

Dr. J. Luis Tizón García

# Una panorámica del discurso antipsiquiátrico

(R. D. LAING: De la fenomenología a la antipsiquiatría) (\*)

Alrededor del tema y los términos «antipsiquiátricos» no están llenando actualmente páginas y páginas en todos los países culturalmente «avanzados». La antipsiquiatría ha adquirido la categoría de «moda», cuando en realidad, al menos en la Península Ibérica, tenemos por delante otras muchas etapas conceptuales y prácticas a cubrir que tal vez ya hayan sido superadas (dentro de determinadas instituciones «punta», desde luego) en países como Francia, Gran Bretaña, Estados Unidos de América, etc.

No obstante, a nuestro entender, en España este movimiento cultural es hoy totalmente superficial. Se escogen temas antipsiquiátricos y se habla con «tono antipsiquiátrico» sin querer parar mientes en que, mientras tanto, se podrían estar haciendo o estudiando líneas de conducta aptas para nuestra situación psiquiátrica y social y que, además, la antipsiquiatría (\*\*) es una teoría... pero también y sobre todo, una práctica. Así la ATP con todos sus problemas, críticas, errores, éxitos y fracasos, corre el riesgo de crear nuevamente el tizo de nuestra situación real y nosotros corremos el riesgo de perdernos en estériles divagaciones en perpetua

huida de la frustración producida por el frecuente inmovilismo de las estructuras psiquiátricas de nuestro país.

Por eso, con el presente artículo, intentamos insistir en alguno de los fundamentos doctrinales de ciertas corrientes antipsiquiátricas, con la esperanza de que esto sirva, al menos, para poner de relieve que el tipo de teorías y problemas generales que plantea esta orientación de la psiquiatría contemporánea son lo suficientemente complejos como para que meditáramos seriamente sus consecuencias antes de perder el tiempo en inútiles comentarios de «dilettantes» que, a lo sumo, pueden llegar a ser de tipo periodístico y que, de hecho, nada cambian y nada hacen sino perpetuar el «statu quo» (el triste «statu quo») del enfermo mental ibérico.

Reducidas a lo esencial, las tesis antipsiquiátricas podrían tener el siguiente enunciado periodístico:

El niño nace con múltiples riquezas y potencialidades. A lo largo de su vida, a lo largo de su educación, la sociedad y, sobre todo, la familia, lo convierten en un ser «normal», o lo que es igual: en un ser vaciado, empobrecido, mutilado, adocenado... Si la presión familiar y social ha sido especialmente precoz y con determinados caracteres cualitativos, algunos tienen una «sana» reacción de defensa. Es a éstos a los que llamamos «locos», «enfermos mentales» (los atp gustan de usar el primer término: loco, locura...). Estos locos, estos «alienados», son los que han logrado escapar en la imaginación, con la fantasía. Para completar el «trabajo social» emprendido desde que nacieron, se les «aloja» en

(\*) Este artículo, resumido y extractado, está pendiente de publicación en «TEOREMA, Revista de Lógica y Filosofía de la Ciencia». [Este trabajo se concluyó en marzo de 1972.]

(\*\*) A lo largo del texto utilizamos las siguientes abreviaturas: PQ, psiquiatría; ATP, antipsiquiatría; NPQ, «neo-psiquiatría», nueva psiquiatría; pq, atp, npq: adjetivos y sustantivos derivados.

hospitales, sanatorios o clínicas mentales, nosocomios, manicomios, institutos «frenopáticos», etc. Así, lo que no era sino un «viaje para reencontrarse a sí mismos» se convierte, para estos desgraciados en una condena irreversible. Al servicio de una sociedad represiva, la PQ los reduce a la situación de «muertos-en-vida» en el interior de tales «manicomios».

Por eso, para la mayoría de los atp, lo que hay que hacer es exactamente lo contrario: acabar con la represión social y, previamente, ayudar a los «locos» a completar su «viaje».

Enunciadas de esta forma, se comprende que las principales tesis atp hayan sido presa de todo tipo de ataques y defensas, comentarios y «aproximaciones» divulgadoras; se comprende también que, en nuestro país, hayan sido tema, en definitiva, de la «hispanologorrea» típica de alguno de nuestros ambientes «científicos».

Ahora bien: ¿los puntos de partida de la ATP, sus bases y fundamentos son tan simples como ese diletantismo haría prever? Podría hacerse tanta literatura si se afrontase seriamente la problemática planteada por la ATP? Nosotros creemos sinceramente que no y es lo que vamos a intentar demostrar a partir de una de las bases conceptuales de la corriente atp.

## I. FENOMENOLOGIA Y ATP

Como LAING (4,9,12) afirma claramente, sus propósitos en un principio eran aparentemente modestos: «hacer comprensibles la locura y el proceso de volverse loco» por un lado, y «traducir a términos existenciales algunas formas de locura» (9, 1960).

Naturalmente, para esta empresa era necesario un fundamento fenomenológico-existencial. LAING lo tiene, por mucho que no sea fácil determinar en su obra las influencias concretas de las diversas filosofías existenciales: KIERKEGAARD, JASPERS, HEIDEGGER, SARTRE, BISWANGER, TILLICH... (Tal vez la influencia más llamativa o que más resalte a primera vista sea la de SARTRE, pero esto es más claro en los resúmenes y vulgarizaciones de la ATP y en otros atp que en muchas partes de las obras de R. LAING.)

Con esas bases, el comienzo del movimiento atp podemos situarlo en las reuniones periódicas mantenidas entre R. LAING, D. COOPER, A. ESTERSON y otros psiquiatras a principios de los años sesenta. Gran parte de los reunidos, entonces casi en período de formación, tienen una preparación psicoanalítica más o menos adelantada, que alguno de en-

tre ellos, notoriamente LAING según hemos dicho, combina con una seria fundamentación filosófica y, más concretamente, fenomenológico-existencial.

Intentaremos rastrear esos fundamentos fenomenológicos de los que, al menos históricamente, ha partido la atp, para más tarde tener un dato más para apreciar, en su justo valor, las aportaciones de la teoría y la práctica atp a la medicina y a la cultura de nuestros días.

En primer lugar, hay algo que tenemos que aclarar: gran parte de las obras atp tienen como sujeto fundamental la esquizofrenia. Quiere esto decir que muchas veces se generaliza (y algunos atp han contribuido a esta generalización) la aportación y la teoría atp a toda la PQ, cuando en realidad el tema principal (y casi sin lugar a dudas, el único tratado a fondo) por esa corriente cultural ha sido, dentro de la PQ, las psicosis y, dentro de éstas, la esquizofrenia. Y a muy diversos niveles: desde estudios de pacientes individuales hasta planteamientos y prácticas renovadoras en las instituciones hospitalarias para psicóticos, pasando por estudios y, replanteamientos profundos y actividades terapéuticas sobre el núcleo familiar moderno.

Entonces, el análisis existencia de la «locura», lo será de una forma de «locura» concreta: la esquizofrenia. Para LAING y los demás atp, que en esto recogen ideas de gran parte de la PQ tradicional, en la vida o, mejor, **en la experiencia vital del psicótico hay una brecha, una ruptura, a dos niveles fundamentales: en su relación con el mundo y en su relación consigo mismo.** Como fenomenólogo, por tanto, LAING se aplica a caracterizar la naturaleza de esta experiencia de ruptura.

¿Por qué este empeño? Porque tradicionalmente, **la apreciación que la PQ tenía de estas enfermedades se basaba en su «incomprensibilidad».** Este era incluso un criterio diagnóstico fundamental para encuadrar al paciente dentro de la categoría de las psicosis (hoy, —y la ATP no es ajena a este cambio—, estamos más preparados para ver a qué cúmulo de errores y arbitrariedades podía dar lugar este simplismo y subjetivismo diagnóstico). Así, teóricamente al menos, el psiquiatra visitaba al paciente y, si juzgaba «incomprensibles» sus manifestaciones y no aparecían bases físicas para tales vivencias «incomprensibles», automáticamente podría catalogarlo como esquizofrénico. Por eso, diagnósticos de esquizofrenia abundaron durante una época en las fichas de gran parte de los psiquiatras de la «Medicina Social» (es difícil comprender nada a 20 ó 30 pacientes por hora) y de las instituciones hospitalarias,

aplicados, desde a neuróticos hasta a pacientes alcohólicos crónicos pasando por todo tipo de otros pacientes no esquizofrénicos.

Por eso el punto de partida de LAING es un intento de describir el «modo existencial esquizofrénico» como una vía para comenzar a comprender ese modo existencial concreto.

