

El sentido de las prácticas*

The meaning of practices

Thierry Tremine¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.803>

Resumen

En este artículo se relatan, críticamente, los principales acontecimientos y avatares de la psiquiatría en Francia, a partir de la noción y aplicación de los principios de la higiene mental y los cambios producidos luego de la Segunda Guerra Mundial, que condujeron, bajo la inspiración de las experiencias de la psicoterapia institucional, a la instauración de la denominada política sanitaria del Sector y al principio de continuidad terapéutica y, se analizan las consecuencias que ha tenido la aplicación de los principios políticos y económicos neoliberales sobre el campo de la psiquiatría y la salud mental.

Palabras clave: higiene mental, psicoterapia institucional, sector, continuidad terapéutica, neoliberalismo y psiquiatría

Abstract

This article critically describes the main events and vicissitudes of psychiatry in France, starting from the notion and application of the principles of Mental Hygiene and the changes that took place after the Second World War, which led, under the inspiration of the experiences of institutional psychotherapy, to the establishment of the so-called health policy of the Sector and the principle of therapeutic continuity, and analyses the consequences that the application of neoliberal political and economic principles has had on the field of psychiatry and mental health.

Keywords: mental hygiene, institutional psychotherapy, sector, therapeutic continuity, neoliberalism and psychiatry

*N. del E.: Este texto estuvo ampliamente inspirado en una conferencia dictada por el autor en una Jornada de la Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental (AFAPSAM), en el mes de agosto de 2024.

RECIBIDO 1/11/2024 - ACEPTADO 6/2/2025

¹Médico Psiquiatra. Jefe de Redacción de la revista L'Information Psychiatrique. Ex Jefe de Servicio de Psiquiatría del Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHIRB), Aulnay- Sous-Bois, Francia.

Correspondencia:

tremine Thierry9@gmail.com



Introducción

Siguiendo la petición que me hicieron mis amigos Martín Reca y Juan Carlos Stagnaro de resumir, en pocas páginas, acontecimientos que ocurrieron en la psiquiatría francesa durante mis 50 años de vida profesional, lo que sigue debe entenderse como un desgranamiento testimonial de libres pensamientos. Acontecimientos históricos y legislativos que acaecieron en torno a la concepción, puesta en ejecución y avatares históricos de lo que se conoce como la política del Sector de la psiquiatría pública en Francia. Y, en particular uno de sus pilares, sino el más importante, por conceptual, que fue la noción de “continuidad terapéutica”. “Al mismo tiempo”, como suele decir nuestro pequeño cabo neoliberal que tenemos de Presidente en mi país, un tal relato suscita una reflexión un tanto triste: la de constatar que es difícil y largo construir prácticas humanas, y que es fácil destruirlas. Para ello, mezclaré recuerdos personales con un recorrido histórico de la noción de “continuidad”. Y abundaré mucho en lo que podría denominar las apuestas de una época. El método proviene de la antropología: analizar cómo se construyen contratos socioculturales en el sentido de Roger Bastide, Georges Devereux, y otros.

Tiempo y duración

“Durante mucho tiempo, me acosté temprano”. Esta célebre frase que inaugura *La búsqueda del tiempo perdido* de Marcel Proust permanece en la memoria de los estudiantes de secundaria franceses. En la Francia “bergsoniana” se sigue aprendiendo, esperemos, la diferencia que Bergson hace entre la duración y el tiempo mecánico; lo que inspiró en nuestra disciplina el célebre texto *Le temps vécu (El tiempo vivido)* de Eugene Minkowski, sumamente “bergsoniano”. Con este sentimiento particular de la duración de las instituciones, del cuidado y de la continuidad... ¡La continuidad en cuestión aquí es una categoría altamente bergsoniana! Se trata de una cuestión de duración y no de tiempo mecánico (Minkowski, 1933).

Porque, en efecto, es el tiempo del que vamos a hablar, y de esta revolución que fue al final de la Segunda Guerra Mundial la idea de una Seguridad Social uni-

versal, de la permanencia de una solidaridad mutua entre los seres humanos desde el nacimiento hasta la muerte, hoy socavada, por una época en la que retrocedemos de la duración al tiempo mecánico, inevitablemente económico.

Volvamos a los orígenes de los problemas actuales. El mundo de la salud mental, de la profilaxis, adquirió bases bien sólidas en los Estados Unidos, en lo que se ha llamado el movimiento de la higiene mental: “el arte de preservar la mente contra influencias e incidentes dañinos” (sic). Fue un paciente estadounidense, Clifford Beers, quien fundó el “Comité Nacional para la higiene mental” en los Estados Unidos, en 1908. Clifford Beers era un hombre maniaco-depresivo que presentaba episodios graves o violentos que requirieron su internación. Él tuvo la idea de utilizar esa internación, o incluso de simular su propia patología, para promover una psiquiatría abierta denunciando las condiciones de internación que había vivido, y consiguió convencer a la Fundación Rockefeller y a William James, a la sazón verdadero pontífice de la psicología norteamericana, para abrir clínicas sin internación en los EE. UU., por fuera de las políticas públicas (Beers, 1908).

El mundo de la higiene mental era concebido, entonces, como esencialmente profiláctico y privado.

Dicho movimiento fue introducido en Francia por Paul Maurice Legrain, quien hizo un viaje a los Estados Unidos en representación de la Sociedad Médico-Psicológica e informó sobre él en 1920. Poco después, en 1922, Edouard Toulouse inauguró una clínica abierta según el modelo estadounidense, el servicio libre “Henri Rousselle”. Pero, hay que subrayarlo: en esta época, ¡todos los alienistas eran eugenistas! (Société Médico-psychologique, 1921).

Como lo dijo Lucien Bonnafé en 2002, en verdad el “inventor “de la psiquiatría de sector¹ fue Robert-Henri Hazemann, higienista y futuro consejero del gobierno del Frente Popular. En 1928, este activista comunista hizo un viaje a Baltimore para ver lo que se estaba construyendo con la fundación Rockefeller. Allí definieron la higiene como una “ciencia administrativa aplicada a la salud” (*Histoire de la psychiatrie de secteur*, 1975).

