

## ***BASES PARA UNA ALTERNATIVA EN PSICO(PATO)LOGÍA.***

### ***A) Frente al organicismo y la etología, psicología.***

No se trata ni de negar el substratum neurofisiológico ni la comprensión de las leyes históricas de determinación de la conducta. Se trata de integrarlos. No se trata de las bases bioquímicas de la conducta, porque eso no es exactamente psicología. Se trata de integrar, sintetizar; pero, por lo mismo, de trascendencia y superación de los componentes de base en la concreción histórica de la conducta. Comprender su estructuración y funcionamiento, como una totalización unitaria de la totalidad de factores. Lo interaccional y lo interpersonal, lo psicológico y lo social. La ideología y la acción. La conducta expresa así sus componentes reales, lo que implica la llamada a otras aportaciones teóricas (sociología, historia, comunicación, economía política del signo...). Se trata entonces de oponerse a una restringida concepción psicologista o "etologista" del ser humano y de la personalidad "enferma". Sin idealizar, por supuesto, al loco, sino comprendiéndolo precisamente como subjetividad sufriente, restringida, bloqueada, negada. Lo que lleva a la conclusión no sólo de que la psiquiatría no es posible sin un paradigma psicopatológico que la funde, sino también que este paradigma no es posible sin una concepción macropsicológica de fundación superior.

Una psicología tal tiene que establecerse sobre esas nuevas bases. Yo estoy convencido de que no la realizaré; pero también sé que la comprensión del hombre, en lo que éste tiene de subjetividad, no podrá ser llevada a cabo sino con una transformación radical de muchas de sus premisas actuales. Por lo mismo, si antipsiquiatría debe ser llamada toda tendencia que, superada la fase estricta de la negación, el del rechazo de un modelo y los paradigmas hermeneúticos que de él se desprenden, está llamada a afrontar la crítica creadora, entonces los que sigan este trabajo podrán llamarse legítimamente "antipsicólogos"

### ***B) La denuncia político-existencial de la Psiquiatría.***

Cooper viene a señalar su oposición a un "saber clásico" que consiste, en último término, en una serie de clasificaciones arbitrarias que varían de un país a otro. Denuncia de una práctica que se opone a la historia, que perpetra una violencia indudable, que degrada en loco todo vestigio de dignidad, que lo priva de su libertad, de su trabajo, de su sexualidad, del sentido de su palabra.

. Combatir contra el embrutecimiento producido por las drogas legales. Luchar contra la castración, que se expresa en los psicofármacos, el calabazo, la camisa de fuerza, el electroshock o la amputación del cerebro. Porque son esos los medios desde los que se constituye la cronificación de los hospitalizados, en cualquiera de las formas que la técnica hospitalaria pueda adoptar. Un sistema alienante de vida, una vigilancia continua, un desprecio por el sentido que clama, por el deseo que se bloquea, privados de las cosas que dan sentido a la vida, adaptado a un tipo de vida vegetal pasiva, en la que el individuo va adoptando el único buen papel que se espera de él: el del buen enfermo, tranquilo, que ayudará a las monjas y a las enfermeras ...



De esa manera, la locura deja de ser un fenómeno patológico que le acontece a un sujeto o que se instala en él. Debe ser considerada como un sistema de personalidad, como una realización (desgraciada) de la subjetividad; es una imposición, una impregnación, el resultado de una interacción estable, de una internación, de una asilación. No es ya un comportamiento absurdo, irracional, sino el único que se ha hecho posible ser, el único que se ha podido adoptar ante la tragedia de una situación que no se domina y en la que las únicas respuestas normales son precisamente la respuestas de irrealidad.

La comprensión de la epistemología de las Ciencias Sociales implica la necesidad de transformar el enfoque sobre la psico(pato)logía y su derivación psiquiátrica. Pero ello representa la eliminación de ese "anti" en la medida en que señala exclusivamente una posición reactiva. Lo que supone pasar a expresar un cambio teórico, ideológico, práctico con todas las consecuencias que entraña la lucha contra el poder, en cualquiera de sus manifestaciones.

Un concepto nuevo comienza a jugar un determinado papel dentro de esa transformación. El concepto de "sociogénesis" que, referido a las psicosis y a las neurosis, tiene y ha tenido distintas acepciones. Esta multivocidad viene determinada por la evolución histórica de los modelos investigativos en sociología, por una parte, y, por otra, por la evolución misma del concepto de "enfermedad mental". Como posturas similares podríamos establecer el "sociocentrismo" de los sociólogos y el "yatrocentrismo" de los psiquiatras. Piaget denunció esta situación: "Las ciencias humanas están situadas en la posición particular de depender, a la vez, del hombre como sujeto y como objeto, lo cual plantea materialmente una serie de cuestiones particulares y difíciles". "Con lo que la objetividad y sus propias condiciones de descentralización se hacen más difíciles y, a menudo limitadas... El sujeto sociológico o psicológico está siempre obligado a verificar si su comprensión es en realidad suficientemente rica para captar con todo detalle las estructuras".

### ***C) Sociología y Psicología: un abordaje interdisciplinar.***

¿Qué ha determinado el cambio en las concepciones psiquiátricas "minoritarias", por llamarlas de algún modo?:

- *evolución del pensamiento sociológico,*
- *evolución de los esquemas de salud y enfermedad,*
- *aparición de nuevas formaciones patológicas,*
- *evolución (limitada) de las actitudes psicológicas.*

En los últimos 100 años ( psiquiatría alemana y francesa) la aplicación del esquema médico a la locura se esfuerza por negar o minimizar toda influencia exterior al individuo como factor causal de enfermedad. El trastorno es considerado como "interior" al individuo, con un principio y un fin que se postula como fisiológico (= biológica).Hay una degradación hereditaria (se supone) que es la responsable de la existencia



de unos individuos tarados desde su nacimiento. Marx, Freud permiten reflexiones sociogenéticas que permiten ver a un individuo como el producto de unas determinadas condiciones. No se niega el hecho mismo de la "enfermedad", sino que lo que se plantea es su condición, su producción, su tratamiento. Autores como Reich, Osborne, Marcuse... van a insistir en este punto. Es necesario trascender al individuo, para dar cuenta de él, en una estricta consideración etiológica. A la vez, la misma etiología cambia de orientación, desde los modelos fisicalistas que la arrojaban. El modelo médico es así más y más combatido, lo que no obsta a su capacidad real de implantación. Ellos tienen el poder.

En sociología, los modelos heurísticos se complejizan, desde una primitiva concepción aditiva del grupo hasta su consideración nuclear actual. El individuo es ya visto como sometido a la influencia de un campo social, es decir, el todo engendra propiedades nuevas (= estructura y totalización) que se "sobreimpresionan" sobre el individuo. Sin embargo, esta concepción no va acompañada de un cambio similar en el orden de la causalidad, se respeta la vieja causalidad lineal aristotélica, con lo que se suele caer en el vicio de concebir la sociogénesis de forma que el enfermo es una víctima exclusiva del medio.

La sociología francesa (Comte, Durkheim) con su concepto de "anemia" encuentran eco en el funcionalismo de la escuela americana (Parsons, Merton, Faris, Dunhah). Se pasa así a los conocidos excesos de la epidemiología, frente al genetismo. Lo que en realidad no se cuestiona es ni el modelo de personalidad ni, por supuesto, el referente de "salud mental". Bastide, bajo influencia de Foucault, quiere romper con tal pseudoconcepto, con lo que cae en posiciones contrarias a la psiquiatría oficial. "El mundo de la locura forma parte del sistema global, por lo que siempre es posible, mediante cálculos de transformación, volverla a vincular con él... "En el límite, toda locura es una locura de pasaje (folie a deux), la del psiquiatra y la del enfermo. El psiquiatra representa al público (= conjunto de juicios colectivos sobre la locura), en tanto que el enfermo se esfuerza por ayudar al diagnóstico del médico adoptando la conducta contraria a la normal y haciendo del conjunto de sus comportamientos un ritual de rebelión" (Bastide). Por supuesto, los límites entre lo normal y lo patológico es siempre cuestión de "quién es el amo aquí" (Humpty); sin embargo, la locura se sitúa en el extremo que es incluido en la enfermedad, etc.

Concebido desde ahí, no cabe la menor duda: el neoconductismo de un Skinner es profundamente sociogenetista (= ambientalista). Así, en "Más allá de la libertad y la dignidad" expresa toda una teoría sociológica (funcionalista) de la locura; lo que no le impide concebirla como "enfermedad". Sin embargo, serán precisamente algunos sociólogos los que tengan que cuestionar el hecho de que toda desviación estadística comportamental tenga necesariamente que identificarse con una enfermedad. En ese momento, o se recurre al concepto de Historia (con lo que la "normatividad" adquiere una vinculación a la normalidad de auténtica transformación conceptual) o no quedan sino vagas nociones recurrentes.

