

La experiencia psiquiátrica y la psicopatología. Implicaciones filosóficas en la autocomprensión de la psiquiatría

Pablo Ramos Gorostiza¹. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa/UAM (Madrid)

Recibido 09/01/2022

Resumen

Se trata de mostrar que los intentos por acceder a la experiencia psiquiátrica y determinarla a partir de posiciones naturalistas y psicologistas, que son las dominantes, conllevan inestabilidad y que esta caracteriza precisamente el campo de la psiquiatría históricamente. Asumiendo las implicaciones filosóficas que supone el abordaje de ese campo empírico abierto, se postula que sólo la psicopatología, en su ejercicio como procedimiento a la vez lógico e intelectual, permite relacionar los distintos planos de realidad en que se desenvuelve y tratar de cerrar su campo para dotar a la psiquiatría de la necesaria estabilidad requerida de cara a su praxis clínica.

Palabras clave: experiencia psiquiátrica, psicopatología, filosofía, inestabilidad.

Abstract

Psychiatric Experience and Psychopathology. Philosophical Implications in the Self-Comprehension of the Psychiatry

The aim is to show that attempts to access psychiatric experience and determine it from naturalistic and psychologist positions, which are the dominant ones, entail instability and that this precisely characterizes the field of psychiatry historically. Assuming the philosophical implications of approaching this open empirical field, it is postulated that only psychopathology, in its exercise as a procedure that is both logical and intellectual, makes it possible to relate the different planes of reality in which it unfolds and to try to close its field to provide psychiatry with the necessary stability required for its clinical practice.

Key words: Psychiatric Experience, Psychopathology, Philosophy, Instability.

¹ Trabajo realizado desde el proyecto *La mirada filosófica como mirada médica* (PGC2018-094235-B-I00). Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

La experiencia psiquiátrica y la psicopatología. Implicaciones filosóficas en la autocomprensión de la psiquiatría

Pablo Ramos Gorostiza. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa/UAM (Madrid)

Recibido 09/01/2022

§ 1. La experiencia psiquiátrica

La cuestión que nos importa aquí, al tratar de la relación de la psiquiatría con la filosofía, es la experiencia psiquiátrica, una experiencia que es clínica, de los pacientes, los psiquiatras, las instituciones, las reglas del arte y de los problemas que plantean a diario desde el punto de vista de su conocimiento, la cual pone en cuestión invariablemente su carácter en cuanto saber. Esto significa que la psiquiatría emerge como un campo incipiente y débilmente cerrado en trance de garantizar consistencia referencial, que no logra nunca del todo como quisiera, sin que por ello deje de ir ganando en complejidad, solvencia e implantación social. Esto es debido en gran medida a que el punto de partida de esta cuestión es sistemáticamente sometido a un marco que hace que sea dado por comprensible de suyo cuando es en realidad un asunto complejo y primordial del que pende toda la práctica psiquiátrica y pide ser tematizado explícitamente. Ese punto de partida tiene que enfrentarse con que de fondo se encuentra una cuestión que desborda los conceptos con los que se quiere tratar, requiere asumir su alcance filosófico, pero no como algo adjetivo o sobreabundante sino como algo central.

A lo largo del siglo XIX se va conformando el cuerpo de la psiquiatría que viene a cristalizar, como es habitual reconocer a través de la versión dominante que se ha adoptado, en la obra de Kraepelin, y ello a pesar de que mirando de cerca no deja de haber un constante debate que ni con el propio Kraepelin se acaba, ni su propia visión deja de estar sometida a cambios sustanciales a lo largo de los años (Kraepelin, 1920). La historia de la psiquiatría entonces pone de manifiesto una discordancia de puntos

de vista estructural, no contingente. Revela que de fondo, de manera constante y sostenida, lo que hay es una guerra por una visión que pretende cerrar el campo del conocer psiquiátrico como una ciencia más. Como si su objeto estuviera ahí delante disponible para ser determinado. Lo mismo sucede en la actividad clínica del día a día con pacientes que no se dejan someter al encuadre sintomático y nosológico por más que se quiera permanecer en la exigencia corporativa de salvaguardar un mismo lenguaje. Resulta imposible someter lo que invariablemente desborda los quicios en los que se desea poner porque no se puede evacuar al propio sujeto que resulta fatalmente inmiscuido en la propia experiencia, que es el negocio de la experiencia psiquiátrica, sin el cual pierde su consistencia, lo mismo que si actuamos como si fuera un mero dato mensurable que no se aviene al marco general de una saber meramente positivo, aunque resulten envidiables los resultados que depara asemejarse a la medicina.

