

EL DISCURSO ANTIPSIQUIÁTRICO

FENOMENOLOGÍA — PSIQUIATRÍA — CONTRACULTURA *

J. L. Tizón

ALREDEDOR DEL TEMA Y LOS TÉRMINOS «ANTIPSIQUIÁTRICOS» ** se están llenando actualmente páginas y páginas en todos los países culturalmente «avanzados». La ATP 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.

Sin embargo, 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 en que, además, la ATP 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 rizar nuevamente el rizo de nuestra situación real. Y nosotros corremos el riesgo de perdernos en estériles divagaciones en perpetua huida de la frustración

* El presente artículo es el resumen extractado de otro que, bajo el título «Una panorámica del discurso antipsiquiátrico (R. Laing: de la fenomenología a la antipsiquiatría)», aparecerá en *Informaciones psiquiátricas*, núm. 53.

** A lo largo del texto utilizaremos las siguientes siglas: PQ, psiquiatría; ATP, antipsiquiatría; NPQ, neopsiquiatría, nueva psiquiatría; pq, atp, npq: adjetivos y sustantivos derivados.

producida por el 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 atp 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 PQ contemporánea son lo suficientemente complejos como para que meditáramos seriamente sus consecuencias antes de perder el tiempo en inútiles comentarios de «diletantes» 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 atp 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 hospitales, sanatorios o clínicas mentales, nosocomios, manicomios, instituciones "frenopáticas", 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 «hispano-logorrea» 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 preveer? ¿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. FENOMENOLOGÍA Y ATP

Como LAING (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 sus obras las influencias concretas de las diversas filosofías existenciales: KIERKEGAARD, JASPERS, HEIDEGGER, SARTRE, BISWANGER, TILlich... (Tal vez la más llamativa o la que más resalte a primera vista sea en concreto la de SARTRE).

Ahora bien: este análisis existencial de la «locura», en la ATP lo será primordialmente de una «forma de locura» concreta: la esquizofrenia, los síndromes esquizofrénicos, es decir, una de las formas de «enfermar mentalmente» que solemos catalogar dentro del amplio grupo de las «psicosis».

LAING y los demás atp, recogiendo en esto ideas de gran parte de la PQ tradicional, parten de la observación de que 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. LAING y los demás atp de orientación fenomenológica se aplicarán a caracterizar la naturaleza de esa experiencia de ruptura.

¿Por qué este empeño? Porque tradicionalmente, *la apreciación que la PQ tenía de estas enfermedades, de estos trastornos, se basaba en su «incomprensibilidad»*. Este era incluso un criterio diagnóstico fundamental para encuadrar al paciente dentro de la *categoría de las psicosis*. El psiquiatra visitaba al paciente y, si juzgaba «incomprensibles» sus manifestaciones, automáticamente podría catalogarlo como «esquizofrénico» siempre que no aparecieran bases físicas, somáticas, para tales vivencias «incomprensibles». Y, en realidad, así sucedía numerosas veces (y sucede): 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. Por eso el punto de partida de LAING será un intento de *describir* el «modo existencial esquizofrénico» como una vía para *comenzar a comprender ese modo existencial concreto*.

Ahora bien ¿Cómo explicar esa brecha de la que antes hablábamos? Los atp han enfocado la génesis de esa experiencia de ruptura desde muy diversos ángulos, alguno de los cuales vamos a intentar esquematizar aquí.

Uno de tales enfoques, que pone a los atp directamente en relación con la *escuela americana de la comunicación* (BATESON y cols.), podríamos enunciarlo como sigue:

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 confirmado por el de la otra persona (siempre en el supuesto de que no estemos mintiendo conscientemente). Por eso en el reconocimiento mutuo de dos personas «cuerdas» hay los siguientes elementos 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, esperaremos que el otro 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 tú 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»). 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 PQ tradicional postula la «incomprensibilidad» de las psicosis.

