

2
396

año I, n° 1
octubre, 1.973

**Antipsiquiatría:
¿un nuevo mito?**



**Cuadernos
de
Psicología**

INDICE

LA ANTIPSIQUIATRIA, ¿UN NUEVO MITO?

- Introducción

1. El Discurso Antipsiquiátrico. (J.L. Tizón)
2. Sobre la postura de algunos "ilustres" psiquiatras ante la antipsiquiatría. (F. Basaglia)
3. Circular de la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Miraflores, de Sevilla.
4. Posibilidades y práctica de la Antipsiquiatría en España. (N. Caparrós)
5. Basaglia: la práctica psiquiátrica como negación.
6. Noticia de la reunión de la Sección Autónoma de - Psicología.
7. El nuevo Plan de Estudios: una nueva frustración.
8. Información sobre el Congreso de Psicología de Bar^{ce}celona.

INTRODUCCION

Los Cuadernos de Psicología están elaborados por un - quipo integrado fundamentalmente por estudiantes de los di- versos cursos de la Sección, pero también por algunos que - realmente no podemos llamar profesionales, porque no ejercen la profesión (no porque no quieran), sino simplemente indivi- duos con la carrera de psicología terminada. Los Cuadernos - no pretenden ser ninguna cosa del otro mundo, sino simplemen- te pretende colaborar en la elaboración de una conciencia - crítica sobre la situación científica, académica y profesio- nal en la que se encuentra la psicología en España. Colaborar es decir, se trata de una tarea colectiva en la que estamos implicados todos, estudiantes, profesionales, profesores, sec- tores de la sociedad, ante la que podemos adoptar dos postu- ras: la pasiva, haciendo la polftuca del avestruz, queriendo no ver lo que pasa a nuestro lado y la activa, tratando, en la medida de lo posible, de comprende con la mayor lucidez, racionalidad y seriedad posible, lo que pasa a nuestro alre- dador y por qué.

El éxito de los Cuadernos dependerá de la colaboración que encontremos en todos vosotros. Desde ya, reclamamos que colaboreis de la manera que podáis. Desde comprar los números a mandar artículos, noticias, críticas, información, etc. Fun- damentalmente tocaremos temas científicos que sean interesan- tes, de actualidad, relevantes. Somos conscientes de nuestra mala preparación, de nuestra ignorancia, y por ello, el prin- cipal objetivo de los Cuadernos es iniciar la discusión so- bre esos diversos temas que se irán tocando. Si conseguimos - que se inicie una discusión colectiva sobre temas básicos de la psicología y que de ella surja un nuevo estilo, una nueva actitud de enfrentarse a los problemas, no dogmática, crítica tratando de ver sus últimas implicaciones, habremos consegui- do algo. De alguna manera, nuestra ignorancia tiene causas,

y de ahí, que también se planteen temas académicos, sobre todo en lo relacionado al Plan de Estudios, y las actividades formativas de la Facultad. Por otra parte, si estudiamos, es para conocer unas actividades con el fin de aplicarlas. Por ello es necesario saber con qué problemas nos encontramos al acabar y al servicio de que o quien vamos a poner nuestros conocimientos. Finalmente queremos publicar las noticias que nos indiquen lo que hacen otros compañeros en Madrid o fuera de aquí, con el fin de recoger experiencias.

El presente Cuaderno trata un tema que por estar de moda ya se ha convertido en un tópico, en un mito, y que por ello es desconocido en profundidad. El primer artículo (de J.L. Tizón) da una panorámica de lo que es la antipsiquiatría sus antecedentes, puntos básicos, críticas, etc. que, en general, nos sirve para tener una idea de conjunto clara. Los dos pequeños textos siguientes, el uno nos señala la postura de algunos psiquiatras afamados ante la psiquiatría, y el otro, nos marca que algunas de las críticas que la antipsiquiatría hace a la asistencia psiquiátrica tradicional no van descamadas.

El estudio sobre Basaglia, es un resumen panorámico, también de las principales aportaciones de este teórico, y ha sido elaborado por un compañero de quinto. Consideramos que es importante por eso mismo, por haber sido hecho por uno de nosotros.

El texto de N.Caparrós, es especialmente polémico, pero viene a centrarnos el tema en el aquí y ahora de España. En principio era una ponencia para ser presentada en el Congreso de Psiquiatría celebrado hace pocos días en Valladolid, pero que ante las circunstancias, no llegó a ser leída. Pensamos que es una aportación interesante, porque viene precisamente de uno de los psiquiatras que han introducido la antip

siquiatría en España, y que por eso, habla con un cierto conocimiento de causa.

Finalmente, incluimos noticia sobre la celebración de una reunión general, hace pocos días, de la Sección Autónoma de Psicología del Colegio de Licenciados; un estudio comparativo de los planes de estudios de los últimos tres años, y la carta con las reivindicaciones profesionales de los psicólogos, que salió del Congreso de Psicología de Barcelona, de finales de abril de 1.973.

Por último, os volvemos a pedir la colaboración y el apoyo de todos vosotros, ya que sin él este intento no irá a ningún sitio.

EL DISCURSO ANTIPSIQUIATRICO

Fenomenología - Psiquiatría - Contracultura

J. L. TIZON.

("TEOREMA", Nº 7, septiembre 1.972)

Alrededor del tema y los términos "antipsiquiátricos" (a lo largo del texto utilizaremos las siguientes siglas: PQ psiquiatría; ATP, antipsiquiatría; NPQ, neopsiquiatría, nueva psiquiatría; pq, atp, npq: adjetivos y sustantivos derivados) 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 producida por el inmovilismo de las estructuras psiquiátricas de nuestro país.

Por eso, por 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 estos 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 re- presión 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 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, Binswanger, 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" con

creta: 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 o 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 genesi 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 anunciarlo 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 (entrelazadas 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: NOEUDS. 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 relacionadas 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 imaginárselos 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-mundopsicótico? 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, ¿que 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 una "delusión crónica" (03). Pero también podríamos profundizar aun 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 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 "efector" - 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 DIALECTICA DE LA LIBERACION", organizado - en Londres por Berke, Cooper, Laing y Redler, con asistencia de Marcuse, P. Gerassi, Goodman, Bateson, Car michael, 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 psicógenos 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 poder nos 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, 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 sus padres y los padres de sus padres... Cuando ese nuevo ser humano llega a los 15 años, más o menos adaptado a un mundo en el que se le ha dado todo 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 ratiocéntricos").

Para Laing (9, 1.960), 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 alcorte longitudinal y transversal, que experimenta a los otros como seres vivos y enteros, y el mundo como exterior a él e igualmente dinámico, cambiante, pue

de 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".

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 prescritos 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. 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? (*)

(*) 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 científicos ("Notas sobre nosotaxia psiquiátrica a partir de los síndromes esquizofrénicos crónicos, Informaciones psiquiátricas, núm, 51, mayo 1.972)

Para Laing (y pensemos que estamos hablando de 1.960 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 expusimos anteriormente. (*)

Según todo lo anterior, está claro que la conducta de los pacientes puede verse de dos formas totalmente opuestas, pero relacionadas intimamente (como en el típico ejemplo de los gestaltistas; el jarrón y/o los dos rostros).

(*) 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.

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, puede 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 immaculada percepción", que decía Nietzsche. Ver "señales" de tal o cual enfermedad, observar bajo ese prisma la conducta, no es ver con neutralidad, no se ver "objetivamente". Como tampoco según el eje mplo 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 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 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". (Basaglia y Cooper (1 y 2) 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 sólo 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... ¿donde 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 1.952: (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, y 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 los 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 ideológicos"? 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", NPQ), ha logrado más por el replanteamiento 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. 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" 1º, crítica de la familia y de su papel patogenético; 2º, crítica de la terapéutica psiquiátrica tradicional y de las ins

tituciones psiquiátricas; 3º. crítica social y proposiciones - liberadoras para con los enfermos mentales.

Se desarrollarán también experiencias institucionales; Cooper, a partir de 1.962; Basaglia y su equipo, a partir de 1.961; 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 psicoanálisis 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 esa experiencia 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 tie-

ne 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, Gentes 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. Crí

tica 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 Vascon) (1)

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 un 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", constituyen 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 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 endo problemática 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 al 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 aspecto en el que hoy hace 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 ex

periencias, 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 psicoanalistas 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, por-

que 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 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.

(*) 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...)

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 sociogénico. 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.), descripción 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 este 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, I -, el Congreso de Londres de 1.967, 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 ne-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", "éxtico".

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. Crítica 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 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 conceptualización 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 homogéneo 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 Pinillos, (48) su concepción de la personalidad es demasiado "radiocéntrica", 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 delación 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 soledad, sino inten-

tar asumir esas contradicciones para convertirlas precisamente en el motor de su actividad humana y profesional. Y nos damos cuenta de que ésta es una idea que, -
ducha o escrita, parece relativamente sencilla; pero -
mucho "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 apostaciones 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, insaurara 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 esta 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 integridad, 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, 1.972.
2. COOPER, D. 1.967. Psychiatria et antipsychiatrie. Le Seuil, París, 1.970.
3. DELIGNY, F. 1.970. Los vagabundos eficaces. Ed. Estela, Barcelona, 1.971.
4. FEDIDA, P. 1968. "Psychese 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 & Brady (ed). Psychoterapy 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. GOFFMAN, 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. 1957. Sanity, madness and the family. Tavistock, Londres, 1967, (trad. fr. Maspero, 1.971)
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. 1.971. "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 1.971.
 19. BELLAK, L. 1958. Esquizofrenia. Herder. Barcelona, 62.
 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. Paris (I. 1966. II. 1970)
34. LAPLANCHE, J., y PONTALIS, J.B. 1968. Diccionario de psicoanálisis. Labor. Barcelona, 1971.
35. LOPEZ 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 Moritz. México, 1968.
38. MONOD, J. 1970. El azar y la necesidad. Barral. Barcelona, 1971.
39. MARTIN 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. Paris, 1971.
45. PIAGET, J. Biología y conocimiento. Siglo XXI. Madrid, 1969
46. ———— 1.970, Psicología de la inteligencia. Ed. Psique Buenos Aires, 1970.
47. ———— 1970. Psicología y epistemología. Ed. Ariel. Barcelona, 1.971.
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. SAPTRE, 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. Paris, 1970.
52. ———— 1970. "Le soin institutionnel des psychotiques" en "L'information psychiatrique", oct. 1970.

