

La Psicopatología Fundamental: Contribución hacia la sociedad democrática*

Manoel Tosta Berlinck

Hace 14 años, en febrero de 1995, fue creado el Laboratorio de Psicopatología Fundamental en el Programa de Estudios Post Graduados en Psicología Clínica de la Universidad Católica de San Pablo/Brasil. Un año después, en abril de 1996, fue creada la Cadena Universitaria de Investigación en Psicopatología Fundamental, que se transformó, en 2002, en la Asociación Universitaria de investigación en Psicopatología Fundamental.

En el inicio de 2009, esa sociedad científica internacional reúne 52 profesores doctores de 22 universidades brasileñas y de universidades de Argentina, de Colombia, de México, de Francia y de Inglaterra.

La Asociación Universitaria de investigación en Psicopatología Fundamental publica dos revistas de estándar internacional: la *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, organismo oficial impreso y en cadena y el *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, organismo oficial en cadena.

Realiza, también, cada dos años, el Congreso Internacional de Psicopatología Fundamental y el Congreso Brasileño de Psicopatología Fundamental, cuya décima edición ocurrirá en 2010, en la Universidad Federal del estado de Paraná, en Curitiba, estado de Paraná, y tendrá como tema “El amor y sus trastornos”.

Colabora, además, con la “Biblioteca de Psicopatología Fundamental”, serie de libros producidos por la Editora Escuta.

La Psicopatología Fundamental lleva rigurosamente a serio el significado de la palabra “Psicopatología”, o sea, discurso (*logos*) sobre el *pathos* (o afecto, el sufrimiento, la pasión etc.) psíquico.

Además, se denomina “Fundamental” para distinguirse de la Psicopatología General, disciplina cuñada a partir de la publicación del libro, de mismo nombre, escrito por Karl Jaspers en 1913 (Jaspers, 1987).

Al contrario de la Psicopatología General, que deriva de una tradición filosófica iluminista y racionalista inaugurada por Kant, de quien Jaspers es considerado un ilustre discípulo, la Psicopatología Fundamental se articula a lo largo del, complejo y rico discurso (*logos*) que lleva en consideración la subjetividad (Arendt, 2008).

Esto no quiere decir, sin embargo, que la Psicopatología Fundamental sea contraria a la tradición racionalista y objetiva, ya que reconoce la necesidad imperiosa de un diálogo comprensivo entre las diversas psicopatologías. Ese reconocimiento se debe al presupuesto según el que no existe un único discurso capaz de agotar la comprensión del *pathos* psíquico.

Tras la creación del Laboratorio de Psicopatología Fundamental de la Universidad Católica de San Pablo – PUC-SP, diversos estudiantes latinoamericanos que realizaban doctorado en la Universidad de Paris 7 – Denis Diderot, bajo la orientación del prof. dr. Pierre Fédida retornaron a sus países y empezaron a elaborar programas de enseñanza e investigación en Psicopatología

Fundamental. Además de eso, Pierre Fédida venía regularmente a Brasil, a trabajar con grupos de psicólogos, psiquiatras, filósofos y psicoanalistas desde 1976, en plena dictadura militar. Así, la Psicopatología Fundamental presentó un proceso de difusión internacional que aún está en curso.

Hasta la creación del Laboratorio de Psicopatología Fundamental y la realización del primer Congreso Brasileño de Psicopatología Fundamental, la enseñanza de la psicopatología, en la universidad brasileña, estaba dominada por la Psicopatología General, de Karl Jaspers, por el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y por el CID (Clasificación de Trastornos Mentales y de Comportamiento). El ejercicio de ese dominio depende de manuales de psiquiatría que, como se sabe, reseñan las investigaciones y las escrituras anteriormente producidas.