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

Apliquemos superficialmente al menos este género de análisis: si alguien nos dice que es «un hombre irreal», o está engañado, o nos está engañando 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 engaño, ilusión). Pero, a nivel fenomenológico-existencial, ¿qué significa este engaño? Supongamos que nos dice que hace años que está «intentando ser una persona real», pero que ya ha fracasado y se considera vencido, y por lo tanto, irreal, anonadado. En este punto podemos parar nuestra conversación y diagnosticar: «esquizofrenia» («13» en la clasificación del PANAP, «02» en la del INSERM) o bien «delirio agudo» (04.0), o bien «delusión crónica» (03). Pero tam-

bién podríamos profundizar aún más nuestra relación con este hombre. Así, tal vez encontraríamos que, por complejos motivos, toda su vida ha estado desgarrada entre el deseo de mostrarse tal cual es y el temor a hacerlo (y todos hemos compartido con él ese problema, incluso conscientemente en la infancia y en la adolescencia). Así, por ejemplo, puede que esas personas que consideramos «esquizoides» por su aislamiento del mundo, de los demás, en realidad se sientan más vulnerables, más expuestos que nosotros mismos y también más aislados. Y, ya esquizofrénicas, tal vez esas personas pudieran creer ser de vidrio, como el popular personaje cervantino, pues es tal su transparencia y fragilidad que cualquier acción de los otros los traspasa y puede convertirlos en pedazos. He ahí serias razones para que ese «hombre irreal» 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. Si ese hombre deja de simular lo que no es, puede llegar a convertirse en «realmente nada. Nada realmente» (un «hombre irreal»)... o pasar a ser «la persona que ha llegado a ser»: Cristo, un fantasma, Napoleón... Y es ahora, precisamente ahora, cuando esta persona vive una posición existencial: y no olvidemos que lo que es «existencialmente» verdadero es vivido como «realmente» verdadero.

Cooper (2) suele presentar los momentos previos a esta grave 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 ésta es una situación sumamente común en cualquier núcleo familiar del siglo XX, mucho más común incluso de lo que solemos 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 (verbales o no verbales, para-verbales). 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 «efec-

tor» hacia el «mundo externo»; pero, lo que es más grave, a nivel de motivaciones, el «motivator» se encontrará bloqueado en un conflicto de difícil solución para descargar la energía acumulada en otras operaciones o en su propia dinámica interna.

Por tanto, el problema, según Cooper, no está precisamente en el paciente, sino en la *red de interacciones personales* (sobre todo familiares) de la que hemos abstraído a dicho 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 preestablecida, su célula básica, su primera defensa.* Hemos aquí ante la espiral crítica, cada vez más radical y totalizadora, de la ATP. (Y en este contexto es fácil entender algo que sin tales bases conceptuales puede parecer un «acto folklórico-político totalmente acientífico»: el «CONGRESO INTERNACIONAL DE LA DIALÉCTICA DE LA LIBERACIÓN», organizado en Londres por Berke, Cooper, Laing y 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 todo sujeto independiente, en especial al esquizofrénico, de toda posibilidad de expresión.

A nivel médico, ésa 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 este nivel estrictamente médico, a la crítica y a 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 podernos 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 enfer-

mos, sino 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 las 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». «Comenzamos por los niños, porque hay que hacer las cosas 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 parecidos a nosotros, 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 su 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 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.»

Etc., etc., etc.

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. Así, podemos considerar a qué resultados puede llevar todo el entramado mental del que antes hemos hablado y en el que para los atp también juegan un importante papel las relaciones con los padres, con la sexualidad, las de los padres entre sí, los traumas psíquicos, etc. (es decir: los mecanismos psicoanalíticos básicos para la enfermedad mental, si bien los atp no hacen tanto hincapié en el inconsciente, e incluso a veces sus enfoques son excesivamente «raciocéntricos»).