Es decir, sociología y psicología han comenzado a perseguir juntas (y no siempre muy agudamente) la

comprensión de lo normal y lo patológico. Se comienza tímidamente a considerar la interacción desde perspectivas históricas y genetistas, analizando los mecanismos intersistémicos de "auto o heteroregulación" y los "circuitos circulares de interacción". Piaget, en un intento de acercarse a esa perspectiva, propondrá sus famosos 5 modelos de investigación sociológica, mediante los cuales intentará adaptar el estudio de los circuitos circulares o dialécticos al estudio de la relación grupo-individuo:

- 1) *Análisis multivariado: pretende afirmar el análisis matemático de las variables para establecer "funciones" (algo más que correlaciones).*
- 2) *Estructuralismo: va más allá del pensamiento causal y busca explicaciones en términos de causa y de implicación, a la vez*
- 3) *De influencia marxista: especialmente adecuados para favorecer la "distanciación" del observador.*
- 4) *Microsociología: analiza pequeños grupos y comportamientos sociales elementales.*
- 5) *Estudio del desarrollo del individuo humano en los diversos medios sociales de pertenencia.*

### ***LAS APORTACIONES DE LAING: TRADICIÓN Y RUPTURA DE SU OBRA EN LA PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA.***

Los sociogenetistas psiquiatras utilizan uno o varios de estos modelos, intentando determinar una nueva epistemología que permita perseguir la génesis y emergencia de los trastornos conductuales, desde perspectivas dinámico-genéticas, estructurales e ideológico-económicas. Las investigaciones se están multiplicando (en sociología Goffman, Levinson, Marcuse, en algún sentido, Watts... que analizan las instituciones, mientras otros, Brown, por ejemplo, el tema de la "marca social" de loco). Se cuestionan los objetivos de "re-adaptación", así como los paradigmas antropológicos que le sirven de base. Se estudian las familias modélicas, sus funciones, su "economía interna", su discurso, su comunicación, la circulación de necesidades y deseos, la responsabilidad y libertad recíprocas... Lingüistas, técnicos en comunicación, matemáticos, etólogos... colaboran en reuniones interdisciplinarias. Se ve la necesidad imperiosa de un nuevo modelo psicológico. Se rechaza la dicotomía entre "explicar" y "comprender" (Jaspers). Poco a poco se va viendo la violencia que encubre el paradigma de "normalidad": "La violencia psíquica pretende que la violencia física no sea necesaria. Su objetivo es hacer desear "lo que se debe desear". Una vez decidido el

comportamiento deseable, según los valores, arquetipos y pautas de comportamiento de la cultura dominante, "se condiciona a las personas desde la cuna a la tumba por medio de la zanahoria y el palo" (Racionero).

Laing: "La incomprendibilidad de la conducta de la persona diagnosticada surge tanto de quien diagnostica como de quien es diagnosticado. Quien tiene la mente aprisionada en la metáfora no puede verlo como tal". La normalidad ¿es salud? ¿están realmente los locos enfermos de algo? ¿Son individuos que intentan, sin conseguirlo huir de una agobiante normalidad?. Es importante esta pregunta. Pero también, lo es la comprensión de lo psicológico, de lo institucional de las ideologías, del poder, de la profundidad de las apariencias, del estatuto auténtico de la psicología y sus derivaciones técnicas. No caigamos, sin embargo, en la mística antipsiquiátrica, en sus oscuridades ritualizadas, en la extraña mezcolanza de sus fuentes. El loco está ahí y tenemos que habérselas con toda una red de factores muy a menudo irreversibles. La Historia debe poder ser rehecha constantemente, pero en condiciones que los hombres no dominamos... todavía. No podemos aceptar toda una práctica violenta de la represión, pero no olvidemos que estamos ante mujeres y hombres a los que se ha hecho imposible ya la palabra. La cronificación es el resultado de esa práctica activa de la represión. Pero antes está el hecho mismo de esa ruptura. Hay que buscar saber cómo los hombres, los desgraciados, podemos reescribir la Historia con palabras.

Desde hace aproximadamente 15 años surgen una serie de autores y tendencias que, de acuerdo con las posibilidades políticas económicas, asistenciales de su entorno, critican la utilización del modelo médico en psiquiatría Generalmente se les llama "antipsiquiatras", aunque entre ellos se den unas diferencias muy grandes. Acaso su característica común sea la de que sus intuiciones, reflexiones, críticas surjan desde dentro de su objeto de ataque, la psiquiatría como especialidad médica. Desde otras áreas de trabajo (antropología, Comunicación, Psicología...), otros críticos se han incorporado a la lucha. Son importantes también los testimonios de los propios psiquiatrizados o bien de otros sectores de marginados. En todas esas corrientes (con tácticas e ideologías a veces muy contrapuestas) hay un denominador común: la crítica a la práctica oficial. Entre esas corrientes se sitúan:

- corriente dinámico-existencial (Laing, Cooper, Esterson).

- "Político-social: Cooper, Basaglia (Psiquiatría democrática), el movimiento alemán S.P.K., Deleuze y Guattari, los planteamientos de *The Radical Therapist*, con fracciones que tienen algún predicamento en España.

- corriente Ético-sociológico y cuyo principal exponente es T. S. Szasz.

Acaso podría ser interesante hacer alguna referencia a la corriente existencial y, más en concreto, a Laing. En el origen las influencias son múltiples y de lo más dispares: Freud, M.Klein, Jung, Kierkegaard,



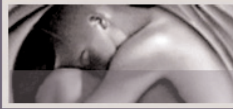
Jaspers, Heidegger, Sartre, Marx, Goffman, Bateson... Laing se opondrá a la medicalización del paciente psiquiátrico. Que se le trate de diagnosticar desde las "señales" de su "enfermedad". Hay un intento permanente de trascender el dualismo cartesiano: "No hay dualismo en el sentido de la coexistencia de dos diferentes esencias o sustancias en el objeto, soma y psique, hay dos diferentes Gestalts experienciales, persona y organismo". Definición del profesional médico: "La atribución apriorística de una supuesta enfermedad al paciente rotula inexorablemente la relación a establecer y lleva implícitamente la cosificación de la persona, percibida ya como un organismo portador de una enfermedad". "Visto como un organismo, el hombre no puede ser mas que un complejo de cosas.. ". "Gran parte de la obra de Laing está dedicada al análisis de la experiencia personal y a su revalorización clínica. Enemigo de las ideas positivistas, realiza desde el plano fenomenológico-existencial el análisis de las relaciones personales, aludiendo a los mecanismos de retroalimentación y de interacción dialéctica.

Laing no pretende negar que haya un correlato neuroquímico de la conducta, psicótica o no. Pero niega que unas determinadas peculiaridades bioquímicas tengan que verse forzosamente bajo el prisma de lo patológico. El enfermo diagnosticado sufre de un padecimiento cuya etiología nos es desconocida: es una persona que tiene sensaciones raras, que actúa de una forma rara, desde nuestro punto de vista y desde el de sus familiares. Si estas impresiones y actuaciones "raras" están o no asociadas con alteraciones orgánicas, es algo que nos es hoy por hoy absolutamente desconocido. "Aún cuando es muy probable que las alteraciones bioquímicas relativamente constantes puedan ser la consecuencia de situaciones interpersonales de naturaleza especial relativamente constantes".

Con abordaje distinto, los conceptos médicos muestran su total inutilidad: pero no es producto de la serie p1, p2, p3 sino de la serie interactuante p1, c1... La etiopatología, el diagnóstico, el pronóstico cambien radicalmente de sentido. Esto es, significa renunciar al fundamento de todo el sistema, el marco referencial de "organicidad patológica". Aparecen entonces nuevos valores como experiencia, vivencia, significación, diálogo. Laing piensa incluso que la esquizofrenia puede aparecer "como un proceso mental curativo" (?), que en alguna persona surge como la única vía para huir de una normalidad alienante. "Lo que denominamos normal es un producto de represiones, negaciones, escisiones, proyecciones, introyecciones y otras formas de acción de estructura de la experiencia. Está radicalmente extrañada de la estructura del ser".

"La locura es una vía más, ni mejor ni peor, para llegar a un renacimiento existencial". Muchos perecen en este viaje. En último termino, "la experiencia y el comportamiento esquizofrénico representan una estrategia particular que alguien intenta para soportar una situación insostenible".

Como medio de análisis, con Esterson aplicará a la familia los modelos de Bateson, para intentar dar una adecuada explicación de la causalidad y el sentido de la experiencia psicótica



Pero adelantarnos excesivamente puede suponer que no se comprenda perfectamente el sentido de la aportación de Laing. En efecto, Laing es incomprensible sin las aportaciones de la fenomenología, sin el conocimiento "sui generis" de Sartre y el existencialismo, pero sobre todo, sin la importante tradición clínica inglesa. Como muy bien ha indicado Lidz (1.973 ) Laing posee una amplia cultura filosófica y una profunda experiencia clínica, en la que tiene una gran importancia las enseñanzas teóricas y terapéuticas de Winnicott.