Con la introducción de la Psicopatología Fundamental, fue posible percibir que tanto el DSM como el CID son complejos sistemas clasificatorios de trastornos mentales que atienden a requisitos de estandarización y de generalización. Esta percepción fue el resultado, también, de una serie de investigaciones y de publicación de artículos sobre las diversas limitaciones contenidas tanto en el DSM como en el CID. El esfuerzo de estandarización y de generalización, que está en la base de esos sistemas clasificatorios, ignora tanto la dimensión subjetiva como la singularidad propia de la especie humana. Pero, al hacer eso, abandona, también, la idea de un discurso (*logos*) sobre el *pathos* psíquico, o sea, ignora la propia característica específica de la psicopatología. La estandarización y la generalización de los sistemas clasificatorios atienden, en verdad, a determinados intereses (de corporaciones de oficio, como la American Psychiatric Association – APA, de la industria farmacéutica, de las compañías de seguro de salud y, por fin, de los intereses del propio Estado que pretende, con eso, economizar en la política de salud mental). Esas instituciones no están propiamente interesadas ni en la singularidad ni en la subjetividad.

Según ese punto de vista, la verdad científica propia de la psicopatología se agota en los sistemas clasificatorios y en los manuales de psiquiatría y no hay necesidad de nuevas investigaciones sobre el *pathos* psíquico visando revelar aspectos que se transforman en negligencia por esos protocolos. Se crea, de esa manera, un silencio psicopatológico y la convicción generalizada según la que la psicopatología está completamente comprendida en esos textos.

Eso, entretanto, no es nuevo.

Desde la Antigüedad, de la Grecia antigua, había dos tipos de medicina. Platón, en *La República* describe la medicina de los esclavos y de los extranjeros y la medicina de los ciudadanos. En la primera, como los extranjeros hablaban lenguas desconocidas y los esclavos por definición no hablaban, ya que eran cosas, la medicina era silenciosa: el médico examinaba al paciente y, usando su memoria activa – llamada *anamnesis* –, diagnosticaba el *pathos*. Ya la medicina de los ciudadanos se basaba en la palabra: el enfermo, por ser un reconocido miembro de la Polis – un ciudadano –, le narraba su mal al médico y éste, escuchando el relato del enfermo, dejaba de lado su memoria pasiva – la *mnemósine* – y, a partir de ella, trataba al enfermo (Platón, 2000; Ricoeur, 2007).

En otra ocasión, en *El banquete*, Platón describe la medicina, por la boca del médico Erixímaco, como el arte de ocuparse de los fenómenos del amor. “Es con

efecto la medicina”, dice él, “para hablar en resumen, la ciencia de los fenómenos del amor, propios al cuerpo” (Platón, 2001).

El médico está constantemente en la relación con el amor porque las enfermedades físicas en su evolución se presentan como pasiones amorosas. El médico cuida el Eros. El médico debe restablecer el equilibrio del cuerpo para que el Eros, enfermo por el exceso de amor, sea liberado de ese exceso por el amor que le trae el médico. Amor de médico es amor justo: establece una contrapartida, un nuevo equilibrio con la parte enferma del Eros (Fédida, 1988).

En esas condiciones, es necesario recordar que las palabras “medicina” y “médico” ya existían mucho antes de las facultades de medicina y de la reglamentación de esa profesión, por el Estado moderno.

En segundo lugar, no podemos olvidarnos de que *El banquete* es un simposio en homenaje a Eros, el primero de los dioses griegos. En él, todos los presentes hicieron el elogio de Eros, una divinidad poderosa y admirable, tanto entre los hombres como entre los dioses, por varias razones, pero, antes de todo, por el nacimiento. El hecho de ser el más viejo de los dioses ya constituye prerrogativa excepcional a los ojos de Fedro, uno de los participantes del Simposio.

Además, Eros es poderoso y admirable porque es aquél que se dedica a realizar relaciones. A este respecto, es necesario recordar que después de Parménides, Heráclito... el amor se piensa como doble: está el amor popular, o sea, el amor con sus excesos físicos, y el amor celeste que está en relación con la justeza de la palabra, con la justeza del *logos*. Uno no puede ser sin el otro (Fédida, 1988).

El deseo que anima el cuidado médico, aún de acuerdo con Erixímaco, como en la gimnasia y en la música, es de reencontrar la armónica, el sonido armónico, o sea, sonoridades que no son consonantes, pero de cuya asociación se crea la armónica. En esas condiciones, el problema del amor se coloca en relación al equilibrio del ritmo, como también en relación al problema de la alimentación.

