

L'inconscient, avui¹

Víctor Korman

Resum

Les següents idees funcionaran com a marc de la meva exposició:

1. Gaston Bachelard deia: «no hi ha coses simples; existeixen només les simplificacions». Per això escoltareu diverses vegades el terme *complex, complexitat i els seus derivats*.

2. En la meva ponència no hi ha ni bons ni dolents, sinó els efectes d'un sistema. A ell al·ludeixo més que no pas a les persones.

3. Maniqueïsmes a part, no mantinc equidistàncies quan crec que és útil prendre partit i, de manera especial, si considero que s'estan destruint tresors que la història ens ha llegat.

4. Convé, doncs, que en els congressos comencin a manifestar-se o s'insinuïn algunes «utopies» que són realitzables perquè ja han estat realitzades.

5. Els plurals que utilitzo fan referència a idees discutides en el nostre grup i que he inclòs en aquesta ponència. Dels singulars n'assumeixo la total responsabilitat.

6. Parlo, com podeu sentir, en català. Ja havia pensat fer-ho així, però ho faig amb més ganes perquè inclou una protesta contra aquells que consideren Catalunya i la seva llengua com un «gueto lingüístic i identitari».² Us demano, doncs, que em disculpeu anticipadament per algunes incorreccions en la meva expressió.

L'inconscient i el subjecte que concorda amb ell

Abans que Freud el convertís en el concepte fonamental de la psicoanàlisi, el terme inconscient s'usava per fer referència als fenòmens psíquics que no estaven en la consciència reflexiva i espontània del subjecte. Al·ludia a allò que —en un moment determinat— era absent de la consciència, o a tot allò altre que era desconegut per a la consciència mateixa. Els seus correlats empírics solien ser les

conductes humanes motivades per forces que el propi subjecte ignorava o que acabaven en metes no previstes.

Freud va seguir de prop i va acceptar aquesta manera d'entendre l'inconscient —com a adjectiu o atribut— però, ja des dels mateixos inicis de la seva obra, li atorgà un altre significat en crear una instància psíquica específica amb aquest nom, i enunciar-ne les característiques i formes peculiars de funcionament. Es tractava de l'inconscient com a *sistema* —forma substantivada—.

El gir freudià fou més ampli: l'inconscient es constituí en el determinant fonamental, per bé que no exclusiu, de l'activitat psíquica. El saber de la consciència va perdre el seu ceptre, d'igual manera que el subjecte concebut cartesianament.

Freud, no obstant això, no va absolutitzar aquesta perspectiva perquè va mantenir una pluralitat d'òptiques: no va pas reduir la vida mental a l'inconscient; més aviat va repensar les diferents funcions psíquiques a la llum d'aquest sistema. A partir del concepte d'inconscient elaborà una teoria de l'aparell psíquic rica, complexa i, paral·lelament, una concepció de l'ésser humà que va revolucionar el pensament en tots els àmbits de la cultura.

Hi podem estar d'acord o no, però es innegable —pensem— que aquesta forma d'entendre el subjecte va implicar una ruptura amb el pensament predominant de la seva època i va constituir el punt de partida d'una comprensió més profunda de l'ésser humà. Va suposar també una renovació de gran calat en l'abordatge dels trastorns mentals.

De la seva obra pot extreure's un subjecte concebut com un conjunt complex que entrelleça l'aparell psíquic al cos —entès com una biologia erogenitzada, transformada per la presència de l'aspecte social i del psíquic— i la dimensió social, en la mesura que aquesta subjectivitat és generadora de transferències i receptora de les transferències dels altres.

En aquest conglomerat —divers i compacte a la vegada— va delimitar el subjecte psíquic amb

les seves diferents dimensions: inconscient, conscient, desitjant, pulsional, narcisista, edípica, fantasmàtica, identificatòria, transferencial; totes elles de gran importància per entendre la dinàmica mental. Així mateix, va traçar les fronteres diferenciadores i els ponts articuladors entre els aspectes psicològics, biològics i socials. Es tracta, insisteixo, d'una realitat complexa, diversa, heterogènia i, a la vegada, difícilment desarticulable; és una paradoxa que compagina la unitat i la multiplicitat i inclou en el seu si la divisió del subjecte, correlat de la introducció de l'inconscient.

