

VNIVERSITATĪ VALÈNCIA

Institut Universitari d'Estudis de la Dona

Programa de Doctorado: Género, Subjetividad, Conocimiento y Cultura

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



THOMAS S. SZASZ,

PRECURSOR DE LA PSIQUIATRÍA CRÍTICA

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Carlos García-García

Dirigida por:

Prof. Dra. Ester Barberá Heredia

Prof. Dr. Joan B. Llinares Chover

VALENCIA, 2015

A Tana

AGRADECIMIENTO

Esta investigación parte de mi inquietud, como psicólogo clínico y psicoterapeuta, por encontrar respuestas a preguntas esenciales y establecer los límites y las posibilidades de mi profesión. Agradezco su esfuerzo a todos aquellos profesionales de la psiquiatría y la psicología cuyas obras me han inspirado y que, con valentía y rigor, denuncian el dogmatismo, el reduccionismo y el autoritarismo desgraciadamente presente en nuestras disciplinas. Con igual énfasis, agradezco a los pacientes el haberme enseñado lo que sé de este apasionante trabajo. También quisiera agradecer sinceramente su apoyo a las siguientes personas:

A los profesores Joan B. Llinares y Ester Barberá que con generosidad y confianza me han acompañado en esta investigación y transmitido su pasión por el saber.

A mis compañeros María Jesús Duato, José Luis Belinchón y María José García de quienes aprendí el difícil arte de escuchar.

A Laura Cayuela por lo que construimos juntos. A mis amigos, especialmente a Paco Beltrán por introducirme en la obra de Thomas Szasz, a Marea O'Sullivan por impulsarme a hacer este trabajo y a Luis Fernández de Córdova por querer y saber estar a mi lado en este proceso.

Siempre, a mis padres, a mis hermanos y a mis sobrinos.

Y, sobre todo, a mis hijos Ana, Elena, Azul y Camilo. Os quiero infinito.

ÍNDICE

Introducción	9
PRIMERA PARTE. VIDA Y OBRA DE THOMAS S. SZASZ	
1. Apuntes biográficos	29
1.1 De Budapest a Siracusa (1920-1955)	29
1.2. Los primeros años como profesor. El “caso Szasz” (1956-1962)	40
1.3. Una vida comprometida con la causa de la libertad (1963-2012)	55
2. Sistema de pensamiento	61
2.1. Szasz, filósofo de la psiquiatría	71
2.1.1. ¿Qué es la enfermedad mental?	75
2.1.2. ¿Qué clase de ciencia es la psiquiatría?	85
2.1.3. ¿Debe la psiquiatría seguir un modelo médico?	91
2.2. Szasz, político liberal y abolicionista de la psiquiatría	104
2.2.1. El liberalismo radical de Szasz	104
2.2.2. Por la abolición de la psiquiatría coercitiva	111
2.3. Szasz, teórico de la conducta y del psicoanálisis	119
2.3.1. El comportamiento humano según Szasz	119
2.3.2. La ética del psicoanálisis según Szasz	126
SEGUNDA PARTE. THOMAS S. SZASZ Y LOS CRÍTICOS DE LA PSIQUIATRÍA	
3. Szasz, la antipsiquiatría y la postpsiquiatría	141
3.1. Historia de la antipsiquiatría	144
3.1.1. ¿Qué fue la antipsiquiatría?	144
3.1.2. ¿Quiénes fueron los antipsiquiatras (y quiénes no)?	147

3.2. Críticas de Szasz a la antipsiquiatría	167
3.3. La postpsiquiatría, ¿una nueva antipsiquiatría?	175
4. Szasz y la psiquiatría crítica	185
4.1. Fundamentos de la psiquiatría crítica	185
4.2. Las teorías de tres psiquiatras críticos	200
4.2.1. La crítica de David Ingleby al positivismo psiquiátrico	200
4.2.2. La epistemología de la psiquiatría según Germán Berrios	206
4.2.3. El juicio de Allen Frances al sistema diagnóstico psiquiátrico y al tratamiento psicofarmacológico	214
4.3. Szasz y los psiquiatras críticos. Un breve estudio comparativo	221
5. Errores fundamentales de Szasz, una opinión personal y una propuesta	231
5.1. Un error teórico: Banalizar la psicosis	231
5.2. Un error político: Abolir la psiquiatría institucional	241
5.3. Medicina, psiquiatría y psicología. La formación de los clínicos	246
Conclusión	257
Anexo I. Obras completas de Thomas S. Szasz	263
Anexo II. Libros de Thomas S. Szasz	311
Bibliografía	315

INTRODUCCION

Desde que la psiquiatría¹ nació en el siglo XIX, se libra una batalla en relación con sus fundamentos epistemológicos, la naturaleza de su objeto de estudio y los principios que deben orientar su práctica. Algunos de los primeros psiquiatras, como Emil Kraepelin, entendían que la psiquiatría debía de ser una rama de la medicina pues consideraban que su objeto, al que denominaron “enfermedad mental”, era una enfermedad como cualquier otra. Defendieron la causalidad biológica de los trastornos psíquicos, establecieron una clasificación de los mismos en función de los síntomas observados (comportamientos, ideas, manifestaciones de sentimientos, etc.) y aplicaron terapias físicas a los pacientes, generalmente internados involuntariamente en manicomios. Otros, como Sigmund Freud, cuestionaron que tales trastornos tuvieran la misma cualidad que las enfermedades físicas y, por el contrario, opinaban que su origen era psicológico. Propusieron una clasificación diagnóstica basada no tanto en los síntomas como en las estructuras psíquicas de los pacientes (neurosis, psicosis y perversión) y la terapia se ejercía en el ámbito privado por medio de la palabra. En definitiva, en el primer modelo (médico) prevalecía la observación y la clasificación de los objetos (síntomas) y en el segundo (psicológico) la escucha y la interpretación de las experiencias personales del sujeto.

¹ En este trabajo, al hacer referencia a la psiquiatría también se alude, en general, a la psicología clínica. La diferencia que existe entre ambas profesiones es, fundamentalmente, que los psiquiatras han cursado estudios de medicina y pueden prescribir medicamentos, mientras que los psicólogos clínicos han cursado estudios de psicología y no están autorizados a ello. Más allá de esto, en España, los psiquiatras y los psicólogos clínicos están igualmente facultados a practicar la psicoterapia tanto en el ámbito privado como en el público. En ocasiones, se nombrará tanto a los psiquiatras como a los psicólogos clínicos como “clínicos”.

A la vista de lo anterior, la psiquiatría demuestra ser una ciencia² harto particular dado que sus practicantes no se ponen de acuerdo sobre cuál es su objeto de investigación ni sobre las formas adecuadas de ejercer el trabajo clínico. Esta multiplicidad de perspectivas teóricas e intervenciones prácticas abre, necesariamente, un interrogante sobre los fundamentos epistemológicos y conceptuales de esta disciplina. Los principales representantes de ambas tendencias quisieron cerrar de golpe las discusiones apelando, como si fueran líderes religiosos, a una fe sin pruebas: la verdad estaba en el cerebro, en el inconsciente, etc. Pocos fueron los psiquiatras que mantuvieron una postura no dogmática, crítica y sensible a los problemas conceptuales y epistemológicos. En todo caso, siempre hubo una mayor autocritica entre los representantes de la orientación subjetivista que entre los de la objetivista dado que esta última, amparada por el manto de la *verdad científica*, ha aparentado una mayor solidez conceptual. Encontramos un ejemplo de este posicionamiento crítico con la propia disciplina en las palabras del reconocido psicoanalista Harry Stack Sullivan sobre lo

² En este ensayo se clasificarán las ciencias siguiendo el planteamiento de Luque y Villagrán (2000, pp. 81-82): “La filosofía occidental de este siglo [XX] ha contemplado dos tradiciones que han influido en la visión que se tiene de la psiquiatría: por un lado, la tradición de la *filosofía analítica*, propia del mundo anglosajón, con su énfasis en el análisis del lenguaje como medio de objetivación del discurso científico; por otra, la tradición *hermenéutica*, fenomenológica y existencial, centroeuropea, que pone el acento en los aspectos subjetivos de la existencia humana y cómo estos influyen en la ciencia. Dentro de la tradición hermenéutica pero en su vertiente más epistemológica surge la distinción entre las ciencias naturales y las ciencias del espíritu [aquí también las denominaré humanidades o ciencias sociales], tal y como fue planteada por Dilthey. Mientras las primeras incluirían disciplinas como la biología, la física y la química, utilizarían la observación como método y buscarían la explicación mediante *causas*, las ciencias del espíritu (sociología, historia, antropología y psicología) buscarían la comprensión de *razones* mediante la empatía. Estas serían, por tanto, ciencias *en primera persona* que utilizarían fundamentalmente el estudio del caso individual (ciencias *idiográficas* para Windelband) mientras que las primeras serían disciplinas *en tercera persona* que buscarían generalizaciones (ciencias *nomotéticas* para Windelband)”.

inconsciente. A pesar de que este autor se refiere a la teoría creada por Freud, sustitúyase en la siguiente cita “psicoanálisis” por “psiquiatría biológica” e “inconsciente” por “neurotransmisor” o cualquier otro objeto o circunstancia considerada causal, y la conclusión será idéntica:

Es difícil construir una ciencia [en alusión al psicoanálisis] cuando hay huecos entre las cosas. ¿Quién sabe qué hay en los huecos? [...] El inconsciente es lo que no puede ser experimentado directamente, lo que llena todos los huecos de la vida mental. [...] Que nadie se sienta tentado de salir por el mundo hablando del inconsciente, porque es casi seguro que alguien le preguntará cómo llegó a saberlo. [...] Uno procede a saturar el inconsciente (ese ente que no es susceptible de experiencia directa) de razonables irracionalidades y de razonabilidades irracionales, y así por el estilo, y de ese modo, a mi entender, se convierte magnífica y completamente en un payaso (Sullivan, 1968, pp. 310-312).³

Históricamente, los dos paradigmas mencionados, el médico y el psicoanalítico,⁴ con sus distintas versiones (mucho más numerosas y diversas en la segunda vertiente, con

³ Nota sobre las citas y las traducciones: Con el fin de hacer más fluida la lectura de este trabajo, traduciré al castellano toda cita literal menor de 40 palabras escrita en otro idioma. Sólo aparecerán en su lengua original (inglés o francés) las citas que excedan las 40 palabras que no cuenten con edición en castellano. Si la hubiere, me serviré de esta traducción revisándola y alterándola cuando, en mi opinión, se aleje de lo que dicen los originales. Únicamente las citas de los textos originales de Szasz, como autor principal, serán las que cuenten con una traducción a pie de página.

⁴ Me referiré al “modelo médico” (o “biomédico”) en el mismo sentido que lo hacen Héctor González y Marino Pérez, como opuesto al “modelo contextual” (o “psicosocial”): “El *modelo médico* de terapia psicológica concibe el trastorno mental como un cuadro de síntomas que corresponden a un supuesto mecanismo psicológico interno disfuncional (equivalente a la condición biológica que supone el modelo médico de enfermedad). Así, la terapia psicológica consistiría en la aplicación de técnicas específicas, que vendrían a ser

sucesivas modalidades de psicoterapia), han alternado su hegemonía en la formación universitaria, en la práctica clínica y en el poder institucional. Sin embargo, a partir de los años ochenta, la tesis de la causalidad biológica y los tratamientos de corte médico comenzaron a ganar terreno rápidamente a las teorías psicosociales. La investigación neurocientífica aportó, mediante los estudios genéticos y las técnicas de neuroimagen, datos empíricos que avalaban (supuestamente) la correlación entre determinados marcadores biológicos y los comportamientos diagnosticados como enfermedad mental. La psiquiatría médica se proclamó, así, portadora definitiva de una *verdad* que se supuso incuestionable: la mente es el cerebro. Bajo esa bandera se produjo el auge del uso de los psicofármacos que sustituyeron a las antiguas terapias fisico-químicas (como la lobotomía, los electrochoques o los *shocks* de insulina o de cardiazol), de los manuales diagnósticos (*DSM-III* y sus siguientes versiones), de las guías clínicas y de los listados de tratamientos empíricamente validados. Esta hoja de ruta positivista, denominada “psiquiatría basada en la evidencia” (PBE) ha colonizado casi completamente la Universidad en detrimento de otros modelos.⁵ Los alumnos

equivalentes a la medicación (cuando tal especificidad no existe ni en psicofarmacología ni en psicoterapia). Por su parte, el *modelo contextual* de terapia psicológica entiende el problema presentado (que no sería necesario identificar como un ‘trastorno mental’ cual cuadro de síntomas) en el contexto biográfico de la persona y sus circunstancias. Así, la terapia psicológica consistiría más que nada en la prestación de una ayuda dada en el contexto de una relación interpersonal, se excusaría decir que profesionalmente concebida” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008, pp. 18-19). De forma esquemática, podría señalarse que en el modelo médico se localiza el síntoma (objeto), se emite un diagnóstico concreto y se prescribe el tratamiento correspondiente (técnica y/o medicamento) y en el modelo contextual se analiza la estructura psicológica y el contexto social de la persona (sujeto), no se requiere un diagnóstico concreto y cerrado, y el tratamiento está basado en la relación terapéutica a través de la palabra. Así, en el modelo médico prima la mirada y en el modelo contextual la escucha.

⁵ El psiquiatra, neurólogo y filósofo Germán Berrios afirma que: “A los psiquiatras se les pide que acepten la PBE sin ninguna otra evidencia aparte de la extorsión moral creada por las afirmaciones acerca de que las matemáticas son la máxima expresión de la ciencia y, por lo tanto, aquello que es ‘matemáticamente

de psiquiatría se formaron exclusivamente en el modelo biomédico y los de psicología en la llamada psicología científica o experimental.⁶ “Empírico” se convirtió en sinónimo de

demostrable’ debería estar por encima de todo lo demás. Nunca un defensor de la PBE ha explicado por qué un ensayo a gran escala diseñado para demostrar que la prescripción y la toma de decisiones terapéuticas basadas exclusivamente en la PBE es significativamente mejor que la toma de decisiones basada en la sabiduría y la experiencia de los médicos” (Berrios, 2011, p. 308).

⁶ En 1952, la *American Psychiatric Association* publicó la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I)*, donde aparecían descritos 106 diagnósticos de trastorno mental. La quinta edición del manual, *DSM-5*, publicada recientemente (mayo 2013), ya incluye unas cuatrocientas referencias diagnósticas. El progresivo aumento de conductas catalogadas en lo que se conoce como “la biblia psiquiátrica” y la significativa disminución de los umbrales por los que considera un comportamiento “desviado de la norma”, hace que se dispare la tasa de población susceptible de ser catalogada como “trastornada” y, en consecuencia, ser tratada.

Por otra parte, desde que en 1954 se autorizara la clorpromacina para su uso psiquiátrico, la prescripción de psicofármacos se ha convertido, en rápida progresión, en la práctica habitual no sólo de los psiquiatras sino de los médicos de atención primaria que son sometidos frecuentemente a presiones comerciales. El manual de referencia que utilizan los psiquiatras y psicólogos a la hora de diagnosticar los trastornos mentales es el *DSM* que está auspiciado por grandes corporaciones farmacéuticas. Existe la fundada sospecha de que quienes alientan la creación de nuevos trastornos psiquiátricos y la ampliación de los ya existentes poseen, de antemano, el “remedio”, estrategia perversa que les reporta grandes beneficios económicos.

Desde 1996, la División 12 de la *American Psychological Association* publica periódicamente un listado de “tratamientos empíricamente validados” (2006) de los que un altísimo porcentaje corresponde a los tratamientos farmacológicos y a los de orientación conductual o cognitivo-conductual, psicoterapias que representan a la autodenominada “psicología científica”. Este listado, que desprecia la práctica de una multitud de psicoterapeutas que no comulgan con las terapias “científicas”, responde a la siguiente ideología dominante en psicología: “Sólo hay una Psicología Clínica aceptable, aquélla que se sostiene sobre los principios del método científico. Como consecuencia, los servicios psicológicos se administrarán a los pacientes cuando hayan demostrado su validez mediante pruebas científicas planificadas al respecto” (Llobell, Frías y Monterde, 2004,

“verdadero”, “indudable”, “bueno”, “fiable”, etc. y todo enfoque no empírico fue considerado no-científico y, por tanto, falso. No obstante, mientras crecía la euforia científicista, surgieron en el seno de la psiquiatría y la psicología algunas voces críticas con el modelo médico (v.g. Ingleby (Ed.), 1982; Miller y Rose, 1986) que interrogaron la validez científica y las consecuencias políticas y prácticas de este paradigma. Esta tendencia evolucionó lentamente hasta principios de este siglo, cuando ha comenzado a publicarse un creciente número de ensayos que, empleando los mismos criterios científicos que los investigadores biológicos y realizando un serio análisis conceptual y epistemológico de la psiquiatría, han cuestionado la validez de la investigación neurocientífica y sus resultados, la eficacia de los psicofármacos y el escaso rigor científico con el que se establecen los sistemas de clasificación diagnóstica y se seleccionan las terapias avaladas por la PBE. Dichos trabajos también han desvelado las perversas alianzas político-económicas entre los Estados, la psiquiatría y las empresas farmacéuticas que han promovido la inflación diagnóstica y la prescripción masiva e indiscriminada de psicofármacos. Este pensamiento crítico ha ido ganando adeptos entre los psiquiatras y psicólogos clínicos, dando lugar a una corriente que puede denominarse

p. 7). Una de las principales defensoras de los “tratamientos empíricamente validados” es la profesora de psicología Dianne Chambless (Chambless y Hollon, 1998; Chambless y Ollendick, 2001).

Por último, la formación universitaria de los futuros psiquiatras y psicólogos está dominada por la misma ideología. De hecho, al menos en España, a aquellos alumnos de bachillerato que deseen estudiar medicina o psicología se les recomienda escoger la rama de Ciencias de la Salud, estructurada en torno a las asignaturas de química, matemáticas y biología. Una vez en las facultades de psicología y medicina, los futuros clínicos no encontrarán rastro de las asignaturas propias de las ciencias humanas y sociales sino, únicamente, de las ciencias naturales y exactas.

“psiquiatría crítica” en reconocimiento al libro que considero fundador de esta tendencia: *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (Ingleby (Ed.), 1982).⁷

Cada vez más investigadores y profesionales de la psiquiatría y la psicología se rebelan contra el autoritarismo científicista (Peteiro, 2010) presente en sus disciplinas:

Parece que el ofrecimiento que se nos hace es: “asume mi visión del hombre, de sus problemas (‘psicopatologías’), del terapeuta, de la ciencia y, razonando con mis propios argumentos, demuestra la eficacia de tu modelo de tratamiento [...]. Yo inicio el juego, y además pongo las reglas que me interesan, la primera es que nadie puede abstenerse de jugar”. Pues bien, no hay por qué aceptar una partida en esas condiciones (Rodríguez Morejón, 2004, p. 7).

Los psiquiatras críticos se oponen firmemente al reduccionismo del modelo biomédico y de la PBE (y también al de cualquier otro paradigma) y defienden la necesidad de cuestionar permanentemente los fundamentos y las prácticas de la psiquiatría, hasta el punto de afirmar que “nada puede considerarse como sagrado, incluso la idea de que la psiquiatría debe ser una rama de la medicina” (Berrios, 2011, p. xiii). Consideran que, en todo caso, la psiquiatría sería una disciplina híbrida puesto que su objeto, los trastornos y síntomas mentales, tienen vínculos tanto con las ciencias naturales (no niegan la posible influencia de los procesos cerebrales en la conducta) como con las humanidades (ya que lo que cuenta en la práctica clínica es entender el modo en que cada persona vive e interpreta su vida) (*Op.cit.*, 2011). Esta doble afiliación epistemológica, en la que prevalecerían las humanidades por ser las ciencias con mayor potencial descriptivo y comprensivo de las

⁷ Quizás, no todos los autores que incluyo en esta denominación estarían de acuerdo en llamarse así. Si empleo dicho nombre es únicamente con fines prácticos.

experiencias subjetivas, obligaría al clínico a formarse no sólo en anatomía, fisiología y bioquímica sino, quizás con mayor énfasis, en disciplinas como la filosofía, la lingüística o la sociología.

Por otra parte, los psiquiatras críticos demuestran que las decisiones de los psiquiatras (diagnósticos y tratamientos), a diferencia de las del resto de médicos, están más condicionadas por sus valores e intereses personales que por criterios científicos, que la investigación y la práctica psiquiátricas están excesivamente influidas por intereses comerciales y que la psiquiatría institucional ejerce frecuentemente una función de control social por medios coercitivos (Cf. Frances, 2014).

Como en el resto del mundo, en España cada vez más profesionales e investigadores se suman a esta tendencia crítica con la psiquiatría y la psicología científicistas:

La psiquiatría presente es radicalmente inculta. [...] Ya no existe la intención de enlazar las ideas de la psiquiatría con las nociones que provienen del resto de las ciencias humanas: psicoanálisis, antropología, lingüística, historia, literatura o filosofía. La psiquiatría, tras sus esponsales con el positivismo científico, ha dado la espalda al deseo de saber sobre la locura, enterrando la curiosidad y despreciando la inteligencia (Colina, 2012, p. 11).

El discurso psiquiátrico imperante en nuestros días, [...] a pesar de su aparente ropaje científico no deja de ser un discurso empobrecedor y temeroso, por un lado excesivamente influenciado por el último descubrimiento tecnológico, por otro inmovilista y contumaz ante la evidencia de las insuficiencias más clamorosas (Luque y Villagrán (Eds.), 2000, p. 11).