SOBRE LA POSTURA DE ALGUNOS "ILUSTRES" PSIQUIATRAS ANTE LA ANTIPSIQUIATRIA

Resumido del artículo "En los locos pienso yo" de Franco Basaglia, del libro, ¿PSIQUIATRIA O IDEOLOGIA DE LA LOCURA? Ed. Anagrama, 1.972.

En los últimos años la ciencia médica ha sido vivamente afectada por los movimientos de contestación que han puesto en tela de juicio las bases mismas de la psiquiatría oficial. No obstante, el aparato burocrático-científico ha resistido el encuentro y quiere reafirmar la validez de su modo de proceder por lo que, apoyándose en la autoridad - y solo en la autoridad - lanza el anatema contra los movimientos que desean renovar la medicina y, consecuentemente, la psiquiatría. En efecto, tenemos una carta que Henri Ey - máximo "patrón" de la psiquiatría francesa y uno de los clínicos más notables en el ámbito internacional - dirigió a Angelergues, secretario general de "L'Evolution psychiatrique":

"Señor Secretario General:

Tengo la intención de pedir al presidente y al secretario general de la Asociación Mundial de Psiquiatría sea presentada, a la asamblea general que se celebrará en Méjico el próximo diciembre (1.971), una declaración cuyo texto someto a la aprobación de vuestra sociedad. Creo que esta declaración tiene un carácter de urgente necesidad, dado el actual malestar político-social creado por una cierta "antipsiquiatría", o, si se quiere, por un cierto contrasentido en el uso de los conceptos fundamentales de la verdadera psiquiatría. Es necesario reaccionar vigorosamente contra prejuicios que podrían perjudi-

car profundamente el tratamiento que los psiquiatras debemos ofrecer a nuestros enfermos. Yo le pido cortesmente que someta, de acuerdo con sus propios estatutos, este texto al examen de vuestra sociedad, como miembro que ella es de la Asoc. Mundial de Psiquiatría, y le ruego me comunique, antes del 15 de noviembre, si ha sido, o no, oficialmente aprobado. Naturalmente, estoy dispuesto a dejar la iniciativa de esta propuesta a una o varias y, si es posible, a todas las sociedades francesas afiliadas a la Asoc. Mundial de Psiq. Si, por el contrario, ninguna quisiera suscribir esta declaración, yo mismo la depositaré a título personal en la sede de la Asoc. Mundial y cada sociedad deberá asumir su propia responsabilidad. Es evidente que este texto (que denuncia al mismo tiempo - puesto que lógicamente van unidos - el peligro de una antipsiquiatría que se define antimédica y aquel otro derivado del uso político de los conceptos y de las instituciones psiquiátricas), no podrá, a mi juicio, sino ser aprobado íntegramente - sin emienda alguna - ya que cualquier adición, sustracción o sustitución, le haría perder al mismo tiempo que su coherencia, su sentido verdadero: lucha en favor de la acción plena y exclusivamente terapéutica de la psiquiatría cuya única finalidad no puede ser sino la curación de los enfermos mentales".

La moción propuesta por el Dr. Henri Ey dice textualmente:

"La Asociación Mundial de Psiquiatría denuncia los prejuicios de la campaña de "contestación antipsiquiátrica", de inspiración político-ideológica, que hace jugar a la psiquiatría un papel que no le corresponde: el de ser un instrumento de represión social. La Asociación Mundial de Psiquiatría, afirmando que la psiquiatría es y no puede ser más que una de las principales ramas de la medicina aplicada a la profilaxis y

tratamiento de las enfermedades mentales, recomienda expresamente a todas las sociedades que la componen recaben la atención de cada uno de sus miembros, de la opinión pública y de los gobiernos de sus respectivos países, sobre el carácter esencialmente médico y el uso exclusivamente terapéutico de las acciones y de las instituciones psiquiátricas. La Asociación Mundial de la Psiquiatría condena el uso político que - en el presente y en el futuro - pueda hacerse de los conceptos, métodos e instituciones propios del ejercicio de la psiquiatría y al servicio exclusivo de los enfermos mentales".

El Único instrumento propuesto para reducir y aniquilar la fuerza de quienes les discuten en el terreno de la práctica es el recurso a la represión, esa misma represión que niegan representar con su ciencia. En el momento en que alguien mantiene que la psiquiatría (y con la psiquiatría la medicina) debe ser organizada y dirigida por el técnico y por la comunidad, los técnicos, temiendo perder su poder exclusivo sobre la enfermedad y sobre la comunidad, declaran que la ciencia se aleja, así, de su objeto y se hace "política". Pero, ¿qué política no implica esa defensa suya, mixtificada bajo la defensa del enfermo, cuando abiertamente solicitan ser protegidos por la autoridad? Sabiendo lo que se ha hecho hasta ahora del enfermo mental en las instituciones destinadas a su tratamiento, ¿quién puede pensar todavía que la psiquiatría no perdió hace ya mucho tiempo su objeto?, ¿quién puede dejar de pensar que no tuvo nunca tal objeto? Además, los nuevos movimientos que Ey impropriadamente califica de "antipsiquiátricos", ¿no han hecho, en el fondo exactamente lo que Ey reclama? ¿No han llamado la atención de los técnicos, de la opinión pública y de la autoridad sobre lo que es - la situación real, haciendo público el resultado práctico del carácter "esencialmente médico y del uso exclusivamente terapéutico de la actuación en las instituciones psiquiátricas"?

Afortunadamente, la propuesta de Ey no fué aceptada, ni por L'Evolution psychiatrique, ni por el Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MIRAFLORES

SEVILLA

SEPTIEMBRE 1.972

La enfermedad mental es un triste acontecimiento en la vida de algunas personas y unas de sus consecuencias es la pérdida de ciertas características de la personalidad, como la capacidad de valores por sí mismos y de poder relacionarse con el resto de la sociedad en un plano de igualdad.

En este sentido el Hospital Psiquiátrico no sólo es un Centro donde ha de curarse médicamente la enfermedad, sino también donde debe favorecerse la vuelta de estas personas a una vida normal enseñándoles a reconquistar su propia dignidad.

Desgraciadamente, esto no es así en nuestro Hospital, (y quizás en otros muchos) en bastantes ocasiones y lo peor es que no somos conscientes de ello. Una mirada a nuestro alrededor y veremos cómo favorecemos la explotación (en lugar de la auténtica laborterapia) cuando utilizamos a los enfermos para trabajos que no son terapéuticos (acarrear pesos, enviarlos a recados, encomendarles faenas de limpieza) o cuando les negamos todo crédito a cualquier manifestación que nos hagan (mucho más si están en contradicción con lo mantenido por alguno de nosotros: médicos, Hermanas de la Caridad o enfermeros). Esto por poner dos ejemplos que suceden diariamente. En todas estas ocasiones, el Hospital está "segregando" aún más al enfermo del grupo de personas normales, como "el pobre loco", en lugar de intentar reintegrarlo a la sociedad.

Las consecuencias, que esta Dirección considera atentatorias a la función rehabilitadora que ha de tener un Hospital Psiquiátrico, son el favorecimiento de la mendicidad - en cubierta - de muchos enfermos, el aumento del "servilismo", la pérdida de autoestima y la permanente inseguridad del enfermo ante las decisiones del personal.

Esta circular sólo pretende ser - por ahora - un exámen de conciencia para todos nosotros, con objeto de ir co-rrigiendo todos los inconscientes abusos que secularmente - se padecen en la Casa y que tienden a dividir la población en dos castas: la de los cuerdos (médicos, personal auxiliar enfermeros y monjas) y la de los "locos" o personas de "tercera".

Esperamos que en el futuro, con el aumento de personal con la colaboración de todos y con una idea clara de lo que constituye la laborterapia, podamos concluir con la tristemente conocida entre nosotros "exploterapia".

La Dirección

POSIBILIDADES Y PRACTICA DE LA ANTIPSIQUIATRIA EN ESPAÑA

Nicolás Caparrós Sánchez

El tema es la antipsiquiatría, pero antes de adentrarme propiamente en él creo conveniente explicitar el concepto que yo personalmente me propongo adoptar bajo esa denominación.