Es precisamente por el modo de acercamiento al problema, que se realiza desde unas coordenadas que proveen un marco de interpretación exterior y rígido para tratar de dar cuenta de los desajustes de la experiencia, lo que impide acceder a la cuestión nuclear. Así pues, al abordar la experiencia psiquiátrica en primera instancia vemos una apariencia uniforme, progresiva y estable que no se compadece con la realidad. Esta es una constatación que hay que examinar. Absorbida por la mirada dominante, reduccionista y psicologista, se nos impone invariablemente una perspectiva artificiosa e impostada en la que los propios psiquiatras se ven en la necesidad de auto comprenderse. Pero de cerca, sin mucho esfuerzo, se puede advertir que hay posiciones contradictorias entre los reduccionismos, abordajes sociológicos, históricos y psicológicos, que cada uno por su parte pretende ostentar la visión hegemónica de la psiquiatría, pero su propia coexistencia nos habla sin ambages de una inestabilidad que remite a una pluralidad de partes incommensurables (Bueno, 1972: 391-394), a una realidad material plural y discontinua que va a requerir un proceder intelectual propio y esto es lo que nos muestra el despliegue histórico y actual de la propia psicopatología, la cual finalmente se nos va a aparecer con la necesidad de asumir la tarea de estabilizar a la psiquiatría como un modo permanente de sostener franjas de verdad que la hagan aceptable como saber (Bueno, 1992: 202).

§ 2. El marco formativo de la psiquiatría

Entonces la caracterización del problema psiquiátrico rehúye dos posiciones prominentes, a saber: el reduccionismo científico o naturalismo y el psicologismo. Ambas, por más que lo hayan pretendido, han fracasado reiteradamente en ofrecer una respuesta solvente al mencionado problema, el problema de la experiencia psiquiátrica, y ello precisamente porque han enfocado el problema como si se tratase, bien de acceder a un objeto dispuesto ya en un afuera, bien sea un objeto meramente producido por la actividad interaccional de los profesionales y los pacientes de la psiquiatría en un contexto social, como si ni hubiera el factor corporal, carnal, y todo pudiese ser conformado biopolíticamente.

Ante esta situación de desbordamiento se requiere de una consideración filosófica, algo que no sucede con otras especialidades médicas. Porque los términos y las relaciones entre ellos adquieren una ambigüedad, que la remisión y la atribución resultan inconsistentes si se quiere ver desde una perspectiva monista y continuista que es la que pide la semiología médica y que le ha funcionado bien a la medicina en el proceso de consolidación de cara a la obtención de la causa eficiente. Pero los términos usados en el lenguaje psicopatológico están sometidos a referencias, fenómenos y estructuras, y a los vaivenes históricos y están trufados de contenido filosófico, de reglas aplicadas, de discusiones y autointerpretaciones que es lo que resulta difícil de asimilar y ubicar en el contexto general de la experiencia psiquiátrica. Por todo esto un campo de experiencia, cualquier campo, es un producto devenido, infiltrado de significación a partir de la actividad, de la acción efectiva de los sujetos sobre la realidad material en el tiempo. De esa manera se producen cortes en el todo indisponible, aperturas que permiten formar zonas acotadas de acceso y que además están remitiendo a la vez a la relacionalidad en marcha de sus partes.

