, también el sufrimiento, como el placer, la felicidad, la ilusión o el delirio. Baste observar cómo la genética actual ha mostrado que no existen diferencias significativas entre la información que compone el genoma humano de un africano, un asiático o un intelectual de Nueva York, sus enormes diferencias como sujetos surgen de los contextos culturales y sociales en que han construido sus vidas. Su genética, y su cerebro, no difiere, los mecanismos biológicos que hacen posible su existencia son universales, las diferencias de su desarrollo y sus enfermedades responden más a sus condiciones de vida y del medio ambiente físico, social y cultural que habitan.

Debemos aceptar que respecto del cuerpo biológico y sus mecanismos, como respecto de la información genética, rige la semejanza y no la diferencia. En esto es verdadero lo universal del género humano. Pero en la vida psíquica y en la existencia humana rige la desigualdad y la diferencia, en la existencia y los sufrimientos mentales del vivir, no rige lo universal, y la verdad solo puede buscarse y entenderse en las condiciones de la cultura y la sociedad en que habitamos. Pretender una explicación universal y una verdad del sufrimiento mental en los mecanismos biológicos del cerebro es negar justamente lo que constituye la esencia de la existencia del hombre: su relación con la cultura que habita, los rasgos del lugar que ocupa en su sociedad, las diferencias de su capacidad creativa, de la autonomía de su imaginación, del ejercicio de su libertad para orientar las decisiones sobre su vida. No es posible ninguna verdad universal sobre el sufrimiento mental, estamos obligados a un conocimiento que debe respetar la singularidad de cada sujeto, su territorio de vida, su historia y las condiciones reales de su existencia.

Este abuso de la analogía con el conocimiento médico es responsable, además, del apartamiento de lo humano que significó la práctica

de los manicomios, que en casi nada se parece a un hospital. Desde los comienzos de la humanidad el sufrimiento mental y sus formas de expresión sintomáticas han formado parte de las posibilidades del hombre. La locura del delirio, la imaginación creativa, la ilusión, las certezas de las religiones, el dolor del duelo y la melancolía, el comportamiento bizarro, como la violencia, la angustia y la desesperación, los sueños y las pasiones desmedidas, el sexo y los significados y valores culturales de su ejercicio, forman parte de las posibilidades de la razón. Nada fundamenta que sean excluidas de lo humano, salvo los procedimientos prácticos de la psiquiatría. En el texto me detengo a enfatizar cómo es necesaria la crítica de esta psiquiatría, recorrer los supuestos éticos de su práctica, para reintegrar el sufrimiento mental al campo de lo humano. Desde la perspectiva epistemológica esta crítica nos lleva al análisis del positivismo, principalmente el de su fundador, Auguste Comte, el cual ha sido, y sigue siendo de alguna manera en la perspectiva actual de la psiquiatría biológica, el sostén epistemológico del conocimiento de la psiquiatría. La pretensión de conocer el sufrimiento mental del hombre con los métodos de las ciencias naturales no solo ignora las cualidades complejas de la vida psíquica, sino que genera graves fallas éticas en el comportamiento del especialista.

En segundo lugar, me ocupo de revisar lo central del giro hacia Salud Mental, desde el comienzo de la política establecida por la Resolución de la Asamblea de la OMS en 1953, hasta los documentos centrales de esta política, como son la Carta de Ottawa, la declaración de Caracas, la Resolución de la Asamblea de Naciones Unidas de 1991, y demás pronunciamientos. Esta trayectoria es la que ha sido plasmada por nuevas legislaciones en diversos países, que han modificado sustancialmente la responsabilidad de los Estados frente a las personas con sufrimiento mental, tal como el contenido de la Ley 26.657 de Salud Mental sancionada en Argentina. El texto del capítulo 2 recuerda lo esencial de esta nueva política sobre salud mental, pero solo la menciono como diseño de una nueva política, ya que ha sido tema de análisis de publicaciones anteriores propias, y de diversos autores, y entiendo que es de conocimiento del lector informado. En conjunto, esta política funda nuevos servicios de atención ambulatoria, trata de abolir la internación manicomial y cuestionar el supuesto de la cronificación, poniendo énfasis en los procesos de rehabilitación y prevención, a la vez que, a través del respaldo a la atención por equipos multidisciplinarios, regula y controla el poder ejercido por los psiquiatras en sus prácticas, especialmente respecto de las internaciones de carácter asilar. Pero también

se abren nuevos desafíos para el conocimiento de esta experiencia del sufrimiento mental.

Toda esta política modifica el panorama, el campo concreto de la comprensión, la atención, los resguardos éticos de la práctica, la perspectiva de preservación de los derechos humanos y el respeto a la dignidad de las personas con padecimiento mental. Es necesario comprender entonces los fundamentos de “la vida en común”, del conocimiento de lo que constituye el lazo social y las formas en que este se presenta en la mayor parte de los trastornos mentales. La relación terapéutica es en su esencia un modo concreto de relación social, que incluye el amor como forma primaria de vínculo social (por lo cual Freud habló de “amor de transferencia”) y decide sobre todos los aspectos mencionados de la ética y el resguardo de los derechos humanos. Por esto es también necesario revisar la problemática de la alteridad, la función del otro como constitutiva de la vida en común. Esta función del otro para la vida psíquica no se limita a su papel estructurante del sujeto, para el ser humano el otro es el sustento inescindible del funcionamiento mental a lo largo de toda la vida. No existe sufrimiento mental, en todas sus maneras de expresión, que no ponga en juego, justamente, el problema de la alteridad y los conflictos de la vida psíquica en nuestras relaciones con los otros con quienes convivimos o nos vinculamos. Como señalé en la anécdota del comienzo de esta introducción, se trata siempre de un sujeto en su existencia real, esta dimensión no excluye esa función estructurante del otro en el psiquismo, pero va más allá de la función universal del otro para la constitución del sujeto, obliga siempre a la singularidad de cada caso, a la experiencia concreta en la historia personal.