El modelo biomédico tiene un fondo paternalista que atribuye la mayor parte de la tarea de solucionar el problema mental al profesional y donde el papel del paciente se relega a aceptar las intervenciones. Esta dinámica propicia el uso de la coerción en determinadas circunstancias. Así mismo, el paradigma tecnológico que reviste de Ciencia a las intervenciones en psiquiatría, dificulta su análisis crítico, aun cuando sus efectos secundarios sean graves y el margen riesgo/beneficio sea estrecho o inexistente. Finalmente, la psiquiatría ha adquirido en los últimos años una preeminencia social que favorece la medicalización de muchos problemas de la vida cotidiana y la exposición de más ciudadanos a intervenciones inadecuadas, improcedentes o excesivas (Ortiz Lobo, 2013, pp. 17-18).

Lo que se pone de relieve por todos los lados es que los “trastornos mentales”, lejos de ser las supuestas entidades *naturales* de base biológica [...] serían entidades *construidas* de carácter histórico-social, más sujetas a los vaivenes de la vida que a los desequilibrios de la neuroquímica. El hecho de que sean entidades construidas no priva para nada a los trastornos de entidad real. Ahora bien, su carta de realidad sería de otro orden, más del orden de los problemas de la vida que de la biología y de la persona que del cerebro (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008, pp. 13-14).

Las principales aportaciones de los actuales psiquiatras críticos pueden agruparse en tres ámbitos: a) en el plano teórico, promueven un constante análisis de los fundamentos conceptuales y epistemológicos (históricos y filosóficos) de la psiquiatría en oposición al reduccionismo del modelo biomédico (también el del modelo psicoanalítico o el de cualquier otro paradigma) y de la psiquiatría basada en la evidencia y abogan por una formación amplia de los psiquiatras que incluya las humanidades; b) en el plano político, desvelan el entramado de intereses que subyacen a la relación entre la psiquiatría y las empresas farmacéuticas (epitomizado en la inflación diagnóstica y el alarmante aumento de tratamientos farmacológicos) y critican las coerciones psiquiátricas a la libertad de los individuos; y, c) en

el plano práctico, apuestan por una clínica que tenga más en cuenta los contextos y las particularidades del sujeto y que reconozca como elemento terapéutico crucial la relación entre el clínico y el paciente (Thomas, 2013).

Esta investigación es una aportación a este cambio, no de paradigma (pues la psiquiatría crítica no debe ser entendida como un conjunto de creencias, teorías y prácticas sino como una corriente de pensamiento que, justamente, cuestiona cualquier modelo de la psiquiatría presentado como verdad dogmática) sino de pensamiento y actitud, orientado a que los psiquiatras y psicólogos clínicos asuman los límites y las potencialidades reales de su disciplina y ejerzan un permanente cuestionamiento de la teoría que permita una práctica alejada de preconcepciones acríticas e intocables.

Thomas S. Szasz, precursor de la psiquiatría crítica

El primer autor que planteó tales críticas de forma sistemática fue Thomas Szasz, quien, en 1961, publicó un libro que cuestionó los principios en los que, hasta ese momento, se habían basado la psiquiatría y el psicoanálisis institucionales: *El mito de la enfermedad mental*. Sin embargo, una revisión de la literatura de la psiquiatría crítica muestra que Szasz apenas es nombrado. En este trabajo se plantearán los motivos de tal ausencia.

Thomas S. Szasz (1920-2012) fue profesor del departamento de psiquiatría de la *State University of New York* (S.U.N.Y.) en Siracusa (EE.UU.) y un prolífico autor conocido a nivel mundial por su implacable crítica al poder psiquiátrico, al concepto de enfermedad mental, al estatuto científico de la psiquiatría y al modelo médico aplicado a la psicoterapia.

También fue conocido por su defensa de las libertades individuales en asuntos como el confinamiento y el tratamiento involuntario de los llamados enfermos mentales, el uso de las drogas, la homosexualidad y el suicidio, entre otros. Por otra parte, perteneció a numerosas organizaciones profesionales y sociales y recibió decenas de reconocimientos nacionales e internacionales por su labor académica y en defensa de las libertades civiles.⁸ A pesar de la extensión y la variedad de su producción (35 libros y centenares de artículos e intervenciones) desarrollada durante más de 60 años, Szasz es conocido, principalmente, por su vertiente política liberal como abolicionista de la psiquiatría institucional. Su actividad política en contra del poder psiquiátrico le proporcionó el *reconocimiento* popular como “padre de la antipsiquiatría”, estigma que le marcó de por vida. Sin embargo, Szasz siempre negó esta afiliación y, aún más, criticó duramente los postulados de los fundadores de este movimiento, Ronald Laing y David Cooper. Considero que la desgraciada marca de la antipsiquiatría ha condicionado negativamente la interpretación de la figura de Szasz y la lectura de su obra. Uno de los propósitos de esta tesis es combatir este prejuicio demostrando que, a diferencia de lo que suele decirse, Szasz nunca fue un antipsiquiatra.

Aunque se escribieron cientos de artículos a favor y en contra de las tesis de Szasz, a día de hoy es prácticamente un desconocido, como afirma el profesor de psiquiatría John Sadler: “Cuando fui residente [de psiquiatría, en los años ochenta], todo el mundo sabía quién era Szasz, pero los estudiantes de psiquiatría de los últimos veinte años nunca han oído hablar de él” (Mitchell, 2009). Esto no sólo es confirmado por los defensores de la psiquiatría biológica como Thomas G. Gutheil, quien afirma que “simplemente, el doctor Szasz ya no

⁸ Para ampliar la información sobre los méritos de Thomas Szasz, consúltese el primer capítulo de esta tesis, “Apuntes biográficos” y su *curriculum vitae* en el sitio <http://www.szasz.com/cv.pdf>.

merece la pena” (Schaler (Ed.), 2005, pp. XXIII-XXIV), sino por los propios psiquiatras críticos que apenas lo nombran y, de hacerlo, es brevemente y en tanto antipsiquiatra radical.

No sorprende, pues, que Szasz tampoco haya suscitado mucho interés entre los académicos españoles, con la excepción de los filósofos Antonio Escotado y Fernando Savater.⁹ No me consta que en España existan investigaciones sobre su obra y en el extranjero tan sólo he hallado cinco tesis doctorales en las que aparezca su nombre en el título,¹⁰ lo que contrasta con la magnitud y, en mi opinión, valía de su legado intelectual. Pretendo presentar, con suficiente amplitud, el sistema de pensamiento de Thomas Szasz y reivindicar su importancia en la historia de la psiquiatría crítica.

En sus primeros libros y artículos (1956-1965), Szasz ya aborda las tres vertientes en las que, como he señalado, se plantean las actuales críticas a la psiquiatría:

⁹ Los principales introductores y valedores de Szasz en España han sido los filósofos Antonio Escotado, traductor de tres de sus libros (*Droga y ritual*, *La teología de la medicina* y *Nuestro derecho a las drogas*) y prologuista de la edición castellana de *El mito de la enfermedad mental* que aquí utilizo, y Fernando Savater, prologuista de *El segundo pecado* y autor de artículos de prensa sobre Szasz como, por ejemplo, “El año Szasz” (*El País*, 10 de enero de 1985): http://elpais.com/diario/1985/01/10/opinion/474159607_850215.html.

¹⁰ Pols, J. (1984). *Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas S. Szasz*. University of Groningen (Holanda); Latulippe, M. (1996). *Conflits et psychiatrie chez Thomas S. Szasz*. Université Laval (Canada); Vice, J. A. (1998). *From patients to persons: The psychiatric critiques of Thomas Szasz, Peter Sedgwick and R. D. Laing*. Vanderbilt University (EE. UU.); Maciel, R. R. (1999). *Contestação e construção do saber psiquiatrico: uma interpretação da obra de Thomas S. Szasz*. Universidade Estadual de Campinas (Brasil); Olsen, J. y Andersen, T. (2015). *Om at forstå psykiatri i forhold til Thomas Szasz*. Roskilde University (Dinamarca). Fuentes: Open Access Theses and Dissertations (<http://oatd.org>), ProQuest Dissertations & Theses Database (<http://www.proquest.com/products-services/pqdt.html>) y Networked Digital Library of Theses and Dissertations (<http://www.ndltd.org>).

1. Crítica conceptual y epistemológica. Según Szasz, los psiquiatras inventaron el término “enfermedad mental” buscando el reconocimiento social como médicos y científicos. Consideraron que su función, como científicos, era descubrir el origen biológico de la enfermedad mental y, como médicos, curarla. Su incapacidad para demostrar, mediante métodos científicos, la existencia objetiva de tal enfermedad, indica que no hay nada ni nadie que pueda ser curado en el sentido médico del término. Por tanto, mientras no se pruebe la existencia de la enfermedad mental, la psiquiatría no debe ser considerada una disciplina médica ni científico-natural. Si el término “enfermedad mental” carece de evidencia científica, sólo puede ser considerado un recurso lingüístico consensuado popularmente para describir ciertas conductas de los individuos que se apartan de la norma esperable, lo que remite, en cualquier caso, a cuestiones éticas y no médicas. De ser esto cierto, la psiquiatría no estaría vinculada a las ciencias naturales sino a las humanidades y a las ciencias sociales.

2. Crítica política. Szasz se definía a sí mismo como liberal. Se opuso firmemente a toda institución o ideología que amenazara los valores de libertad y responsabilidad individual, concretamente a lo que denominó *Estado terapéutico*¹¹ o la alianza entre el Estado y la psiquiatría en tanto institución de control y coerción social. En virtud de tal alianza, los psiquiatras han desempeñado funciones sociales muy distintas a las del resto de médicos, como, por ejemplo, la de determinar, en función de su opinión sobre el estado mental de un

¹¹ El popular concepto de “Estado terapéutico” fue acuñado por Szasz en 1963, en su tercer libro *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices* (Szasz, 1968): “Aunque quizás no lo sepamos, hemos sido testigos, en nuestra época, del nacimiento del Estado Terapéutico” (*Op. cit.*, p. 212). Véase también *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events* (Szasz, 1984b). Otro término acuñado por Szasz, que deriva del anterior, es el de “Farmacracia”, que apareció en *Droga y ritual* (Szasz, 1974) y fue ampliado en *Pharmacracy: Medicine and Politics in America* (Szasz, 2001).

individuo, si este es o no es responsable de un delito y, en base a ello, la de ordenar el internamiento y el tratamiento en contra de la voluntad de la persona arbitrariamente estigmatizada como enfermo mental, o, por el contrario, la de excusar dicho comportamiento alegando una enajenación mental. Szasz considera que dichas prácticas coercitivas o exculpatorias, en cualquier caso paternalistas, representan un atentado contra los derechos y las libertades de los ciudadanos.

3. Crítica de la práctica clínica. Según Szasz, la enfermedad mental no es sino una metáfora empleada comúnmente para designar aquellos problemas de índole ética que atañen al modo de vivir de las personas y a sus elecciones en tanto agentes morales de su existencia. Los *problemas en la vida*¹² no son en absoluto enfermedades sino conductas que requieren de una intervención psicosocial (psicoterapia) más parecida a una educación moral que a una curación. Por tanto, la aplicación de diagnósticos y terapias médicas para tales comportamientos carece de fundamento. Considera que las llamadas enfermedades mentales se asemejan más a los idiomas (comunicación intencional mediante signos) que a las enfermedades orgánicas. Así pues, en la psicoterapia no resultará útil investigar la etiología del lenguaje, como si se tratara de una enfermedad, sino entender el idioma que emplea el sujeto (pero que, sin embargo, desconoce), en tanto conducta comunicacional, así como la intención con la que es utilizado y el contexto en el que se produce. Frente a la concepción biológica de la conducta humana (analogía mente-cerebro), basada en las ciencias naturales, Szasz propone un análisis lingüístico, sociológico y filosófico de la misma. En concordancia con ello, el compromiso ético del psicoterapeuta no debe consistir en cuidar ni en curar sino

¹² Szasz toma prestado este término de H.S. Sullivan en sustitución de los de “enfermedad mental” o “trastorno psicológico” que poseen mayor carga estigmatizadora.

en “desentrañar el juego de la vida en que participa el paciente” (Szasz, 1961b, p. 58). Según Szasz, el psicoterapeuta debe ser un profesional comprometido con la ética del individualismo, no un sanador dedicado a la ética del cuidado. Defiende lo que denomina “psicoterapia autónoma”, en tanto empresa regulada por un contrato basado en el compromiso y la responsabilidad activos de los actores respecto de un objetivo final: aumentar la autonomía y la responsabilidad del cliente como condiciones para obtener un mayor grado de libertad.

Sirva lo anterior como indicio de que los argumentos de los actuales representantes de la psiquiatría crítica pudieran encontrarse ya en Szasz, a saber: el cuestionamiento riguroso de las imposturas científicas de la psiquiatría biomédica y de sus prácticas coercitivas; la defensa de una nueva conceptualización de la psicopatología diferente de las clasificaciones diagnósticas de corte médico; la propuesta de una revisión epistemológica de la psiquiatría en base a sus fundamentos históricos y filosóficos; y la necesidad de un plan de formación de los clínicos que incluya, no sólo las ciencias naturales, sino también las humanidades.

Objeto de estudio y estructura de la tesis

Como se ha señalado anteriormente, este trabajo teórico pretende subsanar el vacío de conocimiento existente sobre la obra de Thomas Szasz. Por otra parte, la tesis que defiende es que este autor debiera ser reconocido como un precursor y un referente principal de la denominada psiquiatría crítica.

La extensión y la calidad de la obra de Thomas Szasz y sus importantes, aunque no siempre reconocidas, aportaciones al campo de la filosofía de la psiquiatría son, en mi opinión, motivos que, junto a la novedad que supone presentar a este autor en la universidad española, justifican y hacen relevante esta tesis doctoral. Quién fue Thomas Szasz, por qué su figura y su obra son importantes para la actual psiquiatría crítica y cuáles son los motivos por los que carece de este reconocimiento son las preguntas fundamentales a las que esta investigación intentará dar respuesta.

El trabajo se divide en dos partes. La primera consta de dos capítulos tiene un carácter expositivo y está dedicada a presentar la figura y la obra de Szasz. La segunda consta de tres capítulos, posee un cariz demostrativo y pretende, por un lado, analizar la relación del pensamiento de Szasz con el de otros críticos de la psiquiatría y, por otro, presentar mi crítica particular a Szasz y exponer una propuesta formativa para la psiquiatría.

En el primer capítulo repasaré la biografía de Szasz, pues la considero inseparable de su labor política e intelectual, prestando especial atención a los hechos ocurridos a principios de la década de los sesenta en el departamento universitario de psiquiatría del que Szasz era profesor. Debido a sus críticas a los principios conceptuales, epistemológicos, prácticos y políticos de la psiquiatría institucional norteamericana, se le prohibió seguir formando a los médicos residentes del hospital psiquiátrico adscrito a su universidad. Estos acontecimientos, denominados “el caso Szasz” (Schaler (Ed.), 2005), fueron la mejor muestra de lo que Szasz quería demostrar: que la psiquiatría actuaba como una institución represora de las libertades individuales. El arrinconamiento que Szasz sufrió en la universidad y el despido de los profesores que apoyaban sus ideas marca tanto el fin de su proyecto académico, la formación multidisciplinar de los psiquiatras y los psicólogos clínicos, como el comienzo del poder de la

psiquiatría biológica y de la psicología autodenominada científica que hoy, cincuenta años después, impera en las universidades de todo el mundo. Los documentos consultados en este apartado serán la autobiografía de Szasz, sus testimonios en distintas entrevistas y varios artículos de otros autores referidos a su vida.

En el segundo capítulo presentaré el sistema de pensamiento de Szasz en las tres vertientes en las que tradicionalmente se han manifestado las críticas a la psiquiatría: a) el análisis filosófico (conceptual y epistemológico), estructurado en torno a las tres preguntas que suelen formularse a este respecto: ¿qué es la enfermedad mental?, ¿qué clase de ciencia es la psiquiatría? y ¿debe la psiquiatría seguir un modelo médico?; b) la crítica a las prácticas coercitivas de la psiquiatría, donde se expondrán los principios liberales de Szasz; y, c) la práctica clínica, donde se mostrarán las teorías de Szasz sobre los fundamentos de la conducta humana y sobre la psicoterapia. Se estudiarán los principales textos de Szasz desde que inició su labor crítica en 1956 (año en el que se hizo cargo de su puesto de profesor en la universidad) hasta su muerte en 2012, así como lo expresado por él en diversas entrevistas. De este modo se obtendrá una amplia visión de su pensamiento y se mostrará que nunca renunció ni modificó sus convicciones iniciales.

En el tercer capítulo trataré de demostrar que Szasz nunca fue un antipsiquiatra. Para ello, repasaré la historia de la antipsiquiatría con el fin de aclarar en qué consistió este movimiento y quién merece el apelativo de antipsiquiatra. También se expondrán las críticas de Szasz a la antipsiquiatría y, por último, se describirá un movimiento actual que puede evocar, con matices, al de la antipsiquiatría: la postpsiquiatría.

En el cuarto capítulo defenderé la tesis fundamental de esta investigación, a saber, que Szasz fue un precursor de la psiquiatría crítica. Tras exponer los fundamentos de esta tendencia a partir de los escritos de varios de sus principales representantes, se realizará un estudio comparativo de los textos de Szasz en materia de filosofía de la psiquiatría con los de algunos de aquellos como David Ingleby, Germán Berrios y Allen Frances.

En el quinto y último capítulo, trataré de aclarar los motivos por los que considero que estos autores no están de acuerdo con Szasz. En relación con ello, expondré los dos errores que, en mi opinión, cometió Szasz y que podrían justificar dicho rechazo y plantearé, para terminar, una alternativa a la actual formación universitaria de los psiquiatras coherente con los principios de Szasz y de los psiquiatras críticos.

Quisiera reiterar que esta tesis es una contribución a la creciente ola de críticas a los excesos y las falsedades de la psiquiatría biológica, de la psicología experimental y de sus consecuencias sociales y en la práctica clínica. También es un respaldo a aquellas voces que, como hizo Thomas Szasz hace décadas, reclaman una formación rigurosa en psiquiatría y psicología clínica, una enseñanza culta, en continuo cuestionamiento y abierta a otros campos del saber.

PRIMERA PARTE

VIDA Y OBRA DE THOMAS S. SZASZ

1. APUNTES BIOGRAFICOS

Con el fin de dar a conocer la figura de Thomas Szasz, en este primer capítulo presentaré los principales hitos de su vida agrupados en tres etapas: a) desde su nacimiento hasta su nombramiento como profesor universitario en 1956; b) desde 1956 hasta 1962, prestando especial atención a los hechos conocidos como “el caso Szasz”; y c) desde 1963 hasta su muerte en 2012. En la primera etapa acudiré, principalmente, a su autobiografía publicada en 2004 (Szasz, 2005a). Para el resto de su biografía, revisaré los textos de otros autores y las declaraciones ofrecidas por Szasz en algunas entrevistas. No existiendo muchos escritos sobre los aspectos biográficos de Szasz, considero que los que aquí utilizo son los más relevantes para la intención de este trabajo. El objetivo de esta exposición no es tanto contar al mínimo detalle la vida de Szasz como ofrecer un perfil de su persona y subrayar algunos hechos significativos que servirán tanto para justificar mi tesis de que Szasz fue un autor necesariamente influyente en las posteriores corrientes críticas de la psiquiatría, como para comprender el hecho de que muchos de ellos no se sienten identificados con él y, por último, para exponer mis propias críticas a este autor.

1.1. DE BUDAPEST A SIRACUSA (1920-1956)

Thomas Stephen Szasz, o Szász Tamás István,¹³ nació en Budapest (Hungría) el 15 de abril de 1920. Fue el segundo hijo, tras György (luego, George) dos años mayor,¹⁴ de una

¹³ En húngaro, el apellido se sitúa antes del nombre de pila.

acomodada, culta y armoniosa familia de origen judío.¹⁵ Tuvo una infancia feliz tan sólo perturbada por su delicada salud. Al poco de ingresar en el *Gimnázium*,¹⁶ Tamás sintió el deseo de estudiar medicina, vocación a la que se opuso firmemente su padre (Gyula, un importante comerciante agrícola) ya que no había tradición médica en la familia ni la medicina resultaba un negocio rentable en la Hungría de aquella época. Pero Tamás, quizás debido a sus propios problemas de salud, sentía una voraz curiosidad por conocer el funcionamiento del organismo humano. No estaba interesado en practicar la medicina, sino en saber de medicina. Su otra vocación temprana era la de escritor (Szasz, 2005a, pp. 9-10).

Cuando Hitler ascendió al poder, Otto Szász, tío paterno de Tamás, fue despedido de la Universidad de Frankfurt donde era un distinguido profesor de matemáticas, debido a sus condiciones de judío (aunque previamente se había convertido al catolicismo) y extranjero. Pronto, Otto recibió invitaciones de varias universidades de Norteamérica adonde emigró en 1933. Tras sus estancias en el *MIT* y en la *Brown University*, Otto terminó aceptando un puesto de profesor en la Universidad de Cincinnati (*Op.cit.*, p. 10).

Tras el *Anschluss*¹⁷, los Szász decidieron seguir los pasos de Otto y emigrar a Estados Unidos. Pero la cuota estadounidense de inmigración para los húngaros estaba completa ese año y no había esperanzas de que se ampliara. Debido a las largas listas de solicitantes, los

¹⁴ Thomas Szasz siempre expresó admiración y agradecimiento a su hermano George (Kerr, 1997, p. 39; Szasz, 2005a, pp. 6-7). Su nombre aparece en el apartado “Reconocimientos” de muchos de sus libros y le dedicó alguno de ellos, por ejemplo, *La ética del psicoanálisis* y *Pharmacracy*.

¹⁵ El apellido de nacimiento de su padre era Schlesinger pero, cuando este era estudiante, lo “magiarizó” a Szasz para ocultar su ascendencia judía (Kerr, 1997, p. 40).

¹⁶ Equivalente al Instituto de Educación Secundaria. Los alumnos ingresaban a los diez años de edad.

¹⁷ Anexión de Austria a la Alemania nazi en marzo de 1938.