Aquest subjecte, com sabeu, fundat en l'inconscient i la pulsio, dominat per forces que desconeix i habitat pel desig, la sexualitat, l'amor i la mort, ha fet seu el conjunt de permissos i prohibicions propi de la cultura en la qual viu. Així mateix, és portador de la seva història perquè la porta inscrita en forma d'empremtes mnèmiques inconscients. Neurosi, psicosi i perversions van esdevenir categories nosogràfiques i formes d'estructuració subjectiva lligades a les vicissituds de la vida de cadascú.

Heretem, doncs, una teoria que permet pensar els trastorns mentals com una alteració del funcionament de l'aparell psíquic sense la necessitat de recórrer —sempre i de pressa— a la disfunció orgànica com a causa darrera del malestar anímic.

Freud però no va tancar perspectives: mai no va renegar dels factors somàtics com a causa possible del patiment mental i sempre va basar-lo en la història personal i familiar del subjecte. Una teoria complexa de la formació sobredeterminada de símptomes va completar el panorama. Va jerarquitzar la paraula no solament com a constitutiva de l'ésser humà, sinó també com a instrument privilegiat per a la transformació del subjecte i del seu patiment psíquic.

La psicoanàlisi va proposar, a diferència del discurs mèdic que era prevalent en aquell moment, una participació activa del pacient en la cura. El concepte de transferència —amb tots els seus correlats— va instal·lar la psicopatologia freudiana en un context relacional on també, per una altra banda, va situar la cura. Si el subjecte és social des del moment mateix del seu naixement, els símptomes també s'inscriuen i relacionen amb l'altre. La subjectivitat va quedar situada en el centre de l'escena.

Subjecte, salut mental i el paper dels psicoanalistes

Sostenir avui la vigència de l'inconscient i de la teoria del subjecte que li és inherent en l'atenció de la salut mental —tant en àmbits públics com privats— suposa seguir atorgant importància al que és subjectiu. Implica l'exigència de reconèixer que cada pacient amb les seves singularitats és aquesta realitat complexa, descrita abans, en la qual s'amalgamen aspectes psicològics, biològics i socials. Comporta, també, acceptar que el símptoma és part d'aquesta subjectivitat, que conté algun missatge a desxifrar i que en la seva constitució es va jugar un fragment de la història del subjecte.

Que quedi ben clar: no estem postulant fer una psicoanàlisi amb cada pacient que s'atengui a la xarxa pública (aquesta afirmació ni tan sols seria vàlida a la consulta privada). Creiem, sí, que és necessari reconèixer, *en els fets*, una veritat elemental i indiscutible: totes i cada una de les persones que consulten són portadores d'una subjectivitat singular, d'un sofriment engalzat en una història personal, manifestat a través de símptomes lligats a esdeveniments de les seves vides psíquiques que es despleguen en contextos familiars i socials determinats. Pensem que aquest reconeixement ha d'existir no com un simple enunciat teòric, que com a tal és fàcil i fins i tot elegant de sostenir. Seria útil que aquest principi regulés cada acte concret de l'assistència. Però això, és clar, obligaria a reflexionar seriosament sobre el context i les condicions *reals* en les quals es desenvolupa actualment l'atenció a la salut mental i el marc general en què s'enquadra.

Però abans d'entrar en aquesta anàlisi vull fer una afirmació: tret d'honroses excepcions, els psicoanalistes contemporanis hem perdut, en múltiples ocasions i moments, aquesta amplitud de mires que va caracteritzar els pioners de la psicoanàlisi. Pequem, crec, d'altres reduccionismes, diferents dels predominants avui dia i, en termes generals, no hem sabut adaptar els nostres instruments a la pràctica institucional. Ens correspon una quota de responsabilitat en l'estat actual de l'assistència psiquiàtrica, algunes facetes de la qual abordaré per raons de temps a través d'una única qüestió: la tendència a esborrar el subjecte que la caracteritza. Assenyalaré dos factors que, entre altres, han determinat aquest efecte: 1) la farmacologització de la psique i 2) la progressiva desaparició de les condicions que permeten un abordatge psicoterapèutic dels trastorns mentals, conseqüència —en bona part—

de les polítiques sanitàries amb les quals s'està enfrontant l'increment de demandes.