1. N. del E.: El término *Psiquiatría de Sector* designa los principios de organización de la psiquiatría pública francesa y la disposición territorial de las estructuras de tratamiento del campo de la salud mental. La reforma que implicó la *Psiquiatría de Sector* comenzó en 1960 y tomó estado de ley en 1980. En cada Sector hay un equipo médico-social, bajo la responsabilidad de un médico jefe, que atiende a los pacientes tanto durante su hospitalización como en el seguimiento ambulatorio. Esa red ha permitido ofrecer al conjunto de la población en todo el territorio nacional un dispositivo completo de atención psiquiátrica. Cada Sector contiene una población de alrededor de 70.000 habitantes y una superficie geográfica cuyo tamaño varía según la región considerada (zonas rurales, montañosas, ciudades pequeñas, medianas y grandes conglomerados urbanos).

Sin embargo, en Francia, desde 1906, ya existían las OPHS (Oficinas Públicas de Higiene Social) de lucha contra la tuberculosis, que surgieron como una política pública y nacional de lucha contra las plagas sociales, de la que Legrain fue un importante representante en el campo del alcoholismo. Fue él quien fundó su profilaxis.

Poco antes, entre 1914 y 1918 había tenido lugar la Primera Guerra Mundial. La palabra "Sector" fue acuñada durante esa conflagración para designar un método de detección y profilaxis de la tuberculosis, la cual causó estragos entre las tropas estadounidenses. Se trataba de una división de los campos de acción de la medicina militar. Retengamos este "aroma militar" de la palabra Sector. Como la tuberculosis era una razón para conseguir ser dado de baja, los soldados a veces compartían voluntariamente su saliva para evitar la carnicería de las batallas del Somme.

Este mundo de la higiene mental profiláctica, se unió naturalmente al de la higiene social; así nació lo que llamamos "Salud Mental". Comencé mis primeras consultas en un "dispensario de Higiene Mental" en Blanc Mesnil en 1977, que luego se convirtió en un centro médico-psicológico.

De todo esto hay que recordar que el mundo profiláctico de la "salud mental" no influyó en los hospicios psiquiátricos durante el período de entreguerras. Esas instituciones continuaron su curso independientemente, "inflándose" en el período de entreguerras, luego "desinflándose", tras las hambrunas que los asolaron durante la Segunda Guerra Mundial, lo que produjo 40.000 muertes de pacientes, para volver a "inflarse" rápidamente después.

En 1937, el Frente Popular había planificado todas las medidas para crear una psiquiatría abierta, pero llegó la guerra.

¿Qué podemos aprender de todo eso?

En primer lugar, que los mundos de la higiene mental y de la psiquiatría evolucionaron en paralelo antes de la Segunda Guerra Mundial.

En segundo lugar que los acontecimientos históricos desempeñan un papel primordial, al alterar las fronteras geográficas y doctrinarias, los hábitos, las mentalidades y la organización de la atención sanitaria, pero, sobre todo, las relaciones entre las personas.

En tercer lugar, que la voluntad política es esencial, especialmente en un país jacobino, pero que lamentablemente, cayendo en formas capitalistas, la política recobra rápidamente, sus principios económicos y de seguridad en la gestión de "los inútiles", con la lógica bonapartista que se revela particularmente en la 5ta república (que es la actual constitución francesa).

Y, en cuarto lugar, que, frente a esto, nuestra disciplina no tiene más coherencia que la del afán de cuidar enfermos y la clínica de las enfermedades mentales, las cuales, como sabemos, insisten.

Cuando la "mayonesa" emulsionó, entre la salud mental y la psiquiatría

Probablemente muchos lectores conozcan la historia de Saint-Alban, un hospital psiquiátrico perdido en el departamento de Lozère durante la Segunda Guerra Mundial, primero en la zona franca y luego en la Francia totalmente ocupada por los alemanes, donde nació el movimiento de psicoterapia institucional en una situación de emergencia vital: tener que sobrevivir, mientras que en la zona ocupada los pacientes morían de hambre en los hospicios. Allí ocurrió el encuentro entre un psiquiatra catalán republicano, François Tosquelles, que traía bajo el brazo la tesis de Lacan y la "terapia ocupacional" de Hermann Simon.

Las estructuras de hospitalización de cada Sector incluyen: 1) los hospitales psiquiátricos monovalentes o especializados, 2) los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y 3) las hospitalizaciones a domicilio según las características del cuadro clínico. En algunos casos los pacientes pasan a una Casa de convalecencia (Centres de post-cure) para recibir una continuidad de su tratamiento al cabo de la fase aguda de su enfermedad. Las estructuras ambulatorias de cada Sector psiquiátrico incluyen: 1) los Centros Médico-Psicológicos (CMP) que tiene un rol de prevención, diagnóstico y tratamiento ambulatorio y están ligados a 2) las visitas a domicilio (VAD) realizadas por equipos conformados por enfermeros, asistentes sociales y, a veces, educadores. Algunos cuidados se realizan en el CMP (administración de medicamentos inyectables, por ejemplo, o grupos terapéuticos) y otros a domicilio, según el grado de autonomía o aislamiento del paciente y sus necesidades. Los Sectores incluyen también entre sus recursos de tratamiento ambulatorio los Centros Terapéuticos de Tiempo Parcial (CATTP) que cuentan con talleres y ofrecen diversas acciones de apoyo, y a los cuales los pacientes pueden asistir solo algunos días por semana, según necesidad; los Hospitales de Día para pacientes con más necesidad de tratamiento que los que brindan los CATTP y la psiquiatría de interconsulta, que interviene en casos de pacientes hospitalizados en los hospitales generales por otras causas médicas. Los Sectores cuentan también con Casas de medio camino (Appartements thérapeutiques) y Casas de convivencia (Appartements associatifs y Maisons communautaires) supervisadas por enfermeros en el CMP más cercano, ambos son dispositivos destinados a asegurar la reinserción social de aquellos pacientes que no pueden recuperar una autonomía total por causa de su enfermedad. Existe también el dispositivo de familias sustitutas que son seguidas por el equipo de salud mental. Cada Sector tiene la obligación de atender a toda persona domiciliada en su territorio, pero los pacientes tienen libertad de elegir, salvo en caso de internaciones judiciales.