## ***LA ALTERNATIVA DIALÉCTICA***

Apuntamos sólo unas ideas. Desde la comprensión "doctrinaria" (= programático) de un texto hasta su conclusión pragmática. La psiquiatría como práctica empírica (= Técnica). El modelo médico:

- *génesis descriptiva cuadro clínico;*
- *síndrome taxonómicamente determinado,*
- *posibilidad de diagnóstico de la etiología.*

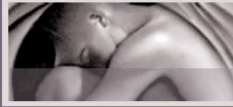
Si se apura, el modelo puede valer relativamente para las psicosis orgánicas (lesión del encéfalo); pero no para las psicosis funcionales o endógenas y es absolutamente inútil en las neurosis. Se trata de un modelo fisicalista que es incapaz de penetrar en la intencionalidad y motivación de los síntomas. Todo lo positivo que hoy puede encontrarse en la psiquiatría procede de otras áreas. Bioquímica, neuropatología, neurofisiología, sociología, antropología social... Hay que profundizar en la Historia misma de la nosología psiquiátrica (ver Foucault, Castel, Saurí, el mismo Castilla del Pino): como ejemplo paradigmático, la obra de Bunke y de Kraepelin (hay una vieja traducción en castellano).

Lo que pretendemos decir: la psicopatología no puede ser ya más tiempo una simple catalogación de síntomas (= alteraciones: de la percepción, de la representación e ideación, del concepto del pensamiento, de la afectividad... ). Se trataría de una parte, de lo que hoy pasa por Semiología médica. Debe, por el contrario, ser la psico(pato)logía el cuerpo teórico que fundamente la práctica clínica, a la vez que con ella se enriquece. Por ello:

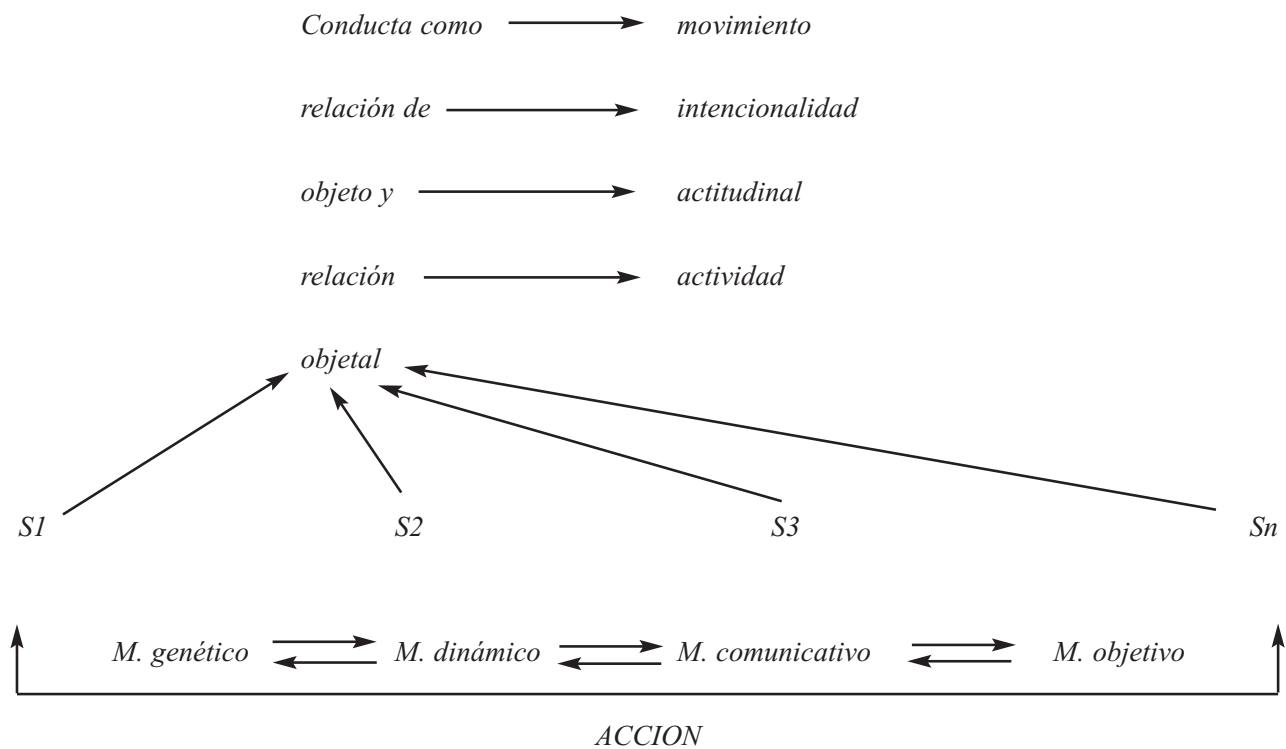
- *teoría de la personalidad*
- *teoría de la conducta*

*técnicas ...*

Lo que representa la negación de una psicopatología formalista y amotivacional. Todo acto es



conducta y toda conducta posee significación/expresión. En la aplicación al concreto, búsqueda del sentido de la conducta. De tal manera, son rasgos a integrar (modelos parciales):



- personalidad
- estructuras de defensa
- subjetividad
- self ...

¿Cómo se ve a sí misma la psiquiatría? "saber" médico, teórico técnico, que estudia las alteraciones ("mentales" o de conducta) cualquiera que sea su génesis. El proceso de su práctica: 1) disolución del trastorno, 2) interpretación (clasificación) del mismo, 3) terapéutica.

Proponemos como líneas de trabajo, mediante las cuales será posible realizar una representación de la imagen que de sí misma se da la psiquiatría:

- *Los límites históricos de la psiquiatría. Ideologías (el concepto de "enfermedad").*
- *¿Es psiquiatría independiente frente a la neurología?.*





Valoración social = valoración-pautas normativas de la normalización y criterios de comportamientos patológicos.

- *La institucionalización "médica" de la psiquiatría, censores asiladores del orden y sentido burgueses.*

- *La conquista positivista. ¿Debe haber esa separación Ciencias Naturales y Ciencias Sociales?. El significado de la "conquista del método".*

- *El objeto psiquiátrico, concepto etodinámico de conducta.*

#### ***A) El punto de partida: conducta e historia.***

¿El futuro de la psiquiatría? Freud ya indicó que, en el futuro, el psicoanálisis no tendría por qué pertenecerles exclusivamente a los médicos. En las actuales condiciones, siendo la locura una red de acontecimientos sociales, la psiquiatría no deberá poseer más títulos de propiedad sobre ella que la que pueda corresponderles a la antropología, lingüística, historia, psicología social, semiología...

Ha de cambiar radicalmente la orientación. Por supuesto, cualquier proceso psiquiátrico produce una modificación en el organismo: el toque está en saber qué entendemos por "proceso psíquico", por "modificación", por "organismo". Puntos de referencia como el "dentro" o el "afuera", la "interioridad" o la "exterioridad"... son referentes de un sistema espacial que no pueden ser aplicados, strictu sensu, al orden de la temporalidad vivida/productora que es la conducta. Si un proceso psíquico es "algo" que tiene "lugar" en un "interior" del "organismo", por supuesto establecemos la dicotomía que, desde otros extremos, se pretende combatir. Si se quiere, con toda propiedad, un proceso psíquico es un proceso conductual, con sus propias bases y leyes de función bioquímicas, neurológicas, neurofisiológicas...pero también psicológicas. Es una unidad que es afectada por su propia transitividad activa.

Pero, a la vez, ese acto de conducta posee una economía, una política, una ideología, una significación. El "interior"/"exterior" no son puntos de referencia espacial cuanto momentos de una temporalidad ejercida. "Es" la conducta, así mismo, una motivación, una intencionalidad, una finalidad, aunque no siempre vayan acompañadas de consciencia. Entonces, podremos preguntarnos legítimamente por la base bioquímica de la percepción, pero no comprenderemos la totalidad de ese acto, porque percibir es también orientarse, seleccionar, filtrar, organizar.

Como se ve, es necesario recobrar todos aquellos instrumentos que permitan dar cuenta de la conducta. Pero sin perder la conducta en su especificidad psicológica, lo que nada tiene que ver con el



psicologismo. Pero, siguiendo con el dualismo arriba camuflado, si aceptamos esa exterioridad/interioridad, ese organismo y, además, sus "estructuras" psicológicas, vendríamos a establecer la dicotomía teórica (ideológica) siguiente:

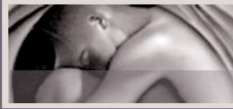
**ORGANISMO = SUJETO**  
**PSIQ. PSIC.**

El tema es si puede darse una transición (evolutiva, está claro) de lo biológico a lo psicológico y al contrario. No, sino que tendría que darse una Patología médica (¿Neurología?) que estuviera radicalmente distanciada de una posible Psico(pato)logía.