La ment no és òrgan ni víscera

L'intent d'eradicar les traces dels aspectes subjectius en l'assistència clínica, no només en la psiquiàtrica, s'inicia als anys 70 als Estats Units d'Amèrica i fa uns quinze anys a Catalunya. Aquest moviment no és estrany a l'auge de la psicofarmacologia i als interessos dels laboratoris. Concorda també amb l'esperit de la nostra època. La psiquiatria neurofarmacològica ha dut a terme un doble i interessat moviment: ha desmembrat, primer, les estructures clíniques que la psicoanàlisi havia introduït lúcidament i laboriosament i ha proposat, després, una unificació del camp de la patologia psíquica a través del símptoma o de la seva sumatòria, i ha generat el que podríem anomenar una clínica del dèficit o de l'excés que es superarien —suposadament— amb la droga adequada.

En el terreny de la psicosi, per exemple, aquesta actitud reforça la tendència de fer desaparèixer *immediatament* els símptomes d'acord amb una ultra accelerada impregnació. S'han jerarquitzat els fets, la pèrdua de la realitat que tota psicosi comporta i s'ha menyspreat l'altra cara: la construcció d'una neorealitat, la producció de sentits peculiars mitjançant els quals s'expressa la subjectivitat i que també és fonamental d'interrogar. Els abordatges psicoterapèutics, en els quals fins fa 15 anys es tenien en compte les significacions noves, els fenòmens de perplexitat, les il·luminacions singulars a partir dels aspectes sensitivoparanoides, manifestacions totes elles de la subjectivitat trastornada, van ser gradualment relegats. Avui és quasi impossible que, en els centres assistencials, els col·legues puguin disposar del temps necessari per abordar aquests aspectes. Això porta al fet que el caràcter enigmàtic de la psicosi sigui ràpidament combatut amb les certes farmacològiques. I no estaria malament preguntar-nos quant del malestar del psicòtic es deu a les pròpies disfuncions mentals i quant a la discriminació de què és objecte quan menyspreem les seves formes singulars de producció de sentit —diferents, és obvi dir-ho— dels sentits dominants.

El que hem dit no nega els progressos que *la utilització racional* dels psicofàrmacs va suposar en el tractament de les malalties mentals. Però és inacceptable, en canvi, l'efecte de banalització que es crea en atorgar respostes senzilles a problemes

complexos o quan s'indueixen i accepten demandes per resoldre-les simplificadaament (acabar de seguida amb la producció delirant, jugular sempre amb pastilles l'excitació psicomotriu, etc.). I pitjor encara, si alguna demanda no té solució viable, es reformula càndidament simulant sensibilitat o mostrant que alguna cosa es fa per evitar així les protestes ciutadanes. Un exemple? Portar al Parlament de l'Estat el problema de les anorèxies, invitar les models a la sessió i advocar per la solució *prête à porter*: que els modistes dissenyin roba de talles grans. A més a més, crear seccions en cada centre per a l'atenció dels trastorns alimentaris. Com si el problema fonamental en aquets casos fos l'alimentació!

Aquesta elementarietat amb què a vegades s'actua davant dels trastorns mentals ofèn la intel·ligència dels que alguna cosa saben sobre les causes i estupiditza els que no tenen l'obligació de saber-ne res. Pocs es pregunten per què s'ha arribat a tanta idolatria de la imatge i quines idees fomentades en la societat convergeixen en l'etiologia d'alguns trastorns psíquics com ara l'anorèxia, la bulímia, les addiccions.

Hi ha un interrogant que, al meu parer, no hauria d'estar absent de la nostra avaluació de cada cas: quin altre destí li hauria tocat a aquest subjecte que tenim davant si la seva conflictiva psíquica, personal i familiar hagués estat abordada precoçment o almenys sostinguda i compensada per un teixit social més sòlid? Els factors macro i micro socials, les precàries condicions socioeconòmiques, l'atur, l'absència d'un suport adequat, l'ambient familiar desestructurat, són cofactors que interactuen amb les causes biològiques i psicològiques del patiment.

