

# EPISTEMOLOGÍA E HISTORIA DE LA CIENCIA

SELECCIÓN DE TRABAJOS DE LAS XIV JORNADAS

VOLUMEN 10 (2004), Nº10

Pío García

Patricia Morey

Editores



ÁREA LOGICO-EPISTEMOLÓGICA DE LA ESCUELA DE FILOSOFÍA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons atribución NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina



# Reflexiones epistemológicas en torno a la antipsiquiatría de T. S. Szasz

Denis Darío Velázquez\*

## Introducción:

Desde la modernidad se consideró que la psiquiatría era una especialidad médica que se ocupaba del estudio y tratamiento de la enfermedad mental, Szasz considera problemática esta afirmación y plantea que deberíamos preguntarnos si "*la enfermedad mental es una enfermedad*"<sup>1</sup> y en consecuencia, indagar si la psiquiatría es una actividad médica.

Debemos tener en cuenta a quiénes está desafiando Szasz con su libro para entender su posición. Szasz se opone a los defensores de lo que se ha llamado el "modelo médico" en psiquiatría, el cual implica, entre otras, las siguientes tesis<sup>2</sup>:

*Tesis causal:* una subclase de conductas estadísticamente anormales es causada por enfermedades mentales.

*Tesis conceptual:* una enfermedad es un proceso que causa una disfunción biológica (en consecuencia, sólo la conducta anormal debido a disfunción biológica es una enfermedad mental).

*Tesis Teleológica.* el objetivo de la psiquiatría es la prevención y tratamiento de la enfermedad mental.

A lo largo de sus diferentes obras Szasz va a desafiar todas estas tesis, en este trabajo nos concentraremos en su intento de mostrar que la enfermedad mental no es una enfermedad y que en consecuencia la psiquiatría no forma parte de la medicina tomando como referencia su primer libro importante *El mito de la enfermedad mental*.

En su exposición de las raíces sociohistóricas y epistemológicas del concepto moderno de enfermedad mental concentra su crítica en el reduccionismo fisicalista subyacente a tales elaboraciones conceptuales, en particular, el organicismo y el historicismo.

Según Szasz, todas las ciencias deben enfrentar el dilema de definir la actividad que realizan según entidades (los seres vivos, las enfermedades mentales) o según procesos (la oxidación, la comunicación); el pensamiento sustancialista precede al pensar procesal y, según Szasz, la psiquiatría aún no ha logrado acceder a este último.

Al analizar la "enfermedad mental" en términos de entidades (la neurosis, la psicosis), el pensar psiquiátrico se ubica a la altura de la astrología, es decir en el nivel pseudocientífico. La astrología tiene como falso objeto de estudio la influencia planetaria en el destino humano con métodos de observación e inferencia de carácter esotérico. Análogamente, la actividad psiquiátrica está regida por métodos que no son de acceso público, además se sostiene dentro de la práctica médi-

\* Universidad Nacional de la Patagonia Austral.

*Epistemología e Historia de la Ciencia*, Volumen 10 (2004), N° 10

ca afirmando que estudia la "enfermedad mental" pero imaginemos que tal objeto no existe, "que estas palabras se refieren a algo que no es mas sustancial o real que la concepción astrológica de las influencias planetarias en la conducta humana. ¿A qué resultado llegaríamos?"<sup>3</sup>.

A partir de este planteo, Szasz se propone demoler algunos de los principales pseudo-objetos del pensamiento psiquiátrico y establecer los fundamentos para una teoría de la conducta personal en términos de *procesos*.

Ubicando el inicio de la psiquiatría moderna en los trabajos de Charcot sobre la histeria, toma el concepto de histeria, en particular lo que se denomina histeria de conversión, como concepto emblemático a partir del cual comenzar a develar la trama que sostiene el pensamiento psiquiátrico tradicional. Tal elección obedece a razones históricas, epistemológicas y pragmáticas.