Por ello al médico en trance de convertirse en psiquiatra le resulta tan problemático dotarse de la visión requerida, que es al tiempo histórica y filosófica, viniendo de un entorno que sólo parece legitimarse en cuanto inscrito en un ámbito científico-reduccionista como teoría del todo que se arroga estar en posesión de un criterio de verdad solvente. Ante esta situación procede atender a la historia y ver cómo se lleva a cabo la asimilación de la complejidad y se recurre a posiciones filosóficas o

metafísicas; también resulta interesante cómo la filosofía toma como problema a la psiquiatría para poner de manifiesto la recusación del positivismo dominante. Este cruce muestra algo significativo, mientras que el intento de adquirir consistencia epistemológica se revela aporético y reclama a la filosofía, la filosofía por su parte trata de ver en la psiquiatría el paradigma de las ciencias humanas sin solventar consistentemente este propósito.

La historia, y a una con ella la fluctuación significativa de sus términos desbordando de suyo el campo de experiencia, se convierte para la psiquiatría en algo central, nuclear, no en tareas propedéuticas y adjetivas como son para las demás ramas médicas, donde no se pone en cuestión su experiencia, porque su conocimiento está asentado eficazmente en el conocimiento de la causa eficiente en disposición de segregar al sujeto. Si bien y con independencia de que eso no tenga consecuencias en la medicina como un todo porque, aunque esas consecuencias significan componentes del sujeto que se dejan fuera como restos o residuos que resultan intratables por el proceder médico habitual pero no amenazan la consistencia objetiva, que precisamente se obtiene a costa de su eliminación del sujeto. Con todos esos restos se forma un campo, la patología funcional, ineludible e inabordable al tiempo que demanda un tratamiento que no eluda al sujeto, de ahí la formación de actividades vicarias a la medicina como la antropología médica, la patología psicosomática, las psicoterapias y la propia psiquiatría, que acabará incorporando esas categorías a su cuerpo nosológico ampliando significativamente lo que en un primer momento caía solamente bajo los términos de locura, insania, alienación, enajenación, demencia, etc.

El ejercicio clínico pone de manifiesto que se desbordan los conceptos (categoriales) contruidos al efecto durante más de dos siglos. Todo ello revela que hay ideas filosóficas que están de facto actuando, de forma constante y desde el fondo sin control. Pero también se muestra que la praxis clínica impide que haya un afuera desde el cual emitir juicios; el ejercicio clínico que es la psiquiatría, y si no lo es no es psiquiatría, implica que toda enunciación, todo juicio, toda predicación se hace entretejida con el paciente en la multiplicidad de narraciones, signos, síntomas, conductas, expresiones que le hacen frente en el encuentro con él. Esto significa que estamos ante supuestos lógicos en primer lugar y ante un cuerpo indisponible que se expresa.

§ 3. La inestabilidad como indicio de que da que pensar

Hay múltiples planos de realidad en la actividad clínica que son enmarcados en distintas técnicas y ciencias y cada una es inconmensurable con otra, en contra del monismo continuista, por ejemplo, de que todo es física o que todo es química o psicología. Para sostener una semiología se requiere que haya una relación semiótica vertical entre signo y lesión que es la que presupone todo monismo y que es inasumible como ha puesto de manifiesto la historia y la propia clínica diaria. Porque tenemos presentes en cada paciente aspectos que siendo materiales no son del mismo género y, sin dejar de ser materiales, piden procedimientos técnicos y científicos diferenciados; es decir, hay cortes, planos en la realidad de la experiencia psiquiátrica que no se subvierten reductivamente como es usual en la perspectiva naturalista por alambicada que se presente.

Esta contraposición por un lado entre el marco de abordaje recibido, presidido por la medicalización y la positividad, que comporta un monismo y, por otro, una efectiva ontología pluralista hace que los intentos de someter al objeto que se presupone estando a disposición acaben por enredarse en una secuencia de posiciones que no terminan por ofrecer más que inconsistencia, diluyéndose la presunta especificidad determinante que se pretende obtener. Y esto sirve tanto para los síntomas, como para los síndromes o las enfermedades. Se pretende que el síntoma remita finalmente a una estructura como un lesión o un gen que produce la disfunción como si se tratase de una secuencia continua desde el nivel atómico al sintomático y sindrómico. Pero esto es un deseo infundado, no porque esa secuencia no sea material, sino porque hay cortes y pasos formales que no se pueden reconstruir desde atrás hasta el nivel fenoménico (Bueno, 1972: 419).