***B) Alteración o conflicto: dos concepciones de la locura.***

Quizás convenga entonces preguntarnos por la "alteración": podríamos hablar de un cierto disturbio funcional. El problema viene cuando se trata de fijar la entidad de ese disturbio. Nos parece evidente en el caso de las disfuncionalidades perceptivas, conceptuales, en la alucinación y el delirio, en la incapacidad de atención... ¿Qué ocurre con los disturbios que podemos establecer como "alteraciones" sociales, culturales, ideológicas... de la conducta? ¿qué hacer con un disturbio cultural como es el cubismo?. Pero, tenemos que hablar de la alteración de la conducta no sólo como un fenómeno transitivo (de carácter productivo: en economía, significación, expresión...), sino también como un acontecimiento "vivido". El acto es siempre un acontecimiento Ste. Y Sdo.; pero, además, un fenómeno que tiene valor, tanto para los que lo reciben como para los que lo emiten. En la estructura de ese acto, factores de actitud, filtración intencional, necesidad, motivación... confluyen en lo que llamamos "dimensión formal-operatoria" de las matrices conductuales del sujeto. Desde ahí, ¿a qué nos referimos cuando hablamos del objeto de la psico(pato)logía como "conducta alterada"? ¿Qué nos interesa en ese objeto? ¿Lo que venimos en llamar "persona"? La conducta alterada sería la disfunción económica en el "recitado" de un texto: ¿qué es la "madre" que no se quiso "madre" y se niega ahora como tal? ¿el obrero que sabotea la producción?. Más simplemente, ¿el "sabio" que ve la vaciedad de una función que lo desborda?.

Si se puede afirmar que toda conducta es la expresión concentrada, histórica, contradictoria, única y distinta en la identidad..., entonces de una "conducta alterada" sólo puede interesarnos el sujeto que realiza/ oculta/ desarrolla/ reprime/ expresa/ consume. Precisamente, lo que más se oculta, lo que da la condición de la permanencia y el cambio, lo que realiza a la personalidad en su totalización y lo que la expande. Decimos del "yo" que "está enfermo" y nos planteamos problemas de percepción, conceptualización. Decimos de la persona que "está enferma" y parece como que queremos aludir a esa totalidad; pero lo que decimos, en realidad, es de mi papel como esposo, trabajador, político, padre... Y, sin embargo, se produce esa inflación de



una de mis funciones personales y vemos que lo anega, inunda todo. Jerarquización que no se extiende sólo a mis otros "papeles", sino que acaba determinando mi "ser" más íntimo: el sentido de mi realidad y de mi sueño, mis actitudes, mis necesidades, mi "sensibilidad".. concluirán impregnadas por la economía política de mi condición social y su funcionalidad. ¿Dónde, en todo esto, está el sujeto? ¿Qué es esa actualidad que opera desde el arcaísmo de mis experiencias, aquellas que ni siquiera para mí mismo tienen palabras, que opera en mi organización de la realidad, en mi relación, que me conmueve...?

¿Desde dónde tratará la psiquiatría a ese sujeto de alteraciones conductuales?

- *por condiciones fisiopatológicas de su organismo*
- *por condiciones inherentes a la experiencia de él en tanto que sujeto*
- *por las relaciones mantenidas "con" su medio*

Todo ello va a determinar una concepción muy estricta del cuadro sindrómico y de su génesis:

- *síndromes biogénéticos (= fundamentalmente, perturbaciones orgánicas del cerebro). Alteraciones psíquicas primaria o secundariamente cerebrales. Se pierde muchas veces la consideración relacional/situacional del sistema. Un proceso patológico produce perturbaciones y cambios en la función. Se pierde también la biografía grupal misma del individuo.*
- *Síndrome psicogénéticos(= alteraciones derivadas de conflictos resultantes de la constitución del sujeto). Neurosis, caracteropatias (psicopatias en psiquiatría). El componente emocional del conflicto.*
- *síndromes sociogénéticos (ver sobre todo, la obra de Bastide - "Sociología de las enfermedades mentales", 1.965).*

En puridad, pocas veces (ninguna) dejan de aparecer factores de los tres tipos aquí mencionados. Ello nos conduce inmediatamente a tener que revisar toda concepción naturalista (en su epistemología o en sus métodos de experimentación) de una ciencia de la conducta. Un factor biogénético no puede ser aislado en absoluto de las condiciones "psico y sociogénéticas" de su desarrollo. En todo caso, una alteración estrictamente orgánica determina una orientación definida del proceso de personalización (el famoso par hominización/humanización). Pero lo que yo quiero indicar es que ya no estaremos operando con un modelo psico(pato)lógico, sino con otra cosa. Esto es, el conflicto conductual es un acontecimiento psicosocial de carácter concreto e histórico (recordar las lúcidas intuiciones de Politzer). XIV Congreso de Neuropsiquiatría (1977); G. Gilles-Granger (o.c.) Szazs (1.961,1.970,1.977); Levinson y Gallagher "Sociología del enfermo

mental", Actas del XV Congreso de Neuropsiquiatría(1980)

¿Cómo podemos desvincular la alteración de la situación? ¿Por qué el conflicto aparece exclusivamente en cierto tipo de relación?. Quizás lo más importante de lo que quiero decir: no hay "enfermos de la conducta": hay específicas estructuras de personalidad, situaciones y matrices organizacionales, experienciales, valorativas, afectivas que provocan una conducta determinada de parte del sujeto. Y esto representa, como he indicado anteriormente, que salvo para las psicosis de estricto fundamento orgánico (?), el término "enfermo" confunde más que aclara en las esquizofrenias y en todas las alteraciones afectivas.

La personalidad es un sistema de acción, un sistema de relación, y la alteración no puede ser otra cosa que alteración relacional. Si se estudia la bibliografía señalada unas líneas más arriba se llega inexorablemente a una relativización de la categoría "enfermo". Por supuesto, "enfermo" en la pura acepción médica, es decir, "orgánica" de la expresión.

### ***C) Modelos: síntesis de una discusión clásica.***

Pero ¿entonces? ¿Qué hacer?. Incluimos aquí algunas consideraciones sobre el concepto de "modelo" tal y como pretenden algunos teóricos actuales aplicarlo al campo de la conducta. Para ello, he recogido notas del Simposio dedicado al tema y reunidas por Lagache. Habrá que ir rastreando estos folios para ir desprendiendo la crítica. Insistimos, sin embargo, en que queremos conceder a este trabajo un alcance muy limitado.

### ***D) El problema.***

Como en todos los más importantes certámenes últimos sobre psicología se hace resaltar la importancia del gran tema pensamiento-lenguaje, pero, sobre todo, de la necesidad de establecer:

- 1. una adecuada teoría de los modelos*
- 2. que permita una auténtica teoría de la personalidad. (Ver "Los Modelos de la Personalidad", 1.969).*

Se insiste en ese concepto de personalidad, porque sólo él nos permitirá centrar unitariamente el objeto de la psicología (=el comportamiento humano total). En cuanto al tema de los modelos, la concepción que se expresa consiste en afirmar que se trata de un aspecto básico en las actuales investigaciones sobre epistemología: el problema es cómo se construye un modelo. La complejidad del tema se pone a cuenta de la complejidad que le es propia (= un modelo no debe sólo expresar lo existente, sino, además, explicarlo). Por tanto el tema de cómo se construye un modelo lleva conectadas las cuestiones de su significación construida

y de su propia validez epistemológica.

Para algunos autores, modelo es todo aquello que nos sirve de "objeto de representación" o toda norma que se quiera o se deba seguir". Se advierten, pues, dos dimensiones:

1. un aspecto "representativo"
2. un aspecto "normativo".

Sin embargo, la dimensión "representación" (o significación) puede resultar peligrosa, si no se la critica: no se debe apoyar jamás la acepción de "mímesis" (= imitación) para la representación. Esto es, hay que descartar radicalmente la ideología "realista" cada vez que aludamos a "representación" como actividad selectora, organizadora que formaliza significativamente lo existente. En cuanto al aspecto normativo no se instaure ninguna axiología del "deber ser": un modelo es siempre normativo en la medida en que tiene necesidad de manifestar las dimensiones formal-operatorias que la realizan... y reproducen.

#### ***E) Propuestas de clasificación de modelos.***

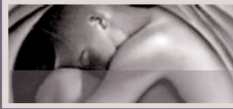
Pichot (en 1.969) ha subrayado los tipos que, a su parecer, le parecen fundamentales en la peculiar representación científica por modelos:

- Representación "escalar": *reproducción exacta de un objeto cuyas partes guardan entre sí las mismas proporciones y relaciones que posee en el original.*
- Representación "icónica".
- Representación "simbólica": *más abstracta que las anteriores, puramente conceptual.*

Y apoya esta división en las definiciones que el Littré da de modelo como "objeto de representación". Sin embargo, la dificultad se instala en el problema "objetivo", estrictamente objetivo que plantea la representación científica:

- *como reproducción de un fenómeno oculto*
- *como posibilidad de hacer experiencias con él.*

Lo manifiesta muy bien Pagés: "Construir un modelo, es decir, establecer una correspondencia entre un sistema de referencia y un sistema referido (los observables)". Hay una paradoja que proviene del arte: allí, se llama modelo a lo representado, mientras que en ciencia es modelo lo que representa. Se trata de la



representación de un objeto o fenómeno por otro y esto sólo se logra aislando un conjunto de variables y segregando otras que complican momentáneamente el sistema. Una vez realizado el modelo inicial, puede seguir un proceso de desarrollo y crecimiento, incorporando nuevas variables o nuevos fenómenos, con lo que se alcanza una complejidad creciente. Inmediatamente, se afirma por estos autores que el modelo no es, en sí mismo, ni una teoría ni una explicación del fenómeno original. Una teoría sobre un conjunto de fenómenos posee una mayor amplitud y el modelo es para la teoría una especie de andamiaje provisional, mediante el cual se puede intentar la construcción de hipótesis y teorías más abarcales. El modelo es la base de construcción de teorías. Bunge (pero también Rapaport, Liberman) indica, consecuentemente, que un modelo es "una representación esquemática, simplificada e hipotética de lo real". (1.972)

Es el mismo Bunge el que señala como importante problema la relación entre modelos y teorías, pues una teoría posee siempre uno o varios modelos conceptuales implícitos o explícitos. Por otra parte hay teorías que pueden servir de modelos para teorías más comprensivas. De modo que el modelo se convierte en el problema más pertinente de epistemología. . Otro problema interesante es el que señala Lagache: la relación entre modelo y sistema o bien entre sistemas, modelos y métodos. Como recordaréis yo en algún tiempo abordé estos temas y, desde la revisión de Piaget, propuse la consideración de que el sistema referencial objetivo tiene que ser considerado, conjuntamente, desde sus ejes:

- *epistemológicos*
- *lógicos*
- *metodológicos*.