Véamos ante todo nuestro propio contexto, el aquí y el ahora. Estamos entrando con todo nuestro entusiasmo tecnocrático en la civilización del consumo. Esto no es nuevo y no voy a insistir ahora sobre ello. Consumo, entre otras cosas, lleva consigo connotaciones tales como producción programada en orden al máximo beneficio, utilización flagrante o solapada, alienación, inmovilismo necesario de ideas y finalmente - la consecuencia lógica de la expansión de los capitales. El consumo se extiende y ya hemos dado con la forma de producir ideas para el consumo el totem de la cultura es un producto - circulante más. La realidad está escotomizada por la represión que nos hace ver justamente lo que nos permite. La capacidad de pensar es manipulada por la clase dominante de nuestra formación social y esto tiene siempre lugar como proceso en sombras. La producción de la idea es para otro y el productor se ve enajenado, vocablo que resultará familiar a este auditorio, de todas las fases por las que discurre el proceso del pensamiento: génesis del mismo en las condiciones históricas concretas; vías de difusión, elementos de aprehensión del mensaje y uso del mismo.

En este contexto hablamos de antipsiquiatría y hablamos con graves riesgos. Es fácil ser ambiguo o mal interpretado. Antipsiquiatría... parece que fuese lo contrario a la Psiquiatría. Voy a intentar hacer asociaciones: Psiquiatría-ciencia-medicina-orden-ayuda-salud-investigación... lo lamento pero - me surgen ciertos parásitos y como estoy asociando tengo que decirlos: status-dinero-fuerza-manipulación-impotencia (esta

ultima palabra puede representar un buen material interpretativo para los psicoanalistas). ¿Y la antipsiquiatría? También aquí tengo que asociar. Cooper-Inglaterra-Sartre-lo que no me dejaron hacer cuando era estudiante-lucha-aislamiento. De nuevo me aparecen los parásitos; ahora pienso en droga-otra vez -aislamiento-en consumo-me asalta incluso la imagen del último tanto y del play boy intelectual.

Ciencia versus neurosis. Represión versus libertad. El problema está aquí.

El consumo de la antipsiquiatría ha comenzado y la defensa contra el potencial de cambio que puede llevar, en sí también. Toda alusión velada al orden y digo orden y no ciencia, establecido en materia de salud mental por la psiquiatría tradicional en descalificada. Toda teoría que implique lo social, lo político, con el obligado correlato de la lucha de clases, es titulada de antipsiquiátrica. La droga, el sexo, abordados de manera no convencional, también son buena materia antipsiquiátrica. Por este camino llegaremos a un cajón de sastre similar al que hace años fabricaron los fenomenólogos con la psicopatías. El poder, encarnado en los psiquiatras por delegación de estructuras más altas, se resisten sistemáticamente a entender la calle.

Ahora estoy pensando, sigo pensando, en Fanon, en el W. Reich - de antes del descubrimiento del orgón - en Cooper, en Laing, en M. Mannoni, en R. Gensis, en M. Langer, en Bauleo y también en Castilla del Pino. Todos distintos, pero de un modo u otro tratados de acientíficos, subversivos, neuróticos o simplemente de cargantes.

¿Quiénes son los antipsiquiatras? ¿Qué es la antipsiquiatría?

Esperemos un poco aún. ¿Qué es esta mesa redonda? A buen seguro que estamos reunidos en un pintoresco desorden catedráticos de psiquiatría, analistas, antipsiquiatras ortodoxos - que

también vale el término - y posiblemente compañeros de viaje. ¿Cuál es el contenido latente de todo esto? ¿Por qué y para qué estamos aquí? Yo no soy quien para interpretar a todos, me limito a arrojar la cuestión. Sigamos con la teoría, al menos por el momento. Quedarán muchos cabos sueltos que no podremos tocar aquí, para abarcar la cuestión de manera amplia. Por ejemplo, la relación de la psiquiatría con las diversas ramas de la medicina, incluso la relación de la psiquiatría con la misma medicina. Discernir sobre el concepto de enfermedad y sobre el de entidad nosológica, discutir sobre la legitimidad de su aplicación mecánica a la psiquiatría. También sería necesario explicitar hasta qué punto contamos con lo social como encuadre en el que hacer psiquiátrico y si contamos de qué forma lo tenemos presente. No quisiera elaborar demasiado esta parte de la exposición, porque justamente el desorden refleja el estado real del problema.

Vayamos a otra cuestión que hemos abordado ya implícitamente: ¿qué es lo manifiesto y qué lo latente en el movimiento antipsiquiátrico? Cronológicamente lo manifiesto sería en primer lugar una reacción, que no una rebelión; casi mecánica contra la estructura opresiva de la psiquiatría. Es importante hacer notar cómo en las primeras manifestaciones históricas del movimiento antipsiquiátrico, la referencia a lo político-social es muy escasa.

Paralelamente lo latente sería la búsqueda de una práctica profesional y subrayo la palabra, que me conforme a nivel individual, y vuelvo a subrayar, conmigo mismo, que viene a ser tanto como decir con mi propia ideología. Aparece lo singular, lo individual. ¡Ah! pero con eso ya estamos muy familiarizados, la ideología burguesa se ha encargado desde el Renacimiento en recalcarlo muy bien.

De esta manera la antipsiquiatría alude formalmente a lo social, pero no se entronca directamente con un proceso de

Cambio, que en cada país debería tener las características - que le fueran propias. Así considerada la antipsiquiatría es una aventura exótica que en nada hace mover el colectivo-grupal. Llegados a este punto se me vienen también a la memoria los socialistas utópicos, los Fourier, Saint-Simon, Owen, etc. Todos ellos intentaban crear ghettos de bienestar. La antipsiquiatría adopta una actitud semejante cuando defiende la lucidez del loco, cuando discurrimos con Alan Watte, o con el Ave del Paraíso de Laing, cuando negando la sistematicidad realiza la aposición del budismo zen con la filosofía existencial. Todo ello constituye un engendro perfectamente apto para ser consumido en la Sorbona o en Saint-Tropez, o en las reuniones intelectuales del café Gijón de Madrid.

Bien es cierto que los estudios de Laing o de Wickland sobre el doble vínculo nada tendrían que ver con esto, pero esta afirmación sólo puede ser verdadera en tanto en cuanto se prosigan en sus aspectos prácticos hasta las últimas consecuencias.

Pero aún en este primer momento histórico de la antipsiquiatría algo aparece claro por más que corra el peligro de desvanecerse en actuaciones inocuas. Los conflictos psicológicos se multiplican y a buen seguro que no es porque un virus distorsione la tasa de catecolaminas. Si el loco o el desarraigado o el marginal o el neurótico son un emergente social algo hay que hacer con ellos. Y parece que ese algo no pasa precisamente ni por el diván, ni por la clínica privada, ni por la comunidad terapéutica ni por la psiquiatría de sector. M. Langer describe la desertión de los psicoanalistas ante la acometida del nazismo, las comunidades terapéuticas han pasado a ser en Inglaterra y USA, emblemas del establishment, las clínicas privadas de nuestro país hablan por sí solas, y Gintis se encarga de describir la falacia de la sectorización de la psiquiatría en Francia.

¿Era acaso Kingsley Hall la opción? No parece el momento oportuno para extendernos en la historia de esta experien-

cia, pero a mí me vuelven a recordar los falansterios de Fourier y con ellos al socialismo utópico y recordemos que este socialismo recibió en su momento pleno apoyo de las estructuras demoliberales que han acabado por alumbrar nuestro siglo XX.

Dicho todo esto aparece oportuno llegar a planes concretos. Diríase que la primera fase histórica de la antipsiquiatría es un movimiento idealista, romántico y que, pese a todo, cumple su función de alerta, diríase también que esta antipsiquiatría dialoga en el mismo nivel cualitativo que la vieja, respetable y tradicional psiquiatría. Diríase por último que de esta contradicción puede nacer el gran salto. Yo considero que es a partir de este salto cuando empieza la verdadera antipsiquiatría en contradicción antagónica con la anterior. Una psiquiatría valga la paradoja, explícitamente humana, explícitamente social y explícitamente política.

La antipsiquiatría, en sus orígenes, ha demostrado cumplidamente la deshumanización de la relación psiquiatra-paciente. Inclusive ha cuestionado la legitimidad de los roles de ambos, pero apenas ha ido más allá. Parecería que el problema era un asunto técnico concerniente a la terapéutica o a la erradicación de determinado número de seres humanos del medio social. Para encontrar verdaderas implicaciones sociales en la psiquiatría porque no pueden ser llamadas así las corrientes funcionalistas americanas, habría que trasladarse a los tiempos de Politzer, o de W. Reich, tiempos que la conmoción del acuerdo de Yalta con sus numerosas implicaciones consiguió borrar. Finalmente, ¿qué podría decir sobre el sector político? ¿Haría falta repetir que la psiquiatría ha sido siempre política? ¿Sería preciso recordar aquí el proyecto elaborado por H. Ey bajo el amparo de la sociedad L'Evolution Psychiatrique, o las diferentes legislaciones sobre el enfermo mental, o los criterios de salud-orden, enfermedad-desorden, o la alarma de nuestras jerarquías psiquiátricas ante cualquier movimiento innovador: léase Oviedo, léase

se asociaciones de psiquiatras jóvenes, léase investigaciones sociales sobre la sexualidad, léase venalidad en el reparto de las cátedras y puestos de docencia?

La diferencia en el planteamiento actual residirá solamente en la explicitación del sustrato político no en la negación de éste. En otras palabras, en el compromiso abierto en la lucha de clases.