De hecho, el libro de Hermann Simon, un alienista alemán, había aparecido en 1933 en la revista francesa "Higiene Mental" y proponía mucho más allá del lugar del trabajo en los tratamientos hospitalarios. El lema de Simon era: "Todas las cosas han sido hechas con la palabra y nada de lo que ha sido hecho lo ha sido sin ella", frase del evangelio de San Juan! Además, había una red secreta de resistencia contra la fuerzas de ocupación en la región. Porque de eso se trata, de hablar entre nosotros y trabajar colectivamente por la supervivencia (Simon, 1933).

Los comunistas y los "creativos" importantes estaban presentes en Saint-Alban: el poeta Paul Eluard, el filósofo Georges Canguilhem, autor de *Lo normal y lo patológico*, el psiquiatra teórico Lucien Bonnafé y Paul Balvet (el director del hospital, de derecha y ¡petanista!). La separación entre los dementes y los cuidadores se desvaneció y el encierro del manicomio se hizo insoportable, como el eugenismo, incluso antes de que se conociera el horror de los campos de concentración cuando advino la liberación. El psicoanálisis se convirtió en la principal referencia de este nuevo campo de comprensión de los dementes después de algunas experiencias limitadas.

En 1925, Georges Heuyer había fundado la psiquiatría pediátrica como profilaxis y higiene. Durante la segunda guerra mundial, Georges Heuyer solía decir a los psiquiatras en formación: "¡Vayan y aprendan su oficio con las trabajadoras sociales", las famosas "visitadoras". Efectivamente ellas fueron las que me dieron las dolorosas inyecciones de penicilina cuando yo era pequeño. Fue en ese barullo, en las experiencias de la guerra, en el encuentro entre la higiene mental y la psiquiatría, adonde nació la famosa indivisibilidad de la profilaxis de la cura y de los cuidados posteriores, y luego la idea de un Sector geo-demográfico a cargo de un mismo equipo de profesionales, lo que sería la política del Sector.

Con la introducción de la cobertura universal de salud (en 1945), nació la idea de una cierta permanencia de los tratamientos y su necesaria continuidad, de la cual el Sector es una copia en psiquiatría.

De hecho, la universalidad es, ante todo, el rechazo de la discriminación en todas sus formas: entre curables e incurables, médicos y alienistas, etcétera. Lo que significó una franca diferencia con el modelo imperante de la neuropsiquiatría médica. El Dr. Jean Ayme, trotskista, que fue durante mucho tiempo presidente de la "Unión de Psiquiatras de Hospital", decía: "Los psiquiatras son los judíos de la medicina". Cuando fue

a ver a Pierre Lambert, el líder trotskista, éste le dijo: "¿Cuánta plata le pagaste a Lacan en su diván? ¡Danos entonces lo mismo!".

Para que la mayonesa emulsione, se necesitan los ingredientes, el recipiente y la voluntad, pero sobre todo se necesitó un período revolucionario: la Liberación. Las jornadas de la psiquiatría francesa de 1945 y 1947 reunieron a toda la intelectualidad francesa: André Breton, Paul Valery, André Gide, Paul Eluard (al que ya nombramos), Louis Aragon y los psiquiatras de Saint-Alban, en torno a los psiquiatras progresistas.

Fue entonces, al final de la Segunda Guerra Mundial que se produjo esta gran asamblea del movimiento vinculado a la higiene mental, esencialmente profiláctico al principio, con la psiquiatría que quería alejarse de los aspectos coercitivos y estigmatizantes del viejo hospicio psiquiátrico. Es obvio que los ideales de la resistencia y el descubrimiento de los campos de concentración fueron muy importantes en estas definiciones, pero también el espíritu de resistencia del CNR, (Consejo Nacional de la Resistencia) fundado clandestinamente por Jean Moulins a petición de Charles De Gaulle durante la guerra.

La seguridad social universal será la gran idea progresista que inspire a todas las demás. Sin embargo, la seguridad social fue, al principio, un fondo mutuo solidario financiado por las cuotas de los empleados y los empleadores; la prevención seguía siendo responsabilidad del Estado. ¡Pero todo esto se olvidó rápidamente!

O, más precisamente, persistió un movimiento entre los practicantes y algunos administradores brillantes, convencidos por los principios del Frente Popular y del Consejo Nacional de la Resistencia, que culminó en 1960 en ese famoso y muy modesto decreto que no iba a tener ningún efecto inmediato: porque a los gobiernos, en general, les importa un bledo la psiquiatría, a punto tal, que en aquel entonces la psiquiatría dependía del Ministerio del Interior y es fácil imaginar lo que ésta podía interesar a su ministro.

Hemos llegado a un punto central: no existe principio nuevo, ni indignación moral, ni organización humana que pueda triunfar y convencer sin que haya una experiencia práctica que los ponga en marcha y que muestre a los demás la posibilidad de lo posible, y esto ocurrió a partir de la década de 1950: en el distrito XIII de París, con Philippe Paumelle especialmente; pero también en Chambéry (Savoia), con Pierre Lambert, pionero de la psicofarmacología clínica psicodinámica. También en el departamento del Sena-Marítimo, después de lo ya narrado en Saint-Alban y lo

obrado, a nivel de la psiquiatría infanto-juvenil, por Georges Heuyer. Algunas de estas experiencias dentro del viejo asilo psiquiátrico y otras fuera de él.

Así, la elección de los referentes teóricos se hace siempre de acuerdo con la experiencia que se está desarrollando, tal y como lo entiende y lo definió Georges Bourdieu en su libro *El sentido práctico* (2008).