En todo caso, si hay que distinguir entre "modelo de sistema" y teoría, hay, también, que distinguir entre "modelo" mismo y "esquemas referenciales conceptuales". Por lo mismo, una fórmula matemática no se confunde con un modelo. Estos autores añaden una propuesta de clasificación:

- *modelos icónicos/modelos abstractos*
- *modelos analógicos/modelos simbólicos*
- *modelos cuantitativos/modelos cualitativos ...*

de cuya oposición y contraste se obtendrían las características esenciales que definen al modelo científico. Por otra parte, la necesidad de estudiar el "modelo" de un sistema es esencial para hacer conscientes y relativizar los axiomas y postulados que se utilizan como punto de partida.

#### ***F) Pichot: Los modelos en Psicopatología.***

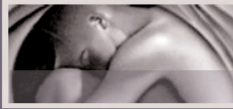
Pichot, a lo largo de un extenso trabajo, nos expone su concepción de modelo en psicopatología.

Pensamos que es importante traerlo aquí, especialmente después de las notas críticas que ya hemos expuesto anteriormente (en todo caso, se trata de una exposición muy limitada). Su punto de partida se establece sobre la necesidad, (¿cómo no?), de establecer un modelo coherente de la personalidad. Un modelo que dé cuenta tanto de los aspectos patológicos de la personalidad como de sus aspectos "normales". Para Pichot, está claro que éste fue un procedimiento ampliamente seguido por toda la psiquiatría francesa del XIX. De ahí una afirmación que también corrobora Ey: la psiquiatría nace como una "ayuda" (?) a la medicina de los alienados. Si la psicología jugó un determinado papel en la elaboración de modelos que se fueran apartando de la filosofía, más importante es el desarrollo de la psiquiatría, en la medida en que la mirada médica fue "determinante" para el establecimiento de las anomalías psíquicas. En último término, Pichot cree que el modelo exclusivamente psicológico abandona frecuentemente las dimensiones psicopatológicas (es de notar que tiene forzosamente que referirse a la psicología del siglo pasado).

Respecto a los modelos, Pichot conviene en la necesidad de abandonar el valor "imitativo": siempre que se habla de "símbolo", nos afirma, es necesario establecer una distinción entre "realidad" y "representación". Las mayores dificultades de un concepto semejante aparecen cuando se tiene que aplicar a "personalidad". Como se sabe, este concepto fue introducido en la psicología por Ribot, para el que ya no significa "lo que pertenece en esencia a un individuo, lo que hace que sea él y no otro", sino que tiene una base más antiontologista. Ribot puede hablar de "enfermedades de la personalidad" en la medida en que concibe a esta como "aquello que hace que el individuo un yo uno y permanente". Por cuanto la personalidad carece de dimensión substancial, puede enfermar, dividirse, disgregarse.

Siguiendo a Boring, Pichot afirma que el modelo puede pertenecer a dos tipos diferentes: la analogía o la matemática. El primero busca establecer un sistema de referencias "de analogía" que nos permitan comprender las características de los hechos psicológicos. El segundo trata de establecer entre los fenómenos relaciones funcionales abstractas. Ahora bien, esta primera clasificación se complejiza, si comprendemos que los primeros modelos tuvieron aplicación en las ciencias naturales. Por ello, la principal polémica se establece en la oposición entre modelos "mecánicos" y modelos "dinámicos".

Aparentemente, siendo la dinámica un simple apartado de la mecánica, siempre se estaría, en ausencia de mayores precisiones, en el terreno de la mecánica (un poco como se advierte en el modelo primitivo de Freud). Pero, sin embargo, incluso aquí son necesarias mayores precisiones: mientras que para el mecanicista estricto, el aspecto físico determina la perturbación, para el dinamista la perturbación resulta siempre de un juego de equilibrio entre fuerzas antagónicas. Pero ¿qué es mecánica?. Por principio, lo que se refiere a las máquinas y, por extensión, a todo lo que es análogo, en su funcionamiento, a las máquinas (se ven aquí todas las posiciones contemporáneas, con sólo cambiar viejos instrumentos por los más sofisticados de la Información y la Cibernética). Esta analogía puede presentarse de cuatro formas distintas:



- 1) *Es mecánico lo que funda una representación en el conocimiento de su mecanismo (- oposición a los modelos matemáticos).*
- 2) *Es mecánico lo que excluye toda potencia oculta, toda finalidad (- oposición al romanticismo vitalista alemán y sus concepciones paneteo-teleológicas).*
- 3) *Es mecánico lo que excluye la noción de fuerza, antropomórficamente considerada. Así, los tres sentidos anteriores se oponen a un dinamismo concebido como "fuerza activa (autoactiva) y finalista".*
- 4) *Es mecánico lo que puede ser reducido a los únicos conceptos en uso en la mecánica racional y a las fórmulas analíticas que ésta emplea: masa-fuerza-relaciones. (Una interesante crítica de estas posiciones pueden encontrarse en Ullmo).*

En el último sentido, el modelo es siempre una especificación matemática. El primer sentido, el modelo mecánico es sinónimo de modelo analógico, pues sólo en el campo de la mecánica podemos obtener representaciones concretas e "intuitivistas". En todos los demás tipos de representación, se ha de recurrir a sistemas abstractos de figuración.

En un segundo sentido más restringido (2 y 3), un modelo mecánico es un modelo analógico que no recurre a la noción de fuerza única e interna, actuante de forma teleonómica. Digamos que modelos como el "Animal-máquina" (Descartes) o el "Hombre máquina" (La Mettrie) son modelos que se oponen punto por punto al modelo dinámico. En todo caso, el factor discriminativo no es el concepto de fuerza (toda máquina ha de ponerse en marcha), sino la ausencia o presencia de estas tres propiedades del concepto "fuerza":

- 1) *Interna = pertenece al modelo mismo y no al exterior.*
- 2) *Única = irreplicable, en el sentido que proponen muchas teorías de la personalidad (= la organización del comportamiento resultaría de una fuerza activa interior al sujeto y exclusiva de él).*
- 3) *Teleológica = la fuerza interna, única, integrativa persigue un objetivo que es, para la mayoría de autores que adoptan esta posición, la adaptación del individuo a su medio. Este es el punto que mejor separa los modelos dinámicos de los mecánicos .*

Mientras que en los modelos mecánicos la adaptación resulta de un proceso de ensayo y error (tortugas, de Grey Walter), en los dinámicos la adaptación es la consecuencia del carácter "orientado" de la



fuerza (fuerza de naturaleza desconocida por respecto a las máquinas inventadas hasta la fecha por el hombre). "El dinamismo, dirá Ey, ejemplificando esta posición, admite una relativa autonomía de la vida respecto de la materia" (puede verse la polémica Lacan Ey en la obra del primero "Acerca de la causalidad psíquica") (1.978).

### **G) Las alternativas propuestas.**

Por el contrario, el vitalismo posee una concepción interna y finalista de la fuerza, a la que considera no reductible a ninguno de sus componentes de base, viendo en el organismo un equilibrio de fuerzas instintivas que determinan las formas y funciones de dicho organismo (hay que leer a Canguilhem y comprobar cómo, con todos sus errores, el vitalismo prefigura más las tendencias actuales de combate contra una concepción naturalista de la personalidad). Para Binet, la actividad psíquica es también finalista. Por lo tanto y según lo anterior, mecanicismo y vitalismo son los modelos entorno a los cuales se establece la gran polémica entre filósofos y biólogos, entre psiquiatras y psicólogos. Que el modelo triunfante (en base a las relaciones que mantiene con el poder) sea el mecanicista, no cabe duda ninguna.