Desde luego, para el psiquiatra inglés, la transición entre un estar-en-el-mundo «normal», un estar-en-el-mundo esquizoide y un estar-en-el-mundo esquizofrénico es en la mayoría de los casos perfectamente comprensible si profundizamos lo suficiente en cada caso y generalizamos esas experiencias. Y LAING aplica depurados análisis existenciales para demostrárnoslo sobre la práctica.

Ahora bien: ¿cómo llegar directamente a los pacientes si ya los conceptos y términos psiquiátricos (y precisamente ellos) separan al paciente de nosotros mismos? ¿Cómo puede demostrarse la comprensibilidad de la experiencia esquizofrénica y la significación que tal experiencia tiene para el esquizofrénico si los términos usados están pensados para circunscribir a los pacientes a entidades clínicas cerradas e inalterables que parecen tener como último fin el ser las etiquetas que acompañan al paciente hasta la tumba? (\*) Para LAING (pensemos que estamos hablando de 1960 y todavía no existía el auge de la epistemología que hoy existe), será conveniente comenzar por revisar algunos términos psiquiátricos. Como ha dicho WITTGENSTEIN, el pensamiento es lenguaje. Un vocabulario técnico, afirma LAING, NO ES MÁS UN LENGUAJE DENTRO DEL LENGUAJE. El vocabulario técnico propio de la PQ, cuyos fundamentos habría que buscarlos en la medicina ochocentista —idealista-mecanicista— se refieren al hombre aislado de los otros en el mundo, al hombre que no está esencialmente en relación con su entorno o bien a aspectos parciales «sustancializados» de relaciones aisladas. Es ésta una situación que hay que romper. Lo que para nosotros subraya la necesidad de una crítica episte-

mológica de los fundamentos de la psiquiatría y la medicina en general, para LAING puede comenzarse a solucionar en la PQ clínica gracias al pensamiento existencial. «Sólo el pensamiento existencial —afirmará— ha intentado captar la experiencia original de uno mismo en relación con los otros, en el mundo de uno, mediante un término que refleja adecuadamente esta totalidad». (Indudablemente, el entonces psiquiatra de la Tavistock, se refiere al término de ser-en-el-mundo.) «Toda otra aproximación clínica no nos aporta nada.» Sería «como un juguete roto cuyas partes nos resulta sumar» psicofísico, psico-somático, psico-biológico, psico-patológico, psico-social, etc.

Por tanto, en la PQ, incluso en la PQ de las psicosis, habrá que partir de las relaciones con los demás, con el otro. Y el otro no es sino el objeto de diversos de nuestros actos («de nuestros actos intencionales», dirá LAING, con lo que da pie a una de las críticas fundamentales que hoy se hacen a la ATP y que, a nuestro entender, viene claramente impuesta por el punto de partida —la ideología existencial-fenomenológica—: el olvido parcial del inconsciente y de las razones inconscientes de muchos de nuestros actos).(\*\*)

Para LAING, en definitiva, se trata (o se trataba en aquellos momentos de iniciación del movimiento atp) de establecer una auténtica ciencia que pueda dar cuenta de este nexo de unión. Se trata, en definitiva, de crear lo que llama una «ciencia de las personas», totalmente diferente de la medicina o de la neurofisiología, por ejemplo. Y para demostrarlo, aplica un razonamiento al que la fenomenología nos tiene ya acostumbrados. Por ejemplo, si estamos oyendo hablar a una persona, podemos adoptar dos posturas fundamentales:

- a) estar tratando de comprender lo que quiere decir,

(\*) En un artículo anterior, analizábamos este problema partiendo de la idea de que, además, tal división se realizaba desde unos presupuestos totalmente ahistóricos por un lado y no definidos claramente por otro; es decir: desde unos presupuestos científicos («Notas sobre la nosotaxia psiquiátrica a partir de los síndromes esquizofrénicos crónicos») en «INFORMACIONES PSQUIÁTRICAS», mayo 1972.

(\*\*) Indudablemente, no estamos demasiado de acuerdo con la idea de que la construcción de una nueva técnica psiquiátrica y, en general, de las nuevas ciencias médicas, tenga que partir de la fenomenología existencial que consideramos demasiado «ideológica» y, por tanto, si bien útil en determinadas aproximaciones clínicas, poco útil para la construcción de algo que quiera ser auténticamente «científico». Ahora bien: no es este el momento ni el lugar adecuado para nuestra crítica ni la exposición de nuestra postura.

- b) estar estudiando su conducta verbal en función de sus procesos de verbalización, nerviosos, de fonación, etc. Y la comprensión de lo que dice, no nos dará una idea de estos procesos.

Ni viceversa. De ahí la necesidad de comprender esos nexos entre el hombre y su entorno. El razonamiento analógico de LAING, indudablemente basado en una seria experiencia clínica, sigue: consideramos locas a las personas que se experimentan a sí mismas como robots, autómatas, máquinas... ¿Y por qué no consideramos «loca» una teoría que pretende estudiar a las personas partiendo del tipo de enfoques propios para estudiar a autómatas? En la psicopatología clásica encontramos muchas descripciones de «despersonalización». Para Laing, sin embargo, los puntos de partida de esa psicopatología tradicional la hacen radicalmente inútil para acercarse, para comprender ninguno de tales procesos.

Es fácil imaginar el paso que dará LAING a continuación: introducir en la psiquiatría la teoría de la «reificación», criticada ya por la epistemología althusseriana desde la filosofía y por la epistemología de la escuela de PIAGET desde la práctica misma y desde los hallazgos de la psicología evolutiva. Sin embargo, lo importante para LAING será saber establecer una relación con el paciente en cuanto persona, no con el paciente en cuanto cosa.

Naturalmente, aquí estamos ante otro de los núcleos de la teoría atp ampliamente criticable... y también una de sus mejores defensas. «Desde un punto de vista estrictamente científico, hoy está para nosotros claro que, partiendo de una crítica epistemológica, no es este el camino a recorrer para construir una nueva PQ. Por tanto, lo que debemos hacer es...», etc., etc., etc. Tal podría ser un razonamiento «teóricamente» justo. Ahora bien: eso es justo, cierto, correcto... pero sólo parcialmente. La PQ hoy día no incluye tan sólo ideas. Incluye, **ante todo**, instituciones y reglamentación social. Y tal reglamentación social, tal superestructura —ideología, instituciones, reglamentaciones...— resulta sumamente particular por lo profundamente fixista, discriminadora y autoritaria. «No se puede dialogar con las piedras ni con sordos.» O lo que es lo mismo: tal vez los argumentos seriamente razonados, científicos, tal vez esa crítica epistemológica de los fundamentos de la PQ de poco sirviera —si es que se podía completar actuando casi sólo a nivel teórico— dadas las numerosas barreras estructurales que hoy frenan todo cambio en nuestra práctica psiquiátrica. Y tal vez ese

sea precisamente el mérito —querido o no, ésta es otra cuestión— de la «subversión atp»: ante tal situación una auténtica crítica científica es difícil y de frutos inciertos. Pero ¿y una crítica y un ataque «a nivel ideológico»? Para nosotros, gran parte de los fundamentos de la ATP son claramente ideológicos... pero los resultados son ya hoy bastante visibles: el movimiento atp, junto con otros (como la llamada «neo-psiquiatría»), ha logrado más por el replanteamiento de la PQ contemporánea a todos los niveles —científico-idolológico-institucional, etc.— que medio siglo de sesudas críticas. Y es un aspecto que no debemos perder de vista cuando realicemos esas críticas, teóricamente correctas, al movimiento atp. Más adelante volveremos sobre ello.

#### Ahora bien: ¿cómo concreta LAING esos puntos de partida existencial-fenomenológicos al análisis de las psicosis?

En primer lugar, como ya vimos, oponiéndose al vocabulario psiquiátrico tradicional que considera —y BASAGLIA (1) y COOPER (2) también tienen importantes páginas sobre este tema— una verdadera jerga, un verdadero «vocabulario de denigración». «Cuando certifico que alguien está mentalmente perturbado... tengo conciencia de que, en mi opinión, hay otras personas a las que se considera sanas, cuyas mentes no están menos radicalmente enfermas.» He aquí una importante base conceptual puesta —una vez más— de relieve por la ATP (y con inusitada violencia años después): el trasfondo acientífico, dogmático, ideológico de la diferenciación «normal»-«no normal» en PQ. Más adelante, éste será uno de los fundamentos y verdadero *leit-motiv* del movimiento atp.