La inestabilidad la podemos observar como digo en el plano sintomático, podríamos escoger el delirio para ejemplificarlo o cualquier otro síntoma, del mismo modo que en el plano sindrómico basta con fijarnos en cuadros como la desrealización o despersonalización, por no mencionar enfermedades del alcance de la esquizofrenia para poner de manifiesto la enorme diversidad de posturas al respecto y lo inestable que es en la clínica muchas veces efectuar una determinación cualquiera. Con independencia de que en el nivel nosológico la complejidad aumenta sustancialmente,

ya en el meramente sintomático cualquier fenómeno aparece revestido de una complejidad conceptual enorme que supone un desafío no sólo diagnóstico sino también teórico. Precisamente, también podemos ver en este plano cómo hay múltiples abordajes teóricos que ya de por sí suponen un factor de inestabilidad (Havens, 2005), añádanse a ello los factores de variabilidad cultural (Jenkins y Barrett, 2004).

Hay por tanto muchos objetos y muchas técnicas y ciencias implicadas en el ejercicio psiquiátrico, unos corresponden a planos físicos y otros al planos psíquicos, que son formalmente inconmensurables, lo que no impide que entre ellos puedan darse conexiones, pero no reductivas y secuenciales, determinadas de antemano como si dispusiésemos del recorrido completo desde el origen causal hasta la aparición en el campo empírico, sino conexiones materiales como expresión de una relacionalidad ontológica real.

§ 4. La psicopatología como estabilizador del campo psiquiátrico

La psicopatología va a ser la encargada de articular inmanentemente esas ideas que revelan planos de realidad distintos. En su desarrollo presenta un recorrido ambiguo y equívoco porque empieza por emular a la semiología médica para montar el constructo equiparable y exigido por la medicalización. La psicopatología se conforma desde su surgimiento a mediados del siglo XIX hasta su primera cristalización en la obra de Jaspers y su abolición por consunción, del modelo canónico que supuso la escuela de Heidelberg, en los sistemas clasificatorios de mediados de los 80, incluso en los nuevos intentos de recuperación, en continuo intento por apropiarse de su modo de conocimiento. Esto nos habla de entrada de un curso abigarrado, fluctuante y complejo que requiere de un esfuerzo suplementario al habitual en nuestro ámbito.

En esta tesitura, la psicopatología desde que nace va tanteando la manera de adquirir relevancia, algo que empieza a conseguir, como decía, al revestirse de las hechuras semiológicas lo que va a suponer, al tiempo, su oportunidad y su interna limitación. Oportunidad para adoptar un lugar central en el conjunto de la sistemática psiquiátrica, pero también limitación por verse invariablemente a través de la semiología médica. Sólo cuando se logre desprender de esa coerción procedimental

podrá alcanzar el lugar eminente y crucial que posee y que se requiere en la psiquiatría como intento de solución para la inestabilidad referencial de su campo.

Es necesario un largo camino, que todavía no ha concluido ni va a concluir en una solución determinada como se quiere a partir de los marcos de referencia recusados, para advertir que la psicopatología: 1) no es una mera semiología médica; 2) no es psicología, ni es fisiología, ni neurociencia y 3) no constituye un lenguaje que sea capaz de acceder a esencias (físicas, antropológicas, sociales, históricas), no es un *corpus* cerrado de significados que se aplican sobre los pacientes. Es una praxis reflexivo-intelectiva realizada con los términos disponibles que remiten a los fenómenos observados por medio de las intervenciones exploratorias ejercidas con los pacientes, relacionando —es decir, comprendiendo y explicando— conceptos intervinientes de distintos planos de realidad y formas de abordaje buscando conexiones que permitan situar la conducta y expresión consideradas.