A estas alturas y guiados por la natural asepsia de la ciencia, les pudiera parecer a algunos que la divagación nos alejó del objetivo fundamental, a saber, la discusión científica, entre científicos, del posible aprovechamiento de la antipsiquiatría. Yo no he rehunciado a explicitar el contexto, porque sin él todo lo que vaya a decirse aquí resultará ambiguo y no se trata, en primera instancia de obtener un acuerdo entre caballeros sino de establecer con claridad las posiciones. Política, ideología y economía son tres pilares que forman, querámoslo o no el encuadre último de la psiquiatría, pero no en abstracto, se trata, estamos tratando, de nuestra política, de nuestra ideología y de nuestra economía. Por instantes, Kingsley Hall se aleja - qué confortante sería la discusión basada en esos términos - y aparece la Gran Vía, el Campus Universitario, o las recientes huelgas de Pamplona. Estamos llegando a lo práctico concreto. Y ahora podemos decirlo la psiquiatría que se inserta - y es consciente - en el proceso social del país en que se desenvuelve es la única antipsiquiatría defendible, Hablemos ahora de su dinámica y de su compromiso.

II

En este apartado me voy a limitar a realizar una simple mostración de problemas, si acaso con algún esquema de resolución. Y ello por dos razones, en primer lugar porque la antipsiquiatría a la que acabo de aludir se piensa haciéndola y no a la inversa. En segundo lugar porque la tarea que se avecina es cometido de muchos - ojo con el individualismo - y no producto

de las ensoñaciones de uno sólo. Yo puedo y quiero responsabilizarme de mis propias afirmaciones, pero éstas no pueden pasar del terreno escaso de lo singular. Hay que discutir, compartir, disentir, y comprobar haciendo. Hay que equivocarse, sobre todo equivocarse, para poder pasar...

El primer concepto que se nos aparece como falz es el de psiquiatría social. En nuestro país, como en tantos otros, se abre de paso la corriente socializante y lo hace a través de las instituciones públicas y privadas, colectivas e individuales, porque también hay instituciones individuales. Tenemos una falsa antítesis ante nosotros: Psiquiatría social-versus- Psiquiatría individual. En la primera quizás pudieran alinearse las campañas de salud mental, los cursos de capacitación de los mantenedores de la mencionada salud, los grupos de trabajo financiados por las instituciones estatales y privadas, etc. En la segunda parte de la antítesis, el tratamiento individual y la terapia que se centra en el enfermo aislado; queda como terreno en litigio las contadas experiencias grupales con coordinación psiquiátrica. La psiquiatría social nombra al grupo abstracto, a la comunicación abstracta, al gregarismo abstracto, etc. La psiquiatría individual apela al síntoma ahistórico, o a la defensa ante el conflicto inconsciente carente de coordenadas. Parecería que la psiquiatría social está encargada de la normativa a seguir posteriormente en las experiencias terapéuticas individuales. La psiquiatría social delimita quién es y por qué el objeto paciente y como debe ser el sujeto psiquiatra. A lo sumo va a mostrarnos determinados puntos abstractos de fricción. Hoy en día ni los más reconocidos psiquiatras del establishment niegan la mayor frecuencia de las neurosis, ni el malestar social, pero todo ello se desvanece a la hora concreta del consultorio. La antipsiquiatría de la primera época intenta escapar, que no resolver la antítesis, logrando la libertad mediante la huida del compromiso. Se les escapa que la libertad se deriva de la necesidad, que no hay libertad en la huida sino en la resolución

mediante el enfrentamiento. De ahí que las comunas libérrimas sean la solución concreta. La ciudad de Londres discurre alrededor de ellas, las llena poco a poco con sus desperdicios y su capacidad se satura. Al final mueren, la lucha era desigual y errónea.

Decíamos que la antítesis era falsa, porque la psiquiatría social se hace con el individuo y se puede hacer en los consultorios cuando éstos no están aislados de la calle. Se puede hacer cuando creemos y operamos con el concepto Hombre= producto social, cuando el encuadre social informa la temática individual de la experiencia del paciente, cuando enfrentamos, acompañando al paciente, con la estructura enfermeante, cuando frente a la violencia represora no descalificamos la violencia liberadora. Cuando traducimos al lenguaje psicológico individual la conflictividad del grupo social al que pertenece. Hacemos psiquiatría social cuando transformamos el conflicto individual en conflicto colectivo, dotándole de vías de verbalización y de posibilidades de acción con los otros. Para ello es necesario que el psiquiatra se defina como portavoz de una ideología y aparezca con una posición concreta en la lucha de clases. Me adelanto a una posible objeción. Esta postura no significa una intrusión en campos que no competen a la psiquiatría, ni tampoco una labor política de tipo proselitista, significa exclusivamente hacer psiquiatría, es decir, aplicar unas técnicas manifestando a la vez el encuadre desde el que se las utiliza. Y esto, entendámoslo bien desde el principio, no significa, acaso, desgraciadamente, hacer la revolución, sino la explicitación de la ideología desde la que se opera. La revolución en todo caso, va a exigir un compromiso personal aún más abarcativo que éste.

Psiquiatría Social en España significa un conocimiento-implicación por parte del psiquiatra más activos en los puntos conflictivos de lucha social. Significa una toma de postura científica, en el sentido noble de la palabra, so-

bre el papel histórico concreto de la familia, significa una lucha contra los sistemas educativos, contra los tabús sexuales y religiosos y contra las especiales condiciones de trabajo de los distintos sectores del país.

En ese encuadre delimitado de la manera más concreta tendrá sentido posteriormente hablar de la dinámica de tensiones de Lewin, de las teorías de Bion, del papel del líder o de esos otros conceptos más intemporales que raya ya con el nivel de lo invariante como pueden ser el conflicto edípico, la huida-deformación-negación de la realidad, etc.

Cada clientela privada de un psiquiatra, cada hospital en el que trabaje, tiene por sí mismo un campo concreto de aplicación.

Casi siempre se suele terminar un trabajo de esta índole con afirmaciones de tipo general. Yo voy a romper en esta ocasión la costumbre porque me parece que el tema está vivo y por tanto inacabado. Voy a terminar con reflexiones dispersas casi anecdóticas - quizás es lo principal que pueda aportar en una reunión como ésta - porque forman parte de la experiencia irrepetible de uno mismo.

La psiquiatría en España camina a saltos, está en abullición. No nos enseñaron psiquiatría porque no tuvimos maestros. Creímos en el fondo endotímico, se nos habló superficialmente y con un cierto desdén del psicoanálisis, nunca tuvimos, y me refiero con ello a los psiquiatras de mi generación, ni las obras de Kraepelin, ni las de Bumke, ni determinados trabajos de Freud, Reich era un loco que entraba en España en manos de la clandestinidad, Marcuse se estudió sin saber lo que era la Escuela de Frankfurt, ¿qué decir de M. Klein, de Rosen, de Abraham de Politzer, de Vigstsky, de Sechenov? ¿Qué nos enseñaron del "total push", de las técnicas sensitivas, del psicodrama, de los grupos operativos, del laboratorio social? ¿Qué sabíamos de aquello que estaba en contraposición con las teorías del maestro de turno? Aprendimos a Jaspers, pero no se nos dieron las

críticas de Jaspers. El psicoanálisis era una especie de magia de sexo, sueños, transferencias y conflictos tanto propios como del maestro sin resolver. Nos hicieron psiquiatras y en un todo armónico con la educación previa que nos habían impartido se nos insufló una dosis más de autoritarismo, suficiencia y cientificismo. En la mitad del camino, el país se abre, tanto por la violencia de nuestras propias contradicciones sociales, como por la dinámica del desarrollo capitalista. Viajamos, conocemos la psiquiatría de sector, la antipsiquiatría. Se eleva el status y con él los conocimientos, pero eso sí, envueltos en la atmósfera liberaloide que nos resulta atractiva porque nunca la tuvimos. Uno así se arroja en brazos de lo nuevo importado y olvida su propio proceso. La verdadera psiquiatría concreta que tenemos que construir no pasa por la mera incorporación de un torrente de técnicas que unidas a nuestra ideología previa sólo van a ser útiles para la manipulación - eso sí cada vez más afinada -. La verdadera psiquiatría debe reconocer y analizar primero sus contornos y debo conocer la función para la que está destinada por el sistema social vigente.

Sigo con las reflexiones. El paciente, ese ser aislado misteriosamente de las causas enfermantes, el enfermo en sí, el enfermo absoluto - ¡ah los absolutos del idealismo! - tiene que convertirse en un enfermo por y sobre todo en un enfermo contra. Y ahí tenemos que ser la vanguardia que conciente.

Existen muchos vínculos y muchas complicidades en la tarea terapéutica. Yo tengo que confesar que he dado muchas veces de manera negligente un fármaco a un paciente, sin profundizar en lo que le ocurría, con el sentimiento de urgencia de tener que ver al próximo. A veces ese paciente ha mejorado y esa mejoría era la disculpa ideal para no detenerme a pensar. El fármaco lo hace por mí. En otras ocasiones, he llegado a imaginarme aquello de que el contacto médico-paciente ya es un psicoterapia. En realidad el paciente había mejorado a

pesar mío, a pesar de mi actuación. Es muy posible que se conformase y se sometiese definitivamente a las expectativas de su medio, de que yo formaba parte. Y acalló sus síntomas y acalló su protesta y de paso me proporcionó la estúpida convicción de haber hecho algo. En el compromiso terapéutico la angustia del paciente es mi angustia - los psicoanalistas dirán que no estoy curado y que establezco una contraidentificación proyectiva, que interpreten ellos -, mi angustia por muy desvalorizada que esté en los parámetros de la salud mental oficial puede ser mi único timbre de alarma. Aquí todo el proceso es mío, mi proyectarse entrecruza con el del paciente, la cooperación viene a sustituir al paternalismo, te exigen la definición hay que definirse. El fracaso es más duro, el éxito más gratificante. En esta senda uno se sorprende un día habiendo olvidado hacer un diagnóstico del paciente, el propio paciente nos lo recuerda a veces cuando lo pregunta. De esta manera son difíciles de realizar los trabajos estadísticos, los modelos basados en síntomas, la computadora trabaja con dificultad en este conflicto del que ya el psiquiatra forma parte como elemento conflictivo, como elemento en revisión, como ser cuestionado tanto en su participación personal, como en su intervención técnica. Quizás podríamos haber aprendido todo esto en la Universidad. Pero la Universidad tenía una función bien diferente -aquí aparece otra vez lo político como latencia- ¿Vamos a poderlo en la calle?