La apuesta al lenguaje

En 1925 se fundó el grupo de *l'Évolution Psychiatrique* (*La Evolución Psiquiátrica*) en el que participaban Jacques Lacan y Henri Ey, pero sobre todo Minkowski. El papel de Minkowski fue muy importante. Por supuesto, la tesis de Lacan había introducido la posibilidad de una comprensión de las manifestaciones de la psicosis, pero Minkowski introdujo, como fundador esencial del grupo de *l'Évolution Psychiatrique*, lo que había aprendido en la clínica de Burghölzli con Bleuler, quien lo había inspirado enormemente. Minkowski señalaba que, según Bleuler, la problemática de la esquizofrenia y de la locura maniaco-depresiva debía sustituirse en todos los casos por la siguiente pregunta: “¿Hasta qué punto la esquizofrenia y la locura maniaco-depresiva se refieren a diferencias esenciales?”, e introdujo, a partir de Bleuler, las nociones de “esquizoide” y de “sintonía” como dimensiones clínicas antropológicas de lo humano, universalmente compartidas.

Al mismo tiempo, la tesis de Lacan, que fue retomada por François Tosquelles en Saint-Alban, posicionó a la paranoia como paradigma de “la psicosis” -todo junto y en una sola palabra, como yo la llamo en su borrosa facilidad- y al delirio como accesible a la comprensión, en su estudio del caso Aimée. Cabe señalar que Lacan aún no era un estructuralista, aunque el estructuralismo se convirtió rápidamente con Claude Lévi-Strauss en la propuesta dominante; un estructuralismo lingüístico que se debe en gran parte a su posible universalidad, tal como se desarrolla en el texto seminal de Lévi-Strauss sobre la “eficacia simbólica” (Lévi Strauss, 1958); y los trastornos específicos de ese vínculo distorsionado que establece el psicoanálisis en la esquizofrenia, como se pudo leer en el *Diario de una esquizofrénica* de la psicóloga suiza Marguerite Séchéhaye (1950).

Señalemos, sin embargo, que en ese texto de Lévi-Strauss no hay ninguna referencia a la angustia en una mujer cuyo parto es difícil y peligroso. El apaciguamiento de esa guna parturienta (guna es la designación actual de esa etnia, antiguamente denominada kuna o cuna) de Panamá, merecería hoy una expli-

cación diferente. El tiempo de la angustia crítica se diluye por la palabra habiendo cobrado la extensión del universo en un registro cosmogónico que puede ser compartido en un tiempo presente. ¿Desaparece el cuerpo angustiado en la “efectividad simbólica” descrita por un no médico? Este iba a ser uno de los grandes problemas del estructuralismo y Pierre Bourdieu, a través de su noción sociológica de “habitus”, criticará el cuerpo como un dato exclusivo de la psicología social, un cuerpo exclusivamente simbólico.

Entramos así en los años en los que se apuesta al lenguaje, por la eficacia de la interpretación y, a menudo, de la sujeción al significante, a la lingüística estructural y a la confusión del lenguaje y de la palabra. En este ambiente, el psicoanálisis se oponía ante todo a una neuropsiquiatría académica dogmática. Los psiquiatras acababan de dejar de ser neuropsiquiatras desde 1968 y la psiquiatría pública francesa ya no era administrada por el Ministerio del Interior, sino por la Secretaría de Salud. Agreguemos que actualmente sentimos un cierto paso atrás en ese sentido.

Por supuesto, en aquel entonces hubo también una vulgarización más bien parisina del significante y la extensión muy amplia del dominio del juego de palabras: “se non è vero è ben trovato”, mientras que, en cambio, un Pierre Fedida o un Paul Racamier aportaban una consistencia de orden muy diferente. Esto ha conformado una pérdida adicional de coherencia que hemos pagado muy cara, al distanciar el discurso de la clínica de las enfermedades mentales. Tenemos que acostumbrarnos a la idea, que a menudo se nos critica, de que nuestra disciplina carece de coherencia; pero hay que añadir que demasiada coherencia extensiva también debe ser sospechosa.

El “french flu” (Lacan, Derrida, Foucault, Deleuze, etcétera) dominaba las universidades, pero, en ese contexto, dos personajes tuvieron una influencia importante, Henri Ey y Georges Devereux.

Henri Ey era “biopsicosocial” antes que nadie. El manual que llamamos “el Ey”, y que deberíamos llamar “el Ey, Bernard (Paul Bernard fue el primer editor en jefe de nuestra revista *L'Information Psychiatrique*) y Bisset” (Charles Bisset era psiquiatra de ejercicio liberal), teníamos que aprenderlo para aprobar el Internado en los hospitales psiquiátricos... ¡para luego olvidarlo! Y así también se iba abandonando la clínica psiquiátrica.

Georges Devereux introdujo la relatividad cultural y el método complementarista; ¡no sólo para los gunas de Panamá! ¡Sobre todo, era alguien que no tenía miedo a equivocarse! No hay que olvidar nunca esta

brillante frase de Jean-Jacques Rousseau en *L'Emile*: “Prefiero ser un hombre de paradojas y no de prejuicios” que le venía, a Devereux, como anillo al dedo.

La excesiva facilidad para recurrir a la estructura iba a conducir a un nuevo naturalismo divisorio, en torno a la dupla “nombre del padre / histeria”, debido a una confusión entre las leyes del lenguaje y la libertad de expresión. No voy a profundizar esto aún más aquí, pero creo, según la famosa frase de Marx, que “Las cosas de la lógica han sido tomadas como si fueran la lógica de las cosas”. La reificación es una ley atroz que se apodera de las ciencias humanas cuando inevitablemente imitan a las ciencias exactas, pero también cuando aspiran a la totalidad del Ser propias de las teologías reveladas. A veces somos indios guna de Panamá y otras “bricoleurs”.

La continuidad: una elección originalmente dictada por las patologías

Cuando comencé mi Internado en 1973 y se abrió el primer Sector psiquiátrico en un hospital general, la mayoría de los pacientes de Clermont de l'Oise, el hospital psiquiátrico más grande de Europa, acababan de ser trasladados. Algunos de los cuales estaban hospitalizados desde hacía 10 o 20 años. De hecho, la mayoría de las veces no había familia existente, o dispuesta a renovar el contacto con un loco al que habían perdido de vista desde hacía mucho tiempo. Esos pacientes eran tranquilos, no tan desorganizados, con fulgores poéticos delirantes que resultaban fascinantes para los jóvenes Internos, pero incapaces de desenvolverse en la vida cotidiana, de la que se habían desprendido por completo.