Históricamente, la psiquiatría emerge del campo neuropsiquiátrico producto de un proceso de diferenciación con la neurología a partir de respuestas distintivas al problema de la histeria. Dentro de la concepción reduccionista del siglo XIX toda conducta era explicada en términos de fisiología nerviosa y muscular, no solo aquellas que eran producto de defectos orgánicos sino también aquellas conductas adquiridas. En general, el funcionamiento anómalo del organismo se consideraba prueba de enfermedad, esto tiene su sentido desde el punto de vista neurológico pues las enfermedades que afectan al sistema nervioso (p. e. la esclerosis múltiple o el tumor cerebral) se manifiestan primariamente como anomalías en la conducta personal. Subyace a esta concepción el supuesto de que cerebro y conducta mantienen una simple relación causal, la tarea del médico (como en otras enfermedades tal el caso de la sífilis, la tuberculosis) consistía en poner en evidencia esa relación descubriendo la causa de tales trastornos. Charcot, Breuer y Freud investigaron ciertos fenómenos conductuales que se asemejaban a enfermedades neurológicas, aunque diferían de éstas en algunos aspectos cruciales. Así, desde la neurología, Charcot logró que la profesión médica aceptase la histeria como enfermedad cuasi-neurológica organizando alrededor de ella el campo de la psicopatología. Pero este avance que permitió ubicar como objeto de estudio a un campo de fenómenos tuvo como contrapartida epistemológica, el enmascaramiento del verdadero carácter del fenómeno.

Epistemológicamente, la histeria plantea al saber psiquiátrico el desafío de la distinción entre la enfermedad "real" y su simulación, es decir, entre lo orgánico y lo psicológico. Si la conducta anómala era producto del fingimiento, esto era visto como un intento de engañar al médico que únicamente merecía la condena; en consecuencia, quienes se oponían a esta condena y deseaban investigar estas conductas anómalas no tenían otra opción, dentro de este esquema dicotómico, que considerarlas "enfermedad", mas específicamente, enfermedad "mental". Tal expresión metafórica adquirió gran materialidad constituyendo un *pancrestón*, es decir, una palabra que se supone lo explica todo pero en realidad nada explica, convirtiéndose en un obstáculo epistemológico para nuestra comprensión del fenómeno negando la posibilidad de que "un individuo pueda querer imitar la enfermedad y jugar el rol de la persona incapacitada, sin estar necesariamente enfermo."<sup>4</sup>

Pragmáticamente, el análisis de la histeria de conversión le sirve a Szasz para ejemplificar su tesis anti-psiquiátrica acerca de "la llamada enfermedad mental en términos de la utilización de signos, la observancia o acatamiento de reglas y la participación en un juego..."<sup>5</sup>

Según él, la histeria puede, en primer lugar, ser analizada desde un modelo comunicacional de interpretación de la conducta personal, como un caso de comunicación no verbal en el cual se utilizan signos específicos. Sostiene que el problema de la histeria se asemeja más al de una persona que utiliza una lengua extranjera que al de una persona que adolece de una enfermedad orgánica. En el caso de estas últimas tendemos a determinar sus causas, tratamientos y curas, pero en el caso de los hablantes de segunda lengua no tiene sentido indagar su "etiología" antes bien concluiremos que el dominio de la lengua extranjera es función de los aprendizajes y los significados. Así, "si la histeria se considera una forma especial de conducta comunicacional, carece de sentido investigar sus "causas". Como en el caso de las lenguas, solo podremos preguntar cómo se aprendió y qué significa la histeria."<sup>6</sup> En otras palabras, la histeria consiste en la utilización del "lenguaje de la enfermedad" o bien porque no se ha aprendido otro lenguaje o bien porque el uso de este lenguaje reditúa especial utilidad a quien lo emplea.

Una segunda perspectiva para el problema de la histeria es analizarla desde la perspectiva de la asunción de roles y acatamiento de reglas. Hay dos tipos generales de reglas significativas en el caso de la histeria (y de cualquier enfermedad mental): por una parte, una regla que se relaciona con el desvalimiento infantil y su dependencia de la función protectora de los progenitores, y por el otro, una regla fundada en prácticas de las religiones judeocristianas que imponen el auxilio y consuelo hacia los necesitados (pecadores, débiles, enfermos, incapacitados) mientras los que exhiben una conducta eficaz mantienen su autonomía.

Finalmente, el modelo más inclusivo (pues engloba a los dos anteriores) permite visualizar la histeria como una participación en un juego. El marco de referencia comunicacional revela que los participantes en la comunicación realizan una actividad significativa, es decir intencional, para obtener ciertas metas a través de determinados caminos. Así, podemos suponer que el histérico desarrolla un juego que tiene metas y reglas específicas, y "el psicoanalista busca desentrañar el juego de la vida en que participa el paciente."<sup>7</sup> Existe una jerarquía de los juegos, los juegos *objetales* apuntan a la supervivencia física y en este nivel se encuentran las enfermedades orgánicas, en un nivel superior hallamos los *metajuegos* referidos al problema ético de los modos de mantener esa vida, en tal sentido, la histeria (y las enfermedades mentales en general) constituye una mezcla heterogénea de metajuegos. "Este tipo de análisis nos ayudará a comprender que, si bien los problemas psiquiátricos tienen dimensiones intrapersonales, interpersonales y sociales significativas, también poseen, invariablemente, dimensiones éticas. Una vez que el hombre se eleva por encima del nivel en que se juega el tipo más simple de juego objetal -el de la supervivencia-, es inevitable que deba enfrentar opciones éticas."<sup>8</sup>