Leer *El banquete* es, verdaderamente, una aventura del espíritu. En él lo que se desprende es que la enfermedad física no es solamente una perturbación del amor, como sólo puede ser cuidada si el médico – porque él es terapeuta – introduce la justa proporción del amor.

Hoy en día no hay razón para rechazar tal concepción. Al contrario, como ya he dicho en otras ocasiones, es necesario hablar de una *psicopatología somática* y no de psicósomática (Berlinck, 2000). Psicósomática reintroduce el problema de la influencia de la psiquis sobre lo somático o lo inverso, sin llevar en cuenta lo que comporta el término “psicopatología”. Bueno, en la tradición del poeta Esquilo (sería interesante leer la pieza *Agamenón*) se emplea la expresión “*Pathei-mathos*” para designar lo que es pático, o que afecta, lo que es pasión, lo que es vivido. Aquello que puede tornarse experiencia. En alemán se emplean los verbos *erleben* (presenciar) – *erfahren* (experimentar). *Psicopatología* literalmente quiere decir: un sufrimiento que porta en sí mismo la posibilidad de una enseñanza interna. Como pasión, se torna una prueba y, como tal, bajo la condición de que sea oída por alguien, trae en si misma el poder de cura. Eso coloca inmediatamente la posición del terapeuta. Una pasión no puede enseñar nada, por lo contrario, conduce a la muerte si no es oída por aquél que está fuera, por aquél que es extranjero, por aquél que puede cuidar de ella (Fédida, 1988).

El uso indiscriminado de sistemas clasificatorios que anhelan la estandarización y la generalización dispensan la palabra del portador del *pathos* y estimulan la medicina de esclavos, en que la palabra del otro no existe por ser radicalmente inalcanzable.

Está claro que sistemas clasificatorios como el DSM y el CID poseen diversas cualidades importantes. Tal vez las principales sean: la relativa precisión del diagnóstico, una economía de tiempo de las consultas médicas y el barateo de ese servicio.

Entretanto, en sociedades en que la gran mayoría no encuentra canales de recepción del hablar sobre el sufrimiento psíquico, la estandarización y la generalización de los sistemas clasificatorios pueden alimentar el autoritarismo y el silencio de la mayoría y fortalecer la medicina de esclavos y extranjeros.

A ese respecto es importante recordar las palabras de Georges Canguilhem en *Escritos sobre la medicina* (2005):

El médico no está lejos de pensar que su ciencia es una lengua bien hecha, al paso que el paciente se expresa con jergas. Pero como en el principio el médico fue hombre, en la edad en que era incierto saber si él se tornaría un Dios, mesa o vasija, él conserva algunos recuerdos del bloque original en el que él fue esculpido y retuvo, a principio, algunos elementos de la jerga desvalorizada por su lengua de cientista. Le ocurre, a veces, consentir en comprender que la demanda de sus pacientes puede restringirse a conservar cierta cualidad de la disposición para vivir, o a encontrar su equivalente, sin preocuparse en saber si los testes objetivos de tratamiento son positivos y concordantes. (p. 58n)

Así, en 1995, la larga y rica tradición psicopatológica de la medicina se encontraba en estado terminal gracias al uso generalizado y mecánico de sistemas clasificatorios tecnológicamente estandarizados y a manuales que pretenden “agotar” el saber médico por medio de la reseña de lo sabido. La casi totalidad de las facultades de medicina y de psicología se restringían a la enseñanza de esos sistemas clasificatorios denominándolos “psicopatología”.

La introducción de la Psicopatología Fundamental empezó a alterar esa situación, que viene sufriendo el impacto de otro fenómeno ocurrido en Brasil en el final de la década de 1980 e inicio de la década de 1990: la Reforma Psiquiátrica Brasileña.

La Reforma es un movimiento ocurriendo en el ámbito de la salud pública que, desde el punto de vista de la gestión de políticas públicas, se consubstancia en una legislación en salud mental iniciada con la Declaración de Caracas, aprobada por aclamación por la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Brasil se adhiere a esa Declaración y a ella se articula con un largo y conturbado movimiento de trabajadores de la salud mental que resultó en la ley nº 9.867, de 10 de noviembre de 1999.