Dependían del equipo de atención. Requerían un seguimiento constante y que sus necesidades vitales fueran tomadas a cargo, al menos al inicio. Pero también dejaron su huella en la elección de los referentes teóricos.

Impusieron así la idea misma de la necesaria continuidad de los tratamientos, del *cure* y del *care*, diríamos ahora. Esa continuidad correspondió a un período político y social bastante calmo: la menor movilidad de la población, de los equipos de salud y de las instituciones políticas, así como la proximidad de los “entes pagadores”: municipios y luego Direcciones departamentales de salud y acción social, y por lo tanto, locales: en ese contexto, las teorías del “largo plazo” eran adecuadas a tal ambiente, y el psicoanálisis aparecía como una herramienta preponderante.

¿Acaso ha cambiado todo esto? En muchos aspectos sí ¡afortunadamente!

El Sector fue criticado rápidamente por medicalizar toda la vida de los pacientes, o por servir como una “comisaría de policía mental”. En 1982, escribí el primer artículo sobre “cronicidades en casa”, encierros acompañados de un síndrome de puerta giratoria en las salas de emergencias.

La llegada de una nueva clase de pacientes ha llevado la *continuidad* hacia la *disponibilidad*, ambas socavadas en el mundo actual con su futuro tenso, por una resiliencia obligatoria y una ausencia de solidaridad. Han aparecido otras soluciones, por el lado de la psiquiatría privada o de la atención comunitaria o asociativa. Pero en todas subyacen la disponibilidad y la proximidad de los propios Sectores psiquiátricos. Por otro lado, el reparto es muy desigual y también hemos asistido a la aparición de una locura evaluativa discriminatoria, que conduce al “síndrome de la papa caliente”: pasándose de unos a otros al paciente poco gratificante que ya nadie quiere, en este mundo de éxito del *Self*. Y ¿después qué?: ¿la calle o la cárcel?

En el período “heroico” de la fundación de los Sectores, la vida comunitaria era más fácil en los “suburbios rojos”, los de las municipalidades de izquierda, especialmente por la disponibilidad de la comunidad. Recuerdo muy bien aquí a uno de mis primeros pacientes, en el dispensario de higiene mental de Blanc Mesnil. Era un polaco que no hablaba francés. Estaba constantemente acompañado por un traductor preocupado por su estado depresivo. Tenía una vida social algo inestable en la comunidad polaca de Blanc Mesnil, que era la extensión, en la horticultura circundante, de los grupos de mineros polacos del norte de Francia. También había una misa semanal en polaco en Blanc Mesnil. Por lo tanto, pudimos apoyarnos en el municipio y en la comunidad polaca, lo que naturalmente facilitó el trabajo del Sector. Además, era un período de pleno empleo.

Todo esto también se vio facilitado por el hecho de que había dinero disponible para construir los Sectores, con relativo poco control: se pagaban las visitas a domicilio, no mucho, pero nos permitía hacer visitas en el pueblo con Marinette, la enfermera del Sector psiquiátrico.

Los tiempos eran, pues, alegres, en cierto desorden económico, porque los ayuntamientos gestionaban lo extrahospitalario de cualquier manera; estuvieron muy contentos de “pasar el fardo” a las Direcciones departamentales de acción social. Luego todo se confió a los hospitales, con el sólo objetivo de controlar el gasto.

¡En esa época, preponderaba esa preocupación por la “totalidad universal”, especialmente del lado del in-

consciente, pero también del consciente, con aroma de revelación y, por supuesto, con la construcción paralela de “capillas teóricas” ¡que resultaron feroces entre ellas! Cualquier cosa que pareciera ser un enfoque intelectual o institucional discriminatorio fuera del lenguaje se percibía como intolerable. Pero existió, como sabemos, una crítica a la “revelación” del significante y de la alegoría: Georges Deleuze, Michel Foucault, Pierre Bourdieu u otros, así lo hicieron, pero esto influyó poco en un enfoque que perduraba como muy “rousseauiano”, especialmente entre los médicos jóvenes Internos de los hospitales psiquiátricos, temidos por las administraciones. Me refiero al Rousseau de *Ensueños del caminante solitario*, que murió en Ermenonville, lugar donde, habiendo llegado a ser Jefe de servicio, tuve a bien organizar cada año un simposio de tipo lúdico en el que participaba todo el equipo del Sector, sobre temas poco serios, pero todos inspirados en el Siglo de las Luces y, especialmente, en sus autores libertinos... “La tierra de las quimeras es la única donde se puede vivir”, dijo Jean-Jacques Rousseau en sus últimas *ensoñaciones*.

Fueron ante todo los nuevos pacientes, pero también los progresos terapéuticos los que hicieron avanzar el proceso hacia una disponibilidad modificada en gran medida por el éxito de los CMP, Centros Médico-Psicológicos de los Sectores, donde atendían la consulta ambulatoria los mismos profesionales que trabajaban en las estructuras hospitalarias. ¡Pero con los “nuevos pacientes” habíamos pasado del seguimiento a largo plazo de las psicosis deficitarias a tener que ocuparnos de dos millones de pacientes! La continuidad debería seguir siendo posible, pero la mayor parte de la atención ya dependía, de ahora en adelante, de la disponibilidad (en el sentido concreto del término).

Creímos ingenuamente en aquel momento que habíamos logrado desestigmatizar la locura; ¡pero sólo habíamos banalizado la psiquiatría!