Szász tendrían que esperar mucho tiempo para obtener un visado. Finalmente, Gyula pudo hallar un camino que resolvía la situación. El sistema de cupos estadounidense por el que se concedían los visados no se basaba en la nacionalidad actual de la persona sino en el país donde hubiera nacido tal como se denominara con posterioridad a 1920. Los hermanos Otto y Gyula Szász nacieron a finales del siglo XIX en el norte de Hungría que era parte del imperio austro-húngaro. Tras los tratados de Versalles (1919) y Trianon (1920) por los que se desmanteló el imperio tras la primera guerra mundial, aquella zona fue incorporada a un nuevo Estado: Checoslovaquia. De este modo, Gyula podía demostrar haber nacido en Checoslovaquia, nacionalidad cuya cuota de inmigración no estaba completa en 1938. Por fin, los Szász podrían reunirse con Otto en EE.UU como inmigrantes legales (*Op.cit.*, pp. 10-11).

En julio de 1938, György estaba en París con intención de marchar a Inglaterra y Tamás, que acababa de graduarse en el *Gimnázium* y hablaba fluidamente francés y alemán, estaba en Grenoble con la idea de ingresar en la facultad de medicina en otoño. Tamás recibió una carta de su padre informándole de que él y György partían hacia América e invitándole a tomar una decisión. Los tres varones Szász se reunieron en París en agosto. Gyula partió enseguida hacia Nueva York. György y Tamás debían esperar a que su padre realizara las gestiones en EE.UU. para la tramitación de los visados de sus hijos y su posterior envío a alguna embajada en Europa donde los hermanos Szász los recogerían. Temiendo una inminente invasión de Francia por los alemanes, György y Tamás huyeron a Rotterdam. A principios de octubre, los visados llegaron al consulado norteamericano de Amsterdam y, finalmente, György y Tamás embarcaron hacia los Estados Unidos. Tras once días de navegación, llegaron a Hoboken (New Jersey) el 25 de octubre, fecha que es considerada por Thomas Szasz como un segundo nacimiento. Su madre, Livia, llegó unos meses después a

Cincinnati donde residía su familia, dando así por finalizada la vida de los Szász en Europa (*Op.cit.*, p. 11-13).

A pesar de su rudimentario inglés, Thomas se matriculó en la Universidad de Cincinnati en 1939 donde obtuvo el graduado con honores en física en 1941. Mientras estudiaba, durante 1940, solicitó su ingreso en veintiséis facultades de medicina. En virtud de su brillante expediente académico, casi todas las facultades aceptaron la solicitud, condicionada siempre a la realización una entrevista personal previa. En muchas de dichas entrevistas Szasz fue rechazado por su ascendencia judía (Kerr, 1997, p.40). Finalmente, fue aceptado en la facultad de medicina de la Universidad de Cincinnati, donde contaron las buenas recomendaciones de sus anteriores profesores además de ser residente en la ciudad y sobrino de Otto, profesor de la misma universidad. Szasz comenzó sus estudios de medicina en 1941 y se graduó, como primero de su promoción, en 1944 (Szasz, 2005a, pp. 14-16).

Posteriormente, tras una estancia de nueve meses como interno en el *Harvard Medical Service* del *Boston City Hospital*, comenzó su residencia médica en 1945 en su *alma mater*, el *Cincinnati General Hospital*. Thomas iba a convertirse en un practicante de la medicina, cosa que nunca había deseado. Esta perspectiva, en la que la práctica prevalecía sobre la auténtica vocación intelectual, su pasión por las humanidades, hizo que Szasz se replanteara su futuro (*Op. cit.*, p. 17). Así, al poco de comenzar su residencia médica general en Cincinnati, Szasz decidió abandonar su carrera como médico practicante e iniciar la de psicoterapeuta. Sin embargo, a pesar de que nunca se consideró un psiquiatra, necesitaba el título de médico

psiquiatra para obtener la autorización para trabajar como psicoterapeuta (Wyatt, 2004, p. 80).¹⁸

Voraz e inquieto lector desde muy joven, Szasz estudió a fondo los escritos de Sigmund Freud y del psicoanalista húngaro Sándor Ferenczi, por lo que era mejor conocedor de la historia de la psiquiatría y del psicoanálisis que sus profesores de psiquiatría (Szasz, 2005a, p. 17). Por otra parte, las sátiras sobre la psiquiatría y el psicoanálisis del escritor húngaro Karinthy Frigyes ejercieron una profunda influencia en el joven Tamás, quien aún antes de abandonar Hungría, ya había llegado a la siguiente conclusión:

That psychiatry and psychoanalysis had nothing to do with real medicine [...]. Psychiatrists locked up troublesome persons in insane asylums for the benefit of their relatives; psychoanalysts, who were not supposed to touch their patients, engaged in a particular kind of conversation with them. Incarcerating people and talking to them were not medicine. [...] [But] in the United States psychoanalysis was defined a medical activity, a special kind of psychiatry (*Op.cit.*, pp. 17-18).¹⁹

Planeó, pues, terminar su residencia general en 1946 y seguir con una residencia en psiquiatría. En una conversación con el jefe del departamento de medicina de la Universidad

¹⁸ En los Estados Unidos de aquella época sólo los médicos psiquiatras estaban autorizados a ejercer la psicoterapia ya que el psicoanálisis era considerado, a diferencia de lo que postulaba Freud, una práctica médica.

¹⁹ “Que la psiquiatría y el psicoanálisis no tenían nada que ver con la auténtica medicina [...]. Los psiquiatras encerraban a las personas problemáticas en asilos para locos en beneficio de sus parientes; los psicoanalistas, de quienes se suponía que no tocaban a sus pacientes, entablaban con ellos una clase particular de conversación. Encarcelar a las personas y hablar con ellas no era medicina. [...] [Pero] en Estados Unidos el psicoanálisis se definía como una actividad médica, una forma especial de psiquiatría”.

de Cincinnati, Marion Blankenhorn, en la que Szasz le expuso esta decisión, aquél dijo: “Siento escuchar eso, Tom. La medicina pierde un buen hombre” (*Op.cit.*, p.18). Estas palabras fueron recordadas por Szasz cada vez que escuchaba a los psiquiatras reivindicar su identidad como médicos. Igual que Freud pensó al escuchar a Charcot decir en privado sobre la génesis de la histeria que “siempre se trata de lo genital, siempre”, Szasz se preguntaba ahora: “Pero si él piensa eso, ¿por qué se expresa y actúa [en público] como si los psiquiatras fueran auténticos médicos?” (*Ibid.*).

Szasz eligió hacer su residencia psiquiátrica en el hospital adscrito a la facultad de medicina de la Universidad de Chicago. Sus razones fueron que dicha universidad estaba orientada hacia el psicoanálisis y que en esa ciudad se ubicaba el *Chicago Institute for Psychoanalysis*, prestigiosa institución fundada en 1932 por el psicoanalista húngaro Franz Alexander, en la que Szasz quería formarse. En 1946 comenzó simultáneamente su residencia psiquiátrica y su formación psicoanalítica. Era el único residente del exiguo departamento de psiquiatría de la universidad, donde no se atendían casos graves sino, más bien, asuntos cotidianos (problemas maritales o con el alcohol, estados depresivos o ansiosos, etc.) de personas de clase alta que acudían allí por el trato sumamente discreto que se les dispensaba (ingresaban en el hospital con un diagnóstico falso y aceptable como, por ejemplo, el de gastroenteritis). El jefe de departamento de psiquiatría, Henry Brosin, advirtió a Szasz de que su formación en aquel hospital sería incompleta para la práctica posterior de la psiquiatría, pues allí no obtendría experiencia con enfermos mentales graves. Insistió, por su bien, en que completara su residencia en el *Cook County Hospital*, también ubicado en Chicago. Szasz, siendo un joven residente, no creyó conveniente expresar a su superior sus ideas sobre la enfermedad mental y la coerción psiquiátrica y su negativa a practicar nada que no fuera el psicoanálisis privado y consentido. Comunicó a su superior su deseo de abandonar el

departamento de psiquiatría de la Universidad de Chicago y buscar otro lugar donde terminar su residencia. El centro elegido fue *The Institute for Juvenile Research*, donde atendería “a familias y a sus hijos problemáticos en la clínica ambulatoria” (*Op. cit.*, pp. 19-21).

En 1948, aún siendo residente de psiquiatría y alumno del instituto de psicoanálisis, Szasz comenzó a atender a pacientes privados como psicoanalista privado. En 1950, tras graduarse en el *Chicago Institute for Psychoanalysis*, pasó a formar parte de la plantilla de psicoanalistas formadores. Pero Szasz no estaba cómodo con el modo en que el psicoanálisis se entendía en los Estados Unidos:

It was obvious that my view of psychoanalysis, as an Enterprise separated from psychiatry – indeed, conceptually, economically, and morally antithetical to it- was not shared by my teachers or fellow trainees. The analysts passionately believed that they were treating real diseases, never voiced objections against psychiatric coersions, and believed that criminals were mentally ill and ought to be treated, not punished. These believes were an integral part of their self-perception as members of an avant-garde of scientific, liberal intellectuals. Psychoanalytic confidentiality was a myth, betrayed not only by training analysis and child analysis, but also by the loose lips of most of the analysts. [...] Many of the analysts hospitalizad patients and gave then electric shock treatments. [...] All this was a far cry from my image of psychoanalysis based on the classics, the uncompromising European rejection of psychoanalysis as a medical activity, and my idealization of analytic confidentiality as sacrosant (*Op.cit.*, p. 23).²⁰

²⁰ “Resultaba obvio que mi punto de vista sobre el psicoanálisis, como empresa separada de la psiquiatría (conceptual, económica, moral y totalmente antitética a ella), no era compartido por mis formadores y compañeros. Los analistas creían apasionadamente que trataban auténticas enfermedades, nunca expresaban objeciones contra las coerciones psiquiátricas y opinaban que los criminales eran enfermos mentales y debían ser tratados, no castigados. Estas creencias eran parte integral de su auto-percepción como miembros de una

Szasz no estaba de acuerdo con la premisa institucional norteamericana de que sólo los médicos podían practicar el psicoanálisis (premisas que, por cierto, el propio Freud rechazó en su artículo de 1926 “Análisis profano. Psicoanálisis y Medicina”) ni con el psicoanálisis didáctico (psicoanálisis obligatorio para los alumnos en formación, dirigido por un psicoanalista no elegido por el alumno sino por la institución). Estas obligaciones con las que Szasz cumplió en su formación²¹ las consideraba directamente contrarias a lo que él entendía por “psicoanálisis”. Por esta razón, formar parte de la institución psicoanalítica le hacía sentirse incómodo y así lo confesó: “una vez más sentí que tenía que escapar” (*Op.cit.*, p. 24).

Ya como psicoanalista titulado Szasz obtuvo, en 1951, su credencial como psiquiatra. Ese mismo año contrajo matrimonio con Rosine Loshkajian²² y, posteriormente, nació su hija Margot.²³ Entre 1947 y 1951, Szasz escribió once artículos sobre los fenómenos *avant-garde* de intelectuales científico-liberales. La confidencialidad psicoanalítica era un mito, traicionada no sólo en los psicoanálisis didácticos y los análisis de niños sino también por las lenguas sueltas de la mayoría de analistas. [...] Muchos analistas hospitalizaban a sus pacientes y les administraban tratamientos mediante electrochoques. [...] Todo esto estaba a años luz de mi imagen del psicoanálisis basada en el clásico y contundente rechazo europeo al psicoanálisis en tanto actividad médica y de mi idealización de la confidencialidad analítica como sacrosanta”.

²¹ Szasz realizó su psicoanálisis didáctico con Therese Benedeck (Szasz, 2005a, p. 22).

²² No me consta que Szasz hiciera en público referencia directa a su mujer ni a su relación con ella. La única pista que he hallado está en una entrevista en la que Szasz dice: “Las circunstancias personales pueden hacer a un matrimonio desdichado, y la pareja sufre en el matrimonio; su trabajo es salir de él. Y no es fácil. Lo digo por experiencia” (Mitchell, 2009. Este documento se encuentra en Internet y las páginas no están numeradas. En adelante, esta circunstancia es aplicable a toda referencia en la que no aparezcan las páginas). Szasz y su mujer se divorciaron en 1970 (<http://www.szasz.com/Alumjournalarticle.pdf>). Rosine murió en 1971. En el panegírico

psicosomáticos, línea de investigación de su mentor Franz Alexander. En 1952 publicó un artículo con este y escribió uno de los capítulos de uno de sus libros. Ese mismo año firmó un artículo más sobre psicología y, por primera vez, dos artículos de teoría psicoanalítica. Entre 1953 y 1954 no publicó nada.²⁴

Tras cinco años de intensa práctica privada como psicoanalista en Chicago, en 1954 Szasz fue llamado a formar parte de la reserva del ejército norteamericano,²⁵ lo que supuso para él una noticia liberadora ya que, aunque agradecía ganarse la vida como psicoanalista, no soportaba las largas jornadas de trabajo clínico que le dejaban poco tiempo para el estudio y para estar con su familia. Su destino, al que marchó con su mujer y su hija, fue el *United States Naval Medical Center* en Bethesda (Maryland) donde permaneció durante dos años y alcanzó el grado de comandante. Allí nació su segunda hija, Suzy²⁶, en 1955. (Szasz, 2005a, p. 25). Trabajó buena amistad con sus colegas y superiores, muchos de ellos psicoanalistas provenientes de Washington (formados, con toda probabilidad, en el *Allanson White Institute*²⁷), a los que consideraba más abiertos de mente que los analistas de Chicago

que escribió en 2012 tras la muerte de Szasz, Jeffrey Schaler informa: “Tom me dijo que estaba preocupado por el efecto que su suicidio tendría en sus hijas, teniendo en cuenta que su madre, Rosine, también se suicidó después de que ella y Tom se divorciaran hace muchos años” (Schaler, 2012).

²³ Margot Szasz Peters es dermatóloga en la *Mayo Medical School*, en Rochester, Minnesota.

²⁴ Véase el “Anexo I” para las referencias completas de los artículos de Szasz.

²⁵ En una entrevista, Szasz aclara que: “Estuve exento durante la segunda guerra mundial debido a un soplo cardíaco y, así, pasé a la denominada ‘reserva médica’” (Kerr, 1997, p. 41).

²⁶ Suzy Szasz Palmer es bibliotecaria, decana de la *Greenwood Library* de la *Long Wood University*, en Farmville (Virginia).

²⁷ Mientras que *The Chicago Institute of Psychoanalysis* tenía una orientación ortodoxa, *The William Allanson White Institute* de Washington, dirigido por el reconocido psicoanalista Harry Stack Sullivan, tenía una orientación renovadora del psicoanálisis. Sus integrantes formaban parte de la escuela culturalista, neo-freudiana

(*Op.cit.*, p. 25). El trabajo principal de Szasz en Bethesda era el de licenciar al personal del servicio debido a “causas neuropsiquiátricas”. “Fue la única vez que tuve pacientes involuntarios”, dice Szasz (Kerr, 1997, p. 41).

En Bethesda, Szasz atiende a pacientes voluntarios en privado fuera de su horario laboral y, en 1955, retoma la escritura de artículos. Escribe un artículo sobre el concepto de entropía, otros dos sobre el fenómeno del dolor y la mayor parte de su primer libro, *Pain and Pleasure* (Kerr 1997, p. 41). Ya en 1956, en los meses previos a ser licenciado del ejército y, probablemente, conocedor de su futuro inmediato como profesor universitario (véase *infra*), Szasz escribe, por primera vez, tres artículos sobre los tres asuntos que ocuparán su vida intelectual a partir de entonces: la psicoterapia (“On the Experiences of the Analyst in the Psychoanalytic Situation: A Contribution to the Theory of Psychoanalytic Treatment”); la relación entre la psiquiatría y el Estado (“Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law”); y la filosofía de la medicina y de la psiquiatría (“A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor Patient Relationship”).

Este último artículo lo escribió con Marc Hollender, un buen amigo del *Chicago Institute for Psychoanalysis* que jugaría un papel importante en el periodo que siguió a la estancia en Bethesda. Un amigo de ambos, Julius Richmond, se trasladó en 1953 de Chicago

o interpersonal del psicoanálisis. Esta escuela se desarrolló en EE.UU. en la década de 1940 como reacción al dogmatismo de la *psicología del yo* (o psicoanálisis ortodoxo). Sus representantes criticaron las teorías metapsicológicas de Freud y renunciaron a hacer teoría del inconsciente. Lejos de las abstracciones del psicoanálisis clásico y de la rigidez de su práctica, abogaban por un psicoanálisis más directo, actual y cercano con el paciente. Reconocieron, sin embargo, la importancia de las aportaciones de Freud a la psicoterapia y a la comprensión de los aspectos sociales del ser humano. De hecho, los interpersonales o culturalistas nunca dejaron de considerarse psicoanalistas.

a Siracusa (Nueva York) para ser jefe del departamento de pediatría en la facultad de Medicina de la *State University of New York* (SUNY). En 1956, la jefatura del departamento de Psiquiatría quedó vacante y, por intercesión de Richmond, fue ofrecida a Hollender, quien la aceptó. Poco después, este ofreció a Szasz un puesto de profesor titular de Psiquiatría (Szasz, 2005a, pp. 25-26).

Sobre la elección de Siracusa como residencia, Szasz dice que abandonó Chicago para liberarse de la obligación de vivir únicamente de la psicoterapia (Wyatt, 2004, p. 82). A este respecto, en su autobiografía señala que:

Having been drafted was a veritable *deus ex machina* to get me out of Chicago. [...] I had to have a plan for what to do when I was discharged. I did not want to resume my previous lifestyle if I could possibly help it. What I really wanted was an academic appointment in a university department of psychiatry, in a small town, where my duties would be mainly teaching, where I was not compelled by economic need to practice full time, and where I could have some time to think and write, in a free, academic environment. Again, I was lucky. A second *deus ex machina* suddenly offered me exactly the opportunity I was seeking (Szasz, 2005a, p. 26).²⁸

²⁸ “Ser reclutado fue un auténtico *deus ex machina* para huir de Chicago. [...] Tenía que tener un plan sobre qué hacer cuando me licenciara. [...] Si podía evitarlo, no quería retomar mi anterior estilo de vida. Lo que yo realmente quería era un nombramiento en un departamento universitario de psiquiatría en una ciudad pequeña donde mi principal tarea fuera la docencia, donde no me sintiera forzado por motivos económicos a trabajar a tiempo completo y donde pudiera tener tiempo para pensar y escribir en un entorno académico libre. De nuevo, fui afortunado. De pronto, un segundo *deus ex machina* me ofreció exactamente la oportunidad que estaba buscando”.

En agosto de 1956, Szasz se trasladó con su familia a Siracusa donde, desde entonces, desarrolló su vida y su trabajo como profesor titular de psiquiatría²⁹ hasta su jubilación en 1990. Szasz concluye aquí su autobiografía con esta sentencia: “para el resto de esta historia, dejaré que hable mi obra” (*Ibid.*).

Aparte de estas notas autobiográficas y de lo señalado en las entrevistas que concedió, no he hallado, en los textos que ofreció a la imprenta, otros datos de la vida personal de Szasz. Será en su bibliografía, en su *curriculum vitae*, en las crónicas que otros escribieron sobre él, en los intercambios dialécticos con sus adversarios y en las entrevistas que concedió donde mejor conoceremos a Szasz. Basándome en ello, sigo el relato donde Szasz lo abandona en su autobiografía, justo antes de tomar posesión de su puesto como profesor de universidad.

1.2. LOS PRIMEROS AÑOS COMO PROFESOR. EL “CASO SZASZ” (1956-1962)

Oliver (2006, p. 72) señala que Hollender contrató a Szasz con el fin de trasladar a la universidad el currículo psicoanalítico del *Chicago Institute for Psychoanalysis* y hacer de su facultad una residencia académica psiquiátrica de primera referencia. Debe tenerse en cuenta aquí el contexto socio-político de la psiquiatría en el que Szasz se formó y en el que comenzó a impartir docencia, es decir, los Estados Unidos de la posguerra cuando, según refiere Ron Leifer:

²⁹ En una entrevista señala que nunca deseó ocupar un puesto de mayor jerarquía puesto que nunca quiso tener poder sobre los demás (Kerr, 1997, p. 43).

Psychoanalysis was in ascendance. It had been increasingly popular among American intellectuals during the 1930s. In the postwar intellectual ferment of the 1950s, it became the guiding theoretical framework of psychiatry. Its derivative, dynamic psychotherapy, was the most popular therapeutic modality. Therapists who did not have psychoanalytic training but who were psychoanalytically oriented practiced dynamic psychotherapy. Psychiatric faculties across the country were recruiting training analysts for chairmanships and professorships with the same enthusiasm, conviction, and exclusivity as they now recruit neurobiologists (Leifer, 2000).³⁰

³⁰ Sobre la prevalencia del psicoanálisis en los inicios de su carrera profesional en Norteamérica, Szasz señala que “fue durante los años de la posguerra (aproximadamente desde 1946 hasta la década de 1970) cuando el prestigio del psicoanálisis en América y la influencia de los psicoanalistas en la psiquiatría alcanzaron su cima” (Szasz, 2005a, p. 20). Efectivamente, en aquella época, en Estados Unidos, existían dos opciones principales para aquellos que quisieran dedicarse a la psiquiatría y/o a la psicoterapia: por un lado, la psiquiatría biológica o clásica que, al carecer del actual arsenal de medicamentos psicoactivos, ensayaba con técnicas tremendamente agresivas como la lobotomía, los electrochoques o los shocks con insulina o con cardiazol y la psicología experimental conductista; y, por otro, el psicoanálisis (como sinónimo de psicoterapia en ausencia de otras corrientes que surgieron a partir de 1960 como la psicología cognitivista y la psicología humanista), que se dividía en dos grandes corrientes o escuelas:

a) La ortodoxa, que se consideraba la legítima heredera del legado de Freud y que gobernaba la *American Psychoanalytic Association* (la más numerosa de las organizaciones que formaban la *International Psychoanalytic Association* fundada por Freud en 1910), representada por dos grandes instituciones: *The New York Psychoanalytic Society*, fundada en 1911 por Abraham Brill, cuyos principales representantes fueron Heinz Hartmann y Rudolph Loewenstein, promotores de la influyente *psicología del yo*, y *The Chicago Institute for Psychoanalysis* fundado por Franz Alexander en 1932, padre de la denominada escuela de Chicago centrada, sobre todo, en la investigación de la relación entre la medicina y el psicoanálisis. Alexander, sin apartarse de la doctrina freudiana, aportó ciertas novedades como el psicoanálisis breve y el concepto de “experiencia emocional correctiva”.

b) El psicoanálisis interpersonal, o escuela neo-freudiana, de Harry Stack Sullivan y Erich Fromm, fundadores, junto a otros, de *The William Alanson White Institute*, en 1946, con sedes en Washington y Nueva York. Estos autores plantearon críticas a la teoría y la práctica freudianas clásicas. Básicamente, en la teoría consideraban que los principales determinantes del comportamiento humano eran las relaciones interpersonales y no la sexualidad ni los instintos innatos. En la práctica, defendían un psicoanálisis basado en una relación más igualitaria y participativa entre el psicoanalista y el psicoanalizante. Las teorías de Szasz sobre psicoterapia concuerdan, con matices, con las de esta corriente.