Tal ley permite el desarrollo de programas de apoyo psicosocial a los pacientes psiquiátricos en acompañamiento en los servicios comunitarios. Es un valioso instrumento para viabilizar los programas de trabajo asistido e incluirlos en la dinámica de la vida diaria, en sus aspectos económicos y sociales. Hay una

evidente analogía con las llamadas “empresas sociales” de la experiencia de la Reforma Psiquiátrica Italiana.

El 6 de abril de 2001, el Gobierno Federal promulga la ley n° 10.216 que dispone sobre la protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redirecciona el modelo asistencial en salud mental. Ese texto refleja el consenso posible sobre una ley nacional para la reforma psiquiátrica en Brasil.

Tiene como base el proyecto original del diputado Paulo Delgado e incluye proposiciones contenidas en sustitutivos anteriores favorables al proyecto original.

La ley redirecciona el modelo de la asistencia psiquiátrica, reglamenta cuidado especial con la clientela internada durante largos años y prevé la posibilidad de punición para la internación involuntaria arbitraria o desnecesaria.

El 28 de mayo de 2003, el presidente de la República firma el decreto instituyendo un Grupo de Trabajo interministerial para evaluar y presentar propuestas para revalorar, proponer y discutir la política del gobierno federal para la atención a usuarios de alcohol, así como armonizar y perfeccionar la legislación que involucra el consumo y la propaganda de bebidas alcohólicas en territorio nacional.

El día 31 de julio de 2003, el presidente de la República firma la ley n° 10.708, conocida como “Ley del Programa de Vuelta a Casa”, estableciendo un nuevo estado en la historia del proceso de reforma psiquiátrica brasileña, impulsando la desinstitutionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en hospitales psiquiátricos, por la concesión de auxilio rehabilitación psicosocial e inclusión en programas extrahospitalarios de atención en salud mental.

Desde 1992 existen ocho leyes estatales en vigor, inspiradas en el Proyecto de Ley Federal del diputado Paulo Delgado. Ellas son del estado de Ceará, del Distrito Federal, del estado de Espírito Santo, del estado de Minas Gerais, del estado de Paraná, del estado de Pernambuco, del estado de Rio Grande do Norte y del estado de Rio Grande do Sul. En todas ellas está prevista la sustitución progresiva de la asistencia en el hospital psiquiátrico por otros dispositivos o servicios. Hay incentivos para los centros de atención diaria (Centros de Atención Psicosocial – CAPS), la utilización de lechos en hospitales generales, la notificación de internación involuntaria y la definición de los derechos de las personas con trastornos mentales.

Hay, hoy, en Brasil, más de mil CAPS reglamentados en su estructura y funcionamiento por el Decreto del Ministerio de la Salud n° 336, de 19 de febrero de 2002.

Además, hay una serie de Decretos del Ministerio de la Salud. La principal es, sin sombra de duda, el Decreto Interministerial n° 628, de 2 de abril de 2002, que establece el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario. Éste define mecanismos de extensión de la asistencia en salud del Sistema Único de Salud (SUS) a los detenidos del sistema penitenciario, incluyendo la salud mental. Esa iniciativa inédita permite no sólo extender la mirada y el cuidado en salud mental a las prisiones, sino también pensar un nuevo modo de lidiar con la cuestión de los manicomios judiciales.

Es importante destacar además el Decreto n° 1.077, de 24 de agosto de 1999, que dispone sobre la asistencia farmacéutica en la atención psiquiátrica y asegura

medicamentos básicos de salud mental para usuarios de servicios ambulatoriales públicos de salud que dispongan de atención en salud mental. Representa un aporte efectivo y regular de recursos financieros para que los estados y municipios mantengan un programa de farmacia básica en salud mental.