Por tanto, tratar de caracterizar la propia experiencia psiquiátrica siguiendo, por ejemplo, el tratamiento que ofrece L. Binswanger —al que podemos considerar como la referencia indiscutible en este aspecto por el modo de afrontar la cuestión y tematizarla desde una perspectiva filosófica—, no nos va a deparar un resultado concluyente y satisfactorio. Ya que con ser indudablemente importante en términos del alcance conceptual que imprime a su reflexión psicopatológica, clínica, filosófica y antropológica, no consigue una implantación de relevancia entre los psiquiatras porque su propuesta, siendo ingente en cuanto a la carga argumental, sigue siendo desbordada por las particularidades de la clínica. Es decir, no se consigue como se pretende, estabilizar la experiencia psiquiátrica apelando a una órbita de experiencia analítico-existencial como sostén de la psicopatología. La discordancia entre los recursos intelectivos y conceptuales puestos en juego y los resultados ofrecidos para la tarea clínica en cuanto a la estabilidad no se dan². Lo mismo sucede entre los

² El lugar ocupado por Binswanger en la discusión filosófica acerca de la psiquiatría es tan importante que ha impregnado la obra de Foucault, e indirectamente ha moldeado una visión de la psiquiatría y de hacer la historia de la psiquiatría en la que seguimos viviendo. El desacuerdo que a la postre mostró Foucault con Binswanger —al reprocharle el sostén antropológico y, finalmente, teológico de su proceder analítico-existencial— parece ser la razón por la que renunció a publicar su libro sobre él (Foucault, 2021). Frente a la exigencia de atender a la materialidad experiencial pero sin sucumbir al naturalismo, le condujo al proyecto arqueológico-genealógico y finalmente a la hermenéutica del sujeto. Atendiendo a las reglas que conforman el saber se posibilita el acceso histórico y esas mismas reglas

miembros de la llamada escuela de Cambridge (Berrios, 1996 y Luque y Villagrán, 2000) y las nuevas aportaciones de la psiquiatría fenomenológica (Stanghellini y cols., 2019). No se resuelve más que como paso previo para poder poner la subjetividad entre paréntesis y evacuar, depurado, el signo a su referente neurobiológico.

Así ese campo abierto que es la psiquiatría no se puede reducir a otro supuestamente más capaz y con mayor poder legitimador como los que ostentan ciencias básicas, como sucede por ejemplo de forma parecida en la pretensión de la lingüística estructuralista respecto a la poética. Aquella quiere reducir los cursos recursivos estrictamente anclados en procesos significantes, a su vez susceptibles de ser explicitados en términos lingüísticos, de modo que los distintos planos dados en el acto poético (literal y alegórico, retórico y metafórico, etc.), pierden su carácter poético, que es la propia complejidad entre ellos y sólo existente en esa complejidad, por una burda reducción meramente lingüística en términos formales. Del mismo modo los distintos planos dados al clínico frente al paciente (sintomático, biográfico, social, familiar, laboral, cultural, académico, biomédico, farmacológico, etc.), adquieren relevancia por la complejidad concreta, individual que se da ahí y que el psiquiatra ejecuta en su acción intelectual, en la praxis, *in medias res*, sin reducirse uno a otro, sin que necesariamente uno domine a los demás en base a su potencia explicativa en términos de su preeminencia científica y en la verificabilidad abstracta que ostente, o por la función referencial que rijan en su remisión causal. De modo que para cada caso haya una línea de fuga que retenga un sentido clínico relevante no tanto alzaprimitando la subsunción cuanto la analogía.