Los neo-freudianos, influidos por las ideas de los primeros disidentes y críticos del freudismo (principalmente Alfred Adler, Otto Rank y Sándor Ferenczi), proponían una renovación dentro del psicoanálisis. En esa línea, mantuvieron vínculos con la nueva escuela inglesa de la teoría de las relaciones objetales. Entre 1943 y 1944 tuvieron lugar, en Inglaterra, las “Controversial Discussions”, organizadas por Sylvia Paine, presidenta de *The British Society*. En ellas se expusieron y se evidenciaron las diferencias entre los seguidores de Anna Freud (ortodoxos) y los de Melanie Klein (renovadores). Una de las consecuencias de dichas discusiones fue la constitución, en 1951, del *British Middle Group*, o grupo independiente, formado por D. Winnicott, M. Balint, W. Gillespie, J. Bowly, C. Rycroft y, posteriormente, R. Fairbairn, que dio lugar a nuevas aproximaciones teóricas dentro y fuera del psicoanálisis.

Por su parte, las instituciones ortodoxas de Chicago y Nueva York, plagadas de psicoanalistas huidos del nazismo, mantuvieron, con ciertas adaptaciones teóricas, la tradición centroeuropea representada por Anna Freud. Así, en la práctica, los ortodoxos mantenían, en general, el dispositivo analítico diseñado por Sigmund Freud (fundamentalmente, el uso sistemático del diván, las sesiones de tiempo fijo, la asociación libre y el silencio del psicoanalista), mientras que los neo-freudianos proponían un dispositivo más espontáneo y una relación terapéutica en la que primaba el diálogo sobre la interpretación de lo inconsciente. Por otra parte, mientras los ortodoxos defendían que el psicoanálisis sólo debía y podía ser ejercido por médicos, los neo-freudianos abogaban por la ampliación de su práctica a otros profesionales no médicos pero debidamente formados tal como, por cierto, defendió Freud en su conocido artículo de 1926 “Análisis profano (psicoanálisis y medicina)”.

Lo que definitivamente une a ambas tendencias es su “norteamericaneidad”, derivada de la influencia de la filosofía pragmática y representada por el ideal de la adaptación del individuo al medio social, por lo que, a diferencia del psicoanálisis clásico europeo, cobraba mucha más importancia el yo, lo consciente y el presente

La idea de Hollender, señala Leifer (*Ibid.*), era fundar un singular y vanguardista centro de formación en Siracusa. Pretendía acercar las ciencias sociales y las humanidades al campo de la psiquiatría para así comprender mejor el sufrimiento psicológico. Con este propósito, Hollender contrató para su departamento, además de a Szasz, a investigadores de diversas disciplinas como, por ejemplo, el antropólogo Ernest Becker.³¹

Desde la seguridad que le aportaba su puesto de profesor titular en la universidad, Szasz continua escribiendo artículos sobre las nuevas líneas de investigación antes señaladas y publica su primer libro, *Pain and Pleasure: a Study of Bodily Feelings* (Szasz, 1957),³² en

que el *ello*, lo inconsciente y el pasado. Otra característica propia de las corrientes psicoanalíticas norteamericanas, a diferencia del psicoanálisis continental, es el talante receptivo, mayor en los neo-freudianos que en los ortodoxos, a las nuevas ideas y aportaciones tanto en la teoría como en la práctica. No en vano, el psicoanálisis en la Norteamérica de aquella época debió su éxito y su expansión a la inclusión en sus instituciones de psicoanalistas venidos de y formados en lugares muy diversos.

Por otra parte, otros psicoanalistas importantes como Karl Menninger, fundador, junto a su padre y su hermano William de la influyente clínica Menninger (Topeka, Kansas, 1919), defendían un modelo de psicoanálisis integrador de las anteriores vertientes. De hecho, Menninger mantuvo una colaboración activa con representantes de ambas tendencias (Cf. Fine, 1979; Kaufmann (Ed.), 1996; Mitchell y Black, 2004; Schwartz, 1999; y Faulkner y Pruitt (Eds.), 1988).

³¹ Lamento no poder ocuparme en esta tesis de la obra de este magnífico autor. Becker fue antropólogo cultural y, como Szasz, un paria en la Universidad por sus visiones heterodoxas. Becker no creía en la especialización sino en la combinación de las ciencias sociales para el mejor entendimiento de la vida humana. Sus obras más conocidas son *The Birth and Death of Meaning* (1971), *The Denial of Death* (1973, premio Pulitzer) y *Escape from Evil* (1974, póstuma).

³² En el prólogo de la edición castellana del libro de Szasz *El segundo pecado*, Fernando Savater afirma que Szasz “estudió medicina y psiquiatría, doctorándose con una brillante tesis sobre el dolor y el placer” (Savater, 1985, p. 6). Szasz terminó sus estudios de medicina en 1944 y escribió *Pain and Pleasure* (Dolor y Placer) trece

el que defiende la tesis de que las experiencias del placer, del dolor y de las sensaciones corporales no necesariamente tienen una etiología orgánica. Esta obra debe considerarse, por su temática, distinta del resto de obras que la sucedieron. En ella Szasz resume y pone punto final a sus investigaciones sobre psicopatología. Sin embargo, ya anuncia alguna de las ideas que desarrollará ampliamente en su segundo libro *The Myth of Mental Illness* (1961) como son la importancia que da al uso simbólico del lenguaje,

It has been one of my purposes in this study to explore the problem of pain and pleasure from the point of view of symbolic meaning. I have been influenced by two different –yet in many ways convergent- approaches. One is psychoanalysis, the other those branches of modern philosophy concerned with symbolism and semantics in particular and empiricism in general. [Susanne] Langer's *Philosophy in a New Key* is a representative example of this school of philosophy (Szasz, 1957, p. 11),³³

o su apuesta por un acercamiento a los problemas psiquiátricos, concretamente los psicopatológicos, no (o no exclusivamente) desde el marco teórico y metodológico de la ciencia médica a la que la psiquiatría oficial de la época pretendía pertenecer, sino desde el de las ciencias sociales y humanas:

años después, en 1957. No me consta que Szasz dijera que este libro fuera su tesis doctoral ni que estuviera inspirado en ella.

³³ “Una de mis intenciones en este ensayo ha sido explorar el problema del dolor y el placer desde el punto de vista del significado simbólico. He estado influido por dos perspectivas diferentes aunque convergentes en muchos aspectos. Una es el psicoanálisis, la otra aquellas ramas de la filosofía relativas al simbolismo y la semántica en particular y al empirismo en general. La obra de [Susanne] Langer *Philosophy in a New Key* es representativa de esta escuela filosófica”.

If instead of dwelling on the body as a physical machine we focus on a man and his relationships with himself and others, then the psychological method of observation and description is essential. [...] The relevance of the study presented in this book lies not only in its application to psychotherapy but its possible applications to sociology, ethics, and philosophy (*Op.cit.*, p. 243).³⁴

En *Pain and Pleasure* Szasz también muestra sus querencias intelectuales declarándose heredero de algunos clásicos del psicoanálisis (Sigmund Freud, Otto Fenichel y Paul Schilder) y en sintonía con algunos contemporáneos (Ronald Fairbairn e Ida Macalpine, representantes, respectivamente, de las escuelas británicas de las relaciones objetales y kleiniana, que eran críticas con la ortodoxia psicoanalítica); y en el campo de la filosofía de la ciencia reconoce la influencia de los escritos de Bertrand Russell, Susanne Langer, Hans Reichenbach, Gilbert Ryle y Alfred N. Whitehead (*Op.cit.*, p. x). Estos autores serán (a excepción de Schilder y Macalpine) referentes principales en las siguientes obras de Szasz.

En la universidad, Szasz pronto se hizo muy popular entre los estudiantes e incluso algunos reporteros de prensa asistían a sus clases (Oliver, 2006, p. 72). Su activismo en defensa de las libertades civiles y de la responsabilidad personal de los llamados enfermos mentales culminó, a principios los años sesenta, en tres sucesos que le dieron notoriedad pública.

³⁴ “En lugar de obsecarnos en el cuerpo en tanto máquina física, nos centramos en la persona y sus relaciones consigo misma y con los demás. En este sentido, es esencial el método psicológico de observación y descripción. [...] La relevancia del estudio presentado en este libro radica no sólo en su aplicación a la psicoterapia sino en sus posibles aplicaciones a la sociología, a la ética y a la filosofía”.

En primer lugar, en mayo de 1959 Szasz escribió una carta a Arthur Rosenthal, director de la editorial Basic Books, quien le había publicado su primer libro en 1957. En dicha carta, Szasz decía a su editor:

I have put aside for the time being [...] my manuscript on the theory of psychoanalytic technique³⁵ [...]. Instead, I am now well on my way toward finishing a book on what is really an attempt to examine, in *extense*, the idea of “mental illness.” [...] I think no really meaningful work on psychotherapy is possible until the nature of the alleged illness which is so being ‘treated’ is fully examined and clearly defined (Oliver, 2006, pp. 73-74).³⁶

Tres meses después, Rosenthal recibió un manuscrito titulado *Human Behavior and the Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Psychiatry*, con una nota adjunta de Szasz:

³⁵ Probablemente Szasz se estuviera refiriendo al que sería su quinto libro, publicado en 1965: *The Ethics of Psychoanalysis. The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*.

³⁶ “Por el momento, he dejado de lado [...] mi manuscrito sobre la teoría de la técnica psicoanalítica [...]. En su lugar, estoy bien encaminado a terminar un libro que en realidad es un intento de examinar, en extenso, la idea de ‘enfermedad mental’. [...] Pienso que ningún trabajo significativo sobre psicoterapia es posible hasta que la naturaleza de la supuesta enfermedad que está siendo ‘tratada’ sea completamente examinada y claramente definida”.

Let us suppose that there is no such thing as mental health or mental illness, [...] that these words refer to nothing more substantial or real than did the astrological notions of the influence of planetary positions on personal conduct. What then? (*Op.cit.*, p. 74).³⁷

No fue Rosenthal sino otro editor, Paul B. Hoeber, quien finalmente publicó en 1961 la segunda obra de Szasz, *El mito de la enfermedad mental*, con la que se hizo mundialmente conocido y que, como indicaré, le ocasionó serios problemas con el poder psiquiátrico de la época pero por la que también recibió alabanzas de prestigiosos autores como Karl Popper.³⁸

En segundo lugar, ese mismo año de 1961 Szasz compareció ante el subcomité del Senado sobre los derechos constitucionales de los enfermos mentales, donde sostuvo firmemente que tales derechos eran sistemáticamente violados por los psiquiatras tanto en los tribunales de justicia como en los hospitales psiquiátricos. Szasz dijo a los senadores:

The crucial issue in all of these situations is whether the psychiatrist is to be considered the agent of the patient or of someone else [...]. We must constantly ask ourselves questions such as these. [...] Is he a therapist or a custodian? Is he a “doctor,” or is he a “warden” of an

³⁷ “Supongamos que no existen cosas tales como la salud mental o la enfermedad mental, que estas palabras no hagan referencia a nada más sustancial o real de lo que lo hacían las nociones astrológicas de la influencia planetaria sobre la conducta personal. ¿Qué pasaría entonces?”.

³⁸ Cito las primeras palabras de una carta que Popper remitió a Szasz el 20 de julio de 1961:

“My dear Doctor Szasz, thank you very much for sending me your truly admirable book, *The Myth of Mental Illness*. Although my eyesight makes reading difficult, I found it so fascinating that I read it at one go. It is a most important book, and it marks a real revolution. Besides, it is written in that only too rare spirit of a man who wants to be understood rather than to impress” (<http://www.szasz.com/popper.html>).

institution which, although it is called “hospital,” functions as a prison, inasmuch as patients cannot leave it at will? (*Ibid.*, p. 74).³⁹

Por último, el 12 y el 13 de abril de 1962, Szasz intervino en un procedimiento de *habeas corpus* donde atacó una decisión judicial basada en informes psiquiátricos. En 1955, Michael L. Chomentowski⁴⁰ decidió vender su gasolinera a un agente de la propiedad inmobiliaria. Cuando, sin haber firmado aún el acuerdo, los trabajadores de este acudieron a ocupar la gasolinera, Chomentowski les amenazó disparando al aire con su arma. Fue inmediatamente arrestado y sometido a examen psiquiátrico (Schaler, 2005, p. xviii). Tras realizar una dudosa evaluación,⁴¹ los psiquiatras forenses consideraron que Michael

³⁹ “La cuestión crucial en todas estas situaciones es si el psiquiatra se considera agente del paciente o de otros [...]. Debemos preguntarnos constantemente cuestiones como estas: [...] ¿Es el terapeuta un guardián? ¿Es un ‘médico’ o es el ‘alcaide’ de una institución que, aunque se le denomine ‘hospital’, funciona como una cárcel puesto que los pacientes no pueden abandonarla a su antojo?”.

⁴⁰ Schaler (2005) y Leifer (2000) se refieren a Chomentowski con el nombre de “John”. Sin embargo, tanto Oliver (2006) como los periódicos que más ampliamente cubrieron este caso entre 1955 y 1967 (*The Syracuse Herald Journal*, *The Post-Standard* y *The Assabet Valley Beacon*) se refieren a él como “Michael”, nombre que doy por válido. Por su parte, Szasz relata detalladamente este caso en el capítulo 4 de su libro *Psychiatric Justice* (1965), ocultando el nombre de Michael Chomentowski bajo el de “Louis Perroni”. Chomentowski fue liberado en 1967 después de que la Corte Suprema de los Estados Unidos considerara inconstitucionales algunos aspectos de la reclusión involuntaria.

⁴¹ “The doctors were ‘convinced’ of the ‘possibility’ that Chomentowski was ‘potentially’ dangerous. Moreover, Chomentowski’s 1957 diagnosis, along with a subsequent diagnosis in 1962, was identical to that of 1955, even though the latter two were based on symptoms that were not only different but precisely opposite. In 1955, Chomentowski was ‘grandiose,’ ‘mildly euphoric,’ ‘over-productive and spontaneous.’ In 1962, ‘His stream lacked spontaneity; he was negativistic with delayed reaction time and psychomotor retardation and his affect was blunted.’ In both cases, it was ‘undoubtedly’ a schizophrenic reaction” (Oliver, 2006, p. 77).

Chomentowski era incapaz de comparecer en juicio debido a una supuesta enfermedad mental y el juez ordenó que fuera internado en un hospital psiquiátrico a pesar de no haber sido condenado por ningún delito. Cuando Szasz intervino en el caso (1962), Chomentowski ya llevaba siete años recluido (desde 1955), unos cinco años más que la sentencia a prisión que hubiera recibido si hubiera sido condenado por su delito (Oliver, 2006, p. 74).

Szasz era contrario tanto al confinamiento judicial (*civil commitment*) de los llamados enfermos mentales como a la aplicación de eximentes o atenuantes de las penas mediante la alegación de que el acusado padece una enfermedad mental (*insanity defense*). Siempre defendió que la libertad (según él, el bien último del ser humano), estaba basada en la responsabilidad personal. Si a un individuo adulto se le concede no ser responsable de sus actos y, por tanto, se le exime de las consecuencias, es imposible que sea libre. En este sentido, Szasz declaró ante el juez, contrariamente a lo señalado por los psiquiatras encargados del caso, que Chomentowski era (debía ser) perfectamente capaz de comprender las acusaciones y, por tanto, susceptible de asistir a su juicio en condiciones normales. Además, respondiendo a las preguntas del juez y de los abogados y fiscales, Szasz declaró con un lenguaje alejado de tecnicismos que las enfermedades mentales no eran sino invenciones de los psiquiatras y que los manicomios eran prisiones (Leifer, 2000). El juez preguntó a Szasz: “Doctor, usted habla del ‘mito’ de la enfermedad mental. En términos profanos, ¿significaría eso que la enfermedad mental no existe?” (Oliver 2006, p. 78), a lo que Szasz respondió:

You seem to think that a myth refers to something that doesn't exist. [...] A myth is not a word properly used that refers to something that doesn't exist. It refers to a kind of collective reasoning that people make; that odd things which are variably upsetting to people—odd things that people do, such as killing their mothers or mothers throwing their children out of a

seventh-story window, all sorts of terrible things -these things that exist, they very much exist. I am trying to do as much about these things as anybody else. I think a little bit more. The issue is what are these things? The myth refers to the fact that the people say they are illnesses that doctors can cure. I say they are wrong. They are not illnesses people can cure. They are using the term mental illness mistakenly. [...] People who drink and beat up their wife—I don't like them any more than you do -but I don't think they are insane. I think they are badly mistaken, ignorant, stupid, misled, upset- but they are not sick like with pneumonia. If that isn't clear I will be glad to answer it further (*Op.cit.*, pp. 78-79).⁴²

En este sentido, Szasz plantea la cuestión del “mito” al modo de Gilbert Ryle (*El concepto de lo mental*), en referencia a un error categorial: “Ryle definía un mito no como un cuento de hadas sino como la presentación de los hechos de una categoría lógica [v.g. las elecciones morales] en el lenguaje apropiado para otra [v.g. las enfermedades orgánicas]” (Leifer, 2000).

⁴² “Quizás Usted considere que un mito se refiere a algo que no existe. [...] Mito no es una palabra adecuada para referirse a algo que no existe. Remite a un tipo de razonamiento colectivo que construye la gente sobre vicisitudes extrañas que alteran a las personas (cosas raras que hace la gente, como matar a sus madres, o madres que lanzan a sus hijos desde la ventana de un séptimo piso, toda suerte de hechos terribles). Estas circunstancias existen, por supuesto que existen. Intento combatirlos como nadie. Pero pienso un poquito más. La cuestión es ¿qué son estas cosas? El mito tiene que ver con el hecho de que la gente dice que son enfermedades que los médicos pueden curar. Yo digo que eso es falso. No son enfermedades que alguien pueda curar. Se está utilizando el término enfermedad mental erróneamente. [...] No aprecio más que ustedes a aquellos que beben y pegan a sus mujeres pero no creo que estén locos. Creo que están terriblemente equivocados, que son ignorantes, estúpidos, desviados, que están enfadados, pero no que están enfermos como si lo estuvieran de neumonía. Si esto no queda claro, estaré encantado de responder más a fondo”.

Tras la publicación de *El mito de la enfermedad mental* y las dos comparecencias públicas mencionadas, la prensa se hizo eco de las opiniones de Szasz no sólo contra los métodos psiquiátricos sino contra la piedra angular de la psiquiatría: el concepto de enfermedad mental. Su fama creció como la espuma dentro y fuera de la profesión psiquiátrica. Szasz comenzaba a ser una seria amenaza para el poder psiquiátrico que, a partir de entonces, lo consideró un peligroso hereje al que había que acallar. Entonces se desencadenaron los acontecimientos conocidos como el “caso Szasz” (Schaler, 2005, pp. XVIII-XXI y 393-402) que a continuación refiero.

Abraham Halpern, comisionado de salud mental por el Condado de Onondaga y profesor asociado de psiquiatría en SUNY-Siracusa, estaba presente en la sala cuando Szasz declaró en el caso Chomentowski. Halpern estaba sentado cerca del banco de la acusación asesorando al fiscal del distrito, pasándole notas y sugiriéndole preguntas (Oliver, 2006, pp. 77-78). Como miembro de la administración, se sintió muy molesto y, como psiquiatra, atacado por las declaraciones de Szasz.⁴³ Sus quejas, junto con las de otros psiquiatras, llegaron a oídos de Paul Hoch, comisionado estatal de higiene mental, y de Newton Bigelow, director del *Marcy State Hospital*⁴⁴ y editor de la prestigiosa revista *The Psychiatric Quarterly*. Bigelow publicó en ella un duro artículo contra Szasz en el que criticaba su testimonio en el caso Chomentowski: “Lo que aquí sigue es [...] un reportaje factual sobre una postura dogmática que ha querido presentar una imagen dañina del hospital estatal y una aún más distorsionada de los psiquiatras que trabajan en él” (Bigelow, 1962, p. 755). Por su parte, Hoch quería expulsar a Szasz del hospital psiquiátrico de Siracusa que estaba asociado

⁴³ “Halpern, ahora [2006] octogenario, se considera un íntimo amigo de Szasz y se avergüenza de la forma en la que se condujo al denunciarlo” (Oliver, p. 78).