Los demás Decretos visan perfeccionar la Reforma Psiquiátrica Brasileña creando y reglamentando la financiación de los Servicios Residenciales Terapéuticos, determinando evaluación de la asistencia prestada en salud mental por el SUS, estableciendo mecanismos de supervisión continuada de los servicios hospitalarios y ambulatoriales, así como proposición de normas técnicas y alternativas que refuercen la continuidad de los procesos de reversión del modelo de atención en salud mental vigente en el país, definiendo el equipo mínimo de los servicios ambulatoriales especializados en salud mental que debe actuar en la asistencia y supervisión de las actividades de los Servicios Residenciales Terapéuticos, instituyendo el proceso sistemático y anual de evaluación y supervisión de la red hospitalaria especializada en psiquiatría, así como hospitales generales con enfermerías o lechos psiquiátricos, estableciendo criterios de clasificación conforme el tamaño del establecimiento y cumplimiento de los requisitos cualitativos de evaluación fijados por el área técnica de Salud Mental del Ministerio de la Salud con respecto al proceso terapéutico y a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA para el análisis del área de vigilancia sanitaria, estableciendo una clasificación basada en el porte del hospital y en la calidad de la atención prestada, y de ahí en adelante.

En resumen, lo que se observa es que el período de 1990 a 2003 concentra la máxima intensidad política y normativa de lo que se llama la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Un año antes, en 1989, se iniciara la experiencia decisiva en Santos, bajo el liderazgo de David Capistrano Filho. También en el final de ese mismo año se le dio entrada al Congreso Nacional al proyecto de ley que resultó, 12 años después, en la ley brasileña de reforma psiquiátrica.

La Reforma Psiquiátrica Brasileña realiza, por medio de una compleja y sistemática política pública (*Public Policy*), consubstanciada en leyes y decretos ministeriales, leyes estatales y municipales, una amplia modificación en la atención al usuario: redirecciona el modelo de la asistencia psiquiátrica; reglamenta un cuidado especial con la clientela internada durante largos años y prevé posibilidad de punición para la internación involuntaria o desnecesaria; impulsada la desinstitucionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en hospitales psiquiátricos, por la concesión de auxilio rehabilitación psicosocial e inclusión en programas extrahospitalarios de atención; incluye asistencia de salud mental para los detenidos del sistema penitenciario posibilitando el pensamiento sobre un nuevo modo de tratar con la cuestión de los manicomios judiciales; dispone sobre asistencia farmacéutica en la atención psiquiátrica y asegura medicamentos básicos de salud mental para usuarios de servicios ambulatoriales públicos de salud que dispongan de atención en salud mental etc.

En otras palabras, la Reforma formula, crea condiciones e instituye bases materiales y organizacionales para nuevas prácticas terapéuticas visando la inclusión del usuario en salud mental en la sociedad y en la cultura. La Reforma Psiquiátrica Brasileña es un verdadero avance en el trato de la salud mental

retirando de hospitales, asilos y manicomios innúmeros internados crónicos que no presentaban síntomas de insanidad: eran pobres desamparados, sin familia, sin instrucción, que vivían por las ciudades, gracias a la caridad ajena. Como eran (y todavía son) estigmatizados, fueron retirados del espacio urbano y recogidos en esas instituciones de salud. Esa categoría, que podría ser denominada de “habitantes de las calles”, revela una incapacidad de la opulenta sociedad exponiendo sus límites. ¿Cómo proporcionarle ciudadanía a esa categoría social?

Surge, aquí, un grave problema limitando drásticamente el alcance de la Reforma Psiquiátrica Brasileña: ¿Cuál sería el método adecuado a la inclusión *psíquica* de usuarios presentando intensos síntomas resistentes de aislamiento, con delirios persistentes, intensos rechazos de la realidad y otras manifestaciones que dificultan o impiden la inclusión social?

La Reforma no contempla esta cuestión, suponiendo que la gran mayoría de los hospitalizados quiere y está lista para ser incluida en la sociedad. Entretanto, investigaciones realizadas en el ámbito del Laboratorio de Psicopatología Fundamental del Programa de Estudios Postgraduados en Psicología Clínica de la Universidad Católica de San Pablo y de la Asociación Universitaria de Investigación en Psicopatología Fundamental revelan que no es eso lo que ocurre.

Un gran número de internos vivió muchos años recogido en hospitales y perdió el completo contacto con familiares, amigos, conterráneos etc. Otros presentan diversos trastornos mentales que impiden o dificultan su inclusión. Muchos de ellos no quieren o no pueden salir de los hospitales, ya que corren graves riesgos de vida cuando dejados en las calles de las ciudades. Están, además, aquellos que prefieren vivir como pordioseros. Otros, aún, como los travestis, quieren apenas un contacto muy específico con los trabajadores de la salud mental y no están interesados en ninguna propuesta de tratamiento psicoterapéutico.