En gran parte, la conducta del paciente es función de la conducta del psiquiatra. De esta forma, el paciente psiquiátrico típico, «de libro», representativo (el que se usa, por otra parte, para trazar los esquemas diagnósticos clásicos), es una función del psiquiatra representativo, y del hospital mental representativo. MAUD MANNONI (1) dirá años después: «La entrada en la psicosis, según LACAN, está en el momento en el que del campo del Otro llega la llamada del significante esencial que no puede recibirse. De lo imaginario surgen palabras que se imponen al sujeto y esas palabras a las que se agarra le ligan a una «humanización» que está perdiendo... Esta psicosis no tiene tanta necesidad de «ser cuidada» (en el sentido de un internamiento) como de «ser recibida». Lo que el paciente busca es un testigo y un apoyo a esta palabra extraña que se le va imponiendo». El psi-

na. Freud, el psicoanálisis y el freudismo han sufrido a lo largo de los años un asombroso proceso de reducción-reinscripción que, en muchos casos, ha minimizado la importancia de las concepciones médicas de la problemática abierta por FREUD y, en otros, la reconstrucción ha sido tal, como demuestra LAING (36, 37), que volvemos a movernos en la problemática prefreudiana, como si nunca se hubiera dado la verdadera «ruptura epistemológica» inaugurada por el psiquiatra de Viena. Frieda FROMM-REICHMAN escribía en 1957 (38) «... los psiquiatras pueden tener ahora la seguridad de que, en principio, se puede establecer una viable relación doctor-paciente con el paciente esquizofrénico. Cuando esto parece imposible de lograr, se debe a los problemas de personalidad del doctor y no a la psicopatología del paciente». Veinte años después, ya no de los descubrimientos freudianos, sino de este y otros escritos similares, gran parte de la PQ institucional sigue basando su psicopatología en la «incomprensibilidad» o «inaccesibilidad» de las psicosis.

Este es, como antes decíamos, un núcleo importante de la teoría atp que, al ser desarrollado, la pondrá en contacto, por ejemplo, con la escuela americana de la comunicación. En el apartado siguiente intentaremos, al menos, esquematizar el análisis fenomenológico que subyace en tal desarrollo.

## II EL «DOBLE APREMIO»

Cuando dos personas están juntas, se espera que A reconozca que B es más o menos la persona que B piensa que es y viceversa. Esperamos que nuestra identidad personal, nuestro esquema de nosotros mismos, sea reconocido por el de la otra persona (siempre en el supuesto de que no estemos mintiendo conscientemente). Dentro de este contacto, aun suponiendo la mutua cordura, existe un amplio margen de posibles errores, malentendidos, malas interpretaciones, falsas identificaciones... En definitiva, hay una separación mayor o menor entre el ser-para-sí mismo de uno y el ser-para-el-otro de nosotros mismos; y, a la inversa, entre lo que el otro es para sí mismo y lo que es para mí. Profundizando el análisis, incluso habrá una disjunción «entre lo que uno se imagina que es la imagen que se hace de sí mismo y su actitud e intenciones para con uno mismo y la imagen, actitud e intenciones que tiene en realidad para con uno mismo, y viceversa» (R. LAING, 9).

O sea: en el reconocimiento mutuo de dos personas, «cuerdas» hay los siguientes ele-

mentos básicos (entrelazados con otra serie de elementos secundarios):

- a) reconocemos que el otro es precisamente lo que él cree ser,
- b) reconocemos que somos precisamente la persona que creemos ser.

Así, en principio esperamos del otro que sea capaz de **reconocernos**. LAING explicita este tipo de relaciones, sobre la base de observaciones clínicas, en otra de sus obras («Nœuds», 11): en ella trata de describir « los lazos de amor, de dependencia, de inquietud y de celos» que existen entre las personas e incluso en una misma persona. Así, las fórmulas relacionales y las relaciones están compuestas «en abismo». («Yo creo que tú crees que yo creo que tu crees...») precisamente porque entre las personas, por causa de la misma estructura del conocimiento, hay siempre un abismo (notemos las claras influencias sartrianas: «El ser y la nada»). Esto es típico en múltiples aspectos de la vida diaria, por ejemplo, en el deseo amoroso. En el deseo mutuo, lo que yo deseo no es a ti, sino que tú me desees. Pero como tú también lo que quieres es que te desee en vez de desearme, me veo obligado a fingir, a hacer como si te desease para que me desees. Igual tú. He aquí un «contrato perfecto», en palabras de LAING. Pero como está fundado en un mal entendido, nadie puede estar seguro de que será respetado.

Este tipo de «nudos» psicológicos, en casos extremos, es fácil imaginarlos como la trama de un proceso psicopatológico, con lo cual las cosas se complican en grado sumo: he ahí otra razón de por qué la psiquiatría tradicional postula la «incomprensibilidad» de las psicosis.

Si intentamos conciliar estas tramas y claramente siguen existiendo discrepancias suficientemente graves, no nos queda sino pensar que el otro debe estar loco. Así, con ejemplos del mismo LAING, no nos cuesta demasiado trabajo considerar psicótico:

- al que dice que es Napoleón, mientras yo afirmo que no lo es,
- al que dice que soy Napoleón, mientras yo digo que no lo soy,
- o al que cree que quiero seducirlo, mientras yo considero no haberle dado motivos para pensar que esa es mi intención,
- o al que cree que tengo miedo de que me mate, cuando en realidad yo no tengo ese temor y no le he dado motivos para pensar tal cosa.

quiátra, sin embargo, se dedicará, en el mejor de los casos, a «explorar» al paciente, a buscar señales de enfermedad partiendo de una idea básica: tal enfermedad es, desde luego, incomprensible (cosa que es verdad si tenemos en cuenta la media de tiempo dedicada por ejemplo por los médicos de hospital psiquiátrico a sus pacientes en España: ¿dos horas en una estancia de un mes...? ¿tres, cinco, diez a lo sumo?) (—y el que esto suceda, sobre todo por razones institucionales, no le quita su valor como **hecho objetivo**—).

La actitud de la PQ clásica no ha cambiado desde los tiempos de KRAEPELIN y sigue asentada sobre las bases que dan lugar a lo que en otra ocasión hemos llamado «el diagnóstico medicobotánico». La mayor parte de los textos de PQ siguen partiendo de las mismas posturas... ¡y ya no digamos la práctica de muchos de nuestros psiquiatras! Al menos, a KRAEPELIN, a JASPERS, a BLEULER, etc., les debemos magníficas «descripciones clínicas» que nos permiten acercarnos al esquizofrénico de principios de siglo... En la PQ de hoy no es fácil encontrar ni siquiera esas descripciones y es que nuestra psiquiatría oficial por las razones que antes decíamos está, en la mayoría de los casos, tan sumamente distanciada del contacto directo con los paciente institucionales que tal «contacto» se reduce al «paso de revista» una vez al mes, cada semana o cada quince días, cuando no cada seis meses, que es el imperativo legal.

Pero volvamos a los fundamentos existencial-fenomenológicos reseñados: Con el enfoque anteriormente expuesto, está claro que la conducta de los pacientes puede verse de dos formas totalmente opuestas, pero relacionadas íntimamente (como en el típico ejemplo de los «gestaltistas», el jarrón y/o los dos rostros):

Podemos entender sus conductas como «señales» de una enfermedad y dedicarnos a buscar las suficientes «señales» como para poder hacer un diagnóstico. Pero también podríamos enfocar su conducta como expres

ión de una existencia propia, individual e irreductible... Indudablemente, las consecuencias serían muy diferentes en uno y otro caso. El psiquiatra clínico, que desea ser lo más «científico» y «objetivo» posible, suele adoptar una postura: limitarse a lo «objetivamente observable». Para los atp, esto es sencillamente imposible. Es caer en «el dogma de la immaculada percepción» que decía NIETZSCHE. Ver «señales» de tal o cual enfermedad, observar bajo ese prisma la conducta, no es ver con neutralidad, no es ver «objetivamente». Como tampoco es ver con neutralidad el interpretar una sonrisa como la contracción de determinados músculos faciales, como diría MERLEAU-PONTY. Muchos clínicos tal vez puedan dominar perfectamente toda la psicopatología de la esquizofrenia... sin ser capaces de comprender o, peor, sin haber nunca intentado comprender a un sólo esquizofrénico. Así, los «datos de observación» muchas veces no son sino formas específicas de desconocimiento, de no comprender al paciente, de interponer barreras entre él y nosotros. Observar a un paciente para ver síntomas, signos, «señales» de esquizofrenia (en cuanto que «enfermedad») es radicalmente diferente a contemplarlo y oírlo en cuanto que ser-en-el-mundo, en tanto que «ser humano»: «Nadie tiene «una esquizofrenia» como se tiene un catarro.» (Y he aquí otra importante crítica atp a determinadas orientaciones de la PQ clínica.) **Los pacientes no «tienen» una esquizofrenia: son esquizofrénicos.** Y lo que un esquizofrénico es para nosotros determina en grado muy importante lo que nosotros representamos para él y, por tanto, si seguimos los análisis antes enunciados, sus acciones. Muchas de las «señales» de la esquizofrenia que aparecen en los libros de texto, muchas de las evoluciones típicas de un psicótico crónico, varían de un hospital a otro y parecen ser, en gran parte, función de los cuidados que damos a tales pacientes. Cada hospital y cada psiquiatra tiene sus «señales» particulares que suele encontrar más a menudo en «sus» «esquizofrénicos». Cada grupo de esquizofrénicos tiene una evolución diferente según el hospital donde se les interne para separarles del cuerpo social.