Pienso que no he hablado para nada del doble vínculo, ni del enfermo como expresión del conflicto familiar, ni de las teorías antipsiquiátricas de la esquizofrenia. Pienso también que todo eso se puede domesticar entre las cuatro paredes de un despacho si no lo referimos a coordenadas históricas concretas. Pienso asimismo que todos estos temas pueden acabar grotamente en la lección magistral de unas oposiciones a cátedra. Pienso que no somos conscientes de la manipulación, que estamos informados de sus técnicas, pero que no estamos formados, por la formación se extrae de la calle, y, que por tanto, somos manejables como cualquier ciudadano medio. Las estructuras del p

der no hacen distinciones en esto.

Antipsiquiatría en España... ¿Cómo cambiar la cabeza? ¿Cómo aprender a sospechar de lo obvio? ¿Cómo entender e incorporar que sin el compromiso total no es posible imprimir un giro efectivo a la psiquiatría sea cual fuere la técnica que manejemos?

Madrid, septiembre, 1.973.

BASAGLIA: LA PRACTICA PSIQUIATRICA COMO NEGACION

La labor desarrollada por Basaglia en los hospitales - siquiátricos de Gorizia y Trieste ocupe un puesto central dentro del movimiento de renovación institucional y de crítica - de la siquiatría oficial calificado como "antipsiquiatría". Desde esa propia práctica Basaglia ha realizado un trabajo de crítica en el que desvela el sentido ideológico del universo siquiátrico a través de su inevitable puesta en relación con el sistema socio-económico del que es instrumento. La crítica se concreta como una doble negación:

- 1) DE una teoría, que se presenta con los atributos de ciencia y a su vez informa una técnica (un diagnóstico y una "terapia")
- 2) De una práctica (la asistencia siquiátrica) cuyo máximo instrumento es la institución manicomial.

La crítica de la teoría siquiátrica la revela como ideología, lo que supone el encubrimiento de una contradicción y su justificación, es decir, una función que la liga al sistema al convertirla en instrumento de control y codificación de las conductas anormales. La falsa neutralidad científica de la siquiatría oficial queda bien patente cuando se descubre que bajo todas sus construcciones está escondido el concepto de -norma-. Desde ese momento en el que el criterio de salud mental se tambalea al descubrir como equivalentes los conceptos de norma y de adaptación social, ¿el juicio psiquiátrico es sólo un juicio científico, objetivo, o pasa a convertirse en un juicio de valor? La psiquiatría oficial ha procedido con una inocente ignorancia de la situación y ha convertido en absolutas sus interpretaciones de la locura en lugar de considerar la enfermedad dialécticamente en relación con el contexto social. Ha verificado una racionalización de las conductas anormales mediante su codificación en complicadas clasificaciones

y cuadros neográficos; ha creado etiquetas mediante las cuales otorgar un "rol" que ponga en su sitio a los individuos cuyo comportamiento se aleja de la media; etiquetas que defienden de la angustia a una ciencia que no consigue descifrar de una forma válida el enigma que en gran parte sigue siendo el "enfermo mental". Y en todo caso, siempre ha quedado como último recurso el calificar de incomprensible la conducta del enfermo. De esta manera, la psiquiatría ha dado una sanción científica-técnica a una exclusión social, lo cual hace que ésta exclusión se realice en nombre de la objetividad menos discutida: la científica. Como ejemplo de este manejo, Basaglia efectúa una crítica de la forma en que la psiquiatría ha abordado el problema de la inadaptación. El análisis de los diversos tipos de inadaptación (en su artículo "La enfermedad y su doble") hace ver que siempre coinciden con la exclusión del individuo de la producción. La norma, pues, coincide entonces con la producción y las explicaciones del problema ocultan el hecho de una pérdida de poder contractual con las fuerzas productivas como determinante de la condición de "inadaptado". Desde ese momento, la ciencia que utiliza esos criterios se convierte en ideología y crea una falsa realidad de la inadaptación que se superpone, ignorándolo, el problema real como un "doble" suyo. Lo que en un principio pudo suponer (aún inconscientemente) un problema, como ataque a los puntos débiles del sistema; se integra de nuevo a través de la ideología. El problema de la inadaptación, social en su origen queda convertido en problema científico-técnico a través de la psiquiatría.

La psiquiatría, pues, se ha dedicado a la definición abstracta de la enfermedad y "ha puesto al enfermo mental entre paréntesis". En su diagnóstico, el psiquiatra se revisita de un poder y de una terminología técnica para sancionar lo que la sociedad ya ha producido, excluyendo a quien no ha entrado en el juego del sistema. Sin embargo, ésta sanción está desprovista de todo valor terapéutica, puesto que

se contenta con operar una distinción entre lo normal y lo que no es, donde la norma no es un concepto elástico y discutible, sino algo fijo y estrechamente ligado a los valores del médico y de la sociedad de la cual es representativa" ("La institución negada"). Realizando una ruptura con ésta situación, rechazando el huir de la angustia producida por la presencia del enfermo ante el psiquiatra y los instrumentos teóricos con que se defiende de él" "... sería posible empezar a vislumbrar el enfermo mental desprovisto de las etiquetas que hasta hoy le han enterrado o clasificado en un rol definitivo" (ib.)" La enfermedad no es la condición objetiva del enfermo y lo que le confiere la cara que tiene reside en la relación con el médico, que la codifica, y la sociedad, que la niega" (ib.). ¿Qué sentido y qué efectividad tiene entonces esa relación que se ha calificado como terapéutica? Investido el médico en la relación de un poder técnico, ésta se convierte en una relación entre su poder y el no-poder del enfermo, y por tanto en una relación de dominio y violencia en la que se realiza la conversión del enfermo en objeto que se da a la contemplación del médico. El enfermo se introduce en una situación en la que queda excluido de su realidad, rotos todos sus lazos con ella y desaparecidas las alternativas que esa realidad aún le podía otorgar.

Esa objetivación del enfermo encubre el hecho de la real implicación del médico en el mundo del enfermo como el otro polo de la relación, no pudiendo entonces considerarse la enfermedad como algo puramente intrapsíquico del enfermo, sino en parte como resultado de la relación.

¿Dónde se encontraría entonces la posibilidad de una auténtica relación terapéutica? No en otra parte que en la instauración de la reciprocidad en el encuentro médico-enfermo, creando así una situación problemática en la que se daría la posibilidad de alternativas múltiples. Pero el logro de la reciprocidad está en función de la situación social del enfermo, condicionado al poder éste puede oponer al poder del médico, a un poder que no es sino económico. Según exsto la relación puede darse a tres niveles:

- 1) Relación "aristocrática", en la que el encuentro es individual. En ella se da una reciprocidad de papeles; el técnico, que es investido por el enfermo en el médico, y el económico, investido por el médico en el enfermo, y a partir del cual la posibilidad de un total dominio sobre el enfermo queda anulada. Ciertamente es que aún aquí no se da el encuentro a un nivel de "personas" sino a un nivel de "roles".
- 2) Relación mutualista, en la que el enfermo procede del seguro y queda ya disminuida la reciprocidad, a no ser que tomando conciencia de su fuerza y de sus derechos establece de nuevo la reciprocidad y haga desaparecer del encuentro la arbitrariedad del médico.
- 3) Relación institucional, realizada en el hospital psiquiátrico, en la que el poder del enfermo desaparece mientras que el del médico aumenta vertiginosamente. La reciprocidad ha desaparecido.

Lo que distingue éstos tres tipos de relación es, por tanto, el diferente poder contractual (económico), que el enfermo puede oponer al médico. Lo que llegue a ser la enfermedad no depende entonces de una dialéctica interna a ella, sino de la relación a la que el enfermo es sometido en función de su condición social. Sólo en la relación institucional (y frecuentemente en la mutualista), en la que el enfermo carece de poder socio-económico, la enfermedad tiene siempre una significación estigmatizante; en la institución, el enfermo comienza la verdadera "carrera del enfermo mental" (Goffman).

La institución revela como función otorgada por el sistema la exclusión, la defensa de los "normales" frente a los "a-normales"; por ello es, junto a otras, una institución "de la violencia"; violencia del diagnóstico, violencia del aislamiento, violencia física... El enfermo es sometido a un proceso de "institucionalización", caracterizado por la pérdida

de todo derecho y por el sometimiento a una pasividad, explicada como el producto patológico y no como un producto real al internamiento. El diagnóstico define todas las posibles conductas del enfermo como significativas de su enfermedad; cualquiera de sus actos puede utilizarse en su contra.

Dada esta situación, la reacción ha sido "La negación del acto terapéutico como control de las reacciones del excluido contra el excluyente" ("La institución negada") Tomar conciencia de la exclusión y hacer nacer esa conciencia en los propios enfermos para, desde ahí, vivir dialécticamente la situación. Rechazar la realidad manicomial y negar la "cara institucional" de la enfermedad para poder enfrentarse con la enfermedad desnuda, sin los elementos "extraños" que intervienen en su desarrollo desde el momento del internamiento.