La concepció teòrica i l'operativitat clínica han de partir d'un model complex de la salut i de l'emmalaltiment psíquic que tingui en compte la sobredeterminació i la policausalitat, col·locant el subjecte en el centre i evitant els reduccionismes biològics, psicològics i sociològics. A la llum dels avenços de les neurociències, de la sociologia, l'antropologia, de la pròpia psicoanàlisi, de les psicologies dinàmiques individuals i familiars, seria incongruent —em sembla— proposar enfocaments causals i terapèutics que no fossin complexos, interactius, interdisciplinaris i sinèrgics.

Al meu parer, és irrenunciable un context psicoterapèutic —en el sentit ampli i a la vegada estricte del terme— per tractar el sofriment humà en general i el psíquic en particular. No puc dir-ho sinó breument, però considero nodals aquestes idees:

1. El pacient té dret a un temps en què se l'escolti i que l'escolta sàpiga descobrir la complexitat del que ell ha dit. El subjecte sempre diu alguna cosa més, alguna cosa menys o alguna cosa diferent del que pretén dir.

2. S'hauria de crear i recrear un dispositiu en què s'abordi el subjecte que pateix i no solament els seus símptomes.

És clar que apreciar la complexitat obliga a donar respostes en consonància. I aquí topem altra vegada amb la qüestió dels recursos.

Les substàncies psicòtropes s'inclouen, ho reconeguem o no, en el context psicològic de la relació terapeuta-pacient i s'inscriuen, conscientment i inconscientment, en la psique de l'usuari; els efectes farmacològics depenen també de les transferències generades.

La promoció d'un tipus de saber mèdic, generalment patrocinat per les multinacionals, es presenta en la seva versió destinada al gran públic com a promesa de la droga miraculosa que curi el patiment, no sols el neuròtic o psicòtic, sinó l'infortuni quotidià. Explico aquesta anècdota que encara que extraassistencial és significativa: un amic al qual vaig anar a donar el condol per la mort recent del seu pare d'edat avançada, em va comentar —paraules textuales—: «la meua mare està molt trista, fins i tot li han donat antidepressius». Un dol molt recent, un dolor vital que necessita ser expressat, elaborat, ha estat ràpidament (psico)patologitzat, transformat en depressió.

Més que mai, aquest tipus de discurs mèdic fa desaparèixer el subjecte de l'escena. Una malaltia sense subjecte s'ha convertit en l'ideal d'aquesta concepció. La psiquiatria s'ha dirigit, en consonància, cap a l'anul·lació dels criteris dinàmics. S'accentua la descripció simptomàtica, la fenomenologia de la malaltia, per establir diagnosis sindromàtiques a partir de les quals medicar. En definitiva, el símptoma no revela el subjecte sinó una malaltia que serà tractada amb la mínima intervenció de la subjectivitat que pateix. La medicació, com a tractament exclusiu, eximeix el subjecte de la seva responsabilitat en el patiment i en la cura. Quasi imperceptiblement els professionals ens hem anat convertint a poc a poc en l'última anella de la cadena, en els braços executors d'uns valors que s'intenten imposar a qualsevol preu: rendibilitat, eficàcia i rapidesa.

El progrés de la ciència i la tecnologia ha de ser objecte d'interrogacions. Si se les venera cegament podem pecar d'ingenus. El desenvolupament científic i tecnològic ha suscitat —*en totes les*

èpoques— avenços importantíssims, però també problemes i fins i tot perills. Només és progrés si, al mateix temps que descobreix, que inventa, sap tornar sobre els seus passos per anar superant els efectes col·laterals creats en l'aplicació pràctica de les seves innovacions. Preguntar-se sobre les conseqüències i el sentit dels progressos de la ciència és també part de l'activitat científica, no és estar en contra d'ella. Ni exaltació contrària a les ciències ni catastrofisme, ni xerrameca apocalíptica. Convé sospesar; hi ha investigacions molt serioses.