En este aspecto, como en tantos otros, los atp no hacen sino recoger críticas ya anteriores a ellos; críticas que, en sus escritos y bajo su acción, cambian de carácter, de intensidad, de profundidad, de dureza... y de eficacia. Podríamos aportar citas de Freud con las que demostrar que ya el fundador del psa mantenía posturas similares pero... ¿dónde quedaron esas aportaciones freudia-



En esta situación ¿cómo puede basarse una definición de la psicosis, una calificación del *ser-en-el-mundo-psicótico*? Esta claro que «conforme al grado de conjunción o disyunción entre dos personas, cuando una de ellas es cuerda por conciencia universal». Y he aquí que, con esta reflexión, se abre bajo nuestros pies un loco en el que han madurado todas y cada una de las más radicales posiciones y planteamientos: atp.

Apliquemos este género de análisis: si al quien nos dice que es «un hombre irreal», o está enparado, o nos está enparando o está loco (padece una *delusión*, término que en la psiquiatría anglosajona y latinoamericana sustituye al de *delirio* y significa más claramente la idea de *engano*, *ilusión*). Pero, a nivel fenomenológico existencial ¿que significa ese «engano»? ¿apropiamos que nos dice que hace años que está «intentado» ser una persona real, pero que ya ha fracasado y se considera vencido y, por lo tanto, irreal. En este punto podemos parar nuestro interrogatorio y diagnosticar «esquizofrenia» o bien «delirio agudo» o bien «delirio crónico». Pero también podemos dedicarnos a describir ese sentimiento, tal como nosotros lo vemos (la típica postura de los psiquiatras de formación existencial. Esta postura, como ya dijimos, no coincide con la de los atp. Por algo y para algo estos parten también del psicoanálisis y, por lo tanto, de la interpretación, aunque luego, como la totalidad, lo rechacen frecuentemente).

Podemos profundizar aún más nuestra relación con ese hombre. Así, es posible que encontremos, por ejemplo, que toda su vida ha estado desgranada entre el deseo de mostrar tal cual es y el temor a hacerlo (y todos compartimos con él este problema. Podemos fácilmente recordar cómo, durante nuestra infancia, los adultos verdaderamente nos traspasaban con la mirada», cuánto nos costó decir nuestra primera mentira, hacer que nosotros mismos «el descubrimiento de que estamos irremediamente solos en algunos aspectos», admitir que «dentro de nuestro propio terreno sólo pueden verse las huellas que dejan nuestros pies»). Así, la persona que consideramos «esquizoide», en realidad se siente a la vez más vulnerable, más expuesto que nosotros mismos, también más aislado por lo tanto. Y, ya esquizofrénico, tal vez pueda decir que es de vidrio, como el popular personaje cervantino, pues es tal su transparencia y fragilidad que cualquier acción de los otros lo traspasa y puede convertirlo en pedazos.

He ahí serias razones para que ese «hombre real» se oculte a los demás, oculte su

propia idea de lo que él es. Pero, por otra parte, todos existimos en cuanto a que somos alguien para los demás. Es decir: en realidad él puede ser alguien solamente a través de lo que podemos ver y en todo lo que podemos ver. Así, si sus acciones no son de su yo real, entonces es irreal; es un «hombre simbólico» o un «hombre mítico», o incluso «realmente nada, Nada realmente». Entonces, si deja de simular lo que no es y pasa a ser «la persona que ha llegado a ser», puede presentarse ante nosotros como Cristo o como Napoleón, o como un fantasma. Y, sin embargo, ahora esta persona vive una posición existencial y lo que es «existencialmente» verdadero es vivido como «realmente» verdadero.

Si queremos hacer algo por él, primero deberemos dejar en el camino nuestro propio mundo y nuestras categorías, en la medida de lo posible. Debemos reivindicar siempre la especificidad de ese hombre, su carácter distintivo, su soledad... y su desesperación. Y he aquí la base para futuros desarrollos atp implícitos-casi-explicitos en este análisis.

COOPER (2) suele presentarnos esta situación siguiendo los pasos de BATESON y cols. en sus análisis del «*double bind*» (*doble ligazón, doble apremio*). Cuando la familia expresa dos exigencias contradictorias (y esta es una situación sumamente común en cualquier familia occidental del siglo XX, mucho más común de lo que podemos pensar) puede darse una de esas situaciones de «*doble apremio*», doble exigencia: el conflicto. Tal situación se dará siempre que sea de suma importancia diferenciar entre ambos mensajes. Pero he aquí que el individuo sumido en esa relación no sabe qué responder a estos mensajes. En términos cibernéticos diríamos al ser ambos mensajes, ambas informaciones recibidas (in-put) contradictorias, no pueden ser procesadas por el «operator», con lo cual, en el plano de la conducta, no podremos encontrar ningún out-put del «efector» hacia el «mundo externo», pero, lo que es más grave, a nivel de motivaciones, el «motivator» se encontrará en un conflicto de difícil solución para descargar la energía acumulada en otras operaciones o en su propia dinámica interna.

Veámoslo con un ejemplo de COOPER (op. cit.) «Uno de los padres pide al paciente que recuerde un incidente de la historia familiar que tiene relación con lo que se está discutiendo, pero que claramente está cargado de amenazas y emociones para el resto de la familia o para alguno de sus miembros. Y al tiempo que se le pide que se acuerde, se le hace saber por signos paralingüísticos o incluso puramente no-verbales (por ejemplo: sig-

nos de gran ansiedad perceptibles por el paciente), que si se atreve a recordarlo, amenazará peligrosamente a la familia o a alguno de sus miembros... El paciente responderá entonces por una declaración que sea una prueba de "trastorno mental"...

El problema, según COOPER, no está precisamente en el enfermo, sino en la red de interacciones personales (sobre todo familiares), de la que hemos abstraído al paciente. **«Resumiendo: la locura no está "en", "dentro de" una persona, sino en el sistema de relaciones en el que participa el futuro enfermo.»**

Ahora bien: **la familia no es sino el símbolo de una sociedad establecida**, su célula básica, su primera defensa. Hémos aquí ante la espiral crítica, cada vez más radical y totalizadora, de la ATP. (Y en este contexto es fácil entender algo que sin estas bases conceptuales puede parecer «acto folklórico-político totalmente acientífico»: el «Congreso internacional de la dialéctica de la liberación» organizado en Londres por BERKE, COOPER, LAING REDLER con asistencia de MARCUSE, P. GERASSI, GOODMAN, BATESON, CARMICHAEL, SWEEZY, un monje budista (THICK NHAT HANK), J. BECK, etc.).

En esta espiral crítica, como luego veremos, entrarán las medidas de reclusión, las terapéuticas abusivas, las estructuras autoritarias que, en nombre del orden social, privan a muchos sujetos independientes, en especial al esquizofrénico, de toda posibilidad de expresión.

A nivel médico, esa es una de las razones fundamentales de tal movimiento científico: contra la herencia y las teorías organicistas de la génesis de las enfermedades mentales, **por la psicogénesis y la sociogénesis**. Y de ese nivel estrictamente médico, a la crítica y la acción social. Veamos algunas muestras de este último nivel de crítica:

COOPER: «El esquizofrénico... está llamado a constituirse en abanderado, en chivo emisario del mal que sufre toda la sociedad. El loco, en esta perspectiva, nos es necesario para podemos definir como sanos. Nuestros trabajos nos han permitido poner en evidencia esto: los que son ingresados en los hospitales psiquiátricos lo son no tanto porque son enfermos cuanto porque protestan de forma más o menos adecuada contra el orden social.»