La reacción ha surgido desde la propia psiquiatría, concretándose en la organización del hospital como "comunidad terapéutica" cuyos primeros pasos surgen en Inglaterra en la década de los cuarenta. La experiencia italiana de Basaglia nace como rechazo de una situación presentada como "dato", como no cuestionable.

Como punto de referencia sobre los presupuestos generales de la comunidad terapéutica valgan las características señaladas por Clark como comunes todas las experiencias de éste tipo:

- 1) Libertad de comunicación.
- 2) Análisis de todo cuanto sucede en la comunidad en términos de dinámica individual y, especialmente, interpersonal.
- 3) Tendencia a la destrucción de la relación de autoridad tradicional.
- 4) Posibilidad de disfrutar de ocasiones de reconocimiento social.
- 5) Existencia de una reunión de toda la comunidad y de reuniones parciales.

(Citado por Basaglia en su artículo "Apuntes de Psiquiatría institucional")

La acción de la comunidad terapéutica pasa del plano puramente técnico al de la acción política: "Si el primer estadio en esta acción subversiva puede ser seccional (dado que negamos rehusar al enfermo la humanidad), el segundo sólo podrá ser la toma de conciencia de su carácter político, puesto que cualquier acción relacionada con el paciente sigue oscilando entre la aceptación pasiva y el rechazo de la violencia sobre la cual se basa nuestro sistema socio-político" ("La institución negada"). "La constitución de un complejo hospitalario regido de forma comunitaria y basada en unas premisas que tienden a destruir al principio de autoridad, nos pone ante una situación que se aparta poco a poco del plan de realidad sobre el que vive la sociedad actual" (ib.)

La transformación última hacia la que tiende la comunidad terapéutica es la negación de la función que liga la institución al sistema. Toda acción renovadora que no modifique esta función quedará en un simple reformismo que no moverá los cimientos de la institución: la exclusión y la vigilancia.

La eficacia de la comunidad terapéutica reside en la total dialectización del proceso. Para ello, los "roles" antes inmutables son sometidos a una constante confrontación con la realidad, y es la propia práctica la que confirma o no al médico, al enfermero, al enfermo, en su "rol". Se pretende que los encuentros no se verifiquen a nivel de "roles", sino a nivel de "personas".

Frente a la rigidez institucional se opone una situación continuamente problemática, contradictoria a veces, en la que el enfermo no es impulsado en su represión hacia una pasividad total, sino que le es demandada una responsabilización en cada uno de sus actos; la reciprocidad vuelve a instaurarse... "Vivir dialécticamente las contradicciones de la realidad es, pues, el aspecto terapéutico de nuestro trabajo".

Dentro de esa situación, la posibilidad de rehabilita-

ción del enfermo institucionalizado reside en el impulso de su agresividad como oposición al poder que le ha excluido; una fuerza reactiva que llenará su vacío emocional y posibilitará de nuevo su "personalización". "Lo que se va poniendo de relieve en nuestra experiencia es un particular tipo de regresión comunitaria en la que el enfermo debe reconstruir (...) la relación consigo mismo a través de la construcción de la relación con el otro" ("Apuntes de psiquiatría institucional")

Sin embargo, la comunidad terapéutica no es un modelo acabado, que puede aplicarse como tal. Desde el momento en que se congela cae en el reformismo y se convierte en un nuevo método, más moderno (y por ello más sutil), para mantener aparte al excluido; se volvería también ideología, al seguir encubriendo las mismas contradicciones, aun con el nuevo rostro benéfico; sería una "institución de tolerancia" en la que las relaciones internas habrían cambiado, pero no la relación entre el sistema y la institución. La comunidad terapéutica es un paso necesario, en ella está el futuro de la psiquiatría, pero no es una finalidad en sí misma. Por tanto, "nos proponemos la negación como única modalidad actualmente viable en el interior de un sistema político-económico que absorbe cualquier nueva afirmación y que la utiliza como nuevo instrumento de su propia consolidación" ("La institución negada").

El riesgo de congelación de la comunidad terapéutica va estrechamente unido a sus propios límites como institución que sigue funcionando dentro del sistema, que sólo la acepta como renovación técnica. La conciencia de esos límites es necesaria tanto en los enfermos como en los médicos y enfermeros. Ella evitaría la falsa ilusión que puede crear el cambio de las relaciones internas, establecería la imposibilidad, dentro del propio sistema, de una transformación radical de la institución psiquiátrica. Esa conciencia salvaguarda la auténtica dialéctica del proceso: "Sólo en ésta

dialéctica, mantenida al descubierto, podremos permitirnos mirar y seguir al hombre sin temor de encontrarnos, de nuevo, aprisionados en una nueva ideología que defina como natural e irreversible lo que es un simple producto histórico-social" ("La asistencia psiquiátrica como problema anti institucional").

.....
Nota sobre FRANCO BASAGLIA:

Nació en Venecia en 1.924. Psiquiatra de profesión, ocupó a partir de 1.961 el cargo de director del Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Posteriormente dirige el Hospital Psiquiátrico de Colosso (Parma). Actualmente, y con la ayuda de la O.M.S. lleva a cabo, como coordinador, una amplia experiencia en relación con el manicomio provincial de Trieste. Es profesor encargado de higiene mental en la Universidad de Parma. Es coautor de los siguientes libros:

- La institución Negada (Barral, editores)
- Morire di clare (Einaudi, 1968)
- La mayoría marginada (Lava)

Una selección de Ramón García, publicada en Cuadernos Anagrama, contiene los siguientes artículos de Basaglia:

- Apuntes de Psiquiatría Institucional.
- La asistencia psiquiátrica como problema anti-institucional.
- La enfermedad y su doble (en colaboración con Franco Basaglia Ongaro)

INFORMACION SOBRE LA SECCION AUTONOMA DE PSICOLOGIA CENTRO DEL COLEGIO DE LICENCIADOS EN FILOSOFIA Y LETRAS Y CIENCIAS

El pasado día 16 tuvo lugar una reunión general de psicólogos, primera que se celebra después de la aprobación de la Sección de Psicología por la Junta del Colegio. En dicha reunión se abordaron diversos temas entre los que destaca la discusión sobre el Estatuto profesional del psicólogo. A este respecto se acordó la creación de grupo de trabajo que redactase el proyecto para su aprobación en la próxima Asamblea. Asimismo, se trató de los Estatutos de la recién creada Sección de psicólogos cuyo articulado debe estar listo cuanto antes para una vez aprobado por la Sección ser legalizado por la próxima Junta del Colegio que iniciará sus actividades en Febrero. También se discutió el problema del paro y subempleo en que se encuentra una gran parte de los profesionales de la Psicología a causa de la no delimitación de sus funciones, insistiéndose una vez más en este punto en el tema del Estatuto profesional y urgiéndose por parte de todos a una rápida elaboración del proyecto. Como medida inmediata se creó una bolsa de trabajo que empezará a funcionar en breve.

Por último, ante la presencia del Secretario del Colegio se pasó a la elección de una Comisión formada por cinco miembros que representará a la Sección y llevará a cabo los acuerdos tomados en las reuniones generales. Al final de la reunión se manifestó el deseo de los asistentes de que la nueva Junta de Gobierno que se elija en Diciembre incluya entre sus propósitos el apoyo a las Secciones profesionales cuyas actividades no estén relacionadas con la Educación, que exija la presencia de psicólogos en los Centros de Enseñanza y que cuente en su seno con un representante de la Sección dada la importancia que esta va adquiriendo en el Colegio.

Ante todo esto, es una necesidad perentoria que todos los licenciados en psicología que tengan todo aprobado, es decir, el título, se colegien a la mayor brevedad, dado que

el pertenecer al Colegio nos facilita, entre otras cosas, el permanecer agrupados y tener posibilidad de reunirnos y discutir nuestros problemas, buscando alternativas para ellos. Para colegiarse es preciso lo siguiente:

- Dos fotos.
- Póliza de tres ptas.
- Documento Nacional de Identidad.
- Resguardo del título, o el título.
- Número de una cuenta corriente o cartilla de ahorros para domiciliar los recibos trimestrales.
- 1.500 ptas. por colegiarse.
- 150 ptas. al trimestre.

La dirección del Colegio es: c/ Sta. Bárbara, 10, 3 -
(metro Alonso Martínez).

EL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS, UNA NUEVA FRUSTRACION

Desde que se fundó la rama de psicología, el plan de estudios se convirtió en un problema fundamental. Psicología nació como subsección de Filosofía pura y, a pesar de su posterior autonomía con respecto a esta, el marcado carácter filosófico de la enseñanza ha persistido tanto por los contenidos de las materias, como por los profesores que las imparten. El primer plan de estudios ha estado vigente hasta este momento, y el intento de lograr un plan mínimamente decente (entendiendo la decencia en función del carácter científico y moderno de su orientación) y adecuado a las necesidades reales del país, ha presidido todas las exigencias de los estudiantes y les ha llevado a la unión con profesores y profesionales.

¿Por qué el problema del plan de estudios es fundamental para la psicología en el país (estudiantes, profesores, profesionales y sociedad en general)?:

1º) es fundamental para los estudiantes porque en contra de la "filosofante", insulsa y "acientífica" enseñanza que recibimos, nuestra primera necesidad es reivindicar su fundamentación científica y la modernidad de su contenido. Por otra parte, problemas nuestros como la selectividad, la enseñanza departamental, los ciclos, las titulaciones, etc. son aspectos condicionados directamente por los planes de estudios.