### Algunas reflexiones epistemológicas:

Un argumento de Szasz en contra de la idea de que los desórdenes mentales constituyen enfermedades impugna la tesis conceptual del modelo médico ("una enfermedad es un proceso que causa una disfunción biológica"): si alguna incapacidad no es causada por una disfunción entonces no es una enfermedad, las incapacidades histéricas no son causadas por disfunción, en conclusión, la histeria no es una enfermedad.<sup>9</sup>

Un defensor del modelo médico L. Reznek objeta ambas premisas. Contra la primer premisa ("si alguna incapacidad no es causada por una disfunción entonces no es una enfermedad") afirma que la disfunción no es una condición necesaria de la enfermedad: puede haber partes de nuestro cuerpo que no tengan función pero con efectos deseables sobre el organismo, por ejemplo, supongamos que una parte del lóbulo temporal derecho (que no tiene función) nos permite percibir y disfrutar la música, si esa parte se afectara incapacitándonos para oír música estaríamos significativamente discapacitados y podríamos concluir que tal afección es una enfermedad.

Aquí considero que Reznek no acierta en la crítica pues si tal parte del cerebro nos permitiese percibir y disfrutar la música entonces esa es su función y entonces si su disfunción es una enfermedad, en consecuencia, la premisa en cuestión sale indemne (al menos con ese ejemplo) y la disfunción sigue siendo condición necesaria de la enfermedad.

Contra la segunda premisa ("las incapacidades histéricas no son causadas por disfunción") Reznek ataca imaginando una histérica que no puede sentir ninguna sensación en su brazo, no debido a una lesión orgánica sino a factores psicológicos, entonces allí hay una disfunción ya que si la función de su sistema sensorial es permitirle experimentar sensaciones y tal función fracasa entonces su sistema sensorial esta siendo disfuncional y la histeria es una disfunción. Pero Szasz podría argumentar que es una de las funciones del sistema sensorial incapacitarse para sentir sensaciones en algunas partes del cuerpo, en otras palabras anestesiar-se como en el caso de la sofocación mediante endorfinas en casos en que está en riesgo la vida para evitar las distracciones provocadas por el dolor, si este fuera el caso, el sistema sensorial de la paciente histérica funciona correctamente. Incluso podría suceder que sufrir tal incapacidad histérica aportase ciertas ventajas biológicas (recibir ayuda de los demás y economizar la propia energía) por las cuales hubiese sido seleccionada naturalmente, entonces, con más razón aún la histeria es funcional. A esto Reznek objeta que incluso si el proceso de adquisición de síntomas histéricos cumple una función biológica esto no significa que la histeria no sea una enfermedad; tener una función biológica no excluye al proceso de ser una enfermedad, supongamos que desarrollamos un sistema con la función biológica de reducir nuestra inmunidad bajo condiciones de superpoblación permitiéndonos enfermar y morir con el objetivo de reducir la población, aunque tuviese una función biológica el proceso sería considerado enfermedad, lo mismo ocurre con la histeria, por más que se suponga que cumple una función biológica es una enfermedad. Aquí el ataque de Reznek al argumento se vuelve contradictorio pues la definición misma de enfermedad que Szasz está atacando afirma explícitamente que "una enfermedad es un proceso que causa una disfunción biológica". En

conclusión, creemos que es fértil el argumento de Szasz y que las posibles objeciones no aciertan en su ataque.

Otro argumento de Szasz en contra de la idea de que las enfermedades mentales son enfermedades<sup>10</sup> podría esquematizarse de la siguiente manera: si alguna condición es voluntaria entonces no es causada por enfermedad, la conducta histerica es voluntaria, entonces la histeria no es una enfermedad. Reznek objeta a la primer premisa ("si una condición es voluntaria entonces no es causada por enfermedad") que uno puede provocarse un cáncer de pulmón por el acto voluntario de fumar y a pesar de ello consideramos al cáncer como enfermedad; pero aquí hay un error argumental pues lo que es voluntario es el acto de fumar no el cáncer y en consecuencia, lo que no es una enfermedad es el fumar en sí.