LAING: «Con el propósito de racionalizar nuestro complejo industrial y militar, debemos destruir al tiempo nuestra capacidad de ver más allá de nuestras narices y de imaginar qué hay en ese más allá. Mucho antes de que una guerra nuclear fuera posible, hemos devastado nuestra propia salud mental.» «Co-

menzamos por los niños, porque hay que obligarlos a tiempo; sin un lavado de cerebro completo y rápido, sus espíritus mal troquelados podrían descubrir a plena luz nuestros sucios recovecos».

«Los niños no son aún idiotas, pero los convertiremos en imbéciles a nosotros parecidos manteniendo, en lo posible, un alto cociente intelectual.» El niño «desde que nace... está sometido a fuerzas violentas que llamamos amor, como lo han estado sus padres y los padres de sus padres... Cuando ese nuevo ser humano llega a los 15 años, más o menos, ya es parecido a nosotros: un ser medio demente, más o menos adaptado a un mundo en el que todo se le ha dado ya hecho; a eso es a lo que hoy llamamos un ser normal».

«Se nos enseña lo que hay que experimentar y lo que no; lo que tenemos y no tenemos que probar. Un niño de dos años ya está sometido en todos esos planos a una moral, hace los gestos y emite los sonidos que interesan, sabe lo que hay que sentir y lo que no.»

Etcétera.

Pero volvamos a la indagación fenomenológica en las psicosis, punto de partida, junto con el psicoanálisis, de gran parte de los desarrollos teóricos posteriores de la ATP.

### III. SEGURIDAD E INSEGURIDAD ONTOLOGICA

Para Laing (9, 1960) hay dos posiciones existenciales básicas: la que llama de **«seguridad ontológica primaria»** y la de **«inseguridad ontológica primaria»**, aparte de toda la constelación de seguridades o inseguridades más o menos profundas pero no «ontológicas» y de las seguridades o inseguridades «secundarias». El hombre que tiene sentido de su existencia en el mundo como un todo real vivo, como una **persona continua** al corte longitudinal, que experimenta a los otros como seres vivos y enteros y el mundo como exterior a él e igualmente dinámico, cambiante, puede decirse que es una persona «ontológicamente segura», apta para seguir un curso vital. La ausencia de esas características, si es muy acusada, señalaría una posición de «inseguridad ontológica primaria», tan reiteradamente descrita en todas las artes de nuestro siglo (Kafka, Beckett, Bacon, Bergmann...).

**Si hemos alcanzado una posición de seguridad ontológica primaria, las circunstancias de nuestro vivir no constituyen una amenaza perpetua contra la propia existencia. Si no la hemos alcanzado, vivimos en la continua inse-**

**guridad**, en la desesperanza angustiada de que cualquier relación, cualquier acto de los demás, nos traspase, nos rompa, nos **anonda**. Lo que para la mayoría de los sujetos son cosas normales, sin importancia, cotidianas, para este sujeto puede estar constituyendo sucesos sumamente significativos. Así, paulatinamente, ira constituyendo sus propios valores que, además, jerarquizará de forma diferente a la «persona normal». Valores diferentes y jerarquía diferente: estamos asistiendo a la creación de un mundo nuevo, en el que, por supuesto, vive nuestro futuro paciente. Esta persona, ontológicamente insegura, vivirá en su mundo bombardeado por la angustia, angustia en principio sumamente intensa y que es experimentada de alguna de las tres formas fundamentales descritas por LAING: «**ser tragado**», por lo que el amor del otro es tanto o más temido que su odio, porque todo amor se siente como una versión del odio (el recuerdo de SARTRE está claramente presente); **implosión**, o choque angustiante de la realidad y **petrificación y despersonalización**.

Este futuro psicótico vive ante el riesgo y en el riesgo. Y en el más desolados de los riesgos: si uno experimenta al otro como agente libre, le queda abierta la posibilidad de experimentarse a sí mismo como un objeto de la experiencia del otro. En definitiva, queda abierta la posibilidad de sentirnos drenados, vaciados de nuestra propia subjetividad. Es la experiencia analizada en profundidad por SARTRE en la tercera parte de «El ser y la nada».

Pero, a pesar de la inseguridad ontológica, la vida tiene que proseguir. La persona ontológicamente insegura debe seguir relacionándose consigo mismo y con el mundo. Entonces, una importante pregunta a la que hay que responder es: ¿qué tipo de relación establece la persona ontológicamente insegura consigo mismo? Cuando antes hablamos

«**doble apremio**» y de las relaciones «**en aislamiento**» hemos recordado las bases fenomenológicas de este tipo de relación. Según otro tipo de análisis atp, la persona «ontológicamente insegura» se siente a sí misma dividida y dividida casi siempre entre «el cuerpo» y «la mente». Y así siempre se identifica más estrechamente con su «mente». Esta división es una forma de enfrentarse con esa «inseguridad» básica. Así, poco a poco, el individuo puede llegar a identificarse a sí mismo con aquella parte de sí que considera «no-encarnada», no sujeta a un cuerpo.

He aquí las bases para el análisis de los modos de ser-en-el-mundo radicalmente diferentes del «yo encarnado» y el «yo no-encar-

nado». Del modo existencial concreto del yo no encarnado se derivan múltiples desarrollos posibles, pero los principales pueden culminar en un «grave desgarramiento del ser del individuo»... y conducir, por tanto, a la psicosis.

Si nos hemos detenido brevemente en estos aspectos de la fundamentación de la ATP que a todos nos «suenan» de la fenomenología existencial, es porque los consideramos sumamente explicativos de numerosas consecuencias teóricas y prácticas de los atp. Por ej.: no hay curación sin reducir esa inseguridad ontológica, proceso en el cual, el principal actor es el propio paciente y toda intervención demasiado dirigida, clara, incisiva, no puede sino agravar esa inseguridad ontológica. Por eso se propone la «**metanoia**», el «viaje personal» a la locura: al esquizofrénico hay que dejarle vivir su propia locura. Sólo si la vive hasta las heces podrá reconstruir una seguridad sobre la que ir montando nuevamente su experiencia vital. Esto en cuanto a unas consecuencias, las propiamente terapéuticas. (Además, los fármacos deben ser proscritos totalmente o administrados con sumo respeto para con esa situación. O tal vez, según LAING, convenga administrarle alucinógenos tipo LSD para hacer mucho más vital, más profunda su experiencia; para, en definitiva, acelerar la curación).

Por otro lado, es aquí donde debemos buscar gran parte de las reformas de la asistencia propuestas (y, en gran parte, practicadas con más o menos éxito) por los atp: lucha contra la institución autoritaria, comunidades terapéuticas, respeto máximo por el enfermo, eliminación de toda coacción, de todo dirigismo («Prohibido prohibir»), profundización comunitaria en cada caso y en los fundamentos doctrinales (a todos los niveles, incluso claramente políticos) de las teorías atp, etc. Es definitiva, en la segunda mitad del siglo XX, los atp han intentado llevar a la práctica de forma radical lo que para JASPERS era la esencia de la tarea psicoterápica: **hacer una llamada a la libertad del paciente**.

#### IV. NOTAS HISTORICAS

Con los presupuestos anteriores, la historia de la práctica atp y la evolución de sus más representativos exponentes es mucho más fácil de entender y de valorar adecuadamente, sin **ciegas adhesiones** motivadas por razones muy diferentes al deseo de incidir en prácticas atp (entre otras cosas porque eso, en España 1972 es casi imposible) y sin

**críticas cerradas**, o profundamente «sesudas» y «científicas», provenientes de gentes para las cuales la ciencia nada tiene que ver con la aplicación y desarrollo de nuevas experiencias, la ciencia nada tiene que ver con la acción. En este contexto de crítica y de ideología radicalizada, manifiestamente puesta al nivel de experiencias prácticas, pueden entenderse perfectamente y explicarse al menos las líneas maestras de tal marcha atp. **El origen: las reuniones periódicas** de varios psiquiatras londinenses, alguno de ellos formado en la fenomenología y todos más o menos en el psicoanálisis. Después la **profundización teórica** consecuen- te en los principales mecanismos «alienan- tes» en los principales ambientes que faci- litan o producen esa alienación específica que conocemos con el nombre de «enfermedad», «trastorno mental» o «locura»: 1.º **crítica de la familia** y de su papel patogenético; 2.º **crítica de la terapéutica psiquiátrica tradicional** y de las instituciones psiquiátricas; 3.º **crítica social** y proposiciones liberadoras para con los enfermos mentales.

Se desarrollarán también **experiencias ins- titucionales**: COOPER a partir de 1962, BA- SAGLIA y su equipo a partir de 1961, MAN- NONI dentro de «la institución del análisis», etc. El fracaso o la ruptura con la experiencia institucional de COOPER lleva a un grupo de atp americanos e ingleses a crear en Londres tres hogares o comunidades, patrocinados por la «Philadelphia Association», de los que el más conocido es el de Kingsley Hall. De las comunidades atp americanas, la más cono- cida llegará a ser la Daytop.