¿Es posible salir actualmente del dilema? A nuestro modo de ver, evidentemente, con recurso al materialismo dialéctico, lo que representa tanto una crítica a la teoría vulgar del reflejo como al materialismo naturalista, así como también una crítica profunda al "idealismo vitalista" (ver los trabajos pioneros de Oparin). Pero, sobre todo, un rechazo de la escolástica marxista. Como se ha visto el marxismo no posee una teoría de la personalidad y, mucho menos, una teoría de la subjetividad como su componente más complejo. Hay una teoría macrosocial de la Historia, pero falta todavía un trabajo de concreción grupal e individual de esa Historia. Y esto es necesario afirmarlo rotundamente: un modelo materialista del concreto histórico que son los grupos y los individuos está radicalmente por hacer.

Pichot se enfrenta al tema propuesto por Woodworth: son necesarias las respuestas a tres grandes interrogantes si se le quiere auténticamente asignar un referente objetivo a la psicología.

- ¿Qué?
- ¿Cómo?
- ¿Para qué?

Tres preguntas que, se afirma, la medicina ha sido capaz de responder y que, en la actualidad, plantean un cuestionamiento esencial a la psicopatología y sus posibilidades. Como niveles complementarios

- Modelo semiológico → Descriptiva, Semiología
- Modelo patogénico → Mecanismos, Patogenia
- Modelo etiológico → Nivel causal específico

Como se ve, hay una mimesis que se hace norma y que se desprende de la concepción que Pichot mantiene de los modelos analógicos. En este caso, la mimesis se centra sobre el modelo psiquiátrico, con lo que, en definitiva, no sólo se establece una colonización ideológica, política de la psicología por la psiquiatría, sino que, además, se introduce de nuevo el dualismo. La psiquiatría no tendría sólo a la psicología como "ancillae" (lo que de hecho es lo que está ocurriendo: el médico dispone del poder... asilar, farmacológico, jurídicos...), sino que, como consecuencia, en definitiva lo psicológico se convierte a un simple epifenómeno de los procesos esenciales de base, los orgánicos. Esto es, aparentemente se fija como objeto de una psicología científica la conducta; pero, finalmente, se va a reducir la dimensión psicológica de ésta a las superestructuras de procesos secundarios. Lo peligroso del proyecto yo no lo encontraría tanto en los modelos nítidamente naturalistas como los del conductismo. Les parecen más peligrosos, más sutiles los modelos como los del organicismo dinamista de un Ey, por ejemplo.(1.965, 1.970)

#### **H) Discusión de estas propuestas.**

Queremos recordar algunas cuestiones. En primer lugar, combatiría la tesis de Lévi-Strauss (y con él a toda una amplia corriente del estructuralismo) de que el modelo está siempre "dotado de una irrealidad formal". Si la ciencia es construcción ) "relativamente" validada de modelos, si toda ella consiste en una actividad productora (o ampliadora, hasta los límites de su eficacia) de modelos, lo que hay que retener, en primer lugar, es el sentido de esa actividad productora. Ello emplaza al análisis de lo que deba entenderse por matemático, lo que, como tantas veces he repetido, nos conduce a dimensiones operativo-organizadoras. Interrogar entonces a la ciencia sólo tiene sentido si se hace desde el punto de vista de esa productividad, pero nunca desde el punto de vista de la "representación". La ciencia es una actividad productora de conceptos, cuyo efecto es el conocimiento, una actividad, pues, que posee una doble articulación:

- según el sistema de los conceptos
- según la inscripción de la palabra.

Y el conocimiento no es la "representación" de lo real, sino que es un proceso de transformación efectiva (formal, objetiva, significativa) de lo existente. Un proceso que se desarrolla desde el interior de una materialidad histórica afectada. De esto mismo, se desprende la necesidad de establecer una distribución radical que superaría la usual anglosajona entre "data" y "constructs" (= intervening-variables). Lo primero,

según ya se ha dicho en estas mismas páginas, es lo caótico, lo entrópico, lo inaccesible. El modelo (pero ya sea el del sentido común, el de los sueños, el de los mitos...) está vinculado al carácter recubierto (= inscripto, registrado, significado, simbolizado) de lo social existente. Efectivamente, pueden existir modelos que se anticipen a los "hechos", modelos que se sitúen en "otro plano" que los hechos. Pero es que el hecho es ya siempre el efecto de una determinada organización. De manera que "acceder al plano de los hechos" no es otra cosa que disponer de tal manera las cadenas operatorio-predictivas que el acontecimiento o la situación pueda ser nombrada.

Por lo mismo, no existe alternativa entre el "realismo" o el "simbolismo" de los modelos: por definición, todo modelo es operatorio-significante. De manera que tampoco la distinción cabe situarla en la articulación de los planos realidad/representación, porque lo producido es el concreto-histórico, sistemático conceptual que instala al referente en el orden de la significación, Y tampoco se trata de "convencionalismo": es ya el momento de oponerse a la escolástica aristotélica, como si el procedimiento hipotético – deductivo - experimental fuera el método. Tratar matemáticamente los acontecimientos tiene tanto que ver con una operación de formalización que tampoco escapa a esa perseguida "imaginación creadora", que hasta ahora se ha relegado al ámbito arbitrario de la construcción artística. Lo fundamental es transponer la estructura de lo real a la estructura sistemática cuyo efecto concreto es el conocimiento. Esto es lo que hemos hecho en todos los capítulos anteriores.

#### ***D) Criterios para una aproximación práctica.***

Desde el modelo teórico que adoptamos, pensamos que hay una serie de puntos indiscutibles para caracterizar a toda alternativa no ya de transformación terapéutica sino, incluso, de renovación psiquiátrica. No quisiéramos confundir la renovación psiquiátrica con la transformación terapéutica. Ya en el Reseau (1977) se trató de distinguir entre una renovación que, procediendo del campo psiquiátrico, se inscribía en su propio campo, tanto a nivel técnico como del lugar teórico en que esa renovación tenía que inscribirse. Por el contrario, los partidarios de la transformación terapéutica insistían en el hecho de que existe una permutabilidad, de fórmulas entre "psiquiatrización" y "medicalización" de la locura. Si la psiquiatrización representa la biologización del conflicto y la mistificación de una técnica-ideológica como pseudo-ciencia; la medicalización no sólo representa un fenómeno sociológico de jerarquías sino también la premisa de que el análisis científico de la conducta equilibrada o conflictuada, entra en el continente teórico de explicación y conocimiento de la medicina.

A partir de esto ya podemos decir que los mínimos rasgos que es necesario que tenga una práctica terapéutica para ser definida como "alternativa" son los siguientes:

***I.*** Respecto a la función social de las técnicas, la oposición crítica de éstos a asumir la función



delegada (por el poder dominante) de exclusión asilar de la marginalidad y de control social dominante de la oposición y la diferencia (Cooper 1975; Basaglia 1966).

*II.* Posicionamiento riguroso frente a las concepciones individual - organicistas y psicológico - funcionalistas de la locura. La primera representa la enfermedad como una alteración del proceso orgánico evolutivo; la segunda, sobre la tesis de un desarrollo armónico y progresista de la sociedad, plantea un psicologismo individual e instimista que en todo caso, puede ser mejor "modelado" por una sociedad mejor.

*III.* Establecer con rigor crítica y claridad democrática las condiciones teóricas, políticas y técnicas de la relación terapéutica. Eliminar la ocultación y la mistificación y esto representa frente al enfermo y la comunidad la oferta que el técnico hace de sí mismo como instrumento de cambio social. Y representa, además, en el propio equipo terapéutico, la existencia de unas relaciones democráticas, críticas y de responsabilidad.

*IV.* Respecto de la comprensión teórica de la "enfermedad" esta no puede ser ni humanística-mística, ni funcional-productivista. Las leyes que regulan tanto la biografía individual como el enfoque de ésta con la organización social son leyes históricas que han de ser comprendidas racional y científicamente. Esto no supone una imposición de una VERDAD objetivista y naturalizadora. El enfermo tiene su verdad y el trabajo del terapeuta consiste en ayudarlo a que la reconstruya. Lo que se quiere decir es que no por rechazo de un positivismo naturalizador: se tenga que caer en un irracionalismo de corte místico. El "asalto a la razón" es también un ejercicio de represión y opresión. En consecuencia, intentar "conocer" la enfermedad no es privilegio del técnico delegado, sino una exigencia de la propia intencionalidad transformadora del técnico comprometido.

*V.* Sin que tenga nada que ver con una psiquiatría de sector o una psiquiatría comunitaria, es necesario aceptar que la terapia tiene limitaciones políticas y prácticas que destacan su mera condición instrumental. "Devolver la locura" a la comunidad no significa sino aceptar y asumir que la gestión, del cambio y de la transformación no es tarea del técnico en cuanto tal, sino de la personalidad y la colectividad afectadas. Una transformación terapéutica e, incluso, una renovación psiquiátrica sólo pueden tener lugar cuando técnicos y pacientes, pacientes y técnicos conecten, efectivamente, con las organizaciones populares que luchan por el cambio y la transformación social. Si la enfermedad es de raíz ecosistémica y ecológica sólo transformando el carácter de las relaciones sociales y las condiciones de vida puede ser llevada a cabo una "política" de salud y bien estar.