Frente a la segunda premisa ("la conducta histerica es voluntaria") hay evidencia de que en la histeria, las creencias de los pacientes sobre los síntomas que podría tener si enfermara influyen en sus síntomas reales los cuales no parecen obedecer a un daño neurológico; así, si las creencias de los sujetos influyen en el resultado de su conducta podría decirse que la misma es intencional. Pero Reznek argumenta que aunque la concepción de enfermedad de una persona influya sobre el patrón de sus síntomas, esto no significa que esos síntomas sean producto de sus creencias y deseos. Podría suceder que la ansiedad acerca de enfermarse en una persona sugestionable cause que la persona se enferme, sin que por ello sea el caso de que la persona desee (tenga la intención) de hacerlo. No obstante, en todos los casos de histeria hay eso que Freud llamó la 'ganancia secundaria', o sea que el paciente tiene razones para estar enfermo y en consecuencia pareciera que la conducta es intencional. Sin embargo podría objetarse (como hace Reznek) que, aunque la persona tiene la intención, la misma no es consciente y por tanto tampoco voluntaria. Acá el error de Reznek parecería estar en la identificación que sustenta todo su contra-argumento entre lo consciente y lo voluntario; pero lo voluntario no es sinónimo de lo consciente, como ya lo ha mostrado Anscombe<sup>11</sup>. Existen movimientos puramente físicos que son voluntarios pero inconscientes en el caso de que el sujeto no se percata porqué los realiza p. e. pisar una manguera, así como también existen movimientos involuntarios pero conscientes p. e. los reflejos rotulares. El caso de la histeria encaja perfectamente aquí, como una conducta voluntaria pero inconsciente: el sujeto presenta trastornos a nivel sensorial o motor producto de representaciones traumáticas reprimidas deformadas por las leyes del proceso primario. En consecuencia, creemos que el ataque de Reznek contra este nuevo argumento, también falla y por tanto, el argumento se sostiene.

Pero si los trastornos mentales no son enfermedades, entonces ¿qué son? Con su tesis anti-psiquiátrica acerca de "la llamada enfermedad mental en términos de la utilización de signos, ...el acatamiento de reglas y la participación en un juego..."<sup>12</sup>, Szasz no considera que la conducta anormal de los mal llamados 'pacientes mentalmente enfermos' sea causada por una enfermedad. Szasz la ve como una comunicación intencional y voluntaria de búsqueda de ayuda. Por lo tanto, los 'pacientes mentalmente enfermos' participan de un juego gobernado por ciertas reglas. Con esta idea Szasz desafía la tesis causal del modelo médico ("una subclase de conducta anormal es causada por enfermedad mental"), la enfermedad mental no es otra cosa que seguir-la-regla y conducta estratégica<sup>13</sup>. Especifi-

camente en el caso de la histeria, puede decirse que los pacientes "personifican" (adoptan el rol de otra persona bajo falsas apariencias) o hacen "trampa" (violando las reglas del juego) con el fin de incrementar sus ventajas personales adoptando el rol de "enfermos": "el histérico actúa como si sufriera una enfermedad corporal, e incita al 'tratamiento' de acuerdo a las reglas del juego médico."<sup>14</sup> Asimismo, los psiquiatras "personifican" a los médicos y representan el rol del terapeuta médico, al concebir los trastornos de sus pacientes como "enfermedad".

Si no existe tal cosa como la "enfermedad mental", el argumento de Szasz es que entonces la psiquiatría no tiene un objeto que pertenezca a la especialidad médica y por tanto la tesis teleológica ("el objetivo de la psiquiatría es la prevención y el tratamiento de la enfermedad mental") no tiene sentido. Según Szasz el objetivo de la psiquiatría moderna iniciada con Charcot no ha sido el ofrecer beneficios terapéuticos a los pacientes, sino el control social de los perturbados: "se los hospitalizaba para separarlos de los miembros más normales y capacitados de la sociedad ... no tanto por su 'enfermedad', sino porque perturbaban a los demás"<sup>15</sup>. Esto tuvo un beneficio secundario para la práctica psiquiátrica, permitió disponer de una gran cantidad de sujetos bajo observación cotidiana y específicamente al neurólogo Charcot, distinguir las enfermedades del sistema nervioso de aquellas que simulaban estados neurológicos orgánicos, concretamente, los enfermos histéricos. El error consistió en que una vez descubiertos los fenómenos histéricos se los rotuló como "enfermedades" ubicándose a los sujetos que los manifestaban dentro de la categoría de "enfermos", todo con el fin de que la profesión médica en general y la Academia Francesa de Ciencias los aceptara. Su visión crítica del pasado de la psiquiatría lo lleva a decir que tanto "Charcot como Guillotin ... facilitaron a la gente (sobre todo a los individuos oprimidos por la sociedad) estar enferma y morir"<sup>16</sup>.