Vendrá luego la profundización psicoana- lítica conferida a la ATP por el **psicoanálisis de orientación lacaniana de M. MANNONI**... El aspecto crítico social llega a su momento cumbre con la celebración del «**Congreso internacional de dialéctica de la liberación**» del que antes hemos hablado y la posterior pu- blicación de un libro sobre el mismo («Counter Culture» o «La creación de otra sociedad»). Más tarde llegará el fracaso de Kingsley Hall y de las otras comunidades terapéuticas (hoy esas experiencias prosiguen en simples aparta- mentos). Y, últimamente, al tiempo que sus ideas y sus libros recorren el mundo y alcanzan «records» de ventas, la ATP parece estar en un «impasse». R. D. LAING parte para pasar un año en Ceylán estudiando el austero budismo zen y sus libros se editan y reeditan en varias lenguas. La atp adquiere un renom- bre semimítico y, como todo lo que en nues- tra sociedad llega a ese nivel, comienza a ser «divulgada», adaptada, citada, manoseada... todo, menos aplicada.

La ATP, ya sea de orientación psicoanalítico- lacaniana con M. MANNONI, fenomenológico- existencial con R. LAING, institucional y crí- tico-social con COOPER o «politiquiátrica» con BASAGLIA y su equipo, marca un indudable hito en la historia de la cultura occidental y, más en concreto, de la PQ. Marca un hito tal vez no por sus aportaciones intrínsecas (que las tiene y valorables) sino por ser ma- nifestación de una profunda crisis científica (en las «ciencias humanas» y «ciencias so- ciales») política (crítica institucional, antiautoritarismo) y, en general, social. Y marca un hito científico porque ha puesto de relieve la necesidad de una crítica epistemológica de los fundamentos de las ciencias de la socie- dad y del hombre y, más en concreto, de las ciencias psicológicas, psiquiátricas y mé- dicas. Tal crítica epistemológica ya había co- menzado a hacerse: PIAGET, LACAN, AL- THUSSER, FOUCAULT..., pero es indudable que los atp han contribuido a ella y a poner de relieve su necesidad. Al menos con su práctica.

#### V. APORTACIONES DE LA ATP

Por eso, si tuviéramos que hacer un rápido balance de lo conseguido hasta el momento por el movimiento atp, de lo que ha puesto en primer plano, señalaríamos al menos los si- guientes apartados:

##### a) Aportaciones críticas de la práctica psiquiátrica tradicional

1. **Crítica del aparato conceptual de la PQ**, por cuanto dificulta una verdadera apro- ximación al paciente, facilitando así la po- sición «de la incomprendibilidad e inac- sibilidad del psicótico». LAING, COOPER, MANNONI, GENTIS y, en general, todos los atp han desarrollado ampliamente esta crítica que, en el caso de LAING, viene complementada por un intento de elabo- ración de un nuevo método descriptivo aproximativo a las psicosis basado en la fenomenología existencial y el psicoaná- lisis. Este tipo de críticas, a través de las similitudes entre las relaciones inter- personales y la teoría del «doble apre- mio» ha puesto a los atp en estrecho con- tacto con la escuela americana de la co- municación.
2. **Crítica, por lo tanto, de la actitud del pq tradicional**, que antes hemos llamado mé- dico-botánica. Crítica, en este caso vio- lenta, incluso sangrienta, presentando tal actitud como el «resultado de una violen- cia escandalosa de unos seres humanos

contra otros seres humanos» (LAING), basada también en la falsa conciencia de la «incomprensibilidad» del paciente psicótico. «...Negamos al enfermo como irrecuperable y, por extensión, nuestro papel de simples carceleros, de responsables del orden público. Al negar al enfermo como irrecuperable, negamos también su connotación psiquiátrica. Al negar su connotación psiquiátrica, negamos su enfermedad como definición científica. Al negar su enfermedad, despsiquiatrizamos nuestro trabajo y lo iniciamos en un nuevo terreno, donde todo está aún por hacerse.» (BASAGLIA, respuestas a la entrevista de Nino Vascon, 1.)

3. **Crítica de los hospitales psiquiátricos**, considerados auténticas cárceles de segregación productoras de segregados.
4. **Crítica a la actitud (y a las teorías) que que consideran la delusión y el delirio psicóticos como meros productos de deshecho o subproductos de la actividad mental.** La delusión es una creación psicológica personal tan respetable como la conciencia de ser-en-el-mundo del más respetable de nuestros conciudadanos.

RECAMIER (en «La Nef», 16) por ejemplo, afirma que esta «pretendida innovación» ya había sido enunciada por FREUD. Tal afirmación no es sino un corolario de otra mucho más general que ha llegado a formular claramente C. KOUERNIK: **en la ATP, lo que es verdaderamente nuevo, es discutible; lo que es indiscutible, no es nuevo.**

Es cierto que uno de los principales descubrimientos psicoanalíticos fue precisamente que la delusión, el «delirio», constituían verdaderas creaciones mentales «auténticas «recreaciones del mundo» y que otros muchos psicoanalistas posteriores a Freud han profundizado por el mismo camino, a veces oponiéndose a las ideas del fundador del psicoanálisis: FERENCZI, FEDERN, KLEIN, ANNA FREUD, LACAN... Ahora bien: lo que es asimismo indudable es que en este aspecto, como en muchos otros, la renovación científica abierta por Freud, la problemática por él creada, no ha sido ni aceptada ni, mucho menos, desarrollada por la PQ oficial y mayoritaria. Hoy, a más de medio siglo de los principales hallazgos del fundador del psicoanálisis, nos encontramos con que, por ejemplo en España, las ideas y los métodos de la psicología profunda han entrado sólo marginalmente en la práctica psiquiátrica diaria (salvo, claro está, en los ambientes psico-

analíticos). Y esto es así porque, a nuestro entender, las aportaciones freudianas han seguido un proceso de rechazo-reducción-reinscripción que las ha vaciado de gran parte de su valor subversivo en la psicología, la PQ y la medicina tradicional. El estudio de ese proceso, hoy solamente iniciado, tendría necesariamente que partir de una investigación o aclaración de la **problemática científica de la que partió FREUD (la problemática freudiana)**, de una elucidación de la verdadera **problemática freudiana** y de una **relectura endoproblemática** de toda la obra de Freud y de sus principales discípulos. Es cierto que tal trabajo ha comenzado ya: algunas obras de MARCUSI (36, 37), de LACAN (32, 33), etc. intentan desbrozar el camino. Pero mientras ese estudio científico no se lleve a cabo, y mientras sus resultados no sean suficientemente conocidos y empleados, juzgamos que de poco vale recordar que ya FREUD hizo hincapié en tal o cual aspecto en el que hoy hacen hincapié los atp. Las estructuras psiquiátricas y la «ciencia» PQ «oficiales» se encargarán de semiahogar tales advertencias. También cuando S. FREUD expuso sus descubrimientos, una parte de sus colegas reaccionó de igual forma. Exactamente de igual forma («lo nuevo, no es correcto; lo correcto, no es nuevo»). Por eso la crítica atp, si no nueva en muchos de sus planteamientos, tiene un valor importante y sí es «nueva» en cuanto a que los atp han intentado que se llevara a cabo en la práctica, con experiencias, lo que se desprendía de sus doctrinas. Pero ya volveremos sobre esto más adelante.

5. **Crítica de la actitud psiquiátrica que considera el trastorno, la enfermedad pq como un proceso autónomo, independiente del pasado o del medio ambiente del sujeto**, como algo que «irrumpe» en su vida brusca e inopinadamente. Se nos podrá decir que también esto ha sido denunciado por los psicoanalistas desde hace tiempo, pero insistiremos en que la postura de denuncia violenta y realización de nuevas experiencias de los atp ha hecho más por este tipo de crítica en cinco años que las críticas psicoanalíticas en medio siglo, al menos dentro de las Instituciones psiquiátricas cerradas o «manicomios». Recordemos, por ejemplo, que aún gran parte de los psiquiatras siguen pensando en la esquizofrenia en términos de «brote», comienzo o irrupción brusca, inopinada, inesperada e inexplicable. Si no, basta con leer las hojas de ingreso, los informes y las historias de la inmensa mayoría de nuestras instituciones psiquiátricas.

6. Por último, otra aportación que queremos mencionar en este repaso rápido y parcial, y que en la ATP se desprende de todo lo anterior, es la crítica de la dicotomía sociedad/hospital psiquiátrico y, más aun, de la otra dicotomía, «tratamiento ambulatorio»/«tratamiento en institución cerrada».