*VI.* En un modelo semejante, la crítica desmitificadora, la historicidad de la relación terapéutica, el compromiso político e ideológico no produce efectos en una sola dirección, la del enfermo. Respecto al técnico, esta práctica terapéutica tiene también valores transformadores, no sólo por compartir con el enfermo



la alienación del ecosistema, sino también porque contribuye a desnaturalizar las relaciones interpersonales e intersubjetivas a las que la locura pertenece. Vulnerabilidad, pues, del técnico y compromiso de implicación representan rasgos que están presentes en toda relación terapéutica.

### ***I-1) El acceso a lo psico(pato)lógico.***

En los capítulos anteriores formulamos lo que entendemos por fundación teórica de la Psico(pato)logía. En este punto nos interesa exponer más descriptivamente las razones del abordaje psico(pato)lógico. En primer lugar, porque, los rasgos de desnormalización y desnormativización están presentes en toda conducta humana. En segundo lugar, porque es necesario restituir lo que de sentido y significación tiene el comportamiento considerado patológico. Poco sentido tendría hablar de una ecología social y familiar como productora del sistema de comunicación y relación patológicas, para que luego, olvidemos esta premisa y tratemos a la manifestación del conflicto desde un punto de vista de irracionalidad. Como se ha dicho, lo que es anormal o desnormativizado desde un punto de vista social tiene perfecta comprensibilidad en el marco de las relaciones interpersonales de vinculación.

Hay que dar explicación de la manifestación presuntamente "individual" y hasta, en ocasiones, "irracional" de la conducta "patológica". Encontrar el sentido crítico de esas atipicidades que descubre el discurso desnormativizado. Comprender esa inercia que inutiliza al loco en sus valores de transferencia de una situación imposible de vivir por más tiempo. Descubrir que, ese lenguaje reproduce la cristalización de un sistema incapaz de asimilar la necesidad del cambio. Interpretar críticamente el lenguaje deestructurado, para descubrir y desocultar en su fondo la lógica irracional del discurso dominante que estructura las cosas, las situaciones y a las personas naturalizándolas.

Es necesario, recuperar como palabra la expresión patológica, descubrir la estructura Ste. de lo que, en apariencia, es insignificante. Y esto hay que hacerlo desde una posición sin concesiones demagógicas que faciliten la fuga, que hagan opaca la situación o que eviten el enfrentamiento con las contradicciones de las que se sufre (así, los grupos de encuentro, las "terapias" de comuna, las sectas místicas...).

En último término, la operación terapéutica puede resumirse en pocas palabras: liberación de la fluencia del discurso, liberación de la emergencia del deseo y de la necesidad que nos permiten "re-conocernos" a nosotros mismos por el intercambio imaginario y simbólico con los otros. Posibilitar la trasgresión consciente ( y no culpable o no culpabilizada o no juzgada) de aquellas normas interiorizadas que representan la interiorización de la prohibición y de la represión y que son tanto más eficaces cuanto más "naturales" parecen. Poder poner de manifiesto lo oculto, lo atípico, lo diferente... y esperar que ni por ello se nos castigue y, sobre todo comprobar que, después de todo, no se es tan diferente de los iguales.



Son aspectos éstos que permitirán al individuo la recuperación no culpabilizada de su discurso imaginario, que le permitirán asumir con más seguridad y desde su propia identidad el intercambio simbólico con los otros y, en fin, que le permitirán reconstruir el sentido histórico/ "su" sentido histórico) de la red de fantasmas, de la estructura prohibida de sus deseos, del sistema reprimido de sus necesidades.

Y aquí, la eficacia técnica pierde cualquier posible rasgo de carácter mágico. Porque se trata de una práctica corresponsabilizada con un colectivo, con la comunidad (colectivo de técnicos y pacientes, familia, barrio, organización sindical, organización comunitaria...). Pero, sobre todo, la terapia tiene que ser la palabra misma del sujeto que se debe decir así mismo quien es, hasta qué punto es intolerable la situación, en qué medida quiere afrontar el cambio, cómo está dispuesto a asumir la búsqueda activa de su "salud", hasta qué punto está dispuesto a luchar por la erradicación de la enfermedad.

En la terapia, dos periodizaciones se contraponen combinándose dialéctica y constantemente. Periodizaciones que corresponden, una, de lo que podíamos llamar biografía simbólica de la constitución subjetivo/personal del paciente. Otra, que corresponde a lo que podemos llamar biografía vivencial-imaginaria del paciente. En la primera, la objetividad; en la segunda, la subjetividad, el sentido, la vida como el proyecto existencial que no pudo ser o que se reprimió o que se impuso.

En la biografía objetivo-simbólica, buscamos cómo se produjo, con qué características, la trayectoria constituyente que hizo de un individuo indeterminado orgánicamente, indiferenciado subjetiva y personalmente el hombre o la mujer que tenemos en frente. Biografía que establece la organización y la "marca" de la personalidad, de la corporeidad, de la subjetividad. Periodización, pues, que corresponde a un ejercicio de historiografía clínica, que busca las estructuras y las fuerzas dominantes, que busca la economía y la circulación libidinal, las necesidades de prestigio, los valores enterrados. Que señala el contexto y nombra a los personajes. Que destaca las batallas y ordena los discursos de los códigos de normativización, de normalización, de adaptación. Incluso, que llega a establecer ese conjunto de ritos de paso por el que los individuos de nuestra sociedad van pasando hasta intervenir en la totalidad de la circulación social.

Una biografía imaginaria, en la que el sujeto tiene que buscar desde las escenas arcaicas de sus miedos e inseguridades básicas hasta la negación de su deseo o la frustración de su identidad.

El método estructural dialéctico de la observación lo que nos enseña es que la naturaleza de las relaciones sociales de producción y sus condiciones, así como sus contradicciones no aparecen "directamente" sino a través de los efectos que producen. Los conceptos científicos nunca son simples, porque reflejan objetivamente un todo concreto, vivo y complejo. Lo que significa que toda realidad organizativa es siempre un todo complejo estructurado que implica un conjunto de contradicciones de manifestaciones múltiple. Esto es lo que hemos querido expresar al indicar anteriormente las distintas categorías ("ocultación" "no-

impugnación", "privaticidad"...de la contradicción principal representada por la organización que vayamos a analizar.

### ***I-2) Organización de hipótesis: criterios operativos.***

Las consideraciones anteriores nos sitúan ante el método utilizado de formulación de hipótesis. Por definición en antropología el trabajo de campo se detiene exclusivamente en la determinación de las técnicas de observación, definiendo el proceso de lo que se denomina investigación etnográfica; es el segundo momento de formulación etnológica el que ensaya las distintas propuestas de organización estructural. Nosotros, en la medida en que el objeto de investigación estaba delimitado, configuramos un sistema de hipótesis que axiomática y operatoriamente fuera capaz desde el primer momento de ordenar la investigación, Procedimiento a dirigir la sistematización de los observables estructurales.

Esto requiere una mínima explicación: en toda investigación estructural lo que se contrasta siempre es un modelo conceptual con una realización práctica. El modelo nos proporciona el conjunto de principios de partida y las técnicas de su operativización, de manera, que lo que buscamos está siempre orientado por la capacidad heurística( o de descubrimiento) del modelo elegido Como plantea Canguilhem, un experimento es una pregunta formulada desde el experimentador que "obliga" a los hechos" a responder positiva o negativamente. Ver Tuillier (1982), Gillispie (1980) y/o Lohle (1968). De la misma manera, un modelo estructural determina el área de referencia a investigar., para dar cuenta de todos los hechos observados, o lo que es lo mismo, totalización o contextualización o causalidad de la actividad productiva del sistema.

La formulación de hipótesis (axiomas y operaciones estructurales) se estableció del siguiente modo (en uno de nuestros socioanálisis):

**I.** El concepto de organización social definida desde el sistema de relaciones internas y su productividad específica resulta de la operación de modelización de aquellas otras organizaciones de producción idéntica que sirven como marco de contraste. En nuestro caso, los dos modelos propuestos se refieren a la organización de C.T. realizadas o desde una política de reforma institucional llevada a cabo por los agentes delegados del poder estatal o de organización de impugnación que procede de un proyecto de intervención transformadora de las condiciones dominantes de asistencia social. En breve, C.T. Reformista o C.T. Alternativa. No descartábamos que la organización analizada presentara lo que en términos conceptuales de la Teoría de los Sistemas Sociales se denomina "VERDIGUNG" (=combinación estructural de rasgos procedentes de formulaciones distintas).

**II.** Respecto a la inserción institucional o contrains- titucional de la organización analizada cabe una tercera posibilidad que, poseyendo el carácter institucional se sitúa al margen de desviación tolerado por el

sistema (característica común a toda marginación social A esta situación se alude con el concepto de "privatización": aunque está inserta en la cadena de causalidad institucional, parece quebrantar la norma de productividad dominante. Sin embargo en la medida en que la productividad de la organización considerada no contradice la línea de productividad dominante, en esa misma medida evidencia su naturaleza institucional desviada y no impugnante. La privatización produce un efecto naturalizador que suprime tanto en la oferta como en la demanda toda activación política de signo contrario a la política asistencial dominante.