Para Laing (9, 1960), ese complejo entramado mental y mento-patológico puede llevar a dos posiciones existenciales básicas: la que llama de «*seguridad ontológica primaria*» y la de «*inseguridad ontológica primaria*». El hombre que tiene sentido de su existencia en el mundo como un todo real vivo, como una *persona continua* al corte longitudinal y transversal, 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, Antonioni, 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 inseguridad* y valoraremos de forma diferente todo lo que ocurre a nuestro alrededor. Así, la *persona* ontológicamente insegura, irá 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. Y vive en él *en y ante* el más desolador de los riesgos: puede llegar a sentirse a sí mismo *como un objeto* de la experiencia del otro, puede sentirse drenado, vaciado de su propia subjetividad. Es la experiencia analizada en profundidad por Sartre en la tercera parte de *El ser y la nada*.⁴⁹

* * *

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 ejemplo: 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. Según los atp, 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, espectacular y profunda su experiencia; para, en definitiva, acelerar la curación.)

Por otro lado es aquí donde debemos buscar el fundamento de gran parte de las reformas de asistencia propuestas (y, la mayoría, 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, sin miedo al nivel claramente político) de las teorías atp, etc., etc., etc. En 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*.

Ahora bien: *¿cómo llegar al paciente si ya los conceptos y términos pq (y precisamente ellos) lo marginan y diferencian radicalmente 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 fin último ser etiquetas que acompañarán al paciente hasta la tumba? * Para Laing (y pensemos*

* En un trabajo 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 acientíficos

que estamos hablando de 1960 y todavía no existía el auge de la epistemología que hoy existe), será conveniente comenzar a revisar algunos términos pq. Como ha dicho Wittgenstein, *el pensamiento es lenguaje*. Un *vocabulario técnico*, afirma Laing, *no es sino un lenguaje dentro del lenguaje*. El vocabulario técnico propio de la PQ, cuyos fundamentos habría que buscarlos en la medicina ochocentista —idealista-mecanicista— se refiere al hombre aislado de los demás, del mundo, al hombre que no está *esencialmente* en relación con su entorno o bien a aspectos parciales «substancializados» de relaciones aisladas. Es ésta una situación que hay que romper. Lo que para nosotros subraya la necesidad de una epistemología de la PQ y de la medicina general, para Laing puede empezarse a solucionar en la PQ clínica, gracias al pensamiento existencial, tal como hemos expuesto anteriormente.**

Según todo lo anterior, está claro que la conducta de los pacientes puede verse de dos formas totalmente opuestas, pero



(«Notas sobre nosotaxia psiquiátrica, a partir de los síndromes esquizofrénicos crónicos», *Informaciones psiquiátricas*, núm. 51, mayo 1972).

** Indudablemente, no estamos demasiado de acuerdo con la idea de que la construcción de una nueva técnica pq 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 una totalidad que quiera ser auténticamente «científica». Ahora bien: no es éste el momento ni el lugar adecuado para nuestra crítica ni la explicación de nuestra postura.

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 entender su conducta como expresión de una existencia propia, individual e irreductible... Indudablemente, las consecuencias serían muy diferentes en uno y otro caso. El pq clínico, que desea ser lo más «científico» y «objetivo» posible, suele adoptar ante esta situación una postura ya clásica: limitarse a «lo objetivamente observable». Para los atp, esto es sencillamente imposible. Es caer en el «dogma de la imaculada 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, según el ejemplo de Merleau-Ponty, es ver con neutralidad el interpretar una sonrisa como la contracción de determinados músculos faciales. 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 solo 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 al 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: «Nadie tiene una "esquizofrenia" como se tiene un catarro». *Tales pacientes no «tienen» una esquizofrenia: son esquizofrénicos.* Al no tener muy en cuenta esto —consciente e inconscientemente—, el vocabulario pq puede convertirse (y de hecho se convierte) en un vocabulario marginador, en un verdadero «vocabulario de denigración» (Basaglia¹ y Cooper² también tienen importantes páginas sobre este tema).