En la visión de Szasz, los psiquiatras se ocupan de problemas vitales de orden social, ético y personal, y su práctica en vez de considerarse parte de la medicina debería ser incluida dentro de las ciencias humanas. Es su idea que "mientras los valores ético-sociales de las teorías y terapias psiquiátricas sigan siendo oscuros y poco explícitos, su mérito científico está destinado a ser bastante limitado"<sup>17</sup>. El modelo de la conducta como participación en un juego parece adecuado para unificar psiquiatría, sociología y ética: el hombre actual debe jugar diversos juegos, entre ellos juegos aprendidos y juegos nuevos, el fracaso en abandonar los viejos juegos y en aprender los juegos nuevos conduce a diversos trastornos o problemas vitales que son los que, por regla general, debe atender el psiquiatra. Dentro de estos se encuentran los trastornos histéricos, caracterizados por la incapacidad del sujeto para olvidar las viejas reglas o la resistencia a abandonar el antiguo juego originándose la negativa a jugar los juegos en que participan los demás, "...es una especie de 'huelga' contra el acto de vivir"<sup>18</sup>.

#### Notas:

(1) Szasz, T. S., *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1973, p. 9.

(2) Aquí nos concentraremos en estas cuatro tesis aunque el modelo médico implica algunas más, las cuales en su totalidad han sido excelentemente planteadas por Reznick, L. *The philosophical defence of psychiatry*, Routledge, New York, 1991.

(3) Szasz, p. 16.

(4) Szasz, p. 293.

(5) Szasz, p. 22.

(6) Szasz, p. 25.

(7) Szasz, p. 28.

(8) Szasz, p. 28.

(9) "Los adjetivos 'mental', 'emocional' y 'neurótico' son simplemente, estrategias semánticas para codificar -y, al mismo tiempo, ocultar- las diferencias entre dos clases de incapacidades o 'problemas' para enfrentar la vida. Una categoría consta de enfermedades corporales -p.e. lepra, tuberculosis o cáncer- las cuales, al impedir el funcionamiento perfecto del cuerpo humano como máquina, dificultan la adaptación social. En contraste con la primera categoría, la segunda se caracteriza por dificultades en la adaptación social, no atribuibles a la disfunción de la maquinaria, sino 'causadas', mas bien, por los propósitos a los que ésta debe servir, y que están determinados por quienes la construyeron -los padres, la sociedad o la usan, es decir, los individuos." (Szasz, p. 52).

(10) "[los] trastornos fisicoquímicos del organismo... son acontecimientos u ocurrencias; el desarrollo de un carcinoma de la cabeza del páncreas es un ejemplo de ello. En cambio, los llamados síntomas mentales son 'hechos' o acciones. No sobrevienen al individuo, sino que son queridos por él (en el plano inconsciente)." (Szasz, p. 172). "... las llamadas enfermedades mentales comparten una sola característica significativa con las de naturaleza corporal: el paciente o 'enfermo' está mas o menos incapacitado para llevar a cabo ciertas actividades. Ambas difieren por el hecho de que las enfermedades mentales sólo pueden comprenderse si las consideramos como incidentes que no se manifiestan simplemente en la vida de un individuo, sino que son inducidos por este (quizás en forma inconsciente) y, en consecuencia, pueden tener algún valor para él. Esta suposición no es necesaria -en realidad, es insostenible- en los casos típicos de enfermedades corporales." (Szasz, p. 69)

(11) Anscombe, G. E. M, *Intención*, Paidós, Barcelona, 1991.

(12) Szasz, p. 22.

(13) Refiriéndose a la histeria, por ejemplo, Szasz nos dice que "el término 'histeria' se refiere a la expresión y a la comunicación (transmitida principalmente por medios no verbales y signos corporales) de un estado de deterioro o 'enfermedad'. El objetivo implícito de la comunicación es asegurar la obtención de ayuda. Si el problema de la histeria es enmarcado de esta manera, se vuelve lógico preguntarse: ¿dónde se originó la idea de que las reglas del juego de la vida tienen que definirse de tal manera que quienes son débiles, discapacitados o enfermos deban ser ayudados? La primera respuesta es que este es el juego usualmente jugado en la niñez... La segunda respuesta general es que las reglas prescribiendo actitudes de dar ayuda hacia el débil derivan de tradiciones religiosas dominantes del hombre occidental... En resumen, el hombre aprende a estar mentalmente enfermo siguiendo (principalmente) las reglas de esos dos juegos." (Szasz, p. 186).

(14) Szasz, p. 303.

(15) Szasz, p. 33.

(16) Szasz, p. 39.

(17) Szasz, p. 302.

(18) Szasz, p. 305.