... ..  
... ..  
...

**b) Aportaciones de la ATP para una crítica epistemológica de la PQ**

En este apartado nos veremos en la obligación de repetir algo en lo que ya hicimos hincapié en el anterior, porque las aportaciones para la crítica epistemológica, en el caso de la ATP, están proporcionadas mucho más por su práctica que por su teoría, generalmente o no suficientemente elaborada o ya esbozada con anterioridad. También el conjunto teórico-sintético y práctico de la ATP (el conjunto de aportaciones propias y ajenas diseminadas que los atp han arquitrabado en un edificio coherente que se presta a determinado tipo de prácticas) ha hecho más en este sentido crítico que diversas teorías atp consideradas aisladamente.

Intentaremos hacer una rápida revisión de esa serie de aportaciones críticas:

1. **Crítica de los criterios nosotáxicos de la PQ** y, entre otros, del criterio de la «incomprensibilidad de los fenómenos psicóticos, de suma importancia para la diferenciación psicosis-neurosis. (Es sobre este tema sobre el que estamos desarrollando junto con la doctora Marcos y el licenciado E. de la Lama una serie de trabajos cuya primera comunicación escrita ha sido el artículo antes citado «Notas sobre la nosotaxia psiquiátrica...»). A cambio de la abolición de tal criterio, LAING proponía, por ejemplo, la fundación de una «auténtica» ciencia de las personas.
2. **Crítica del dualismo «científico-social» en el que siguen basadas gran parte de las llamadas ciencias sociales y ciencias del hombre:** mente-cuerpo, psique-soma, psicológico-físico, psicológico-social, etc.
3. **Crítica de la PQ como totalidad, considerándola carente de auténticos fundamentos científicos** por cuanto la operación básica para toda actividad psiquiá-

trica (la separación «normal»/«patológico») sigue estando hoy tan poco definida como hace cien años y se presta a todo tipo de abusos, deformaciones y utilidades represivas precisamente por la base no científica, «ideológica» podríamos decir, con que realizamos tal operación.

4. Porque para muchos de los atp, **lo que está en juego**, como queda claro por ejemplo con la anterior cita de Basaglia, **es ni más ni menos el valor y la función social de la PQ**, los psiquiatras y las instituciones psiquiátricas. Para muchos de los atp, la PQ cumple principalmente un papel represor y segregador en nuestra sociedad, «al servicio del orden establecido».

5. Una aportación crítico-epistemológica es consecuencia de la que señalábamos en el apartado anterior al hablar de la consideración de la delusión como una producción personal, como una peculiar forma de ser-en-el-mundo (a.4). Como decíamos, al hacer hincapié en este aspecto, ya señalado por el psicoanálisis desde su misma fundación, lo que se pone de relieve es **la marginación que la problemática freudiana ha sufrido por parte de la PQ tradicional** y la necesidad, aún insatisfecha, de someter tal «pretensión de ciencia» (la PQ) a la crítica fundamental aportada ya por la inauguración misma de la problemática freudiana, desde entonces en continuo proceso de deformación, reinscripción, olvido o profundización por las diversas escuelas y movimientos psicoanalíticos y psiquiátricos posteriores a la fundación del psicoanálisis (cuya crítica epistemológica asimismo resta por hacer).

... ..  
... ..  
...

**c) Principales aportaciones teóricas y teórico-prácticas de la ATP:**

Podríamos englobarlas en varios grupos, haciendo mención previamente de que tal vez, como dice RECAMIÉ (16), no son ni numerosas, ni demasiado profundas o sistematizadas:

1. En cuanto a los conceptos y métodos de aproximación a la esquizofrenia. En este campo, el papel fundamental le corresponde a la fenomenología.

2. En cuanto a las explicaciones de la patogenia de la esquizofrenia en su aspecto psicogenético y sociogenético. En este campo, una aportación de suma importancia de la ATP es el interés concedido y los nuevos enfoques buscados para los estudios de las relaciones familiares e institucionales. Es cierto, también aquí, que ya antes de los atp había estudios (por ej., son muy interesantes los publicados por la OMS (BOWLBY, 20; «Cuadernos de Salud Pública, n.º 14, etc.), descripciones, y profundizaciones serias sobre tales temas. Pero pocas veces tan radicales como los estudios y propuestas de los atp.
3. Aportaciones relacionadas con la terapéutica y, dentro de ellas, ante todo, las aportaciones sobre la asistencia en general y el funcionamiento de las instituciones para enfermos mentales en particular. Desde luego, en el aspecto de experiencias institucionales pq, seguramente los atp se llevan la palma en cuanto a haber intentado llevar a la práctica gran parte de sus asertos teóricos. Y con esto, los atp no han hecho sino seguir (en un terreno particularmente difícil, eso sí), la indicación originaria de LAING: «**No tenemos tanta necesidad de teorías como de experiencias. La experiencia es la madre de toda teoría.**»
4. Aportaciones sobre las relaciones entre psiquiatría-psiquiatras instituciones: pq y sociedad.
5. En general, y esto tiene relación con las aportaciones señaladas anteriormente, los principales datos atp son los encaminados a hacer hincapié en la dimensión social de la «locura» y sus consecuencias, para la experiencia práctica y desde la experiencia práctica.

d) Por lo tanto, un grupo de aportaciones que demos señalar aunque no sea éste el lugar ni el momento de profundizar en ellas, serán las **aportaciones crítico-sociales** que en algún caso han pasado a ocupar un lugar preeminente dentro del conjunto dinámico y cambiante de la ATP (experiencia de BASAGLIA y su equipo en Gorizia), el informe sobre tal experiencia («La institución negada», 1), el Congreso de Londres de 1967, el

texto sobre la «Counter Culture», numerosos criterios diseminados por todas las obras de los atp, etc.

## VI. PANORAMA CRITICO DE LA ATP

No corresponde a la intención con que comenzamos este escrito el hacer una crítica de las posiciones atp, crítica que, por otra parte, es bastante conocida (al menos la crítica desde la «nueva PQ», ya que en la crítica de la PQ tradicional habría muy poco que salvar).

Ahora bien: nos vemos obligados a esbozar un esquema de las posiciones con respecto a la ATP de esta otra «PQ que también intenta cambiar al menos algo» de la compleja y caduca «superestructura psiquiátrica» de nuestros días. Tales posiciones críticas pueden agruparse en dos apartados:

### 1. Críticas por la no-novedad de las posiciones atp

Ya antes hemos escrito unas líneas a propósito de este tipo de críticas sistematizadas y fundamentadas, por ej. por RECAMIÉR (16, 52).

Es cierto que gran parte de los asertos propios de la ATP, incluso los que más nueven a escándalo, ya habían sido afirmados, teorizados o experimentados por otros pq. Lo propio de los atp, por tanto, sería casi sólo el estilo «escandalizador», «épatante».

Ahora bien: como hemos afirmado, a nuestro entender, esta crítica es cierta, sí, pero solo parcialmente. En ciencia, como en filosofía, como en la vida cotidiana, no basta con decir las cosas, no basta con enunciarlas. Hay que decir las cosas, profundizarlas y aplicarlas de forma que sean eficaces. La ciencia, como diría PIAGET (46) también es acción. También a la actividad científica hemos de aplicarle un criterio de eficacia. No se hacen afirmaciones científicas por un deber deontológico, sino para lograr cambios concretos mediante tales afirmaciones. Y, puestos aquí, bien podemos convenir que la ATP, sea por el tipo especial de síntesis teoría-práctica que ha logrado, sea por el lenguaje y la actividad con la que se expresa, ha hecho más por la sensibilización general (incluidos los propios pq) ante los problemas psiquiátricos que años de profundas y sesudas críticas «científicas».