Desentrañando

No voy a volver sobre lo que a finales del siglo XX se llamaba el “desencanto del mundo”, el fin de las ideologías, el posmodernismo, etcétera. Después de todo, sabemos muy bien lo que sucede cuando un “Chicago boy” toma el mando de las cosas. El Hombre Económico se convierte en el paso obligado, instaurando una nueva relación del sujeto con el tiempo vivido. El desmoronamiento de la psiquiatría pública y el auge de la salud mental están ligados, lamentablemente, al auge de esta humanidad mecánica (*Human Engineering*), que está llamada a mostrarse “resiliente” ante Dios, según

un modelo perfectamente descrito por Alexis de Tocqueville. Los tiempos son mucho menos alegres.

Las referencias son el hombre que se hace a sí mismo (*Self made man*), la auto-referencia del individuo, y la instalación en un *happinessismo* “sin gravedad”, según la acertada fórmula de Charles Melman (Melman, 2005). En fin... sólo para aquéllos que pueden navegar en la « happycracia », porque ¡ay de los vencidos!

Se lo puede llamar hipernarcisismo o psicosis ordinaria, como la define Dominique Barbier o de otra manera: el culto al tecnócrata “glotón” y al futuro tenso. Hay un vínculo cada vez mejor establecido entre el Hombre Económico y los conocimientos a los que se lo remite con las opciones antropológicas de la relación al tiempo, el cual debe ser tenso, tirante, aborreciendo lo que se relacionaría con el largo plazo, con el peso de la historia o con el sentido oculto que obstaculiza la acción (Barbier, 2022).

En definitiva, cuando el Estado retoma el control de las prácticas de salud mental y psiquiátricas, es de acuerdo con sus dos principios soberanos de larga data a los que ya hemos aludido: la seguridad y la economía, en el capitalismo de accionistas y en un entorno globalizado bajo la primacía del rendimiento de “la guita por la guita”.

Antes, había una cierta indiferencia por parte de los poderes públicos. La “oficialización” de la psiquiatría Sectorial en 1986, como política pública de la psiquiatría en Francia, se produjo en un momento en que ya estábamos en medio de la política económica de la presidencia de François Mitterrand, modestamente intitulada: “el giro a la austeridad”, que trajo aparejada la parálisis de los equipos de los Sectores y que los Sectores que funcionaban en los hospitales generales permanecieran en su miseria. En mi Servicio en Aulnay-sous-Bois, que fue el primer experimento en Francia de psiquiatría Sectorial en un hospital general, fundado por mi maestro Jean-Pierre Lauzel, se vio claramente interrumpido su impulso, porque no se benefició con la re atribución del personal, como en los asilos que se transformaban y porque no se solidarizó con los Sectores nacidos *ex-nihilo* en los hospitales generales vecinos. Ya estábamos en la competencia comercial que luego se volvería omnipresente, como modo de división entre los hospitales y los Sectores.

Paralelamente al “giro a la austeridad” hubo también un punto de inflexión en las políticas comunitarias y sociales. En 1981, el primer ministro de Salud de Mitterrand, el comunista Jack Ralite, encargó un informe a Jean Demay, un psiquiatra implicado en el

movimiento de la psiquiatría comunitaria. Este informe propuso la gestión regional y comunitaria de los Sectores psiquiátricos, con delegaciones de gestión en los hospitales, los cuales ya no se situaban en el centro del sistema de atención. Este informe se titulaba: “Una voz francesa para una psiquiatría diferente” y abogaba por la creación de un “Establecimiento Público de Salud Mental” regional, que gestionara todas las instituciones públicas. Su informe fue enterrado (¡e incluso literalmente escondido!) por el sub-secretario de Salud, el socialista Edmond Hervé. La gestión de la psiquiatría Sectorial quedó enteramente confiada a los hospitales empeñados en el “giro hacia la austeridad”. El “rousseauismo” había pasado de moda.

La insidiosa aparición de la “nueva gestión pública”, importada de los EE.UU., alcanzaría su apoteosis 40 años después con la ley HPST (en francés, *Hôpital, Patient, Santé et Territoires*) del presidente Nicolás Sarkozy y de Roselyne Bachelot-Narquin, su ministra de salud, en 2009.

El hospital debía ser gestionado como una empresa competitiva, cuyo director era el “único jefe”, afirmaba Sarkozy. Este era, evidentemente, el aspecto económico.

El segundo componente se precisó el mismo año 2009 con el discurso de Sarkozy durante su visita al hospital de Antony, en el cual amalgamaba la enfermedad mental con la peligrosidad y con las noticias sensacionalistas de los medios de comunicación (Sarkozy, 2008). Este era, no podía faltar, el aspecto de la seguridad.

Estas dos lógicas -economía y seguridad- siguen funcionando. Recientemente, una circular confidencial ordenaba a los Prefectos no firmar autorizaciones de alta (ni de permisos provisorios) de los pacientes hospitalizados bajo coerción durante el paso de la Llama olímpica por las calles. Visiblemente, el ideal olímpico no es para todos, ¡y especialmente no lo es para los locos! El Ministerio del Interior asumió la tarea. Olivier Labergère ha escrito un artículo notable en “Médiapart” (un periódico digital de investigación y denuncias de “corrupción”) sobre estos caporalismos escandalosos que gestionan la vida despojada de los precarios, los inmigrantes y los dementes en nuevos “lugares de depósito” (Labergère, 2024), según la lógica de los campos de concentración, como ya lo denunciaba el filósofo político Giorgio Agamben.

La gestión de la psiquiatría en Francia, como la de toda la medicina pública e incluso la de todo el Estado, es vertical. Hay una gran cantidad de “falsas” asambleas ciudadanas, pero la tecnoestructura termina decidiendo sola y desprecia a todas las instituciones intermediarias,

desde los sindicatos hasta la representación nacional. El discurso gerencial invade incluso los imperativos que se le dan al “sistema del *Self*” para administrarse a sí mismo, para ser resiliente, para empoderarse, para «cruzar la calle» si no se encuentra lo que uno busca en la vereda donde se está (frase célebre de nuestro presidente actual), para ser competitivo, etcétera: un individuo sin sujeto, nietschzeano. Es un discurso thatcherista: “No hay sociedad”, como dijo ella, únicamente individuos. En un libro que se publicará próximamente, nuestra colega belga Feys señala cómo la lógica binaria y la locura evaluativa son fundamentalmente ajenas a nuestras prácticas. La gran moda de los llamados centros expertos es evaluar sin tratar: significando una vuelta a las fuentes de la psiquiatría universitaria -objetivante- contra la que en 1968 se levantaron en masa los médicos Internos de psiquiatría de Francia.