⁴⁴ El *Marcy State Hospital* fue un conocido manicomio (antes, un sanatorio para tuberculosos fundado en 1915) sito en Pittsburg (Pensilvania). Fue clausurado en 1982.

al departamento de psiquiatría de la facultad de medicina y en el que se formaba a los residentes. El 21 de noviembre de 1962, Hoch escribió una carta al director del departamento y, a la sazón, director del hospital psiquiátrico, Marc Hollender, el viejo amigo de Szasz, ordenándole expulsarlo:

Dear Dr. Hollender:

At our recent meeting in Albany, we discussed the situation relating to Dr. Thomas Szasz. I told you that Dr. Szasz is entitled to his opinion but that I cannot agree that he should teach in the framework of the Department of Mental Hygiene and instruct our residents that, as I understand him, that mental diseases do not exist and therefore installations for the treatment of mental disorders are a detriment to their welfare.

I have no authority about Dr. Szasz' [sic] teachings in the medical school, but I direct you to terminate Dr. Szasz' to the residents of the state institutions and to any personnel which is employed by the Department of Mental Hygiene of the State of New York (Schaler, 2005, pp. 393-394).

Cinco días después, el 26 de noviembre de 1962, Hollender envió la siguiente nota a Szasz:

As Director of the Syracuse Psychiatric Hospital, I have been directed by the Commissioner of the Department of Mental Hygiene of the State of New York to inform you that you can no longer conduct your seminar for residents of the Upstate Medical Center at the Syracuse Psychiatric Hospital. As Chairman of the Department of Psychiatry at the Upstate Medical Center, I have asked Dr. Robinson to arrange for another room in which you can conduct your seminar (*Op.cit.*, p. 394).

“Fue como si Marc me dijera: Tienes que llevar una estrella amarilla”, afirma Szasz (Oliver 2006, p. 80). Finalmente, algunos colegas y alumnos protestaron por la expulsión boicoteando las clases y las reuniones del personal. Los periódicos locales publicaron apasionados comentarios: “Una de las más flagrantes violaciones de la libertad académica en la historia de la facultad’ [...] ‘Szasz es víctima de una virtual crucifixión académica”” (*Ibid.*).

Al ostracismo ordenado por Hollender, Szasz respondió que si no le estaba permitido enseñar en el hospital tampoco acudiría allí a ninguna reunión del departamento de psiquiatría (Hollender, que ocupaba puestos directivos en ambos lugares, había trasladado su despacho de la facultad al hospital) (Leifer, 2000). En respuesta a esta insubordinación, Hollender aumentó la carga docente y la supervisión del trabajo de Szasz y redujo su personal de secretaría (Schaler, 2005, p. xix). Como protesta por la censura impuesta a su colega, algunos profesores también tomaron la decisión de abandonar el hospital.

En marzo de 1963, un grupo de treinta residentes en psiquiatría del hospital psiquiátrico de Siracusa informaron a Szasz de que habían remitido cartas de protesta a Paul Hoch, a Robert King (presidente del comité A de la AAUP⁴⁵) y a Nelson Rokefeller, gobernador del Estado de Nueva York. Las tres cartas eran muy similares, véase a continuación un extracto de la dirigida a Hoch:

Dear Dr. Hoch:

[...] Dr. Szasz is not hurt by your attempts to restrict him as much as we residents are, because Dr. Szasz’ “political” views in psychiatry are in no way a reflection of his

⁴⁵ *American Association of University Professors.*

competence to teach a course in psychotherapy which is considered by us to be the highlight course of the residency program.

[...] As physicians, we resent the implication, even if unintentional, that we may somehow be influenced or tainted by Szaszian heresy. We are quite able to evaluate, accept, or reject ideas, even when expounded by the most convincing and influential personalities.

If Dr. Szasz' techniques of criticism result in personal affronts and hurts, then such matters should be handled by the individuals involved, rather than by quasi-political maneuvers involving others. It is our sincere hope that the directive against Professor Szasz will be rescinded, for it is freedom of expression without fear of reprisal that is the real issue, not Dr. Szasz' views. Without freedom of expression, psychiatry can lay no claim to science. We are not so much afraid for Dr. Szasz, we are afraid for psychiatry (*Op.cit.*, pp. 393-394).

Sin embargo, otros profesores y residentes eran muy críticos con las ideas y las posiciones de Szasz y abogaban por su expulsión no sólo del hospital sino de la facultad misma (Leifer, 2000). Ante tal amenaza, Szasz recurrió, por medio de su joven abogado George Alexander, a los administradores de la facultad de Medicina y a la AAUP, quienes investigaron el conflicto y consideraron que las acciones de Hollender violaban la libertad académica de Szasz (Schaler, 2005, p. xx). Aunque se le prohibiera enseñar en el hospital, Szasz no podía ser despedido de la facultad. Como represalia, Hollender despidió inmediatamente a Ernest Becker, íntimo colaborador de Szasz (Leifer, 2000). Ron Leifer, quien conformaba con Szasz y Becker el núcleo de la disidencia, fue igualmente despedido pocos años después (*Ibid.*).

Al Higgins, sociólogo que en aquella época trabajaba con Szasz en la universidad, declara: “La reacción de la profesión médica, la reacción de sus colegas psiquiatras es un increíble ejemplo de los modos mediante los cuales una profesión controla a sus miembros”

(Oliver, 2006, p. 79). Por su parte, Ron Leifer, residente de psiquiatría bajo la tutela de Szasz y, posteriormente, profesor asociado de la misma facultad en aquellos años, dice: “Considero que esta es una historia que necesita ser contada y sobre la que se debe reflexionar. Ilustra cómo y por qué el pensamiento intelectual es sutilmente controlado por los agentes del poder académico y, en este caso, cómo la represión de Thomas Szasz y de sus estudiantes refleja el irónico aprieto en el que se halla la psiquiatría moderna” (Leifer, 2000). Leifer lamenta que se frustrara el proyecto académico de Szasz, un proyecto que, como mostraré en posteriores capítulos, defienden hoy los psiquiatras críticos:

We can only speculate what course psychiatric history might have taken had Szasz not been repressed and had Becker and I not been fired from the medical school at Syracuse. [...] Possibly, a school of thought might have developed at Syracuse which would provide a critical alternative to the current ideological hegemony of contemporary medical-coercive psychiatry (*Ibid.*).

1.3. UNA VIDA COMPROMETIDA CON LA CAUSA DE LA LIBERTAD (1963-2012)

En adelante, Szasz siguió dando clases en la universidad. Sobre las materias que enseñaba a los estudiantes señala:

I taught them conventional psychiatry. Kraepelin and Bleuler and Meyer, things medical students ought to know. [...] My position, I feel, was similar to that of a Professor of Religion

who [...] doesn't have to believe in the truths of any of these creeds, but he ought to know what they are (Kerr, 1997, p. 43).⁴⁶

También continuó con su intensa actividad como ensayista. Publicó cientos de artículos en las más prestigiosas revistas científicas, de medicina, de psiquiatría, de psicología, de psicoanálisis y de derecho, así como en periódicos y revistas generalistas.⁴⁷ Escribió un total de 35 libros, 26 de ellos originales sobre psicoterapia, filosofía de la psiquiatría, crítica a las prácticas psiquiátricas y asuntos sociales como la droga y el suicidio, y otros nueve de aforismos y recopilación de artículos.⁴⁸

Fue invitado como conferenciante en instituciones de muchos países, entre ellos España en dos ocasiones.⁴⁹ Entre sus muchos méritos fue nombrado Doctor *honoris causa*

⁴⁶ “Les enseñaba psiquiatría convencional. Kraepelin, Bleuler y Meyer, autores a los que los estudiantes de medicina deberían conocer. [...] Considero que mi posición era parecida a la de un profesor de religión [...] que no tiene por qué creer en las verdades de ningún credo pero debería conocerlas”.

⁴⁷ Por ejemplo, *Science, Nature, The Lancet, Archives of Internal Medicine, Archives of Neurology and Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Archives of General Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, History of Psychiatry, American Psychologist, American Journal of Psychotherapy, International Journal of Psychoanalysis, Columbia Law Review, Criminal Law Bulletin, Yale Review, The New York Times, The Washington Post, The Humanist, Current, Inquiry, Harper's Magazine, etc.*

⁴⁸ Véase Apéndice II.

⁴⁹ La primera fue en 1987, invitado al seminario celebrado en Cuenca por la *Universidad Internacional Menéndez Pelayo* titulado *Química y ritual* donde coincidió, entre otros, con Albert Hoffman, creador del LSD. La conferencia de Szasz llevó por título “La moralidad del control de las drogas”. Fernando Savater escribió un artículo al respecto: “Drogas sin pánico”

(*El País*, 22 de mayo de 1987, http://elpais.com/diario/1987/05/22/sociedad/548632803_850215.html).

por las siguientes universidades: Allegheny College (Pensilvania) (1975), Francisco Marroquín (Guatemala) (1979), Towson (Maryland) (1999) y Upstate Medical (S.U.N.Y.) (Nueva York) (2001). Fue miembro vitalicio de la *American Psychiatric Association*, la *American Psychoanalytic Association* y la *International Psychoanalytic Association*, entre otras muchas asociaciones. *The Center for Independent Thought* (ubicado en Nueva York y en San Francisco) constituyó, en 1990, *The Thomas S. Szasz Award for Contributions to the Cause of Civil Liberties* que se concede anualmente.

Si por algo es conocido Szasz es por su lucha contra el poder psiquiátrico y a favor de las libertades individuales. En 1970 fundó, junto al sociólogo Erving Goffman y el jurista George Alexander, *The American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization* (AAAIMH) que mantuvo su actividad hasta 1979. La asociación publicaba periódicamente un boletín llamado *The Abolitionist*.⁵⁰ En 1969 fundó, junto a la iglesia de la ciencia, *The Citizen Commission on Human Rights* (CCHR).⁵¹ Esta asociación puntual entre Szasz y la ciencia suscitó, con el tiempo, algunas críticas a las que Jeffrey Schaler, propietario y editor del sitio web www.szasz.com, salió al paso publicando la siguiente nota autorizada por el propio Szasz en la que lo desvinculaba de todo lazo (con la excepción de esta asociación) con la iglesia de la ciencia:

La segunda visita de Szasz fue en 1993, como director de otro seminario de la misma universidad, esta vez en La Coruña, titulado *Una mirada crítica a la psiquiatría*. Esta visita fue referida por Manuel Rivas en su artículo “El sabio iconoclasta”

(*El País*, 25 de julio de 1993 (http://elpais.com/diario/1993/07/25/sociedad/743551208_850215.html)).

⁵⁰ Consúltense el acta de constitución y el documento de disolución de la AAAIMH en www.szasz.com.

⁵¹ Actualmente esta asociación sigue siendo muy activa, fundamentalmente contra la prescripción masiva de psicofármacos y la medicalización de la vida cotidiana.

The following statement is intended as response to requests for clarification regarding Dr. Szasz's co-founding of the Citizens Commission for Human Rights (CCHR). Thomas Szasz is not now nor has he ever been a Scientologist or a member of the Church of Scientology.

Dr. Szasz co-founded CCHR in the same spirit as he had co-founded -with sociologist Erving Goffman and law professor George Alexander - The American Association for the Abolition for Involuntary Mental Hospitalization (AAAIMH). Scientologists have joined Szasz's battle against institutional psychiatry. Dr. Szasz welcomes the support of Jews, Christians, Muslims, and any other religious or atheist group committed to the struggle against the Therapeutic State. Sharing this battle does not mean that Dr. Szasz supports the unrelated principles and causes of any religious or non-religious organization. This is explicit and implicit in Dr. Szasz's work. Everyone and anyone is welcome to join in the struggle for individual liberty and personal responsibility -especially as these values are threatened by psychiatric ideas and interventions (Schaler, 2003).

En una entrevista posterior, Szasz comenta al respecto:

I got affiliated with an organisation long after I was established as a critic of psychiatry, called Citizens Commission for Human Rights, because they were then the only organisation and they still are the only organisation who had money and had some access to lawyers and were active in trying to free mental patients who were incarcerated in mental hospitals with whom there was nothing wrong, who had committed no crimes, who wanted to get out of the hospital. And that to me was a very worthwhile cause; it's still a very worthwhile cause. I no more believe in their religion or their beliefs than I believe in the beliefs of any other religion. I am an atheist, I don't believe in Christianity, in Judaism, in Islam, in Buddhism and I don't believe in Scientology. I have nothing to do with Scientology (Mitchell 2009).⁵²

⁵² Mucho tiempo después de que me consolidara como crítico de la psiquiatría, me asocié con una organización llamada *Citizen Commission for Human Rights* porque, por entonces, era (y todavía lo es) la única organización

Por último, dirigió junto a George Alexander la acusación en el quinto *Tribunal Russell* (Berlín, 2001), dedicado a los derechos humanos en psiquiatría.⁵³ Como ya se ha indicado, Szasz se jubiló en 1990 a los setenta años de edad y 34 años como profesor de psiquiatría en la misma universidad en la que comenzó. Falleció el 8 de septiembre de 2012. A los pocos días, *The New York Times*, entre muchos otros periódicos, publicó un obituario en el que se informaba de que “murió tras una caída” (Carey, 2012). Esta es la versión que trascendió a los medios. Sin embargo, el citado panegírico que Jeffrey Schaler dedicó a Szasz comienza así:

It saddens me to write that Thomas Stephen Szasz died by his own hand on September 8, 2012, at his home in Manlius, New York, after a fall that occurred less than a week earlier. When he fell at home, he broke T-10, the tenth thoracic vertebrae in his spine, confirmed by a physician at a local hospital using x-ray. The hospital physician wanted to admit him and put him on what would likely have been a morphine drip, and proposed surgery to help heal the break -there was talk about inserting a piece of plastic to hold the vertebral fracture together so it could heal, but Tom would have none of that. I am not surprised. He requested a prescription for pain medicine, and was taken to a pharmacy and then home by one of his closest friends. He was found dead a few days later when two other friends went to check on

que tenía fondos, cierto acceso a abogados y que estaba comprometida en el intento de liberar a los pacientes mentales encarcelados en hospitales psiquiátricos, quienes no habían hecho nada malo, que no habían cometido delitos, que querían salir del hospital. Para mí era, y todavía es, una causa que merece mucho la pena. No creo en su religión o en sus creencias más de lo que creo en las creencias de cualquier otra religión. Soy ateo, no creo en el cristianismo, ni en el judaísmo, ni en el islam, ni en el budismo y no creo en la cienciaología. No tengo nada que ver con la cienciaología.

⁵³ El primer Tribunal Russell, cuyos presidentes fueron B. Russell y J. P. Sartre, tuvo lugar en Estocolmo y Copenhague en 1967 y estuvo dedicado a los crímenes internacionales de guerra en Vietnam. El último, sobre los crímenes de guerra en Ucrania, se celebró en Venecia en 2014.

him. It is not known whether the prescription for pain pills is what he used to end his life. Apparently, he swallowed all of those pills, however, he always told me that he had a reserve supply of Seconal and other pills that he would use when he needed to take his death into his own hands (Schaler, 2012).

Si así fue, debe reconocerse que Thomas S. Szasz murió de forma coherente con sus firmes principios liberales. Estos, junto con el resto de su sistema de pensamiento, serán expuestos con mayor detalle en el capítulo que sigue con el fin de completar el retrato personal y profesional de este autor que considero fundamental en la historia de la psiquiatría crítica.

2. SISTEMA DE PENSAMIENTO⁵⁴

En sus diez primeros años como profesor universitario (1956-1965), Szasz cuenta con un centenar de referencias bibliográficas.⁵⁵ Es en esta década cuando Szasz establece el sistema de pensamiento que mantuvo sin variación durante toda su vida. Con el fin de demostrar esta afirmación, en este apartado citaré alternativamente extractos de: a) varios artículos y tres de los cuatro libros que Szasz publicó en los inicios de su carrera académica: *The Myth of Mental Illness* (1961b); *Law, Liberty, and Psychiatry* (1968); y *The Ethics of Psychoanalysis* (1965a);⁵⁶ b) las declaraciones que Szasz hizo en ocho de las muchas entrevistas que concedió y que cubren 40 años de su vida (de 1969 a 2009); y c) seis de los libros que escribió en sus últimos 25 años de producción (1987-2012): *Insanity: The Idea and Its Consequences* (1987); *A Lexicon of Lunacy: Metaphoric Malady, Responsibility, and Psychiatry* (1993); *The Meaning of Mind: Language, Morality, and Neuroscience* (1996); *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America* (2001); *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry* (2007); y *Psychiatry: The Science of Lies* (2008a). Aunque, como afirmo, las premisas básicas que Szasz sostiene en estos últimos libros son las mismas que mantuvo desde 1956, el interés de estas últimas obras radica en que Szasz cuestiona el nuevo contexto psiquiátrico positivista que surgió en los años ochenta (y que hoy sigue vigente) de la mano del auge de la investigación neurocientífica que parecía confirmar el origen orgánico de los trastornos mentales, de las clasificaciones diagnósticas de orientación médica (*DSM*)

⁵⁴ Confróntese lo expuesto en este capítulo, que deriva de mi lectura personal de la obra de Szasz, con el libro editado en 1983 por Richard Vatz y Lee S. Weinberg, *Thomas Szasz: Primary Values and Major Contentions*.

⁵⁵ Véase el Anexo I.

⁵⁶ Como ya se ha señalado, el primer libro de Szasz, *Pain and Pleasure* (1957e), versó sobre la experiencia del dolor y se basó en sus primeros artículos sobre los fenómenos psicósomáticos, aspectos de los que apenas volvió a ocuparse tras la publicación de esta obra y que no son objeto de esta tesis.

basadas en la presencia de síntomas, del uso indiscriminado de la psicofarmacología como método principal para “curar” las “enfermedades mentales”, etc. Este programa positivista ha llegado a convertirse en una verdad incuestionable predicada en las universidades y aplicada en la práctica psiquiátrica, en las escuelas y en los tribunales de justicia, animada por la ética de la beneficencia contraria a la ética de la autonomía y la responsabilidad que, como mostraré más adelante, defiende Szasz: “El *DSM*, la psicofarmacología, el tratamiento involuntario de pacientes ambulatorios y el ‘deber de proteger’ han marcado el estándar benéfico de la psiquiatría. Alejarse de ello es penalizado mediante una demanda por agravios y la pérdida de la licencia profesional” (Szasz, 2007, p. 223).

Como indicaré en este capítulo, Szasz tuvo dos objetivos principales: a) demostrar el error lógico y conceptual que supone el término “enfermedad mental” y denunciar las consecuencias que derivan de ello; y b) abolir la psiquiatría institucional que, con excusa de hacer un acto benéfico, ejerce sobre las personas coacciones como la hospitalización psiquiátrica involuntaria (*civil commitment*) de personas inocentes y justificaciones como la defensa jurídica por insania (*insanity defense*) de la que se benefician personas culpables. La primera misión se inscribe en el campo de la filosofía de la psiquiatría y la segunda pertenece al ámbito más general de la “crítica a la psiquiatría”, es decir, la crítica política a la función social de la psiquiatría y a sus métodos. En Szasz no hay una sin la otra: empleará el análisis conceptual y epistemológico como base para lanzar sus críticas a la psiquiatría, inscribiéndose ambas vertientes en una marcada ideología liberal:

My critique of psychiatry is two pronged. One of my criticisms is conceptual: that is, that mental illness is not a real illness. The other one is political: that is, that mental illness is a piece of justificatory rhetoric, legitimizing civil commitment and the insanity defense. Dermatologists, ophthalmologists, gynecologists, don't have any patients who don't want to

be their patients. But the psychiatrists' patients are paradigmatically involuntary. Originally, all mental patients were involuntary. [...] In my view, involuntary hospitalization and the insanity defense ought to be abolished, exactly as slavery was abolished, or the disfranchisement of women was abolished, or the persecution of homosexuals was abolished. Only then could we begin to examine so-called mental illnesses as forms of behavior, like other behaviors (Wyatt, 2004, p. 75).⁵⁷

Como se aprecia en la cita precedente, Szasz se ocupó de desvelar los engaños a los que nos conduce cierto manejo del lenguaje respecto del concepto de “enfermedad mental” y, al tiempo, fue un abanderado del liberalismo⁵⁸ en su lucha contra las prácticas coercitivas de

⁵⁷ “Mi crítica a la psiquiatría es doble. Una de mis críticas es conceptual, esto es, que la enfermedad mental no es una verdadera enfermedad. La otra es política, esto es, que las enfermedades mentales son parte de la retórica justificante que legitima el confinamiento civil y la defensa por insania. Los dermatólogos, los oftalmólogos, los ginecólogos, no tienen pacientes que no desean ser sus pacientes. Pero los pacientes de los psiquiatras son paradigmáticamente involuntarios. [...] En mi opinión, la hospitalización involuntaria y la defensa por insania deben ser abolidas, exactamente como fueron abolidas la esclavitud, la privación de los derechos de la mujer y la persecución de los homosexuales. Sólo entonces, podríamos comenzar a examinar las llamadas enfermedades mentales como formas de conducta, como cualquier otra conducta”.

⁵⁸ Szasz se definía como un libertario (*libertarian*) y un defensor del libertarismo (*libertarianism*). Sin embargo, en castellano “libertarismo” resuena a “anarquismo” o a “comunismo libertario”, ideologías que Szasz rechazaba. Él era un liberal en el sentido del liberalismo clásico anglosajón como lo fueron, por ejemplo, John Stuart Mill o Thomas Jefferson. En la siguiente entrevista pueden apreciarse las preferencias intelectuales de Szasz:

“Who are the your heroes, since childhood and now? Szasz: Where should I start? There are many: Shakespeare, Goethe, Adam Smith, Jefferson, Madison, John Stuart Mill, Mark Twain, Mencken, Tolstoy, Dostoyevski, Chekhov. Orwell, C. S. Lewis. Ludwig von Mises, F. A. Hayek. Camus, and Sartre, though personally and politically, Sartre is rather despicable. He was a communist sympathizer. [...] Camus was a much better person, a much more admirable human being. He was also a terrific writer”. “Quiénes son sus héroes, en la infancia y en

la actualidad? Szasz: ¿Por donde debería comenzar? Hay muchos: Shakespeare, Goethe, Adam Smith, Jefferson, Madison, John Stuart Mill, Mark Twain, Menken, Tolstoi, Dostoievski, Chéjov. Orwell, C. S. Lewis. Ludwig von Mises, F. A. Hayek. Camus y Sartre, a pesar de que Sartre es, personal y políticamente, más bien despreciable. Era un simpatizante del comunismo. [...] Camus era mejor persona, un ser humano mucho más admirable. Además, era un escritor magnífico” (Wyatt, 2004, pp. 84-85).