Además, como ya ha sido demostrado repetidas veces, *la descripción de la conducta propia del paciente (e incluso su misma conducta) es función de la conducta del pq.* De esta forma, el paciente pq típico, «de libro», representativo (el que

se usa, por otra parte, para trazar los esquemas diagnósticos clásicos), es una función del pq representativo y del hospital mental representativo. El pq que podríamos llamar «clásico», sin embargo, en el mejor de los casos, se dedicará a buscar «señales» de enfermedad y siempre partiendo de la base de la «incomprensibilidad». No es de extrañar, pues, que nunca pueda llegar a comprender a un solo psicótico (máxime, si tenemos en cuenta la media de tiempo dedicada, por ejemplo, por los médicos de hospital pq a sus pacientes en España: ¿dos horas en una estancia de un mes?... ¿tres, cinco, diez a lo sumo?). Así es difícil comprender la complejidad de la semántica y la significación vital del ser-en-el-mundo-esquizofrénico.

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 psicoanálisis mantenía posturas similares, pero... ¿dónde quedaron esas aportaciones freudianas? 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 consecuencias médicas de la problemática abierta por Freud y, en otros, la reinscripción ha sido tal, como demuestra Marcuse,^{36, 37} que volvemos a movernos en la problemática prefreudiana, como si nunca se hubiera dado el intento de «ruptura epistemológica» inaugurado por el psiquiatra de Viena. Frieda Fromm-Reichman escribía en 1952:⁵ «...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 éste y otros escritos similares, gran parte de la PQ institucional sigue basando su psicopatología en la «incomprensibilidad» o «inaccesibilidad» de las psicosis.

Utilizando parte de los datos que hemos expuesto hasta el momento es como Laing intentará introducir en la PQ (como otros muchos autores) 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 y otros muchos atp 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 para nosotros está claro que, partiendo de una crítica epistemológica, no es éste el camino a recorrer para construir una nueva PQ. Por tanto, lo que debemos hacer es...», etc. Tal podría ser un razonamiento «teóricamente justo». Ahora bien: justo, correcto, cierto... pero sólo parcialmente. La PQ hoy día no incluye tan sólo ideas: incluye, *ante todo*, instituciones y reglamentación social. Y tal superestructura —ideología, instituciones, reglamentaciones...— resulta sumamente característica 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 sólo a nivel teórico), dadas las numerosas barreras estructurales que hoy frenan todo cambio en nuestra práctica pq. Y tal vez sea ése precisamente el mérito —querido directamente 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», NPO), ha logrado más por el replantamiento de la PQ contemporánea a todos los niveles —científico, ideológico, institucional, etc.—, que medio siglo de sesudas críticas. Y es un

aspecto que no debemos perder de vista cuando realicemos esas críticas, por lo demás a veces teóricamente correctas, al movimiento atp. Pero más adelante volveremos sobre ello.

II. NOTAS HISTÓRICAS

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 ideológica 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* consecuente en los principales mecanismos «alienantes» y en los principales ambientes que facilitan 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 institucionales*: Cooper, a partir de 1962; Basaglia y su equipo, a partir de 1961; Mannoni, 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 será el de

Kingsley Hall. De las comunidades atp americanas, la más conocida llegará a ser la de Daytop.

Vendrá luego la profundización psicoanalítica 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 publicación de un libro sobre el mismo («*Counter Culture*» o *La creación de otra sociedad*). Más tarde llegará el cierre de Kingsley Hall y de otras comunidades terapéuticas (hoy esas experiencias prosiguen en simples apartamentos). 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. 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 renombre semimítico y, como todo lo que en nuestra 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 crítico-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 manifestación de una profunda crisis científica (en las «ciencias humanas» y «ciencias sociales»), 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 sociedad y del hombre y, más en concreto, de las ciencias psicológicas, psiquiátricas y médicas. Tal crítica epistemológica ya había comenzado a hacerse: Piaget, Lacan, Althusser, Foucault..., pero es indudable que los atp han contribuido a ella y a poner de relieve su necesidad. Al menos, con su práctica.