2º) Una de las cosas que influyen en que la labor social del psicólogo no haya sido reconocida en nuestro país es la incompetencia con que llegamos al terreno profesional como consecuencia de la deficiente formación teórica y práctica recibida en la facultad. De esta manera, también, el plan de estudios está implicado en la reivindicación de los profesionales de cara a conseguir un estatuto y un colegio profesional.

3ª) Asimismo, a los profesores les afecta en tanto que profesionales, en su mayoría, y enseñantes de la psicología en la facultad.

Es evidente y lógica la frustración de estos tres sectores y su repulsa y protesta por la imposición del plan de estudios elaborado según las directrices del director general de universidades, en una reunión de catedráticos de Filosofía y Letras, urgentemente convocada por el decano.

Hay dos elementos en la elaboración de este plan que le enfrenta decisivamente a estos sectores:

- 1) su elaboración unilateral y no democrática.
- 2) como consecuencia de lo anterior, no refleja en absoluto los intereses de los estudiantes, los profesores y los profesionales, ni muestra preocupación por las necesidades reales de nuestra sociedad. Como es palpable, en el hecho de que no se hayan tenido en cuenta ninguna de las aportaciones y propuestas que laboriosa y conflictivamente han elaborado los profesores y estudiantes de la sección a lo largo de nuestra penosa historia. Estas aportaciones se concretaron fundamentalmente en el plan de estudios elaborado por una comisión mixta de profesores y alumnos durante una larga huelga en 1972, y en los 11 puntos de la carta que en el pasado curso se elevó al Ministerio de Educación y Ciencia.

En Enero de 1.972 se inició una huelga que duró hasta después de Semana Santa, a causa de la noticia extendida por toda la Facultad de que en el plazo de un mes iban a salir los planes de Estudio de Filosofía y Letras elaborados por los profesores Fradejas, Mariner, etc. Se consiguió detener este proyecto mediante una movilización de todos los estudiantes de la Facultad. Psicología (profesores y alumnos) puesto que estaba reivindicando desde su creación un plan de estudios, se puso en huelga activa, y mientras el resto de la facultad volvía a clase, nuestra Sección estuvo elaborando un plan de estudios que respondiese a

las exigencias de una Psicología científica en el país.

Este plan era el siguiente:

PRIMER CICLO

debe comprender todas las perspectivas esenciales, así como los fundamentos históricos, filosóficos y metodológicos.

Primer curso

- Introducción a la Psicología.
- Introducción a la Psicometría
- Sociología.
- Lógica y Teoría de la Ciencia.
- Fundamentos biológicos del comportamiento.

Segundo curso

- Historia de la Psicología.
- Psicofisiología (1)
- Psicometría (1)
- Antropología
- Corrientes de pensamiento contemporáneo.
- Psicología experimental (Métodos)

Tercer curso

- Psicometría (2)
- Psicología social.
- Psicología diferencial.
- Psicología evolutiva
- Psicología Experimental (Sistemática)
- Psicopatología.

SEGUNDO CICLO

- Para pasar a la licenciatura se requiere tener aprobado todo lo anterior y dos idiomas a elegir entre inglés, francés alemán o ruso, traducción directa sin diccionario de textos psicológicos.

- la licenciatura comprende la especialización para el ejercicio profesional y la investigación.

Primer curso

obligatorio para todos (2 horas semanales)

- Teorías de la Personalidad
- Psicología del aprendizaje
- Psicología de la Motivación
- Tests Psicométricos
- Tests proyectivos
- Entrevista y consejo psicológico

tres a elegir entre (dos horas semanales)

- **Psicoanálisis.**
- Psicolingüística
- Psicología del Arte.
- Psicometría 3 (técnicas psicométricas especiales)
- Introducción a la Psicología clínica
- Introducción a la Psicología Pedagógica.
- Introducción a la Psicología industrial.

Segundo curso

nueve entre cuatro especialidades (dos horas semanales)

- Temas especiales de Psicología experimental.
- Temas especiales de Psicofisiología.
- Psicología animal comparada.
- Comportamientos colectivos.
- Dinámica de grupos
- Tendencias actuales de la Psicología.
- Psicología fenomenológica y comprensiva
- Ética y Deontología Profesional.
- Psicología religiosa.
- Psicología profesional.
- Estudio y valoración del trabajo.

- Organización de empresas y dirección de personal.
- Fisiología, higiene y Psicopatología del trabajo.
- Ingeniería psicológica.
- Psicología comercial.
- Sociología industrial, Psicociología del trabajo.
- Psicodiagnóstico escolar.
- Orientación profesional.
- Orientación escolar.
- Psicopedagogía diferencial.
- Psicopatología infantil y juvenil.
- Psicopatología y Psicopedagogía del Lenguaje.
- Psicodiagnóstico clínico.
- Dinámica de la personalidad.

Teorías y métodos Psicoterapéuticos

- Psicofarmacología.
- Terapia de comportamiento
- Informática.

Sin haberse prestado ninguna atención a este plan se llega a la noticia a finales del curso pasado de la existencia de un plan de estudios concebido por el Director General de Universidades, Sr. Suárez, que no recogía lo propuesto anteriormente. La noticia se difundió por toda la Sección planteándose la necesidad inmediata de exponer nuestras posturas y exigencias con respecto a todo plan de estudios. Para ello se elevó una carta al Ministerio de Educación y Ciencia donde se exponía lo siguiente:

"Sr. Ministro de Educación y Ciencia:

"Habiéndose hecho público el plan de estudios para la Facultad de Filosofía y Letras y el lugar en él asignado a Psicología, así como las modificaciones presentada a dicho plan, los estudiantes, reunidos en asam-

blea de toda la rama de Psicología, hemos decidido por unanimidad:

RECHAZAR EL PLAN DE ESTUDIOS presentado por el Ministerio, así como cualquier modificación que se pudiera realizar en él por cuanto significa:

- LA NEGACION DE TODOS LOS ESTUDIANTES Y PROFESORES EN SU PARTICIPACION.
- LA IGNORANCIA DELIBERADA DE TODOS LOS ANTERIORES PROYECTOS PRESENTADOS POR LA FACULTAD Y EN ESPECIAL EL PLAN DE 1972 ELABORADO POR COMISIONES MIXTAS DE ESTUDIANTES Y PROFESORES.
- UN RETROCESO RESPECTO A LA SITUACION ACTUAL: VINCULANDO DE NUEVO A PSICOLOGIA CON FILOSOFIA Y PEDAGOGIA Y PERDIENDO LA ESCASA AUTONOMIA QUE TENIA HASTA AHORA Y Oponiéndose de esta manera al deseo de toda la sección.
- UNA CONTRADICCION RADICAL CON NUESTROS INTERESES COMO ESTUDIANTES (OBTENER UNA PREPARACION CIENTIFICA Y ESPECIALIZADA), Y COMO FUTUROS PROFESIONALES (POR UN EJERCICIO ESPECIFICO E INDEPENDIENTE DE LA PSICOLOGIA)
- UN REFUERZO DE LAS BARRERAS SELECTIVAS, IMPIDIENDO LA FORMACION DE PROFESIONALES QUE PUEDAN SATISFACER LAS NECESIDADES ACTUALES DEL PAIS.
- LA DESAPARICION DE LA PSICOLOGIA DEL CAMPO PROFESIONAL Y CIENTIFICO NACIONAL.

Por eso, los estudiantes nos ratificamos en nuestras posturas expresadas en el documento de diez puntos aprobado unánimemente en Asamblea de Sección, y presentado al presidente de la sección, señor Vela, en el mes de marzo del presente año, que recoge en lo sustancial el contenido del proyecto antes citado de 1972. Este documento expresa las condiciones mínimas a las que deberá ajustarse cualquier plan de estudios para su aceptación por los estudiantes. De esta manera coincidimos con la resolución de los profesores no numerarios de esta sección,

ción, por lo que se rechaza de igual modo el plan de estudios del ministerio y sus modificaciones, y se exige la puesta en marcha del plan de 1.972 elaborado por comisiones mixtas.

Los puntos mínimos que exigimos en el Plan son:

- TOTAL AUTONOMIA CON CINCO AÑOS DE PSICOLOGIA.
- NO A LA TITULACION INTERMEDIA.
- NO A LA SELECTIVIDAD ENTRE LOS CICLOS, NI A CUALQUIER OTRO TIPO DE BARRERAS SELECTIVAS. IDIOMAS DENTRO DE LA CARRERA.
- DE SER CIERTO QUE LA TRANSFORMACION DE LOS CURSOS DE PSICOLOGIA Y PSICOTECNIA EN EL CURSO DEL SEGUNDO CICLO DE LA LICENCIATURA PUDIERA ACARREAR QUE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA CLINICA PASASE A MEDICINA, LO QUE PEDIMOS ES QUE:
 - + EL COSTE DE LAS ASIGNATURAS DE LA ESPECIALIDAD SEA EQUIVALENTE A LA DE LICENCIATURA.
 - + PARA INGRESAR EN ELLA SEA PRECISO CONVALIDAR TODO EL PLAN DE LICENCIATURA
- SE MANTENGAN TODAS LAS ESPECIALIDADES ACTUALES, CLINICA, PEDAGOGICA E INDUSTRIAL; MAS PSICOLOGIA EXPERIMENTAL.
- PRACTICAS EN LAS ASIGNATURAS QUE LAS REQUIERAN; Y EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES EN LOS DIVERSOS AMBITOS DE TRABAJO: COLEGIOS, HOSPITALES, INDUSTRIA.
- PROFESORADO EN NUMERO SUFICIENTE CON ESTABILIDAD EN EL EMPLEO Y CON UNA REMUNERACION ADECUADA QUE PERMITA LA COMPLETA ENTREGA A LA INVESTIGACION Y A LA DOCENCIA.
- REVISABILIDAD EN EL PLAN.
- PARTICIPACION DEMOCRATICA DE LOS PROFESORES Y ESTUDIANTES EN SU ELABORACION."