### 2. Críticas en cuanto a la parcialidad del enfoque atp:

En esquema, estas críticas de «parcialidad» se referirán a:

- Parcialidad al enfocar la psicopatología desde el punto de vista social casi exclusivamente.
- Parcialidad al intentar generalizar a todas las psicosis, a toda la PQ y a a todos los trastornos mentales sus conclusiones, extraídas casi totalmente de un sólo tipo de pacientes, cuyo síndrome psiquiátrico, por añadidura, está aún muy poco definido: los esquizofrénicos.
- Parcialidad en su rechazo prácticamente «en bloque» del arsenal psicofarmacoterápico contemporáneo, si bien en principio la actitud de los atp más conocidos no era de negación total sino de restricciones amplias a su utilización, en su oposición a la substitución que tan frecuentemente se hace en las Instituciones Psiquiátricas: antes, «camisas de fuerza», cadenas, encierros, etc.; hoy, la «camisola quimica».
- Parcialidad en su concepción de la «locura». En resumen, ver en un esquizofrénico un genio es algo tan parcial (e ideológico) como ver en dichos pacientes seres que necesitan ser separados de la sociedad.
- Parcialidad en el enfoque del proceso del enfermar: es cierto que el trastorno mental está sumamente ligado e influenciado por la situación familiar y social. Pero de aquí a postular una causalidad lineal, como a veces casi llegan a postular determinados atp, hay un salto inadmisibile desde el punto de vista científico. La mente es un conjunto de sistemas en funcionamiento continuo: no hay ningún in-put que se traduzca en un out-put homólogo y absolutamente predeterminado. A mitad de camino de este circuito, nos encontramos con la dialéctica totalizadora del «motivator» y el «operator». En la génesis de una esquizofrenia, los factores sociales y familiares juegan un papel fundamental en la mayoría de los casos. Ahora bien: esos factores aportan influencias, vectores, a una totalidad dinámica estructurada a diferentes niveles y, sobre todo, en momentos más tempranos de la génesis personal. El «resultado» llamado esquizofrenia, es un resultado complejo, de causalidad múltiple y compleja y, por tanto, sobredeterminado. Consecuentemente, podría decirse con palabras de los críticos, «en todo este proceso el sujeto no es tan solo una víctima: es también un agente, un realizador de su propia alienación».
- Parcialidad en su enfoque de las funciones, sistemas y subsistemas mentales: a fuerza de hablar de existencia, conducta, comportamiento, experiencia... muchas veces los atp parecen olvidar un dato irreductible: el **inconsciente**. Como consecuencia, sus explicaciones existenciales (y tal vez también por ser tales), se mueven a un nivel demasiado selectivo, demasiado «concientes», o como diría PINHELOS (43), su concepción de la personalidad es demasiado «ratiocéntrica» perdiéndose en el camino muchos datos propios del enfoque «ti-mocéntrico» de la personalidad. En este sentido, la AIP sería claramente «ideológica», pues vuelve a planteamientos anteriores a la problemática inaugurada por FREUD, cuyo principal elemento, sin duda, es el inconsciente y la vida pulsional con él relacionada. Esta es una de las razones de la reserva o la crítica de numerosos psicoanalistas, incluso de la Escuela de París (que apoya las posturas de los atp aunque no comparte sus teorías).
- Parcialidad en su aparente olvido del papel que el sufrimiento, el dolor, juega en el trastorno o enfermedad mental, precisamente por ser «enfermedad». Un sujeto en plena delusión tal vez se queje de «ser perseguido, hostigado, acosado... Pero su miedo más profundo es muy distinto, prácticamente inverso: verse solo.» (RECAMIER, 16, 51.) Dolor y soledad son dos elementos inseparables en nuestra época de la enfermedad mental, inseparables asimismo de lo que llamamos «enfermedades mentales».
- La analogía de la delusión con un viaje se inscribe dentro de una sólida línea conceptual. Ahora bien: no hay que confundir una analogía y una similitud. Tal vez sea este uno de los flancos de la fundamentación para la teoría terapéutica de la «**metanoia**». Además, se olvida el aspecto conflictivo de la psicosis. La delusión psicótica «es a la vez verdad y no verdad, razón y sinrazón», como diría RECAMIER. En nuestro estudio científico no podemos simplificar arbitrariamente ninguno de los dos términos del con-

8. Gollmann, E. 1968: *Asales*. Ed. de Minuit, París.
9. Laing, R. D. 1960: *El yo dividido*. F.C.E. México, 1964.
10. Laing, R. D. 1967: *La politique de l'expérience*. Stok. Paris, 1970.
11. Laing, R. D. 1971: *Noeuds*. Stok. Paris, 1971.
12. Laing, R. D. 1971: *Soi et les autres*. Gallimard, Paris, 1971.
13. Laing, R. D. y Esterson, A. 1967: *Sanity, madness and the family*. Tavistock, Londres, 1967 (trad. Ir. Maspero, 1971).
14. Nel, La. 1971. Número 42: *L'antipsychiatrie*.
15. Mannoni, M. 1970: *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*. Seuil, Paris.
16. Recamier, P. C. 1971. «La psychiatrie nouvelle face nouvelles illusions» en *La nef*, 42 (55-92).
17. Adorno, T. W. 1967: *La ideología como lenguaje*. Tartus, Madrid, 1971.
18. Althusser, L. 1964: *Freud y Lacan*. Anagrama, Barna, 1971.
19. Bellak, L. 1958: *Esquizofrenia*. Herder, Barna, 1962.
20. Bowlby, J. 1954: *Soins maternels et santé mentale*. OMS, Ginebra, 1954.
21. Bunge, M. 1969: *La investigación científica*. Ariel, Barna, 1969.
22. Caruso, I. A. 1962: *Psicoanálisis para la persona*. Seix Barral, 1965, Barna.
23. Castilla, C. 1954-68: *Vieja y nueva psiquiatría*. Seminarios y Ed. Madrid, 1971.
24. Conrad, K. 1962: *La esquizofrenia incipiente*. Ed. Alhambra. Madrid-México, 1963.
25. Foucault, M. 1963: *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. Madrid, 1969.
26. Foucault, M. 1966: *Maladie mentale et psychologie*. P.U.F. Paris, 1966.
27. Freeman, Th. 1969. *Psychopathology of the psychoses*. Tavistock. London, 1969 (ed. esp. Toray, 1972).
28. Freud, S.: *Obras completas*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967-68.
29. Gantheret, F. 1969: Artículos en *La institución del análisis*. Anagrama, 1971.
30. Karsz, S. y otros. 1970: *Lectura de Althusser*. Galerna. Buenos Aires, 1970.
31. Klein, M. 1963: *Our adult world*. Heinemann, London, 1963.
32. Lacan, J. 1970: *El objeto del psicoanálisis*. Anagrama. Barna, 1971.
33. Lacan, J.: *Ecrits*. Seuil, Paris (I, 1966; II, 1970).
34. Laplanche, J. y Pontalis, J. B. 1968: *Diccionario de psicoanálisis*. Labor. Barcelona, 1971.
35. Lopez Ibor, J. J. 1954: *La agonía del psicoanálisis*. Espasa-Calpe, Madrid, 1961.
36. Marcuse, H. 1953: *Eros y civilización*. Seix Barral, Barna, 1968.
37. Marcuse, H. 1964: *El hombre unidimensional*. Joaquín Mortiz, México, 1968.
38. Monod, J. 1970: *H. azar y la necesidad*. Barral, Barna, 1971.
39. Mariné-Santos, E.: *Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*. Seix Barral, Barcelona, 1964.
39. Nacht, S. y Recamier, P. C. «La théorie psychanalytique du délire», *Revue française de psychanalyse*, p. 3, 417-532 (1958).
40. Nagel, E.: *La estructura de la ciencia*. Paidós, Buenos Aires, 1968.
41. O.M.S. 1963: *Privación de cuidados maternos*. Ginebra, 1963 (Cuadernos de la salud pública, num. 14).
42. O.M.S. 1964: *Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría*. Estor y Im. & C. C. Standley. (Cuadernos de salud pública, número 16). Ginebra, 1964.
43. O.M.S. 1966: *La salud mental y la familia en Europa*. Cuadernos de salud pública, num. 73. Ginebra, 1966.
44. Palmier, J.-M. 1971: *Lacan*. Ed. Universitaires, París, 1971.
45. Piaget, J. 1967: *Biología y conocimiento*. Siglo XXI. Madrid, 1969.
46. Piaget, J. 1970: *Psicología de la inteligencia*. Ed. Psique. Buenos Aires, 1970.
47. Piaget, J. 1970: *Psicología y epistemología*. Ed. Ariel. Barna, 1971.
48. Pinillos, J. L. 1967: «Los fundamentos cognitivos de la personalidad». En *Psicología de la inteligencia*, actas y trabajos del II Congreso nacional de Psicología, Madrid, 1967.
49. Sartre, J. P.: *El ser y la nada*. Ed. Iberoamericanas. Buenos Aires, 1949.
50. Sartre, J. P. 1965: *Bosquejo de una teoría de las emociones*, Alianza, Madrid, 1971.
51. Recamier, P. C. & Levovici, S. & Diatrine & Paumelle. 1970: *Le psychanalyste sans divan*. Payot, Paris, 1970.
52. Recamier, P. C. 1970: «Le soin institutionnel des psychotiques», en *L'Information psychiatrique*, oct., 1970.