III. APORTACIONES DE LA ATP

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

a. *Aportaciones críticas de la práctica psiquiátrica tradicional.*

1. *Crítica del aparato conceptual de la PQ*, por cuanto dificulta una verdadera aproximación al paciente, facilitando así la posición «de la incomprensibilidad e inaccesibilidad 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 elaboración de un nuevo método descriptivo-aproximativo a las psicosis, basado en la fenomenología existencial y el psicoanálisis. Este tipo de críticas, a través de las similitudes entre las relaciones interpersonales y la teoría del «doble apremio» ha puesto a los atp en estrecho contacto con la escuela americana de la comunicación.

2. *Crítica, por lo tanto, de la actitud del pq tradicional*, que en otra ocasión hemos llamado médico-botánica. Crítica en este caso violenta, incluso sangrienta, presentando tal actitud como el «resultado de una violencia 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 Vascon¹).

3. *Crítica de los hospitales psiquiátricos*, considerados auténticas cárceles segregacionistas, auténticas máquinas de segregación productoras de segregados.
4. *Crítica a la actitud (y a las teorías) 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. Koupernik: *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 ambiente psicoanalíticos). Y esto es así porque, a nuestro entender, las aportaciones freudianas han sufrido 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 prefreudiana), 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 Marcuse,^{36, 37} de Lacan,^{32, 32}, 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 pq 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 aún, 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. * A cambio de la abolición 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

* 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 citados *Notas sobre la nosotaxia psiquiátrica...*.

ciencias del hombre: mente-cuerpo, psique-soma, psicológico-físico, psicológico-social, etc., etc., etc.

3. *Crítica de la PQ como totalidad, considerándola carente de auténticos fundamentos científicos* por cuanto la operación básica para toda actividad psiquiátrica (la separación «normal»/«patológico») sigue estando hoy tan poco definida como hace cien años y se presta a todo tipo de abusos, deformaciones y utilizaciones 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 Recamier,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 ejemplo, son muy interesantes los publicados por la OMS —Bowlby,²⁰ *Cuadernos de Salud Pública*, núm. 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 debemos 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., etc., etc.).

IV. PANORAMA CRÍTICO 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 esa 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 ejemplo, por Recamier.^{16, 52.}

Es cierto que gran parte de los asertos propios de la ATP, incluso los que más mueven 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 ya hemos dicho, a nuestro entender, esta crítica es cierta, sí, pero sólo parcialmente. En ciencia, como en filosofía, o 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 todos los trastornos mentales sus conclusiones, extraídas casi totalmente de un solo tipo de pacientes, cuyo síndrome pq, 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 sustitución que tan frecuentemente se hace en las instituciones psiquiátricas: antes, «camisas de fuerza», cadenas, encierros, etc.; hoy, la «camisola química».

- Parcialidad en su concepción de la «locura». En resumen, ver en los esquizofrénicos genios 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 muy 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 sólo 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 intelectual, demasiado «consciente» o, como diría Pini-

llos,⁴⁸ su concepción de la personalidad es demasiado "raciocéntrica", perdiéndose en el camino muchos datos propios del enfoque «timocéntrico» de la personalidad. En este sentido, la ATP 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, 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 éste 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 sin razón», como diría Recamier. En nuestro estudio científico no podemos simplificar arbitrariamente ninguno de los dos términos del conflicto. La difícil tarea del pq de la segunda mitad del siglo xx (en el supuesto de que debiera existir, ya que es un hecho que existimos) no es reducir, simplificar, parcializar, la enfermedad mental y sus relaciones con el dolor, la angustia y la sociedad, sino intentar asumir esas contra-

dicciones para convertirlas precisamente en el motor de su actividad humana y profesional. Y nos damos cuenta de que ésta es una idea que, dicha o escrita, parece relativamente sencilla; pero muchos «atp», «neopsiquiatras», o incluso algún «psiquiatra», podría predecirnos fácilmente cuáles son sus consecuencias al intentar llevar tal idea a la práctica en el seno de la actual superestructura psiquiátrica.