En otras palabras, la Reforma fue hecha sin llevar en consideración la gran complejidad de los usuarios de la salud mental y sin considerar las cuestiones metodológicas y sustantivas del tratamiento psicoterapéutico.

Se sabe que el uso de moléculas psicotrópicas constituye un enorme avance para la inclusión social, ya que estabilizan las manifestaciones agudas de trastornos y permiten relaciones sociales. Entretanto, se sabe, también, que la estabilidad provocada por medicamento no significa que el usuario esté en un tratamiento capaz de llevarlo a una consistente mejora en su salud mental. Al contrario, la ingestión prolongada de moléculas psicotrópicas provoca adicción e intoxicación creando viciados con graves síntomas incapacitantes. La suspensión médica de la ingestión casi siempre está acompañada de una remisión de los mismos síntomas que habían sido inhibidos por el medicamento.

Se puede decir, entonces, que la Reforma Psiquiátrica Brasileña no considera el tratamiento psicoterapéutico de la alienación mental. Trata, al contrario, la alienación como un fenómeno social originado en la teoría marxista. Las leyes y decretos ministeriales no visan definir formas específicas de tratamiento. Son pautadas, eso sí, por un claro objetivo – la inclusión del usuario en la sociedad democrática y ciudadana – y proporcionan los recursos financieros e institucionales – CAPS, viviendas etc. – para que se alcance el objetivo

pretendido. Entretanto, no dice como debe ser realizado el tratamiento del trastorno mental, principal obstáculo singular para que ocurra la inclusión.

El diagnóstico diferencial basado en la anamnesis o, más frecuentemente, en la aplicación de uno de los sistemas clasificatorios no es suficiente para alterar el comportamiento del usuario. La medicación, muchas veces excesiva, sirve apenas, como se sabe, para contener la manifestación aguda de síntomas indeseados y estigmatizados. La sociedad reconoce, con cierta facilidad, usuarios medicados, e no les proporciona oportunidades de inclusión. Usuarios medicados se tornan, así, una categoría social más, que está estigmatizada y marginalizada.

Las dificultades de relación social repetitivas y estandarizadas, enfrentadas por usuarios con graves trastornos de conducta, son muy intensas. Éstos no consiguen constituir familia o formar parte de una, tener un trabajo, participar de asociaciones etc.

El éxito de la Reforma depende, por lo tanto, de formas de realizar la clínica y practicar el tratamiento, capaces de alterar la conducta de los usuarios, sin el auxilio excesivo de medicamentos. La Reforma supone que el trabajador de salud mental está preparado para realizar esas actividades propiamente psicoterapéuticas. Se sabe, entretanto, que entre el código y la práctica hay una distancia que no siempre se revela en los informes oficiales encaminados periódica y sistemáticamente al Ministerio de la Salud.

Además, se sabe, también, que la enseñanza universitaria brasileña todavía no se adaptó a esa política pública, existiendo un defasaje entre formación universitaria y los requisitos derivados de la práctica.

Finalmente, el sistema universitario tiende a ofrecer una enseñanza general y abstracta que es rica en contenido, pero que ignora, en gran parte, las especificidades de la Reforma Psiquiátrica y el trabajo que en ese ámbito viene siendo realizado.

Sin embargo, estas dificultades no son intransponibles y diversos trabajadores de la salud mental elaboran, en sus actividades cotidianas, prácticas clínicas que producen sorprendentes resultados. Surgen, así, nuevos dispositivos y nuevas prácticas clínicas “inventadas” por los trabajadores, que no son acompañadas por una elaboración metodológica y psicopatológica. La Reforma Psiquiátrica creó vivencias – actividades eminentemente prácticas – anteriormente desconocidas de la psicopatología y del método clínico. Entretanto, dada la naturaleza eminentemente práctica del trabajo de la salud mental, esas vivencias corren el grave riesgo de que se circunscriban al específico ámbito de su cotidianidad creando una subcultura en la sociedad brasileña. Ocurriría, así, un fracaso de la propia Reforma, cuyo principal objetivo es la integración de ese sistema – y no apenas de los usuarios – en la sociedad democrática y ciudadana que se caracteriza por el libre intercambio biológico, psíquico y social. Esa integración, no podemos olvidarnos, es eminentemente política, o sea, ocurre en la Polis, donde se manifiesta el ejercicio del poder. Este es un recurso de cada uno. Sin embargo, el usuario ejerce, con frecuencia, el poder de no tener poder: vive una existencia destituida de poder creyendo que sólo así domina al otro.