Teniendo en cuenta lo anterior y con el fin de evitar confusiones, en esta tesis traduciré “*libertarian*” y “*libertarianism*” por “liberal” y “liberalismo”. Por ejemplo:

“I am a libertarian. [...] Now, in term of political philosophy, libertarianism is what, in the 19th century, was called liberalism. Nowadays it’s sometimes also called ‘classical liberalism.’ It’s a political ideology that views the state as an apparatus with a monopoly on the legitimate use of force and hence a danger to individual liberty. Contrariwise, the modern ‘liberal’ view regards the state as a protector, a benevolent parent who provides security for its citizens as quasi-children. To me, being a libertarian means regarding people as adults, responsible for their behavior; expecting them to support themselves, instead of being supported by the government; expecting them to pay for what they want, instead of getting it from doctors or the state because they need it; it’s the old Jeffersonian idea that he who governs least, governs best. The law should protect people in their rights to life, liberty, and property from other people who want to deprive them of these goods. The law should not protect people from themselves” (Wyatt, 2004, pp. 78-79).

“Soy un liberal [*libertarian*]. [...] El liberalismo [*libertarianism*], en términos de filosofía política, es lo que en el siglo XIX se denominaba liberalismo [*liberalism*]. Actualmente también se le denomina, a veces, ‘liberalismo clásico’. Es una ideología política que considera al Estado como un sistema que monopoliza el uso legítimo de la fuerza y, por lo tanto, como un peligro para la libertad individual. Por el contrario, la perspectiva ‘liberal’ moderna considera al Estado como un padre protector y benevolente que proporciona seguridad a sus ciudadanos como si fueran cuasi-niños. Para mí, ser un liberal significa considerar a las personas como adultas, responsables de su conducta; esperar de ellas que se mantengan por sí mismas, en vez de ser mantenidas por el gobierno; esperar de ellas que paguen por lo que desean, en vez de recibir de los médicos o del Estado lo que ‘necesitan’. Se trata de la vieja idea jeffersoniana de que quien gobierna menos gobierna mejor. La ley debería proteger a las personas en su derecho a la vida, a la libertad y a la propiedad, de otras personas que desean privarlas de estos bienes. La ley no debería proteger a las personas de sí mismas” (Wyatt, 2004, pp. 78-79).

la psiquiatría institucional. Así, lenguaje y libertad son los dos pilares sobre los que Szasz sustenta la misión a la que dedicó vida y obra: “Mis objeciones a la psiquiatría tienen dos vertientes: una tiene que ver con la libertad, la otra con el lenguaje. La libertad y el lenguaje son dos de las cosas más importantes de la vida” (Szasz, 1974a, p. 7).

En las siguientes citas puede observarse, de nuevo, el vínculo que establece Szasz entre el análisis de los fundamentos del conocimiento psiquiátrico y la crítica a la psiquiatría coercitiva:

A disease is some kind of abnormality of the human body and that the mind is obviously semantically, linguistically, it is not a part of the human body. So there was the first question about mental illness. The second one was [...] that mental patients [...] are prisoners, they are not patients, they can get into the hospital but they can't get out. [...] So I put two and two together and concluded that this is a social phenomenon which has nothing to do with medicine (Mitchell, 2009).⁵⁹

Psychiatry's mandate to protect people from themselves -masturbation in the old days, drugs and suicide today- is at the core of what I consider to be its intrinsically unscientific and morally problematic (to put it mildly) character. We are now mired in the results of this medicalisation of moral and social “problems”, which we conceptualise as mental diseases

⁵⁹ “Una enfermedad es cierto tipo de anomalía del cuerpo humano. Obviamente, la mente es algo semántico, lingüístico, no es una parte del cuerpo humano. Esta era la primera cuestión acerca de la enfermedad mental. La segunda era [...] que los pacientes mentales [...] son prisioneros, no pacientes, pueden entrar en el hospital pero no pueden salir de él. [...] Así, uní estas dos cuestiones y concluí que este fenómeno social no tiene nada que ver con la medicina”.

and try to remedy by drugs and coercions we call “psychiatric treatments” (Kerr, 1997, p. 44).⁶⁰

Además de filósofo y crítico político de la psiquiatría, Szasz fue un teórico del comportamiento humano y de la psicoterapia. Plantea un nuevo modo de entender no sólo la llamada “enfermedad mental” sino la conducta humana en general, no desde una perspectiva médica sino semiótica y social. Defiende, como alternativa a la psiquiatría médica institucional, la psicoterapia privada, confidencial y contractual, la única forma honesta, a su entender, de tratar con lo que considera el objeto real de la psiquiatría, los problemas éticos de la vida y no las supuestas “enfermedades mentales”. Para Szasz, la psiquiatría no forma parte de la de la medicina sino de la filosofía, la sociología y la psicología. En consecuencia, la psicoterapia tiene mucho más de arte retórica que de técnica médica.

En 1998, Szasz publicó un texto titulado “Thomas Szasz’s Summary Statement and Manifesto” (Szasz, 1998), una declaración definitiva de intenciones que resume las posiciones que mantuvo durante toda su carrera como intelectual. Este manifiesto puede considerarse un esquema de su pensamiento:

⁶⁰ “El mandato psiquiátrico de proteger a las personas de sí mismas (la masturbación antiguamente, las drogas y el suicidio hoy en día) está en el centro de lo que considero que es su carácter intrínsecamente acientífico y moralmente problemático (por decirlo suavemente). Hoy estamos atrapados en las consecuencias de esta medicalización de los ‘problemas’ morales o sociales que conceptualizamos como trastornos mentales y que intentamos remediar con los medicamentos y las coerciones a las que llamamos ‘tratamientos psiquiátricos’”.

Thomas Szasz's Summary Statement and Manifesto

1. *“Myth of mental illness.”* Mental illness is a metaphor (metaphorical disease). The word “disease” denotes a demonstrable biological process that affects the bodies of living organisms (plants, animals, and humans). The term “mental illness” refers to the undesirable thoughts, feelings, and behaviors of persons. Classifying thoughts, feelings, and behaviors as diseases is a logical and semantic error, like classifying the whale as a fish. As the whale is not a fish, mental illness is not a disease. Individuals with brain diseases (bad brains) or kidney diseases (bad kidneys) are literally sick. Individuals with mental diseases (bad behaviors), like societies with economic diseases (bad fiscal policies), are metaphorically sick. The classification of (mis)behavior as illness provides an ideological justification for state-sponsored social control as medical treatment.

2. *Separation of Psychiatry and the State.* If we recognize that “mental illness” is a metaphor for disapproved thoughts, feelings, and behaviors, we are compelled to recognize as well that the primary function of Psychiatry is to control thought, mood, and behavior. Hence, like Church and State, Psychiatry and the State ought to be separated by a “wall.” At the same time, the State ought not to interfere with mental health practices between consenting adults. The role of psychiatrists and mental health experts with regard to law, the school system, and other organizations ought to be similar to the role of clergymen in those situations.

3. *Presumption of competence.* Because being accused of mental illness is similar to being accused of crime, we ought to presume that psychiatric “defendants” are mentally competent, just as we presume that criminal defendants are legally innocent. Individuals charged with criminal, civil, or interpersonal offenses ought never to be treated as incompetent solely on the basis of the opinion of mental health experts. Incompetence ought to be a judicial determination and the “accused” ought to have access to legal representation and a right to trial by jury.

4. *Abolition of involuntary mental hospitalization.* Involuntary mental hospitalization is imprisonment under the guise of treatment; it is a covert form of social control that subverts the rule of law. No one ought to be deprived of liberty except for a criminal offense, after a

trial by jury guided by legal rules of evidence. No one ought to be detained against his will in a building called “hospital,” or in any other medical institution, or on the basis of expert opinion. Medicine ought to be clearly distinguished and separated from penology, treatment from punishment, the hospital from the prison. No person ought to be detained involuntarily for a purpose other than punishment or in an institution other than one formally defined as a part of the state’s criminal justice system.

5. *Abolition of the insanity defense.* Insanity is a legal concept involving the courtroom determination that a person is not capable of forming conscious intent and, therefore, cannot be held responsible for an otherwise criminal act. The opinions of experts about the “mental state” of defendants ought to be inadmissible in court, exactly as the opinions of experts about the “religious state” of defendants are inadmissible. No one ought to be excused of lawbreaking or any other offense on the basis of so-called expert opinion rendered by psychiatric or mental health experts. Excusing a person of responsibility for an otherwise criminal act on the basis of inability to form conscious intent is an act of legal mercy masquerading as an act of medical science. Being merciful or merciless toward lawbreakers is a moral and legal matter, unrelated to the actual or alleged expertise of medical and mental health professionals.

6. In 1798, Americans were confronted with the task of abolishing slavery, peacefully and without violating the rights of others. They refused to face that daunting task and we are still paying the price of their refusal. In 1998, we Americans are faced with the task of abolishing psychiatric slavery, peacefully and without violating the rights of others. We accept that task and are committed to working for its successful resolution. As Americans before us have eventually replaced involuntary servitude (chattel slavery) with contractual relations between employers and employees, we seek to replace involuntary psychiatry (psychiatric slavery) with contractual relations between care givers and clients.

Thomas Szasz March 1998. (Szasz, 1998).⁶¹

⁶¹ “Declaración y Manifiesto Sumarios de Thomas Szasz

1. *'Mito de la enfermedad mental.'* La enfermedad mental es una metáfora (trastorno metafórico). La palabra 'trastorno' denota un proceso biológico demostrable que afecta a los cuerpos o a los organismos vivos (plantas, animales y humanos). El término 'enfermedad mental' se refiere a pensamientos, sentimientos y comportamientos indeseables de las personas. Clasificar los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos como trastornos es un error lógico y semántico, como lo es clasificar a la ballena como pez. Igual que la ballena no es un pez, la enfermedad mental no es un trastorno. Los individuos con enfermedades cerebrales (malos cerebros) o enfermedades del riñón (malos riñones) están literalmente enfermos. Los individuos con trastornos mentales (malos comportamientos), como las sociedades con trastornos económicos (malas políticas fiscales), están metafóricamente enfermas. La clasificación de la (mala) conducta como enfermedad provee de una justificación ideológica en forma de tratamiento médico para el control social patrocinado por el Estado.

2. *Separación de la psiquiatría y el Estado.* Si reconocemos que la 'enfermedad mental' es una metáfora de los pensamientos, sentimientos y comportamientos que rechazamos, estamos obligados a reconocer, igualmente, que la función principal de la psiquiatría es la de controlar el pensamiento, el ánimo y el comportamiento. Por tanto, al igual que la Iglesia y el Estado, la psiquiatría y el Estado deberían estar separados por un 'muro'. Al mismo tiempo, el Estado no debería interferir en las prácticas de salud mental entre adultos que aceptan tenerlas. El papel de los psiquiatras y de los expertos en salud mental en relación con el derecho, el sistema educativo y otras organizaciones debería ser similar al papel del clérigo en tales contextos.

3. *Presunción de competencia.* Dado que ser acusado de enfermedad mental es similar a ser acusado de un delito, deberíamos presumir que los 'acusados' psiquiátricos son mentalmente competentes, del mismo modo que presumimos que los acusados de delitos son legalmente inocentes. Los individuos acusados por delitos penales, civiles o interpersonales nunca deberían ser tratados como incompetentes basándose únicamente en la opinión de los expertos en salud mental. La incompetencia tendría que ser una decisión judicial y el 'acusado' debería tener acceso a representación legal y derecho a un juicio con jurado.

4. *Abolición de la hospitalización psiquiátrica involuntaria.* La hospitalización mental involuntaria es un encarcelamiento disfrazado de tratamiento, una forma encubierta de control social que subvierte la ley. Nadie debería ser privado de libertad excepto por causa de un delito penal, tras un juicio con un jurado orientado por la norma legal de la prueba. Nadie debería ser encerrado contra su voluntad en un edificio llamado 'hospital' ni en

Como puede observarse, esta es, ante todo, una declaración política de ideología liberal contra las prácticas coercitivas de la psiquiatría. El único punto de orden puramente teórico es el primero que versa sobre la supuesta cualidad mítica del concepto “enfermedad mental”. Por otra parte, Szasz dedica el último punto del “Manifiesto” a defender, en tono

ninguna otra institución médica a consecuencia de la opinión de un experto. La medicina debiera estar claramente diferenciada y separada de la criminología, el tratamiento del castigo y el hospital de la prisión. Ninguna persona debería ser detenida involuntariamente si no es con el propósito de castigarla, ni encerrada en otra institución distinta de la formalmente definida como parte del sistema judicial penal del Estado.

5. *Abolición de la defensa por insania.* La insania es un concepto legal que implica la decisión judicial de que una persona no es capaz de formarse un propósito consciente y, por tanto, no puede ser considerada responsable de un acto criminal. Las opiniones de los expertos acerca del ‘estado mental’ de los acusados deberían ser inadmisibles en el juzgado, exactamente como son inadmisibles las opiniones de los expertos a cerca del ‘estado religioso’ de los acusados. Nadie debería ser eximido de un delito, o de cualquier otra infracción, sobre la base de la denominada opinión experta ofrecida por los peritos en psiquiatría o en salud mental. Eximir a una persona de la responsabilidad de una acción delictiva basándose en su incapacidad para formar un propósito consciente es un acto de piedad enmascarado en un acto de la ciencia médica. Ser piadoso o cruel hacia los delincuentes es un asunto moral y legal que no guarda relación con la verdadera o pretendida experticia de los profesionales médicos y de la salud mental.

6. En 1798 los norteamericanos fueron confrontados a la tarea de abolir la esclavitud pacíficamente y sin violar los derechos de los otros. Rechazaron afrontar dicha abrumadora tarea y todavía estamos pagando el precio de tal rechazo. En 1998, nosotros los norteamericanos estamos confrontados a la tarea de abolir la esclavitud psiquiátrica pacíficamente y sin violar los derechos de los otros. Aceptamos dicha tarea y nos comprometemos a trabajar para su exitosa resolución. Del mismo modo que los que nos antecedieron reemplazaron, prácticamente, la servidumbre involuntaria (cautiverio) por las relaciones contractuales entre empleadores y empleados, nosotros buscamos reemplazar la psiquiatría involuntaria (esclavitud psiquiátrica) por las relaciones contractuales entre los profesionales y sus clientes.

Thomas Szasz, marzo de 1998”.

algo épico, su propuesta alternativa a la psiquiatría institucional: la psicoterapia contractual. De este modo, como se apreciará en lo que expondré en los siguientes epígrafes, la crítica de Szasz a la psiquiatría queda flanqueada por su análisis conceptual como base, su psicoterapia contractual como alternativa y sus ideas liberales como marco de referencia general.

Con el fin de exponer con claridad el sistema de pensamiento de Szasz, dividiré este capítulo en tres apartados: 1) Szasz, filósofo de la psiquiatría; 2) Szasz, político liberal; y, 3) Szasz, teórico del comportamiento y del psicoanálisis. Me limitaré aquí a levantar acta de lo dicho por este autor absteniéndome de realizar una labor interpretativa.

2.1. SZASZ, FILÓSOFO DE LA PSIQUIATRÍA

La obra más importante y conocida de Szasz y la que sacudió el edificio de la psiquiatría institucional a principios de los años sesenta, *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct* (Szasz, 1961b)⁶², consta de dos libros que, si bien relacionados, están claramente diferenciados. El libro primero se titula *The Myth of Mental Illness (El mito de la enfermedad mental)* e incluye seis capítulos agrupados en dos partes: “Growth and Structure of the Myth” (“Desarrollo y estructura del mito”); e “Hysteria: An Example of the Myth” (“La histeria: un ejemplo del mito”). En él Szasz acomete un análisis filosófico en el que cuestiona el concepto de enfermedad mental y los fundamentos

⁶² Tomo como referencia la tercera edición de este libro publicada en 1961 por la editorial Dell Publishing Company que reproduce, sin cambios, la primera edición publicada el mismo año por Hoeber-Harper. La traducción al castellano que aquí consigno es la que realizó Flora Setaro para Círculo de Lectores, publicada en Barcelona el año 1999. Citaré conjuntamente la referencia original y la de la traducción.

científicos y metodológicos de la psiquiatría. Concluye que la enfermedad mental es un mito, que la psiquiatría es una ciencia social que trata no con enfermedades sino con problemas éticos de la vida y que, en consonancia, su metodología no debe ser médica sino psico-social (psicoterapia). El libro segundo se titula *Foundations of a Theory of Personal Conduct* (*Fundamentos de una teoría del comportamiento personal*) y consta de diez capítulos agrupados en tres partes: “Semiotical Analysis of Behavior” (“Análisis semiótico de la conducta”); “Rule-Following Analysis of Behavior” (“Análisis de la conducta de acatamiento de reglas”); y “Game-Model Analysis of Behavior” (“Análisis de la conducta según el modelo del juego”). En él, una vez alcanzadas las conclusiones antes mencionadas, Szasz quiere “ofrecer una síntesis ‘constructiva’ de los conocimientos que consider[a] útiles para llenar el vacío dejado por el mito de la enfermedad mental” (Szasz, 1961b, p. x; Trad.: 1999, pp. 34-35) y, así, “establecer los cimientos de una teoría de la conducta personal en términos de procesos [y no de ideales]” (*Op.cit.*, p. 2; Trad.: 1999, p. 40).

En este primer apartado profundizaré en algunos artículos que precedieron a *The Myth of Mental Illness* (1956-1961) y, fundamentalmente, en el primer libro de esta obra dedicado a cuestiones filosóficas. El segundo libro, en el que Szasz presenta su modo de entender la conducta humana y en el que defiende una nueva conceptualización de las denominadas “enfermedades mentales” no como algo que les *sucede* a las personas (como cualquier otra enfermedad, perspectiva defendida por la psiquiatría clásica) sino como algo que *hacen* las personas con una intención comunicativa, será tratado en el apartado dedicado al Szasz psicoterapeuta.

Para presentar el análisis filosófico de la psiquiatría realizado por Szasz, organizaré la información en torno a tres preguntas sobre las cuestiones que, tradicionalmente, más han

preocupado a los epistemólogos de la psiquiatría: ¿Qué es la enfermedad mental?, ¿qué clase de ciencia es la psiquiatría? y ¿puede la psiquiatría seguir un modelo médico? Estos asuntos están íntimamente relacionados, por lo que su separación en distintos epígrafes resulta un tanto forzosa y se ha realizado únicamente por motivos de estructura. En la cita que sigue se aprecia el nexo que une estos asuntos y, en suma, la tesis principal de Szasz al respecto:

It is customary to define psychiatry as a medical specialty concerned with the study, diagnosis, and treatment of mental illnesses. This is a worthless and misleading definition. Mental illness is a myth. Psychiatrists are not concerned with mental illnesses and their treatments. In actual practice they deal with personal, social, and ethical problems in living.

[...] The notion of a person “having mental illness” is scientifically crippling. It provides professional assent to a, popular rationalization, namely, that problems in human living experienced and expressed in terms of bodily feelings or signs (or in terms of other “psychiatric symptoms”) are significantly similar to *diseases of the body*. It also undermines the principle of personal responsibility, upon which a democratic political system is necessarily based, by assigning to an external source (i.e., the “illness”) the blame for antisocial behavior.

[...] Although powerful institutional pressures lend massive weight to the tradition of keeping psychiatric problems within the conceptual fold of medicine, the scientific challenge seems clear. The task is to redefine the problem of mental illness so that it may be encompassed under the general category of the science of man. (*Op.cit.*, p. 296-297).⁶³

⁶³ “Es corriente definir la psiquiatría como una especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Esta definición es inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal.

[...] La idea de que una persona ‘tiene una enfermedad mental’ es nociva desde el punto de vista científico, pues ofrece apoyo profesional a una racionalización popular consistente en creer que los problemas vivenciales

En torno a 1960, Szasz planteó abiertamente cuestiones fundamentales que la psiquiatría aún no ha sabido responder de manera satisfactoria: ¿Es la “enfermedad mental” una enfermedad?, ¿es la psiquiatría una ciencia como la medicina? y ¿puede la mente ser tratada mediante procedimientos médicos? Según Szasz, la psiquiatría no se permite responder a estas preguntas con un “no” puesto que “negar la validez de la enfermedad mental en tanto enfermedad negaría la legitimidad moral de las intervenciones psiquiátricas involuntarias, la legitimidad médica de las intervenciones psiquiátricas voluntarias y la legitimidad económica de las intervenciones psiquiátricas consideradas tratamientos” (Szasz, 2001, p. 85). Es decir, si se demostrara y se admitiera que la enfermedad mental no es una enfermedad, caería todo el edificio de la psiquiatría como especialidad médica y como institución social autorizada a practicar coerciones al amparo de la ética del cuidado (*Ibid.*).

experimentados y expresados en forma de sentimientos y de signos corporales (o de otros ‘síntomas psiquiátricos’) son significativamente similares a las *enfermedades orgánicas*. Socava, así mismo, el principio de responsabilidad personal (en el cual se basa necesariamente el sistema político democrático) al atribuir a una fuente externa (es decir, a la ‘enfermedad’) la culpa de la conducta antisocial. Sabemos que, en el caso del paciente individual, esta actitud impide un enfoque psicoanalítico escrutador de los problemas que los ‘síntomas’ ocultan y manifiestan al mismo tiempo.