Les condicions assistencials

Vull ressaltar l'enorme esforç dels col·legues que treballen en les institucions públiques oferint el millor d'ells mateixos en l'assistència. Però placebo, també, cert cansament i pèrdua d'il·lusió en la tasca, produïts, entre altres motius, per la necessitat de respondre a l'enorme pes de la demanda assistencial. Atendre patologies greus, visitar gran quantitat de pacients en un dia, ser suport de moltes transferències i no tenir el temps necessari per a cada usuari, dificulta enormement la tasca. Més enllà de les bones voluntats, la clínica sense subjecte acaba generant, indefectiblement, un professional operari; una espècie d'artesà en un taller de mecànica lleugera de la psique.

Assumim amb força la nostra part de responsabilitat en l'afer per poder qüestionar amb més força encara les propostes de dèficit zero, les privatitzacions en el camp de la salut, l'aprimament de l'Estat, els pressupostos insuficients per a les prestacions socials, la manca de personal, etc. Aquests principis —i efectes— del neoliberalisme rampant semblen avui dia indiscutibles; els qui ens hi oposem som ràpidament qualificats de *progres* passats de moda, de somniadors o d'estar lluny de la realitat assistencial. Però admitem que recursos no són solament les partides pressupostàries sinó també el que tenim a mà i no se'ns acut d'instrumentar, o el que encara queda per inventar si fugim de simplificacions i de les mirades estereotipades sobre la malaltia mental. Diguem, també, que aquesta capacitat creativa dels professionals als quals faig referència troba obstacles en contextos laborals poc propicis.

La relació terapeuta-pacient, en la qual cada professional té un paper determinat, que genera les transformacions subjectives i mobilitza els recursos personals de l'usuari en pro de la seva salut, ha anat perdent gradualment pes. El context i les condicions laborals han portat a la pràctica d'intervencions

puntuals, gairebé funcionaris; ens han convertit en prestataris rutinitzats de serveis als usuaris de l'assistència pública o als clients d'empreses mèdiques o d'assegurances, controlades per economistes, administradors, auditors. La gestió gerencial dels serveis de salut, qüestió no poc important, ha passat a primer pla en detriment d'altres aspectes de l'assistència. Als professionals que actuen en aquests contextos —inclosos, per suposat, els que assisteixen la salut mental— se'ls sotmet a una doble i contradictòria exigència: ser en última instància un empleat fidel de l'empresa i, a la vegada, mantenir l'entusiasme d'abans per la tasca, quan aquesta motivació i fins i tot passió eren fruit de sentir que els èxits terapèutics es devien a la instrumentació de la nostra pròpia persona, de l'agraïment dels pacients i de la comunitat, de les transferències positives generades, de la convicció i vivència d'estar exercint un treball socialment valorat. Bona part de tot això ha minvat amb relació inversa a l'augment de les exigències d'eficàcia, entesa gairebé exclusivament en termes de rendibilitat.

Seguir apostant per la presència del subjecte en el centre de l'escena terapèutica —hi ha altres orientacions psicològiques que estan a prop de la psicoanàlisi en aquesta lluita— és també una forma de tendir a la dignificació de l'assistència pública, situació en la qual s'ha de tenir en compte no només la

subjectivitat del pacient sinó també la dels encarregats de brindar l'atenció (psicòlegs, psiquiatres, treballadors socials, infermers, educadors).

Voldria acabar resumint bona part del que he afirmat, mitjançant la següent expressió: *l'inconscient, malgrat tot. O, el que per mi és idèntic: el subjecte, encara*. No és cap crit de guerra, és més aviat una forma calmada, tranquil·la, de resistència a les banalitzacions, a les simplificacions, al mal vent que bufa en la nostra societat convulsa. És també una forma d'optimisme. Sempre..., quasi sempre, després de períodes foscos, ha tornat la llum.



Víctor Korman

P^o Sant Gervasi 10, 5^o 4^a

08022 Barcelona

Tel. 93.212.55.18

12610vdk@comb.es

Notes

1. Aquest text és la Ponència presentada per Víctor Korman en el 2n Congrés Català de Salut Mental, Barcelona, el vuit de febrer de 2003.

2. Les paraules entre cometes van ser expressades pel President del Govern Central, en clara al·lusió a Catalunya i el País Basc.