De esta relación con el individuo, la continuidad del pensamiento del otro y la elaboración colectiva están excluidas por sí mismas. Hay otro aspecto, que he mencionado a menudo en editoriales de *L'Information psychiatrique*, la revista de los psiquiatras de hospital de Francia: el lenguaje utilitario. Como si la embriaguez de la época del significante hubiera dado paso al “neolenguaje” tan brillantemente descrito por Georges Orwell, y también por Victor Klemperer bajo el III Reich.

Este desmoronamiento de las políticas públicas está a la espera de la vía libre del mercado para compensarlo. Este es el famoso aforismo de Adam Smith que muchos ensayistas han descrito como el *Homo Economicus*, entre ellos el filósofo reformador inglés Jeremy Bentham (a fines del siglo XVIII, comienzos del XIX). Es un discurso utilitarista en el que el hombre económico debe encontrar, al igual que la economía, sus reglas dentro de sí mismo. Cualquier discurso intermedio que enlentezca el tiempo se vuelve insoportable (Laval, 2007).

Una buena manera típicamente francesa de calmar el ardor del personal es pedir a los altos funcionarios o parlamentarios que hagan un “informe” u organicen una “comisión”. ¡En los últimos veinte años más o menos, ha habido 12 de ellos! Sin ninguna consecuencia, cabe señalar. La obra maestra de este asunto fue sin duda el informe Borloo sobre los suburbios, redactado a petición del Presidente de la República e inmediatamente arrojado al cesto por él mismo. El bonapartismo tiene sus encantos...

Es lo que yo llamo la “ley de los 40 años”: los principios iniciales, siendo ellos revolucionarios, son retomados 40 años después en una política pública

nacional, pero inscriptos en un ambiente económico completamente diferente. Un ejemplo fácil de ello lo dan las leyes de 1985-1986 que "legalizaron" el Sector inventado en 1945, con una etapa en 1960, en las cuales se reconoció la importancia de la atención extra hospitalaria, pero la legalización general se estableció en un período de austeridad presupuestaria que no las puso en práctica, sino todo lo contrario: se suprimieron las camas hospitalarias, pero teniendo cuidado de no crear ni ampliar estructuras extra hospitalarias abiertas. Lo mismo ocurrió cuando en 1838 fue necesario crear un asilo por Departamento. Esto era demasiado caro y sólo se hizo cuando los manicomios proporcionaron una gran parte de su financiación a través del trabajo de los pacientes. Antes, según una vieja expresión francesa, "esperábamos bajo el olmo" a que los políticos se convencieran de la humanidad de las nuevas propuestas. Pero se convencen de ello sólo cuando perciben los beneficios financieros y de seguridad que podrían derivar de ellas. Después, eligen las doctrinas que convienen a la gestión: la autogestión y el odio a la diferencia. Hoy hay prácticas de moda en los servicios universitarios: evaluar sin curar, y sobre todo sin preocuparse por la continuidad de la cura.

La apuesta por la neurona

Un punto particular se refiere a la evolución de las ideologías y a lo que el filósofo François Lyotard llamó posmodernismo: el fin de las grandes ideologías y de la "french flu", totalmente volcada hacia el lenguaje, con el auge de la "neuromanía", de la apuesta a la neurona, con el corolario de una nueva disociación de la cura y del *care*, de la psiquiatría y de la salud mental. Me gustaría enfatizar en este lenguaje utilitarista un aspecto desarrollado por Christian Laval en su libro sobre el hombre económico: el odio al pensamiento metafórico y, en general, la indiferencia -¡cuando no la ineficiencia promovida!- de todo lo que recae dentro de las prácticas del campo de la comprensión e interpretación, desde el momento que no persiguen el objetivo de empoderamiento y resiliencia (Laval, 2007).

Se puede medir incluso lo que es profundamente presbiteriano y norteamericano en el *care*, cuyos valores están cerca de la caridad: pero Dios elige a sus pobres. El "happinessismo" considera que el individuo está mal dispuesto o definitivamente defectuoso si no es feliz, con imperativos orwellianos del lenguaje. Rhonda Byrne, una exitosa sacerdotisa de la psicología positiva y de la televisión en Australia, encontró muchos pensamientos positivos en los barrios pobres:

¡estamos en la luna!

Hay que releer a Alexis de Tocqueville, en su ensayo sobre la democracia en los EE.UU. de principio del siglo XIX, para entender algo de las bellezas del sistema.

Hay un proyecto constante de reducir el ser a su base económica circulante. El tiempo dominante es el del futuro tenso. El mundo de la evaluación no se preocupa por el seguimiento, la continuidad o la disponibilidad de los tratamientos, del mismo modo que el ser humano cansado de ser "Self" no tiene que preocuparse por su historia.

Esto tiene aspectos prácticos que se notan de inmediato. El largo plazo se limita hoy a las estructuras médico-sociales; pero además del hecho de que eligen a sus pacientes, necesitan apoyar su funcionamiento sobre los Sectores psiquiátricos y cuentan con la plena disponibilidad de dichos Sectores, además de la facilidad de recurrir a las emergencias psiquiátricas, en caso de compensación de uno de sus residentes o usuarios. Este es el caso de los Servicios de acompañamiento médico-social para adultos discapacitados (en francés: *Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*, SAMSAH), y las SPAC, que sólo tienen un papel en la periferia de los Sectores. Además, ahora hay "desiertos" médicos, amplias zonas geográficas sin especialistas, y sería inútil esperar que una medicina de primer nivel de atención se ocupe de los pacientes evaluados por la psiquiatría de nivel terciario. En todos los países donde ha existido esta división teórica de la OMS, no ha funcionado. Pasamos de la atención primaria, profiláctica y de detección de trastornos de salud mental, al último rango evaluativo; pero cuando es necesario atender al paciente, ¡nadie lo quiere! El doctor Frédéric Advenier, en un editorial particularmente esclarecedor de nuestra revista *L'Information Psychiatrique*, dijo que la diferencia que notaba entre su práctica pública y su nueva práctica privada era que ¡estaba lidiando con las mismas patologías psiquiátricas graves, pero en pacientes con buena salud mental! (Advenier, 2022).