[...] Aunque poderosas presiones institucionales prestan apoyo masivo a la tradición de mantener los problemas psiquiátricos dentro de la envoltura conceptual de la medicina, el desafío científico resulta claro. La tarea consiste en redefinir el problema de la enfermedad mental, de modo que se la pueda incluir en la categoría general de las ciencias humanas” (Trad.: 1999, pp. 444-445).

2.1.1. ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD MENTAL?

If I say that mental illness is a metaphorical illness. I am not saying that it is some other kind of illness; I am saying that it is not an illness at all (Szasz, 1987, p. 151).⁶⁴

My critics are fond of asserting that I “deny the reality of mental illness.” [...] When I say that mental illness is not an illness I do not deny the reality of the behaviors to which the term points, or the existence of the people who exhibit them, the suffering the denominated patients may experience, or the problems they create for their families. I merely classify the phenomena people call “mental illnesses” differently than do those who think they are diseases (Szasz, 2001, pp. 114-115).⁶⁵

Szasz considera que la enfermedad es un fenómeno empírico que sólo puede padecer un objeto, una parte del cuerpo, que es tratado por los médicos con métodos físico-químicos. Como la mente no es una parte del cuerpo, la “enfermedad mental” no es observable del mismo modo que lo son un tumor cerebral o una inflamación del hígado. Por tanto, la mente no puede enfermar en un sentido literal ni, por tanto, aplicarse a ella un tratamiento médico. En definitiva, la enfermedad mental no puede concebirse desde un punto de vista científico-médico (Szasz 1956b, p. 304; 1958a, p. 187; Mitchell, 2009). La enfermedad mental es, por

⁶⁴ “Cuando digo que la enfermedad mental es una enfermedad metafórica, no digo que sea alguna otra clase de enfermedad sino que no es, en absoluto, una enfermedad”.

⁶⁵ “A mis críticos les encanta afirmar que yo ‘niego la realidad de la enfermedad mental’. [...] Cuando digo que la enfermedad mental no es una enfermedad, no niego la realidad de los comportamientos a los que se refiere tal término o que existan personas que los presenten, ni el sufrimiento que los llamados pacientes puedan experimentar, ni los problemas que puedan causar a sus familias. Simplemente clasifico los fenómenos que la gente llama ‘enfermedades mentales’ de un modo diferente a como lo hacen aquellos que los consideran enfermedades”.

el contrario, un concepto teórico y un recurso metafórico⁶⁶ (Szasz, 1956b, p. 304; 1981, p. 393) que se ha empleado con determinados fines sociales como explicación de una gran variedad de fenómenos del mismo modo que en la antigüedad se empleaban los conceptos de deidad o brujería como causas evidentes de distintos acontecimientos, un pensamiento que se instaló en sociedad como una verdad indudable por más que no existieran pruebas de ello (Wyatt, 2004, p. 72-73). En este sentido, el concepto “enfermedad mental” tiene, en sí mismo, una función social tranquilizadora como también la tienen los mitos religiosos y políticos. Se trata de un mito tan útil como lo fue, en su día, el de la existencia de las brujas.⁶⁷ Como ejemplo de ello, Szasz recurre al psiquiatra y psicoanalista Charles Rycroft quien, aun

⁶⁶ Véase, a continuación, cómo define Szasz el uso de la función metafórica:

“According to Aristotle, we use a metaphor when we give ‘the thing a name that belongs to something else.’ However, it is impossible to use language without using metaphor. We can eliminate metaphor, or cleanse our language of it, only at the cost of remaining silent. If we are going to employ language, either we must use metaphor consciously and be its master, or use it unconsciously and be its slave. Because metaphor is a powerful linguistic device for illuminating, as well as for obscuring, the character of an object, it is the stock-in-trade of the rhetorician. Most efforts to convince rest on the use of metaphor. The rhetorician’s skill lies in convincing his audience that his metaphor is not of human making but an ‘objective’ description of ‘reality.’”

“Siguiendo a Aristóteles, utilizamos una metáfora cuando damos ‘a la cosa un nombre que pertenece a otra cosa’. No obstante, es imposible emplear el lenguaje sin usar metáforas. Sólo podemos eliminar la metáfora, purificar nuestro lenguaje, a costa de guardar silencio. Si hemos de usar el lenguaje, podemos usar la metáfora conscientemente y ser su dueño o usarla inconscientemente y ser su esclavo. Dado que la metáfora es un poderoso artilugio lingüístico tanto para iluminar como oscurecer la naturaleza de un objeto, constituye el mayor recurso del retórico. La mayoría de los actos encaminados a convencer a los demás hacen uso de la metáfora. La habilidad del retórico se basa en convencer a su audiencia de que su metáfora no es una construcción personal sino una descripción ‘objetiva’ de la ‘realidad’” (Szasz, 1964, pp. 522-523).

⁶⁷ Esta es la hipótesis histórica es la que Szasz defiende en su libro *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (1970).

afirmando que las enfermedades mentales no son enfermedades sino creaciones del propio paciente, reconoce que tal denominación es una ficción social muy útil ya que, de otro modo, no podría ser tratada. Para Szasz, “sugerir que entender la neurosis como una enfermedad mental es una ‘ficción útil’ es equivalente a confesar la decadencia moral de la profesión” (Szasz, 2001, pp. 93-94).

Szasz se opone a este uso auto-complaciente y peligroso del término y del mito de la enfermedad mental y nos incita a ser más rigurosos, a pensar un poco más. El término “enfermedad mental” proviene de una identificación metafórica de ciertos fenómenos conductuales con los síntomas propios de enfermedades del cerebro de los que ya se ocupa la neurología, como los delirios que pueden aparecer en la sífilis. Para los psiquiatras biologicistas no existe tal metáfora: “Todos los problemas de la vida se atribuyen a procesos físico-químicos que la investigación médica descubrirá a su debido tiempo” (Szasz, 1960a, p. 113). Esta perspectiva se basa en un doble error: uno conceptual por el que se afirma que la enfermedad mental no es, en esencia, diferente de cualquier otra enfermedad y otro epistemológico que convierte una *idea* socialmente aceptada en una *verdad* científicamente incuestionable. Así, según esta concepción doblemente errónea, se supone que el psiquiatra actuará respecto de la enfermedad mental siguiendo un método científico similar al empleado por el médico traumatólogo al reparar un hueso. Sin embargo, mientras que un síntoma orgánico es empíricamente constatable por todo médico por la presencia de acontecimientos muy concretos (signos físicos) que *ocurren* en el cuerpo del paciente, un síntoma psíquico, aún manifestándose en el cuerpo, es algo que *hace* el paciente (Kerr, 1997, p. 42; Szasz 1981, p. 394), lo cual supone un acto subjetivo de comunicación que será juzgado por el psiquiatra basándose en concepciones subjetivas y sociales y no en evidencias científicas objetivas. Este punto de vista es rechazado por aquellos psiquiatras que defienden el origen biológico de este

tipo de fenómenos, por lo que no se entiende qué utilidad tiene para ellos el uso del concepto “enfermedad mental” cuando deberían emplear, con más propiedad y para mayor claridad, el término “enfermedad cerebral” o “del sistema nervioso” (Szasz, 1960a, p. 114). Por tanto:

If the mind were, in fact, the brain, there would be no justification for the existence of two separate medical specialties devoted to the diagnosis and treatment of diseases of the brain, neurology and psychiatry. If mental illnesses are brain diseases, they ought to be treated by neurologists and neurosurgeons. (Szasz, 1996, p. 96).⁶⁸

Si, siguiendo el método científico, se hallaran pruebas objetivas de que la enfermedad mental tiene una etiología orgánica, por ejemplo, en el sistema nervioso, la enfermedad mental dejaría de serlo y pasaría a denominarse enfermedad neurológica o cerebral; por tanto, dicha enfermedad dejaría de ser objeto de la psiquiatría y pasaría a serlo de la neurología. Esto demuestra que la psiquiatría, como supuesta especialidad médica, mantiene una posición epistemológica muy débil (Mitchell, 2009).

Szasz no niega que, en el futuro, ciertos aspectos de nuestro comportamiento puedan ser correlacionados causalmente con lesiones o disfunciones cerebrales. En ese momento, las ahora llamadas “enfermedades mentales” serían diagnosticables a través de métodos científicos objetivos. Sólo entonces podríamos considerarlas auténticas enfermedades médicas (Szasz, 2001, p. 105). Hasta entonces, el término “enfermedad mental” se emplea, en realidad, para describir e identificar ciertas características de lo que se denomina

⁶⁸ “Si la mente fuera, de hecho, el cerebro, no existiría justificación para la existencia de dos especialidades médicas separadas dedicadas ambas al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del cerebro: la neurología y la psiquiatría. Si las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales deben ser tratadas por los neurólogos y los neurocirujanos”.

“personalidad”. Ahora bien, se pregunta Szasz, “¿qué tipo de comportamiento se considera indicativo de enfermedad mental y por quién?” (1960a, p. 114). Si “el concepto de enfermedad, ya sea corporal o mental, implica una *desviación respecto de cierta norma claramente definida*” (*Ibid.*), en el caso de la enfermedad mental dicha desviación no se mide respecto de una norma establecida en términos científicos (por ejemplo, en relación con la supervivencia biológica) sino en función de conceptos psicológicos, sociales, éticos y legales o, en otras palabras, según el modo en que otro u otros consideran que una persona debe gobernar su vida y relacionarse con los demás. La cuestión es que, mientras que las enfermedades corporales son acontecimientos fisicoquímicos objetivos, las llamadas enfermedades mentales son fenómenos sociales en los que está comprometida la persona que los diagnostica (psiquiatra) y su modo de entender la vida y las relaciones sociales. Szasz critica la tendencia de la psiquiatría institucional a negar los aspectos morales de su práctica y a afirmar, correspondientemente, que sus juicios *médicos* están libres de valores (*Op.cit.*, p. 116): “Al definir nuestros problemas morales, religiosos y sociales como manifestaciones de una ‘enfermedad mental’, la psiquiatría desempeña una función retórica y no científica” (Szasz, 1964, p. 527). Considera que no es posible resolver un problema de orden ético en términos médicos supuestamente libres de consideraciones personales. En la práctica existe, por tanto, un conflicto encubierto entre el verdadero conflicto (ético), su supuesta etiología (biológica) y el remedio propuesto, idealmente médico pero, en la práctica, psicológico, filosófico, social o legal (psicoterapia, internamiento en un hospital psiquiátrico, etc.) (1960a, p. 114).

Por otra parte, Szasz advierte del riesgo que supone etiquetar a las personas como enfermos mentales: de este modo, la persona puede atribuir sus actos y sus problemas al supuesto hecho de ser víctima de una “enfermedad mental”, de tal forma que la

responsabilidad individual quede convenientemente escamoteada (*Op.cit.*, p. 117). La enfermedad mental es una explicación exculpatoria, una forma de evadir el hecho de que las personas tienen, en última instancia, la responsabilidad sobre sus actos y decisiones: “La enfermedad mental es un mito cuya función es ocultar y hacer más digerible la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas” (*Op.cit.*, p. 118).⁶⁹

Sobre esta base teórica, Szasz emprende un análisis histórico de los orígenes del concepto de enfermedad mental. Las preguntas que plantea son: “¿Cómo comenzó y se desarrolló el estudio de las llamadas ‘enfermedades mentales’? ¿Qué fuerzas económicas, morales, políticas y sociales contribuyeron a moldearlo en su forma actual? Y, lo que es quizá más importante, ¿qué efecto tuvo la medicina, en especial el concepto de enfermedad física, en el desarrollo del concepto de enfermedad mental?” (Szasz 1961b, p. 8; Trad.: 1999, p. 49).

Szasz propone el diagnóstico de histeria de conversión⁷⁰ como paradigma de la llamada enfermedad mental por los siguientes motivos: en el plano histórico fue el problema que hizo que los pioneros diferenciaron la psiquiatría de la neurología; en el plano lógico la histeria plantea el dilema entre la enfermedad real (física) y la enfermedad falsa; y en el plano psicosocial la histeria es un buen ejemplo de lo que Szasz entiende por “enfermedad mental”: un particular sistema de utilización de signos, de acatamiento de reglas (desvalimiento,

⁶⁹ La cuestión de la la responsabilidad personal del llamado “enfermo mental” será tratada con mayor detalle en el quinto capítulo. Anticipo que, desde un punto de vista clínico, considero muy discutible la posición de Szasz al respecto.

⁷⁰ La histeria de conversión era un trastorno muy popular a finales del siglo XIX, caracterizado por la presencia de síntomas comportamentales que se asemejaban (conversión) a los de una enfermedad neurológica pero que carecían de etiología y explicación física. Este trastorno captó el interés de eminentes neurólogos como Jean-Martin Charcot, Pierre Janet, Josef Breuer y Sigmund Freud.

enfermedad y coacción) y de participación en el juego de la enfermedad cuyas metas son el dominio y el control interpersonal (*Op.cit.*, pp. 8-9; Trad.: 1999, pp. 49-50).

La psiquiatría comenzó interesándose por las llamadas enfermedades funcionales, como la histeria, incluidas en la categoría de las enfermedades estructurales (físicas, reales) y diferenciadas de las falsas enfermedades consideradas fingimientos. Se supuso que el enfermo mental no actuaba de esa forma a voluntad, como sí ocurría con el fingidor (*Op.cit.*, p.p. 10-11; Trad.: 1999, pp. 52-53). Charcot denominó histéricos a aquellos sujetos que mostraban signos de una enfermedad neurológica sin padecerla y los elevó a la categoría de enfermos diferenciándolos, por primera vez, de los meros simuladores y ganando así un mayor crédito social para ellos y para sus médicos. Szasz refiere una cita de Freud en la que señala tal punto de inflexión: “Puesto que Charcot, con todo el peso de su autoridad, se había pronunciado a favor de la realidad y la objetividad de los fenómenos histéricos, no se podía seguir considerando que se trataba de un fingimiento” (Freud citado por Szasz *Op.cit.*, p. 25; Trad.: 1999, p. 71).⁷¹

Szasz considera que este acto de Charcot señala, por una parte, “el comienzo moderno del estudio de las llamadas enfermedades mentales” y, por otra, “contiene lo que considero el principal error lógico y de procedimiento de la psiquiatría moderna”, a saber, denominar enfermos a los anteriormente fingidores y, con ello, considerar a la psiquiatría una rama de la medicina (*Op.cit.*, p. 26; Trad.: 1999, pp. 71-72). Esto permitió, desde entonces, que simular la enfermedad fuera más rentable que antes, quedando tanto el médico como el paciente satisfechos “con un estado de cosas aún muy insatisfactorio” (*Op.cit.*, p. 27; Trad.: 1999, p. 73).

⁷¹ La cita corresponde a la nota necrológica que Freud dedicó a Charcot en 1893 (Freud, 1983, p. 34).

Al defender que la histeria era una enfermedad, Charcot perseguía obtener prestigio científico para sí mismo aún a costa de escamotear sus propias observaciones. Esta maniobra de ocultamiento es lo que Szasz denomina “doble norma en psiquiatría”. Para ejemplificar este fenómeno, Szasz vuelve a recurrir a Freud quien relata lo que pensó al escuchar a Charcot hacer un comentario sobre un caso de histeria en una reunión informal:

Charcot suddenly broke in with great animation, “*Mais, dans des cas pareils c’est toujours la chose genitale, toujours toujours*”; [...] and said to myself, “Well, but if he knows that, why does he never say so?” But the impression was soon forgotten; brain anatomy and the experimental induction of hysterical paralyses absorbed all available interest (Freud citado por Szasz, *Op.cit.*, pp. 31-32).⁷²

La doble norma de la psiquiatría quedó establecida desde el momento en el que el propio Charcot “sostuvo el punto de vista médico en público, para propósitos oficiales, por así decirlo, y sólo defendió el enfoque psicológico en privado, donde dichas opiniones no entrañaban peligro alguno” (*Op.cit.*, p. 34; Trad.: 1999, p. 83). El peligro era, evidentemente, la pérdida para la psiquiatría del ansiado estatus científico-médico. La cuestión es, siguiendo a Szasz, que ese temor impide a los psiquiatras asumir su verdadera identidad profesional y orientar su trabajo de un modo científicamente honesto, es decir, tratando los problemas existenciales de sus pacientes como asuntos de índole ético-social y no médico.⁷³

⁷² “Charcot replicó vivamente: ‘*Mais, dans des cas pareils, c’est toujours la chose genitale, toujours... toujours*’ [‘Pero, en casos como este, se trata siempre de la cosa genital, siempre... siempre’] [...] y me dije: ‘Pero, si lo sabe, ¿por qué nunca lo dice?’. Sin embargo, olvidé pronto esta impresión; la anatomía cerebral y la inducción experimental de parálisis histéricas absorbieron todo mi interés” (Trad.: 1999, p. 79). El texto al que Szasz hace referencia es “Historia del movimiento psicoanalítico” (Freud, 1972, p. 1899).

⁷³ Esta cuestión será desarrollada en el cuarto capítulo.

En tiempos de Charcot y Freud, se consideraban tres tipos de casos: los enfermos físicos, los enfermos mentales (inconscientes) y los fingidores (conscientes). Con el tiempo, esta última categoría también llegó a ser considerada enfermedad mental, tal y como refiere Szasz al citar a Bleuler⁷⁴: “Casi todos los que simulan locura con cierta habilidad son psicópatas, y algunos, realmente insanos. Por consiguiente, el hecho de demostrar que existe simulación no prueba de ningún modo que el paciente goza de salud mental y es responsable de sus actos” (Bleuler citado por Szasz *Op.cit.*, p. 48; Trad.: 1999, p. 102).

En lo que Szasz llama “el juego médico original”, el médico se ocupaba exclusivamente de las enfermedades orgánicas y no aceptaba tratar *falsas enfermedades*. “El paso dado por Charcot y puesto en práctica por Freud [...] altera la situación cambiando las reglas del juego” (*Op.cit.*, p. 41; Trad.: 1999, p. 92). En virtud de ello se consideró enfermos mentales a los fingidores, lo que les permitió gozar de los privilegios de este nuevo estatus (cuidados, comprensión, etc.) y se consideró a los médicos, en tanto expertos en enfermedades, como los especialistas autorizados para ocuparse de ellos. Así, “el prestigio y el poder de los psiquiatras fueron en aumento a medida que se ampliaban sin cesar los dominios comprendidos dentro de la esfera de su disciplina específica” (*Op.cit.*, p. 43; Trad.: 1999, p. 96).

Afirma que “una de las principales contribuciones de Freud a la medicina, la psiquiatría y el orden social reside en la creación de nuevas reglas de conducta humana” (Szasz, 1961b, p. 42; Trad.: 1999, p. 93). Asume que Freud no fue consciente de esta reclasificación ni de sus profundas repercusiones, la primera de las cuales fue la *psiquiatrización* de la vida cotidiana: “Los médicos, y en especial los psiquiatras, empezaron

⁷⁴ Bleuler, E. (1924), *A Textbook of Psychiatry*.

a llamar ‘enfermedad’ (esto es, por supuesto ‘enfermedad mental’) a todo aquello que permitiera detectar algún signo de disfunción sobre la base de cualquier tipo de norma”, como ocurrió, por ejemplo, con supuestas enfermedades como la homosexualidad (*Op.cit.*, p. 45; Trad.: 1999, pp. 97-98).

Lejos de desaparecer esta tendencia a incluir distintas formas de vida en el catálogo de las enfermedades, siguió aumentando con el tiempo: “Los psiquiatras han ‘creado’ algunas enfermedades muy famosas por las cuales nunca se han disculpado” (Wyatt, 2004, p. 74). En la práctica, Szasz considera que aplicar terapias médicas (por ejemplo, la prescripción de fármacos) a fenómenos que no han demostrado ser enfermedades (por ejemplo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en los niños) es un acto psiquiátrico de suma irresponsabilidad (Sullum, 2000) que ha sido respaldado por el estamento político, como demuestra la declaración de los años noventa como la Decada del Cerebro (Bush, 1990), eslogan que, para Szasz, es “una expresión en clave para promover la creencia de que la enfermedades mentales son enfermedades cerebrales y así para justificar la imparable financiación económica del gobierno contra la lucha contra estas ‘enfermedades’. [...] La declaración de que las enfermedades mentales ‘graves’ son enfermedades cerebrales ya no puede ser cuestionada. Es un hecho” (Szasz, 1996, p. 97). En este sentido, expone varios ejemplos de declaraciones de destacados miembros de los gobiernos de los Estados Unidos, incluidos algunos presidentes, o de altos mandos de las instituciones de salud mental norteamericanas o de profesores universitarios exclamando alto y claro que las enfermedades mentales son enfermedades físicas que deben ser tratadas médicamente (Szasz, 2001, pp. 86 y 125-126; 2008, p. 89). Szasz ironiza al respecto: “Parece que a la gente o a los medios de comunicación no se les ha ocurrido cuestionar por qué sólo las enfermedades mentales necesitan de la justificación de la Casa Blanca” (*Op.cit.*, p. 86). Con esto, Szasz apunta a los

intereses políticos y económicos que están detrás de la alianza entre la psiquiatría, el Estado y las empresas farmacéuticas y que comentaré en otro apartado.

2.1.2. ¿QUÉ CLASE DE CIENCIA ES LA PSIQUIATRÍA?

A finales de la década de los cincuenta, Szasz se propuso llevar a cabo una investigación sobre las diferencias existentes entre la medicina y la psiquiatría en relación con su marco de conocimiento, sus métodos de intervención y el rol social que ocupan sus respectivos profesionales (Szasz 1958b, p. 228). Considera que esta interrogación no supone una contribución directa a ninguna de estas disciplinas (aunque no deja de tener una gran relevancia teórica y práctica para ellas) sino a la filosofía de la medicina y de la psiquiatría (*Op.cit.*, p. 229).