Esto significa que si la inestabilidad es estructural a la propia experiencia psiquiátrica, y no pudiendo ser suplantada por una teoría del todo, debería ser encauzada por la psicopatología una vez que ha incorporado la mirada crítica de las

producen normalización en cuanto condiciones fácticas. El campo de conocimiento estudiado por la arqueología y ampliado por la genealogía como ámbito de saber permite pensar la individualidad histórica específica a partir de la cual se puede pensar lo real, admite ampliar la objetividad del saber-poder, la positividad experiencial considerando un tercer componente como es el modo de relación consigo mismo (Basso, 2007: 265). Queriendo adelantar y dejar atrás la posición existencial de Binswanger, en los últimos momentos de su vida, al final de su recorrido filosófico, asume la pretensión de este de tratar la enfermedad mental como un fenómeno extracientífico y termina donde no hay lugar para ninguna psiquiatría en tanto que praxis clínica (Foucault, 2021; v. p. 203 del epílogo de E. Basso), la biopolítica no logra configurar por completo la subjetividad y la objetividad, la libertad y la necesidad, la ley y la conciencia.

hipóstasis de fondo, de manera que el papel de la psicopatología consiste en estar en disposición de establecer conexiones entre planos inconmensurables y discontinuos, su tarea supone ni más ni menos que una actividad de crear inteligibilidad sin descanso, sin fin; es, por tanto, una tarea agotadora e inagotable donde la individuación debe ser el propósito, la meta, pero para ello se le exige una crítica inmanente de cualquier afirmación con pretensiones de verdad que quiera apoyarse en basamentos definitivos y metafísicos.

§ 5. Implicaciones de la filosofía en la psiquiatría

Dado que una parte del problema muy relevante para la psiquiatría —la subjetividad— se quiere comprender como concepto categorial mientras que se trata de una idea filosófica, se puede advertir los problemas que esto comporta. Puesto que la subjetividad es tematizada por Kant precisamente para eludir la amenaza que una versión reduccionista de la misma conlleva de cara a pensar sus efectuaciones morales, sin que por ello se pueda dejar de considerarla material, no obstante, esa complejidad infiltrada en la noción de subjetividad ha jugado y juega un papel relevante respecto al lugar que cabe asignarle en la psiquiatría. Se requiere retirar cualquier connotación teológica, antropológica, metafísica o psicológica. Es decir, para pensar la enfermedad mental requerimos descolonizar la subjetividad de las estrategias discursivas y retóricas que llevan aparejadas las palabras *pasiones, emociones, alma, mente, etc.*, con las que se ha venido pensándola (Novella, 2013: 134).

Pensar, por el contrario, esta subjetividad como una instancia lógica y corporal devenida en un proceso histórico, debería ofrecer la alternativa para favorecer entenderla como solvente para resistir a las amenazas de disolución relativista y escéptica en una multiplicidad de perspectivas o a su reducción a los basamentos fisicoquímicos en un ejemplo de burdo corporeísmo mundanista incapaz de articular la individuación efectiva. Hay una tarea de estabilización a la que contribuye constantemente la psicopatología que debe hacernos pensar en el papel que juega en cuanto procede atravesado de ideas filosóficas entre los distintos planos de realidad que están en juego en la clínica psiquiátrica, que actúan simultáneamente y están confundidos.

De modo que se puede sacar la consecuencia, que queda a la vista de forma bastante explícita, de que hay una interna inestabilidad en la experiencia psiquiátrica y que el papel de la psicopatología sobrepasa con mucho el de ser un mero lenguaje de la psiquiatría, un lenguaje bien hecho si se quiere, una herramienta externa a la cosa misma, como si fuese el nexo explicativo entre los fenómenos expresivos o conductuales y la causa de los mismos. La necesidad de estabilización viene dada porque el problema psiquiátrico, el modo de experiencia psiquiátrico, arraiga en una ontología preferentemente plural y discontinua que no descansa en ninguna síntesis entre respectos independientes de las operaciones del sujeto. Pero, por otro lado, desde la visión dominante, naturalista o psicologista, se ofrece una totalización que cierra en falso y no genera estabilidad en los términos en los que lo pretende. Por eso, atender a la interna exigencia de totalización y luchar contra su implantación hegemónica y acrítica, es decir ideológica (Bueno, 1970: 254), frente a la presencia inexorable de cada caso de cada individuo, sin renunciar a ubicarlo en un contexto que permita entenderlo, es el trabajo a realizar. Pero si el cierre es en falso el equilibrio tiene que darse en el camino de ida y vuelta desde lo concreto al concepto y vuelta, sin renunciar al conflicto, pero intentando asumir la implicación de la subjetividad o neutralizándola si es posible, si ello no comporta no tenerla en cuenta.