La Reforma Psiquiátrica Brasileña necesita, consecuentemente, crear dispositivos para que tales vivencias se transformen en experiencias, o sea, en

saberes socialmente compartidos, desarrollando capacidades de investigación en salud mental.

Para que eso ocurra es necesario que las vivencias eminentemente prácticas de los trabajadores de la salud mental sean narradas y registradas constituyendo, de esa forma, un archivo, parte fundamental de la memoria de las prácticas promovidas por la Reforma. En otras palabras, se necesita la realización de un trabajo de autoría junto a los trabajadores de la salud mental, que implique un proceso de transformación de las vivencias en experiencias, pasando por la narrativa escrita, por el registro narrativo de la práctica. El camino recorrido en esos tratamientos constituye el método clínico, que necesita hacerse conocer por la escrita y por la publicación. Un método clínico esotérico, conocido apenas por aquellos que lo practican, es de poca utilidad para la salud mental. Éste necesita ser narrado y divulgado entre aquellos que participan de la Reforma.

Tal actividad requiere un dispositivo apropiado y complejo. Así como se necesitan nuevos dispositivos clínicos se necesita, también, la creación de otro dispositivo que engendre la narrativa escrita de vivencias clínicas. La creación de un archivo, de una memoria y la divulgación de esas mismas narrativas son indispensables para que los trabajadores se tornen autores de la propia Reforma y la sociedad sepa lo que ocurre en ese ámbito. Además, sólo así un método clínico podrá ser conocido y elaborado para las finalidades colocadas por la Reforma Psiquiátrica.

Se trata, en verdad, de crear un universo narrativo que compondría una nueva psicopatología descortinando perspectivas promisorias para el trabajo clínico visando la inclusión en la sociedad. Es natural que, en esa circunstancia, las miradas se vuelquen de la actividad puramente ordenadora de clasificación o de agrupamiento de las formas de enfermedad hacia la tarea indubitablemente más elevada y gratificante de conseguir una comprensión sobre la esencia y las conexiones internas de los procesos psicopatológicos. Es necesario no sólo conocer la desconcertante multiplicidad de las perturbaciones psíquicas en sus manifestaciones externas, sino también conseguir comprenderlas como resultantes de determinados presupuestos, descubriendo las leyes que rigen su surgimiento y su dinámica.

Este complejo e interminable trabajo se basa en hechos observados en la clínica, que suministran las bases para la psicopatología entendida como un discurso emergente que transforma vivencias clínicas en experiencias, o sea, en conocimiento socialmente compartido y que construye un método adecuado al tratamiento.

Si ese discurso lleva en consideración la singularidad y la respectiva subjetividad manifestándose en la clínica, esa psicopatología puede ser perfectamente denominada de Psicopatología Fundamental.

** Le Agradezco el valioso comentario realizado a la profa. dra. Ana Cleide Guedes Moreira. Éste contribuyó generosamente para que el texto quede más claro y preciso.*

Referências

- ARENDT, H. *Homens em tempos sombrios*. Trad. de Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Trad. de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- FÉDIDA, P. *Clínica psicanalítica: estudos*. Trad. de Claudia Berliner, Martha Prada e Silva e Regina Steffen. São Paulo: Escuta, 1988.
- JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica. Trad. de Samuel Penna Reis. Rev. term. e conc. de Paulo da Costa Rzezinski. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.
- PLATÃO. *A república*. Trad. de Carlos Alberto Nunes. Belém: Editora da Universidade Federal do Pará – Edupfa, 2000.
- _____. *O banquete*. Trad. de Carlos Alberto Nunes. Belém: Editora da Universidade Federal do Pará – EDUFPA, 2001.
- RICOEUR, P. *A memória, a história, o esquecimento*. Trad. de Alain François et al. Campinas: Unicamp, 2007.