- Por último: en su vertiente institucional, más de una vez los atp descuidan su labor estrictamente médica (psicoterapéutica o del orden que se quiera) en beneficio de una labor que podríamos englobar bajo el epígrafe de «labor asistencial». Si bien en este último aspecto las aportaciones y experiencias atp son sumamente interesantes, en el otro, como ya hemos visto, el enfoque es parcial y tiene numerosas lagunas y aspectos a desarrollar (salvo si se parte de posturas similares a las de Basaglia: la negación de nuestro papel de médicos, en cuyo caso hay que volver a empezar a definirlo).

* * *

Como colofón de este rápido repaso de las críticas que suelen hacerse desde la NPQ a los atp, queremos volver a insistir en la idea con la que abríamos estas reflexiones y que ha sido línea directriz de su desarrollo:

La ATP, como movimiento, como conjunto de aportaciones teóricas y prácticas, no es, ni mucho menos, una orientación simplista o fácilmente reductible y criticable. Sus bases de partida (la fenomenología existencial y el psicoanálisis), por mucho que puedan ser calificados de «ideológicos», son tan serios y «científicos» como las bases conceptuales de cualquier postura crítica proveniente de la PQ. Únicamente conociendo y habiendo experimentado el psicoanálisis y la aproximación fenomenológico-existencial a la enfermedad mental podemos adoptar ante la ATP posturas seriamente críticas.

Y una crítica a la totalidad sólo es posible tras una auténtica ruptura epistemológica que, acabando con la vieja PQ, instaurara toda una nueva problemática psiquiátrica (¿psiquiátrica?). Esta crítica epistemológica, a nuestro entender, todavía no se ha hecho. Si acaso, está simplemente iniciada, como antes señalábamos, y la experiencia atp, al menos desde la práctica, ha hecho su aportación a tal crítica. Mientras ésta no se realice y aplique, nuestras posturas pq o atp estarán sumamente impregnadas de «ideología», estaremos manteniendo posturas «ideológicas» y «no científicas».

Por otro lado, la ATP, en último extremo, ha tenido la virtud de llevarnos a este tipo de consideraciones, que, en definitiva, manifiestan una vez más hasta qué extremos las ciencias están hoy en plena transformación, en un período de gran inseguridad. Y tal «inseguridad» de la ciencia indudablemente es expresión de una cultura ya periclitada por este particular acontecer histórico-social de nuestros días ante el cual hablar simplemente de «crisis científico-cultural» sería claramente un eufemismo.

ELEMENTOS BIBLIOGRÁFICOS

I. Sobre ATP

1. BASAGLIA, F. 1968. *La institución negada*. Barral, Ed. Barcelona, 1972.
2. COOPER, D. 1967. *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Le Seuil. París, 1970.
3. DELIGNY, F. 1970. *Los vagabundos eficaces*. Ed. Estela. Barcelona, 1971.
4. FEDIDA, P. 1968. «Psychose et parenté (naissance de l'antipsychiatrie)», en *Critique*, núm. 257 (870-895).
5. FROMM-REICHMANN, F. 1952. «Some aspects of psychoanalysis and schizophrenics», en Redlich & Brody (ed.), *Psychotherapy with schizophrenics*. International Universities Press. N. York.
6. GENTIS, R. 1970. *Les murs de l'asile*. Maspero. París.
7. ————. 1971. *Guérir la vie*. Maspero. París.
8. GOFFMANN, E. 1968. *Asiles*. Ed. de Minuit. París.
9. LAING, R. D. 1960. *El yo dividido*. F. C. E. México, 1964.
10. ————. 1967. *La politique de l'expérience*. Stok. París, 1970.