Lo dije en un editorial de la misma revista: las palabras que terminan en "dad": igualdad, solidaridad, etcétera, ya no están en circulación, porque tienen un sabor de "cosa colectiva" descalificado por los Chicago boys. La psiquiatría infantil, dependiente del tiempo humano disponible, está en peligro de extinción.

Mis opciones nunca han cambiado: o seguimos con este sistema, bonapartista en todos sus niveles; o nos reorientamos hacia un modelo comunitario y regional, incluyendo las políticas y la vida social en los proyectos y prácticas de la psiquiatría y la salud mental de las poblaciones.

Patologías resistentes bajo vigilancia

En este mundo donde se desacredita la asistencia (*ad-sistere*), donde se desacredita el “estar a su lado”, queda, sin embargo, que hay que hacer algo con lo que se deshecha. Como dice nuestro colega Dominique Wintrebert, la psiquiatría de Sector se ocupa de las “patologías resistentes”. Pero ¿resistente a qué? ¿A los psicofármacos disponibles en el mercado o al modelo social ambiental, centrado en el individuo empoderado? ¿Al mercado laboral neoliberal? ¿A la patética definición de salud y bienestar de la OMS? ¿Al sistema sanitario privado?

La psiquiatría de Sector está sometida a una estrecha vigilancia económica y de seguridad. En la actualidad, a menudo el Sector está formado por equipos sin estabilidad, con profesionales extra europeos con una situación precaria y sometidos a una estrecha vigilancia económica. Por lo tanto, la continuidad misma de los equipos es, incluso, muy problemática. La prensa señala su impotencia ante casos dramáticos en los que los pacientes ya no están en la continuidad de su seguimiento; pero el único reclamo de la opinión pública es la necesidad de un manejo marcial de los pacientes.

¿Qué pasa entretanto con los profesionales? En su texto sobre Aventura, aburrimiento, seriedad, Vladimir Jankélévitch (1998) distingue entre el “aventurero” y el “aventuroso”. El “aventuroso” es un eterno principiante, odia la hipocresía de los sistemas cerrados, sabe bien que una puerta debe abrirse o cerrarse, pero puede permanecer en el umbral y estar atento a las experiencias positivas y a las referencias teóricas adecuadas. Esta es un poco la posición de las generaciones más jóvenes: ellos son “aventurosos”, mientras que nosotros éramos aventureros. En casi todas partes se observa un retorno a una fenomenología flexible, husserliana, como una actitud “en el umbral” de la puerta, con una cierta desconfianza hacia “el hombre aumentado” por la Inteligencia Artificial (Gaillard, 2024). Los médicos de los hospitales, están unidos por la resistencia difícil a una política que quiere verlos desaparecer u obedecer a clones administrativos.

Porque lo que ha demostrado la historia, repito, es que no hay nada que esperar espontáneamente del Estado, excepto en los períodos revolucionarios y todas las experiencias que imponen su posibilidad por sí mismas; a veces en la confusión, la curiosidad, la incompreensión y el eclecticismo de las referencias.

Parafraseando a ese gran poeta, Edouard Glissant (2013); en nuestra disciplina nada es verdad, todo es viviente.

Referencias bibliográficas

- AA. VV. (1975). Histoire de la psychiatrie de secteur. *Recherches*, 17.
- Advenier, F. (2022). Mais où sont passés les praticiens hospitaliers? *L'Information Psychiatrique*, 98(4), 251-252. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2405>
- Barbier, D. (2022). *Hyper narcissisme ou psychose ordinaire*. Odile Jacob
- Beers, C. (1951). *Raison perdue, raison retrouvée*. Paris, Payot. (Beers, C. A mind that found itself, 1908; Versión castellana: *Un alma que se encontró a sí misma*, Liga Argentina de Higiene Mental, Buenos Aires, 1969).
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico. Siglo XXI de España*.
- Gaillard, R. (2024). *L'homme augmenté*. Grasset.
- Glissant, É. (2013). Rien n'est Vrai, tout est vivant. *Mondes francophones* 25/11/13. Disponible en: <https://mondesfrancophones.com/mondes-caribeens/conference-dedouard-glissant-rien-nest-vrai-tout-est-vivant/>
- Jankelevitch, V. (1998). *Philosophie morale*. Flammarion.
- Labergère, O. (2024). La Flichiatry, nouvelle discipline Olympique ? Disponible en: <https://blogs.mediapart.fr/dr-olivier-labergere/blog/240724/la-flichiatry-nouvelle-discipline-olympique>
- Laval, C. (2007). *L'homme économique*. Paris, Gallimard.
- Levi Strauss, C. ([1958] 2009). *Anthropologie structurale* (Versión castellana: Levi Strauss, C. “La eficacia simbólica”, en *Antropología estructural*, Trama y fondo, Cap. 6, 7-30).
- Melman, C. (2005). *El hombre sin gravedad*. Universidad de Rosario.
- Minkowski, E. (1933). *Le Temps vécu, études phénoménologiques et psychopathologiques*. Payot. (Versión castellana: El tiempo vivido, FCE, 1982).
- Sarkozy, N. (2008). Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Le texte officiel du discours présidentiel. *Journal français de psychiatrie*, 38, 25-27.
- Sechehaye, M. A. (1950). *Journal d'une schizophrène. Auto-observation d'une schizophrène pendant le traitement psychothérapique*. Presses Universitaires de France, 1950 (Versión castellana: Sechehaye, M. A. La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica: Exposición de un nuevo método psicoterapéutico, FCE, 2025).
- Société Médico-psychologique. Année 1921.
- Simon, H. (1933). La psychothérapie à l'asile. *L'hygiène mentale*, janvier 1933, pp16-28.