*III.* El orden estructural de la organización revela el carácter político social de ésta, sin embargo, ese orden estructural depende también, tanto de la historia de la organización como de su momento constituyente. El concepto de "transición" manifiesta la conexión causal con las organizaciones precedentes y cohesistentes al mismo proceso de desarrollo de la organización considerada. Con este concepto no se puede establecer una teoría general (ya se considere la transición desde un punto de vista reformista ya de alternativa política). Son las condiciones concretas de cada situación histórica y el nivel de desarrollo alcanzado por la contradicción examinada (en este caso la asistencia psiquiátrica) las que determinan el proceso mismo de transición o constitución de la organización examinada. Para nuestra investigación, tenía gran importancia el establecimiento de las condiciones que determinaron la aparición de H. de D., como condiciones determinantes de la raíz reformista, contrainstitucional o "privada de dicha organización.

*IV.* De las hipótesis anteriores lo que resultará de su operación (técnicas de observación y de recogida de datos es lo que en términos clásicos se denomina "KERNGESTALT" (=estructura del núcleo productor). Esto significa el establecimiento de un concreto conceptual que da cuenta de la especificidad concreta de la organización real. Esto es, se pone de manifiesto la diferencia específica que manifiesta a la totalidad concreta en la estructura de su organización y producción. Nuestra investigación, pues, concluye conceptualmente en un modelo teórico que expresa la realidad concreta de H. de D. Desde ahí, nuestro trabajo deja de ser descriptivo para establecer las propiedades no accidentales del sistema y su articulación funcional (= distribución del poder y relaciones sociales de producción con indicación en la tasa de plusvalía obtenida).

*V.* El anterior concepto de privatización tiene también otra formulación en sociología política: es el concepto de "brecha" o "residuo real" que manifiesta la existencia de núcleos productores no rigurosamente capitalistas, pero que son funcionalizados y totalizados por la estructura capitalista dominante. Este concepto, en su eficacia crítica, tiene la importancia de subrayar el valor del "trabajo silencioso" y, en este sentido alcanza una aplicabilidad de explicación no sólo respecto a la existencia de modos residuales de producción dentro de un sistema de dominante capitalista si no también la eficacia explicativa de grupos o fuerzas sociales sobre los que opera una doble explotación como puede ser el caso del trabajo doméstico. Ni qué decir tiene que en el H. de D. aparece la doble explotación que resulta de la estructura asistencial institucional y de su gestión personalizada.



**VI.** El anterior concepto desarrollaba dos líneas complementarias que venían a definir dos nuevas hipótesis. Por la primera, veníamos en definir este residuo productivo desde la comprensión de las relaciones organizativas y culturales que caracterizan a la institución hospitalaria. Como han demostrado exhaustivamente todas las investigaciones que tiene por objeto el "cambio" dentro de las instituciones psiquiátricas (Majestre 1973 y Foudraine 1971), muestran que la táctica más difundida de resistencia al cambio consiste en la formación constante de diferencias estratificadoras en subgrupos diferenciados. La existencia de un reparto asimétrico del poder, el "lugar" que ocupa cada uno dentro del sistema, las diferentes formas de ejercer la autoridad o de recabar la legitimidad, las técnicas de difusión del rumor .... indican la estrategia autoritaria de conservación del poder. Se puede citar entre otros autores que han estudiado este tema en profundidad: Sartre (1960), Lapassade (1977), Goffman (o.c.,1959), Misbler (1955), Levenson (1961), Lemaire (1969), Dosse (1979), De la Mata(1979) y Barton (o.C.) . Por supuesto, esta organización de las relaciones y su correspondiente estructura de poder no se explican desde la organización residual considerada, puesto que esa residualidad está provocada por su relación reproductora a la organización dominante (aquí el sistema hospitalario tradicional).

**VII.** Por la segunda línea, ya se demuestre el carácter contrainstitucional de la organización estudiada ya su condición residual en el sentido anteriormente explicado, llegamos a una serie de conclusiones que establecen la validez operativa de las hipótesis de partida: en cualquiera de los dos supuestos, la organización queda inscrita en una dinámica social y dinámica más amplia. Si se trata de una auténtica medida de impugnación no puede mantenerse si no es a condición de conectar con el resto de los procesos de las prácticas de oposición a las formas dominantes de poder. Si se trata, por el contrario de un fenómeno de "residualidad productiva" o de privaticidad tampoco es posible pensarlo sino como "sostenida" por el modo de producción dominante y, en consecuencia, como amparado subordinadamente por las regulaciones de poder dominante. O dicho de otra manera, ni como residuo ni como práctica de impugnación la experiencia puede darse aisladamente o sin contextualización económico-política. De donde se puede desprender un nuevo rasgo de diferenciación: no existe práctica de oposición que no se vincule al movimiento de oposición dentro de la principal contradicción histórica (conexión al movimiento popular de oposición política). Al contrario, un residuo, una brecha, una privatización sólo puede mantenerse bajo el supuesto de subordinación a la estructura dominante. Hay que ver, por tanto, la forma de subordinación del H. de D.

**VIII.** Estas hipótesis tienen, evidentemente, su reflejo tanto en la producción asistencial como en la misma naturaleza de la relación terapéutica. Queremos decir, que la naturaleza del sistema no se muestra sólo en la práctica del colectivo terapéutico, sino también en sus efectos sobre la acción de la población terapeutizada. En primer lugar, el carácter de las relaciones en el interior del colectivo: el hecho de configurar la asistencia a partir de la base de organización comunitaria, se supone que existe un sistema de reglas que la totalidad del colectivo se da para gestionar la propia interacción cotidiana (con las limitaciones que imponen la situación político - social concreta) En segundo lugar, el hecho de que una práctica asistencial se caracterice

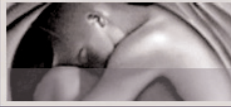
como "antipsiquiátrica" supone un concepto de "enfermedad" que define a ésta como perturbación estructural y psicológica de las posibilidades de interacción autónoma (relativamente) y creativa del individuo. La terapia a aplicar ante esta forma de concebir la locura, tiene efectos en los planos subjetivo -personal y político del conflicto. La C.T. se convierte primero en un espacio donde la manifestación de la crisis no conlleva la represión -marginación del sujeto. Segundo, en el espacio donde es posible gestionar la comprensión y superación de esa misma crisis. Tercero, se convierte en el lugar a partir del cual es posible proponer un nuevo "modelaje" de inserción activa en lo real. Por tanto, la terapia en la medida que es capaz de provocar la intervención activa del sujeto en la elaboración imaginario/simbólica de su conflicto, en esa misma medida se convierte en la organización que le permite al sujeto "enfermo" la reivindicación activa de su autonomía, identidad y responsabilidad. Es decir, la terapia es el planteamiento de un espacio activo en el que el poder (poder que detenta el terapeuta y que es suscitado y legitimado por la demanda del paciente), en donde el poder, repetimos, más la decisión contradictoria del paciente ponen las bases de una relación en la que lo que se disputa es compartir imaginariamente el poder. Imaginariamente en la misma relación terapéutica, pues el fin simbólico o real de la terapia es que el sujeto alcance la cota de poder que exige su interacción subjetiva, personal, social y política. Al contrario, una práctica asistencial psiquiátrica no resolverá, caso de hacerlo, sino la adaptación del individuo suscitando en él las conductas de dependencia (técnica, asistencial familiar...) e inseguridad (falta de autonomía, identidad subordinada, resignación, temor a la recaída...) al destacar el concepto "individual" de enfermedad y el papel activo del saber de las técnicas que requieren la pasiva obediencia del "enfermo".

**IX.** Vemos así que la productividad (marco de la terapia, esquema referencial de la terapia, realización misma de la terapia o su disolución) establece el orden estructural que se encuentra:

- a) en la organización institucional del referente observado,*
- b) en la estructura de las relaciones internas al equipo terapéutico,*
- c) en la organización total del colectivo y en los efectos de la acción terapéutica sobre los pacientes.*

Es la conducta individual y colectiva de estos últimos, tanto al interior como la exterior, lo que caracteriza el tipo de dinámica que designamos como relación terapéutica. Se puede consultar, Linares (1976), Majestre (1973), Grimson (1972), Basaglia y otros (1972), Goffman (1961), Foucault (1980), Bion (1943), Laing (1970), Dobb & Poletti (1981), Deleuze (1967), Caudill (1958), Jones (1952), Parker (1958), Berke (1980), Jervis (1978), Phillips (1963) y/o Rodríguez (1965).

Desde estos supuestos de partida, así como desde estas hipótesis nos permiten comenzar a operativizar los conceptos sobre prácticas concretas de socioanálisis y de análisis institucional de una organización



determinada, el tipo de actividad y las interacciones grupales. Conocer de la institucionalización de estos grupos o de su privacidad que viene derivada de la determinación de clase de racionalidad, ética y estética que realicen con su práctica. Transformación terapéutica que no representa una humanización superior de las condiciones de terapia, sino una comprensión epistemológica de la "enfermedad", del conflicto en crisis o no y, en consecuencia, la fundamentación nueva de las técnicas y de las prácticas propias terapéuticas.

*Jose Luis de la Mata*