Como se puede apreciar todo este argumento reposa en consideraciones filosóficas que no se pueden eludir a la vista de las exigencias mostradas por los problemas que el propio devenir de la psiquiatría pone de manifiesto. Así pues, el encaje de la filosofía en la psiquiatría, que empieza por ser un asunto históricamente ubicuo a lo largo de más de dos siglos de historia y que adopta, como se sabe, morfologías diversas, a nuestro modo de ver descansa en la exigencia de querer cerrar su campo empírico y no poder hacerlo, y cuanto más se pretende menos se consigue. Los ingredientes que disponen ese campo no permiten acceder a conceptos categoriales propios, como *telómero* en genética, sino que son términos que desbordan una y otra vez los límites que se quieren trazar, por ejemplo *libertad*, término que aparece ya en la obra de Heinroth en 1818 caracterizando la enfermedad mental y se despliega de forma intensa en la segunda mitad del siglo XX en la obra de Binswanger, Ey o Blankenburg³.

³ Sobre todo esto véase Abettan (2018: 231 y ss.) con independencia de las consideraciones que manifiesta sobre ello.

Porque, con independencia de la interpretación que se dé de *libertad*, no se puede evitar que entre a articular otros términos del campo de la experiencia psiquiátrica, como *psicosis* o *impulsividad*, que llevan a aparejadas implicaciones legales, y porque las llevan y tienen que ver con la libertad son asumidos y legitimados por tribunales de justicia a la hora de determinar la imputabilidad y la responsabilidad. Y no se olvide que es en la relación con la justicia como se ha conformado históricamente la psiquiatría y que a su manera también por ello forma parte del campo de experiencia. Debe darse una mediación entre aspectos categoriales que no se avienen, que se contradicen o se refutan, como no puede ser de otro modo, si tratamos planos de realidad diferenciados. Y sobre este hecho estructural hay que trazar los planos para dar cabida a la formación, ordenación y a la praxis de la psiquiatría.

Bibliografía

- Abettan, Camille (2018), *Phénoménologie et psychiatrie. Heidegger, Binswanger, Maldiney*. Paris, Vrin.
- Basso, Elisabetta (2007), *Michel Foucault e la daseinsanalyse. Un'indagine metodologica*. Milano, Mimesis.
- Berrios, German E. (1996), *The History of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge, CUP.
- Bueno, Gustavo (1970), *El papel de la filosofía en el conjunto del saber*. Madrid; Ciencia Nueva.
- Bueno, Gustavo (1972), *Ensayos materialistas*. Madrid, Taurus.
- Bueno, Gustavo (1992), *Teoría del cierre categorial*. Vol. 1. Oviedo, Pentalfa.
- Foucault, Michel (2021), *Binswanger et l'analyse existentielle*. Paris, EHSS/Gallimard/Seuil.
- Havens, Leston (2005), *Psychiatric Movements. From Sects to Science*. New Brunswick & London, Transaction Publishers.
- Jenkins, Janis Hunter y Robert John Barrett (eds.) (2004), *Schizophrenia, Culture and Subjectivity. The edge of experience*. Cambridge, CUP.
- Kraepelin, Emil (1920), «Die Erscheinungsformen des Irreseins», en *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 62: 1-29.
- Luque, Rogelio y José M. Villagrán (eds.) (2000), *Psicopatología descriptiva; nuevas tendencias*. Madrid, Trotta.
- Novella. Enric (2013), *La ciencia del alma. Locura y modernidad en la cultura española del siglo XIX*. Madrid, Iberoamericana/Vervuert.
- Stanghellini, Giovanni; Matthew R. Broome; Anthony Vincent Fernández; Andrea Raballo; Paolo Fusar-Poli y René Rosfort (2019), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford, OUP.