11. ————. 1971. *Noeuds*. Stok. París, 1971.
12. ————. 1971. *Soi et les autres*. Gallimard. París, 1971.
13. ———— y ESTERSON, A. 1967. *Sanity, madness and the family*, Tavistock. Londres, 1967 (trad. fr. Maspero, 1971).
14. NEF, La. 1971. Número 42. *L'antipsychiatrie*.
15. MANNONI, M. 1970. *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*. Seuil. París.
16. RECAMIER, P. C. 1971. «La psychiatrie nouvelle face aux nouvelles illusions», en *La nef*, núm. 42 (55-92).

II. *Complementarios: psicopatología de las psicosis, analítica existencial, epistemología...*

17. ADORNO, T. W. 1967. *La ideología como lenguaje*. Taurus. Madrid, 1971.
18. ALTHUSER, L. 1964. *Freud y Lacan*. Anagrama. Barcelona, 1971.
19. BELLAK, L. 1958. *Esquizofrenia*. Herder. Barcelona, 1962.
20. BOWLBY, J. 1954. *Soins maternels et santé mentale*. OMS. Ginebra, 1954.
21. BUNGE, M. 1969. *La investigación científica*. Ariel. Barcelona, 1969.
22. CARUSO, I. A. 1962. *Psicoanálisis para la persona*. Seix Barral. Barcelona, 1965.
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. ————. 1966. *Maladie mentale et psychologie*. P. U. F. París, 1966.
27. FREEMAN, Th. 1969. *Psychopatology 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, 1970.
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. Barcelona, 1971.
33. ————. *Ecrits*. Seuil. París (I, 1966; II, 1970).
34. LAPLANCHE, J., y PONTALIS, J. B. 1968. *Diccionario de psicoanálisis*. Labor. Barcelona, 1971.
35. LÓPEZ IBOR, J. J. 1951. *La agonía del psicoanálisis*. Espasa-Calpe. Madrid, 1961.

36. MARCUSE, H. 1953. *Eros y civilización*. Seix Barral. Barcelona, 1968.
37. ————. 1964. *El hombre unidimensional*. Joaquín Mortiz. México, 1968.
38. MONOD, J. 1970. *El azar y la necesidad*. Barral. Barcelona, 1971.
39. MARTÍN-SANTOS, L. *Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*. Seix Barral. Barcelona, 1964.
- 39 bis. NACHT, S., y RECAMIER, P. C. «La théorie psychanalytique du délire», *Revue française de psychanalyse*, núm. 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*. Cuadernos de salud pública, núm. 14. Ginebra, 1963.
42. O. M. S. 1964. *Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría*. Tsung-Yi Lin & C. C. Standley. Cuadernos de salud pública, núm. 16. Ginebra, 1964.
43. O. M. S. 1966. *La salud mental y la familia en Europa*. Cuadernos de salud pública, núm. 28. Ginebra, 1966.
44. PALMER, J. M. 1971. *Lacan*. Ed. Universitaires. París, 1971.
45. PIAGET, J. 1967. *Biología y conocimiento*. Siglo XXI. Madrid, 1969.
46. ————. 1970. *Psicología de la inteligencia*. Ed. Psique. Buenos Aires, 1970.
47. ————. 1970. *Psicología y epistemología*. Ed. Ariel. Barcelona, 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. Ibero-americanas. Buenos Aires, 1949.
50. ————. 1965. *Bosquejo de una teoría de las emociones*. Alianza. Madrid, 1971.
51. RECAMIER, P. C.; LEVOVICI, S.; DIATKINE & PAUMELLE. 1970. *Le psychanalyste sans divan*. Payot. París, 1970.
52. ————. 1970. «Le soin institutionnel des psychotiques», en *L'Information psychiatrique*, oct. 1970.