Toda esta carta sigue siendo válida desde el momento en que el plan de estudios que se implanta este año es una concreción de los llamados (en junio pasado) "planes Suárez". Más aún, la situación de los estudiantes de primero del plan nuevo y del segundo del plan viejo se ha visto agravada por el anunciado comienzo (¿irracional?) de las clases en Enero, y la obligación de seguir un cursillo de recuperación para los alumnos de 1º del año pasado que no han aprobado todas las asignaturas; de no aprobar este cursillo pasarían a primero del plan nuevo.

Hasta el momento de escribir esta información, aunque se tiene noticias de la total elaboración del plan de estudios solo se sabe de él lo publicado en el Boletín Oficial del Estado del 9 de septiembre de 1.973, donde se exponen las materias mínimas obligatorias de cada ciclo. Asimismo, se conoce el 1er curso del 1er ciclo de cada una de las tres facultades en que se divide Filosofía y Letras, elaborado en una reunión de profesores numerarios con el decano.

A continuación reproducimos parte de la resolución de la Dirección General de Universidades e Investigación por la que se determinan las directrices que han de seguir los planes de estudio de las Facultades de Filosofía y Letras:

Las Universidades distribuirán las materias que aquí se mencionan en disciplinas de los diversos cursos. Es recomendable que no pasen de cinco disciplinas por curso en el primer ciclo ni de cuatro en el segundo, teniendo en cuenta que el alumno debe normalmente comenzar una especialidad ya a partir del primer año del segundo ciclo.

III Filosofía y Ciencias de la Educación

Primer Ciclo

A) Materias comunes obligatorias para todos los alumnos:

Lengua española.

Historia de la Filosofía (antigua y medieval; moderna y contemporánea)

Lógica

Fundamentos biológicos de la personalidad

Introducción empírica a las Ciencias de la Educación

Antropología

Psicología general

Estadística aplicada a las Ciencias Humanas

Ética y Sociología

Psicología evolutiva

C) Materias obligatorias para los alumnos de Psicología:

Historia de la Psicología

Psicometría

Psicodiagnóstico

Segundo ciclo

B) Sección de Psicología.

Psicología experimental.

Psicología diferencial

Psicología fisiológica

Psicopatología

Psicología de la personalidad

Conocimiento y aprendizaje

Psicología social

Esta resolución fue publicada en septiembre habiéndose aprobado en junio. Es curioso constatar que se "recomienda" un máximo de cinco asignaturas por curso en el primer ciclo, siendo las obligatorias trece, y un máximo de 4 por curso, siendo las obligatorias 7 (el primer ciclo consta de tres cursos y el segundo de dos).

En una reunión convocada por el Decano y con la participación de los catedráticos de Filosofía y Letras se estableció el 1er curso del 1er ciclo de la futura Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación:

1er y 2º cuatrimestre

Lengua española
Fundamentos de Filosofía
Fundamentos biológicos de la personalidad.
Introducción empírica a las ciencias.
Antropología.

3er cuatrimestre

Estadística
3 cursos monográficos

De la simple lectura de "esto" resulta evidente su disconformidad con las opiniones de los profesores y alumnos de la rama a lo largo de toda su historia. Su elaboración sin contar con los sectores interesados (profesores, profesionales y alumnos), su acientificidad (observable por ejemplo en que se mantiene su orientación filosófica), su carácter selectivo, las titulaciones intermedias, etc., chocan ahora mismo con nuestros deseos y aspiraciones.

Semejante Plan, que únicamente viene a reestructurar dentro de las directrices de la Ley General de Educación el viejo plan de estudios con muy leves modificaciones, supone un frenazo o retroceso para la Psicología en general, y para la Sección en particular.

INFORMACION SOBRE EL CONGRESO DE PSICOLOGIA CELEBRADO EN BARCELONA

Los psicólogos componentes de las comisiones de trabajo sobre los problemas profesionales creadas en Salamanca, - en la reunión anual de la S.E.P., del año 1.972, hemos trabajado durante todo el año en la investigación de los puestos de trabajo existentes, y sus condiciones específicas o en relación con otras profesiones.

Los resultados de este trabajo se concretaron en dos documentos por parte de Madrid sobre la situación de la psicología pedagógica y de la psicología clínica respectivamente, y otros dos por parte de Barcelona sobre los mismos temas. Estos documentos, tal como se quedó en Salamanca, debían ser presentados en el IV Congreso de Psicología (que se celebró en la última semana de Abril de 1.973 en Barcelona)

Pero la Organización del Congreso no parecía propicia en principio a aceptarlo: el precio, la estructura formal, el recelo manifiesto hacia los psicólogos jóvenes, lo hacía suponer. A pesar de ello y a lo largo de los tres días, se consiguieron superar las dificultades a base de plantear claramente problemas profesionales que, como se demostró, afectaban e interesaban a la mayoría de los congresistas.

Durante los tres días, unas veces con el consentimiento de las presidencias y otras sin él, pero siempre con el apoyo de los asistentes, se leyeron en las mesas redondas los documentos citados, pasando después a vivas discusiones. Como conclusión y síntesis, se elaboró la siguiente carta, que reunió unas doscientas cincuenta firmas:

"Excelentísimo Señor:

Los abajo firmantes, componentes del IV Congreso Nacional de Psicología, hemos constatado que una de -

las condiciones que limitan de forma importante el desarrollo científico de la especialidad, radica en la propia situación profesional del psicólogo. El hecho de ser una disciplina científica joven en nuestro país, trae consigo un estado notable de imprecisión en problemas tan importantes como los de titulación, delimitación de campos de actuación profesional, intrusismo, relaciones con especialidades paralelas como pedagogía, psiquiatría, etc. En este marco problemático aparecen como condiciones fundamentales, la creación de puestos de trabajo específicos, así como la posibilidad de intervenir colegiadamente en su planteamiento y resolución, bases reales sobre las que promover el mejor desarrollo de la psicología en España.

Conscientes de esta situación, los profesionales de la psicología elevamos a las autoridades competentes las siguientes peticiones de carácter mínimo e imprescindible:

- 1º - La creación de puestos de trabajo específicos para los profesionales de la Psicología, sobre las bases siguientes:
 - a) Reconocimiento de la categoría profesional en los contratos de trabajo y realización de los mismos en los casos en que no existan.
 - b) Inclusión de la especialidad de Psicología Clínica en el marco de la Ordenanza Laboral Sanitaria, con la consiguiente creación de puestos de trabajo.
 - c) Aplicación efectiva de las disposiciones ya existentes de las previsiones de la Ley General de Educación sobre Gabinetes de Orientación en los centros escolares en todos -

los niveles de enseñanza desde la educación preescolar.

- d) Incorporación efectiva de nuestra especialidad en otros campos de actuación, tales como las áreas de reeducación, readaptación, higiene mental, etc.
- 2º - Regular las funciones del psicólogo mediante la configuración de un Estatuto Profesional con la correspondiente normativa de atribuciones.
- 3º - Posibilitar la solución de los profesionales de nuestra especialidad a través de la creación inmediata de un Colegio de Psicólogos con las debidas garantías de reunión, asociación, expresión y operatividad en los campos del ejercicio profesional, planes de estudio, Estatuto Profesional, etc."

Esta carta, forma parte de las conclusiones del Congreso, fué leída y apoyada por la Asamblea de la SEP, y debe ser elevada por el Comité Organizador del Congreso a los Ministerios de Educación, Trabajo y Presidencia del Gobierno.

Por otra parte, se discutieron largamente los problemas del Trabajo práctico, su orientación, etc. Se sugirió entre otras cosas, continuar con las Comisiones ya existentes (Clínica, Pedagógica e Industrial) pero no limitarse a ellas, ampliar el número de componentes y aglutinarlos en centros oficiales.

Como perspectivas concretas, y ya en Madrid, se han considerado las siguientes:

- Intentar conseguir una Sección Autónoma para los licenciados en Psicología, dentro del colegio de Licenciados, análoga a la de Barcelona.

- Participar en la elaboración del Estatuto Profesional de la Enseñanza, con objeto de que se especifique en él la figura del psicopedagogo, en el sentido propuesto en la carta del Congreso.
 - Ante la información obtenida sobre el nuevo Plan de Estudios (tres años comunes con Filosofía y Pedagogía, dos años de especialidad en Psicología, etc.) manifestamos nuestra preocupación por los graves -- problemas de titulación, atribuciones y formación -- que nos acarrearía. Consideramos necesario aunar es fuerzos para impedir su implantación definitiva en el próximo curso.
 - Constitución de seminarios y conferencias sobre temas científicos actuales imprescindibles de conocer para ejercer eficazmente la profesión.
 - Invitar a todos los profesionales para que, a través del Colegio de Licenciados, la S.E.P., la Facultad, etc. se pongan en contacto con nosotros y pasen a enriquecer con sus aportaciones estos trabajos, cu ya eficacia nos es necesaria a todos y a nuestra ciencia.
-

Depósito Legal: M - 32.619 - 73