Esta apertura del campo de la atención por diversas disciplinas, esta nueva relación del Estado con las personas con trastorno mental está generando una multiplicación de prácticas, algunas profesionales y otras profanas, cuyas intervenciones se orientan por comprensiones teóricas diversas, en general sin la explicitación racional de sus fundamentos. El objetivo del capítulo 2 es avanzar en una exploración de este nuevo panorama desde la perspectiva epistemológica, esto es, de hacer visible la racionalidad y los fundamentos que orientan estas prácticas, qué enunciados y qué conocimiento se pone en juego, análisis imprescindible para este nuevo desafío de avanzar hacia la construcción de la verdad en el sufrimiento mental. El conocimiento racional de la vida psíquica y el camino de la verdad es necesario para asegurar el reintegro al campo de lo humano de todas las formas de sufrimiento

mental. Estoy convencido de que el éxito de esta nueva política de Salud Mental depende enteramente de la construcción de una nueva verdad sobre el sufrimiento mental, reintegrando al sufriente al campo de lo humano comprensible, lo cual transita por el conocimiento racional y la ética de toda relación con fines terapéuticos.

Este nuevo panorama, heterogéneo y disperso, de prácticas y teorías sobre el sufrimiento mental lleva, en los capítulos 3 y 4, a una revisión de lo que considero ha sido el intento más riguroso, científico y ético de abordaje del sufrimiento mental. Dominante a lo largo del siglo XX, vigente y actual, el Psicoanálisis y la Fenomenología han contribuido al avance en Salud Mental de un conocimiento racional, capaz de asumir sus propios desconocimientos, devolviendo a las personas con trastorno mental un papel protagónico en la construcción de la verdad de sus dolencias y a una participación activa en el proceso terapéutico. Desde estas dos perspectivas se abre una relación terapéutica que no es la aplicación al paciente de un supuesto saber de la disciplina sobre un sufrimiento que no comprende, y que por lo mismo no respeta la palabra ni las razones del paciente sobre su malestar psíquico o existencial. La transferencia como el terreno emocional y afectivo para el psicoanálisis, y la empatía como condición de respeto al conocimiento del otro en la fenomenología, son la condición de resguardo del valor de la alteridad en toda intención terapéutica. Me detengo en el texto en esta relación terapéutica porque es en ella donde se pone en juego la construcción de un conocimiento verdadero, de una ética de la responsabilidad y el respeto a la dignidad del sufriente. Aun cuando resulta obvio, cabe poner en evidencia que en la relación terapéutica se trata de una forma de relación social, que en su alteridad esencial implica a ambos participantes en el objetivo de construir una verdad y aliviar un sufrimiento. Esta comprensión obliga a revisar los problemas éticos, la responsabilidad del terapeuta por su posición en la relación, y el respeto por el otro como un semejante. Como sabemos, ha ocurrido con la psiquiatría manicomial, ninguna relación puede considerarse terapéutica cuando se trata de teorías abstractas que tratan de construir explicaciones para sostener una práctica basada en la sola autoridad y el ejercicio del poder disciplinario sobre el otro, negado como un semejante y tratado como un objeto para su tratamiento.

Y, como se trata de recuperar para el conocimiento de la existencia a quien sufre las condiciones sociales y culturales de su vida real, de un modo un tanto sintético, el capítulo 6 recorre las coordenadas más significativas de la sociedad actual y los nuevos valores y significados

- SIBILIA, PAULA (2008) *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- SIMMEL, G. (1999) *Sociologie*. París. Ed. P.U.F.
- TODOROV, TZVETAN (2008) *La vida en común*. Buenos Aires. Taurus.
- VOLTAIRE (1978 [1759]) "Cándido o el optimismo", en *Novelas y Cuentos*. Madrid. Ed. Bruguera.

Índice

Prólogo	7
Introducción	13
Capítulo 1	
El conocimiento del sufrimiento mental	33
Qué consideramos conocimiento racional y científico	36
El saber del psiquiatra y el conocimiento de la Psiquiatría	40
El giro hacia Salud Mental	52
Capítulo 2	
El conocimiento y la comunidad	57
¿Por qué lazo social y relación terapéutica?	61
Un sujeto en su existencia concreta	65
El "otro" y la vida en común	71
El respeto y la dignidad como ejes del cuidado en salud mental ..	79
Capítulo 3	
El psicoanálisis en Salud Mental	87
Capítulo 4	
La intervención fenomenológica	107
La fenomenología en las perspectivas de la salud mental	109
La psicopatología desde la perspectiva fenomenológica	119
Capítulo 5	
El sufrimiento mental en la sociedad y la cultura actual	125
La confianza perdida y sus consecuencias	131
El amor y las parejas actuales	136

Vicisitudes de las nuevas relaciones y sus malestares psíquicos . . .	148
La subjetivación del amor bajo estas condiciones	157

Capítulo 6

Conocimiento e investigación en Salud Mental.	165
¿Cómo producir conocimiento sobre un sujeto en su existencia real?	173
Construcción de una perspectiva transdisciplinaria	177
Qué y cómo se investiga hoy en Salud Mental	180

Capítulo 7

El múltiple interés de Salud Mental y dónde situar su enseñanza	191
Bibliografía	203