En su origen, la psiquiatría fue mirada con recelo por la medicina. Sin embargo, a mediados del siglo XX aquella consiguió afianzarse como una rama más de esta. Los psiquiatras lograron convencer al mundo de que las mentales eran verdaderas enfermedades que debían ser tratadas con métodos propios de la medicina. No obstante, dice Szasz, los *problemas de la vida* no tienen el mismo origen que las enfermedades del cuerpo ni la psicoterapia, que es el método más común de resolverlos, tiene nada que ver con la medicina: “Debemos reconocer sin ambages que la psiquiatría tiene más similitudes con la religión y la política que con la ciencia” (Szasz 1961b, p. 85; Trad.: 1999, p. 153). Esta tendencia a no reconocer las capacidades y los límites de la psiquiatría disfrazándola con ropajes médicos perjudica su integridad científica (Szasz, 1961a, p. 64 y 1957c, p. 447). Para apoyar esta tesis,

Szasz recurre a las palabras del fisicoquímico y filósofo de la ciencia Michael Polanyi para quien:

The recognition of certain basic impossibilities has laid the foundations of some major principles of physics and chemistry; similarly, recognition of the impossibility of understanding living things in terms of physics and chemistry, far from setting limits to our understanding of life, will guide it in the right direction (citado por Szasz, 1996, pp. 90-91).

Precisamente con el fin de proteger la integridad científica de la psiquiatría, Szasz propone realizar un análisis serio de sus fundamentos epistemológicos para reubicarla en el lugar que, a su entender, le corresponde por su objeto de estudio, la conducta de las personas: las ciencias humanas y sociales.

In order to secure the scientific advances that have been made in our field, I believe we could do no better than to recast our knowledge in a psychosocial, linguistic, and ethical framework. This would entail a re-emphasis of the differences, rather than the similarities, between man the social being and man the mammal. It would also result in abandoning the persistent attempts to convert psychologists and sociologists to biologists (physicians) or physicists, and they themselves would no longer need to aspire to these roles. The integrity of the science of man as social being thus requires -just as does the integrity of the individual- a forthright recognition of its historical origins together with an accurate assessment of its individual unique characteristics and potentialities. It is in this way, and not by imitating the greatness of the older, more securely established sciences, that the psychosocial disciplines must establish their rightful place among the sciences (Szasz, 1961a, p. 65).⁷⁵

⁷⁵ “Para garantizar los avances científicos conseguidos en nuestro campo, considero que no podríamos hacer nada mejor que reestructurar nuestro saber en un marco de referencia psicosocial, lingüístico y ético. Esto

Por tanto, la investigación, la teoría y la metodología de la psicología, aun siendo legítimamente científicas, no pertenecen a las ciencias naturales. Szasz apuesta por “abandonar todo el enfoque médico-fisicalista de la enfermedad mental, sustituyéndolo por perspectivas y modelos teóricos nuevos adaptados a los problemas psicológicos, éticos y sociales” (Szasz, 1961b, p. 84; Trad.: 1999, p. 151). Rechaza, así, el materialismo organicista radical aplicado a las enfermedades mentales iniciado en el siglo XIX por el neurólogo Carl Wernicke para quien todo trastorno mental *es* una enfermedad cerebral. A falta de pruebas científicas concluyentes del origen orgánico de la enfermedad mental, Szasz apuesta por la perspectiva de Isaiah Berlin para quien:

In the course of this [explaining human behavior in causal-deterministic terms] they [the materialists] describe the normal lives lived by men in terms which fail to mark the most important psychological and moral distinctions known to us. This they do in the name of an imaginary science; and, like the astrologers and soothsayers whom they have succeeded, cast up their eyes to the clouds, and speak in immense unsubstantiated images and similes, in deeply misleading metaphors and allegories ... Thereby they throw dust in their own eyes as well in ours, obstruct our vision of the real world, and further confuse an already sufficiently bewildered public (citado por Szasz, 1996, p. 90).

implicaría re-enfatizar las diferencias, más que las similitudes, entre la persona como ser social y como mamífero. También llevaría a abandonar los intentos continuados de transformar a los psicólogos y sociólogos en biólogos (médicos) o físicos. Así, aquellos dejarían, finalmente, de aspirar a ocupar tales roles. La integridad de las ciencias del ser humano en tanto ser social (y en tanto individuo) requiere, por tanto, de un reconocimiento sincero de sus orígenes históricos y de una evaluación rigurosa de sus particulares características y potencialidades. Sólo de este modo, y no imitando la grandeza de las ciencias más antiguas y mejor establecidas, deben las disciplinas psicosociales proclamar su lugar legítimo entre las ciencias”.

Szasz no niega que lo orgánico pudiera tener cierta incidencia en el comportamiento pero afirma que, en la mayoría de los asuntos psicológicos, ésta es mínima o nula (Szasz 1961b, p. 91; Trad.: 1999, pp. 161-162). A lo que se opone decididamente es a que, basándose en puras creencias, se afirme que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra y que la psiquiatría es una ciencia natural. Así lo hizo el propio Freud quien “en un breve ensayo escrito poco antes de su muerte [...] reiteró que ‘la psicología también es una ciencia natural [*Naturwissenschaft*]. ¿Qué otra cosa puede ser?’ La respuesta [dice Szasz], especialmente en alemán, es totalmente obvia: una *Geisteswissenschaft* (Szasz, 2008a, p. 49).⁷⁶

En definitiva, Szasz considera que los problemas psicológicos del ser humano son de orden ético y no médico: “Las leyes de la psicología no pueden formularse sin tener en cuenta las leyes de la sociología” (Szasz, 1961b, p. 7; Trad.: 1999, p. 48). Aboga por un abordaje no excluyente, por un enfoque abierto que:

Will effect a much-needed and long overdue *rapprochement* between psychiatry on the one hand and philosophy and ethics on the other. [...] Psychology -and psychiatry, as a branch of it- was closely allied to philosophy and ethics until the latter part of the nineteenth century. Since then, psychologists have considered themselves empirical scientists whose methods and theories are allegedly no different than those of the physicist or biologist. [...] Psychiatrists cannot expect to solve ethical problems by medical methods (*Op.cit.*, p. 8).⁷⁷

⁷⁶ El texto de Freud al que Szasz hace referencia es “Algunas lecciones elementales de psicoanálisis” (Freud, 1975, p. 3420).

⁷⁷ “Logre un *acercamiento* muy necesario y largamente demorado entre la psiquiatría, por una parte, y la filosofía y la ética, por otra. [...] La psicología (y la psiquiatría, como rama de ésta) mantuvo una estrecha relación con la filosofía y la ética hasta las postrimerías del siglo XIX. Desde entonces, los psicólogos se han

El decidido ataque al materialismo psiquiátrico que Szasz plantea al inicio de su carrera cobra especial sentido a partir de 1980, cuando comienza el auge de las investigaciones neurocientíficas tendentes a demostrar el origen cerebral de los trastornos mentales, la promoción de manuales diagnósticos de corte médico y la proliferación de tratamientos farmacológicos que siguen hoy vigentes. Afirma (como demuestran muchos científicos actuales que citaré en el cuarto capítulo) que dichas investigaciones no han probado la hipótesis etiológica que considera equivalentes la mente y el cerebro, que la elaboración de los manuales diagnósticos dista mucho de seguir un criterio científico y que los fármacos no tienen el efecto “curativo” que sus promotores (empresas farmacéuticas, investigadores, psiquiatras, políticos, etc.) dicen que poseen. Szasz considera que los verdaderos científicos requieren de pruebas sólidas para determinar la etiología de una enfermedad pero, por el contrario, los psiquiatras aceptan cualquier explicación materialista (aunque no probada) del origen biológico de la “enfermedad mental”. Considera que la histórica afirmación (sin pruebas constatadas científicamente) de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro no es ciencia sino cientismo, un ideario materialista que la comunidad científica y el público aceptan incondicionalmente como verdad (Szasz, 2001, p. 104; 1996, pp. 92-93; 1987, p. 90-91). Como ejemplo de ello, comenta las palabras del neurocientífico y premio Nobel de medicina Francis Crick:

In a book titled *The Astonishing Hypothesis* he [Francis Crick] argues that “‘you,’ your joys and your sorrows, your memories and your ambitions, your sense of personal identity and free will, are in fact no more than the behavior of vast assembly of nerve cells and their associated molecules. [...] Each of us is the behaviors of a vast, interacting set of neurons.” If Crick

considerado científicos empíricos y se supone que sus métodos y teorías no difieren de los del físico o el biólogo. [...] Los psiquiatras no pueden esperar que se cumpla la posibilidad de resolver los problemas éticos mediante métodos correspondientes al campo de la medicina” (Trad.: 1999, pp. 48-49).

thinks this is a new idea, it is because he is ignorant of the history of the mind and especially of the history of madness. Hippocrates (fourth century, B.C.) had already asserted that the mind is a function of the brain, a facile equation that never lost its appeal. In 1819, as modern medicine was aborning, Sir William Lawrence (1783-1867), President of the Royal College of Surgeons, declared: “The mind, the grand prerogative of man, [is] merely an expression of the function of the brain.” Crick insists that [...] free will is located in or near the anterior cingulate sulcus” (Szasz, 1996, p. 84).⁷⁸

Para Szasz los defensores del materialismo en psiquiatría tienen parte de razón ya que “no puede haber identidad o pensamiento sin un sustrato natural. Pero, en esencia, están equivocados ya que no pueden ofrecer una explicación materialista del lenguaje y aún menos de la existencia humana en tanto experiencia personal” (*Op.cit.*, p. 76). Como mostraré en el cuarto capítulo, actuales críticos de la psiquiatría como Germán Berrios sostienen el mismo principio.

⁷⁸ “En un libro titulado *La hipótesis asombrosa* [1994], [Francis Crick] sostiene que “Tú’, tus alegrías y tus penas, tus recuerdos y tus ambiciones, tu sentimiento de identidad personal y de libre albedrío, no son, de hecho, más que la acción de un vasto ensamblaje de células nerviosas y de sus moléculas asociadas. [...] Cada uno de nosotros *es* la acción de un vasto conjunto de neuronas interactuantes’. Si Crick cree que esta es una idea novedosa es porque desconoce la historia de la mente y, especialmente, la historia de la locura. Hipócrates (siglo cuarto A. C.) ya afirmó que la mente es una función del cerebro, una simple ecuación que nunca perdió su atractivo. En 1819, cuando nacía la medicina moderna, Sir William Lawrence (1783-1867), presidente del *Real Colegio Profesional de Cirujanos*, declaró: ‘La mente, el gran privilegio del ser humano, [es] tan sólo la expresión del funcionamiento cerebral’. Crick insiste en que [...] el libre albedrío se localiza en, o cerca de, el surco cingular anterior”.

2.1.3. ¿DEBE LA PSIQUIATRÍA SEGUIR UN MODELO MÉDICO?

Many people -in and outside of the mental health professions- now assume that insanity is a brain disease and thus take it for granted that its explanation must be sought in neurobiological terms. In this way, the presumption that behavior denominated as mental illness is the manifestation of disordered brain function determines -prejudges perhaps is more accurate- not only what counts as *understanding* such behavior but also what counts as *trying to understand it*. This is why my criticisms of the neuropathological and psychopharmacological fakes of psychiatry are often misinterpreted as opposition to “research about how the brain works” -an absurd contention. My objections to the claims of organic psychiatrists lie elsewhere, in what I consider to be two fundamental misconceptions: one is a misunderstanding of the differences between the literal and metaphorical meanings of words; the other is a misunderstanding of the relationship between chemical processes in the body and human experiences or so-called mental states (Szasz, 1987, pp. 344-345).⁷⁹

Si, en general, existe un amplio acuerdo entre los científicos, ello se debe a que manejan datos objetivos que limitan la multiplicación de teorías. Sin embargo, el desacuerdo

⁷⁹ “Hoy, muchas personas (dentro y fuera de las profesiones de la salud mental) asumen que la locura es una enfermedad mental y, por tanto, dan por hecho que su explicación debe alcanzarse con métodos neurobiológicos. De este modo, la presunción de que el comportamiento denominado enfermedad mental es la manifestación del funcionamiento de un cerebro enfermo determina (prejuza es, quizás, más acertado) no solo la comprensión de tal comportamiento sino también *el intento de comprenderlo*. Es por esto que mi crítica a las falacias neuropatológicas y psicofarmacológicas de la psiquiatría suelen ser malinterpretadas como una oposición a la ‘investigación sobre el funcionamiento cerebral’, lo que es una afirmación absurda. Mis objeciones a las afirmaciones de los psiquiatras organicistas se basan en lo que considero las dos confusiones fundamentales: una es confundir el significado literal de las palabras con el metafórico; la otra es confundir los procesos químicos del cuerpo con las experiencias humanas denominadas estados mentales”.

entre los psiquiatras es permanente y “las teorías psiquiátricas son casi tan numerosas y variadas como los síntomas psiquiátricos” (Szasz 1961b, p. 86; Trad.: 1999, p. 153). Hay una gran falta de consenso entre los psiquiatras sobre qué es la enfermedad mental y cómo tratarla (Szasz, 1958a, p. 187). Esta discrepancia no se da en ninguna otra rama de la medicina, por ejemplo, en la neurología, cuyo objeto, la enfermedad cerebral, puede ser investigado científicamente, observado, diagnosticado e intervenido mediante métodos científicos.

Por “método científico” Szasz entiende aquellos procedimientos técnicos particulares que son empleados en cada disciplina (Szasz 1958b, p. 229). En el caso de la medicina, el método consiste en el examen del cuerpo humano, para lo cual se utilizan ciertas tecnologías con el fin de alcanzar un diagnóstico objetivo y aplicar los tratamientos técnicos que han demostrado ser eficaces, como la cirugía o la administración de sustancias químicas: “La medicina se ocupa del cuerpo humano (y animal) en tanto máquina fisicoquímica. En consonancia, los métodos empleados por los médicos derivan de la física y la química” (*Op.cit.*, p. 230). Algunos psiquiatras consideran que su objeto de estudio e intervención son las enfermedades cerebrales y, como harían otros médicos, emplean (o han empleado) técnicas específicas como los electrochoques, los medicamentos y la cirugía. Pero, para Szasz las enfermedades del cerebro, como parte del cuerpo, no son objeto de la psiquiatría sino de la neurología. En cambio, el verdadero objeto de la psiquiatría es la persona en tanto ser social y sus métodos de intervención son psicosociales (derivados de la psicología, la sociología y la filosofía) efectuados, principalmente, mediante la comunicación verbal (*Op.cit.*, p. 230). Por tanto, los médicos deben practicar la medicina y los psiquiatras la psicoterapia.

Psychiatry and neurology are not sister sciences, both belonging to the superordinate class called medicine. [...] Neurology is concerned with certain parts of the human body and its functions *qua* objects in their own rights—not as signs of other objects. Psychiatry (as defined here) is expressly concerned with signs *qua* signs—not merely with signs as things pointing to objects more real and interesting than they themselves (Szasz, 1961b, p. 51).⁸⁰

Aunque, en algunos aspectos muy concretos de su práctica, el médico puede actuar movido por sus principios éticos (por ejemplo, en los casos de aborto, eutanasia, etc.), toda práctica psiquiátrica, entendida como aquella que se ocupa de los problemas en la vida y no de los problemas neurológicos, siempre está comprometida por las creencias y valores del psiquiatra (Szasz, 1960a, p. 116).

Aquellos psiquiatras que sostienen que actúan médicamente sobre enfermedades tan reales y objetivas como las corporales, transmiten implícitamente la idea de que la enfermedad mental es similar, por ejemplo, a una infección. Si esto fuera así, uno podría contagiarse o contagiar una enfermedad mental. Sin embargo, Szasz sostiene que:

In my opinion, there is not a shred of evidence to support this idea. To the contrary, all the evidence is the other way and supports the view that what people now call mental illnesses are

⁸⁰ “La psiquiatría y la neurología no son [...] dos ciencias hermanas que pertenecen a la clase de orden superior que denominamos medicina. [...] La neurología se ocupa de determinadas partes del organismo humano y de sus funciones *qua* objetos por derecho propio, *no* como signos de otros objetos. La psiquiatría, como la definimos aquí, se ocupa de forma expresa de los signos *qua* signos, y no simplemente de los signos que señalan objetos más reales e interesantes que los propios signos” (Trad.: 1999, p. 106).

for the most part *communications* expressing unacceptable ideas, often framed, moreover, in an unusual idiom (*Op.cit.*, p. 116).⁸¹

The psychiatrists' disease-affirming rituals have varied from time to time. Today, psychiatrists proclaim the reality of mental illness by worshipping at the altar of neurobiology and psychopharmaco-mythology and by speaking the language of brain disease, chemical imbalance, neurotransmitters, and psychopharmacology. In fact, the history of psychiatry from 1850 to the present is essentially the history of changing psychiatric fashions -from neuropathology to psychoanalysis to psychopharmacology. [...] Although psychiatrists and their supporters maintain that mental illnesses are brain diseases, they actually no longer rest their claims for psychiatry's power to cure disease or control dangerousness on adducing evidence of demonstrable pathological lesions, subject to verification and falsification. Instead, they base their claims on the authority of medical experts and political leaders, supported by "biological markers" of abnormal brain activities, exemplified by images obtained by means of positron emission tomography (PET) and other imaging techniques. However, even if the claim that a particular mental illness is the manifestation of a true brain disease were valid, it would establish only the presence of a new brain disease, not the validity of the concept of mental disease. That is what happened when certain types of madness suspected of being manifestations of brain diseases were shown to be *proven brain diseases*: for example, paresis and epilepsy ceased to be mental diseases and became instead infectious and neurological diseases (Szasz, 2001, p. 85).⁸²

⁸¹ "En mi opinión, no existe ni una pizca de evidencia que apoye esta idea. Al contrario, la evidencia está totalmente de otro lado y respalda el punto de vista de que lo que la gente llama enfermedades mentales son, en su mayor parte, comunicaciones que expresan ideas inaceptables, a menudo dichas en un idioma extraño".

⁸² "Los rituales mediante los que los psiquiatras afirman la enfermedad han variado con el tiempo. Hoy, los psiquiatras proclaman la realidad de la enfermedad mental alabando el altar de la neurobiología y la psicofarmacología y entonando la lengua de la enfermedad cerebral, el desequilibrio químico, los

Szasz considera que los diagnósticos psiquiátricos no tienen ninguna justificación desde un punto de vista científico. Son juicios formulados por el psiquiatra sobre la conducta del paciente y no síndromes médicos como suelen ser presentados en los escritos de psiquiatría (Szasz 1956, p. 442). Plantea una crítica a la nosología psiquiátrica desde la perspectiva filosófica del operacionismo “que enfatiza la importancia de aclarar los métodos particulares de observación empleados en cada investigación” (Szasz, 1957d, p. 410). Si la principal fuente de información del psiquiatra es el propio relato del paciente sobre sus síntomas, ¿cómo puede saber aquel que este no miente? Esto es contrario a toda práctica médica cuya primera función, el diagnóstico de la enfermedad, requiere de una evidencia objetiva previa (Cf. Sullum, 2000 y Wyatt, 2004, p. 77).

A diferencia de lo que ocurre en medicina, los diagnósticos psiquiátricos de los fenómenos mentales son completamente subjetivos. De un modo arbitrario e interesado, los

neurotransmisores y la psicofarmacología. De hecho, la historia de la psiquiatría desde 1850 hasta el presente es, en esencia, la historia del cambio en las modas psiquiátricas (de la neuropatología, al psicoanálisis y la psicofarmacología). [...] Sin embargo, los psiquiatras y sus seguidores que mantienen que las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales, no sostienen, de hecho, sus afirmaciones sobre la capacidad de la psiquiatría para curar la enfermedad o para controlar la peligrosidad alegando pruebas de lesiones patológicas demostradas y sujetas a verificación y falsación. En lugar de ello, basan sus afirmaciones en la autoridad de médicos expertos y líderes políticos que se apoyan en los ‘marcadores biológicos’ de actividades cerebrales anormales ejemplificadas en imágenes obtenidas mediante la tomografía de emisión de positrones (TEP) y otras técnicas de imagen. No obstante, la afirmación de que cierta enfermedad mental es la manifestación de una verdadera enfermedad cerebral tan sólo confirmaría la presencia de una nueva enfermedad cerebral y no la validez del concepto de enfermedad mental. Esto es lo que ocurrió cuando ciertos tipos de locura (que se sospechaba que eran manifestaciones de enfermedades cerebrales) fueron presentadas como enfermedades cerebrales probadas. Por ejemplo, la paresia y la epilepsia dejaron de ser enfermedades mentales y pasaron a ser enfermedades infecciosas y neurológicas”.

psiquiatras otorgan la categoría de enfermedad a los trastornos mentales (comportamientos que se apartan de una norma cultural establecida). Por tanto, la psiquiatría inventa sus propias enfermedades al margen de todo método científico, cosa que no ocurre en ninguna otra rama de la medicina. Dado que la enfermedad mental carece de evidencia objetiva, los psiquiatras, con sus diagnósticos, medican problemas de la vida cotidiana (Szasz, 1981a, p. 394; Kerr, 1997, p. 2).

Psychiatrists maintain that our understanding of mental illnesses as brain diseases is based on recent discoveries in neuroscience, made possible by imaging techniques for diagnosis and pharmacological agents for treatment. This is not true. [...] There are no objective diagnostic tests to confirm or disconfirm the diagnosis of depression; the diagnosis can and must be made solely on the basis of the patient's appearance and behavior and the reports of others about his behavior. The absence of objective diagnostic tests does not negate the validity of the psychiatric diagnosis; instead, the diagnosis affirms the validity of psychiatry as a medical specialty (Szasz, 2001, pp. 80-81).⁸³

Si la nosología psiquiátrica arrastra dificultades históricas y no satisface a todos, dice Szasz, se debe a que previamente no se realizó un análisis serio de la cuestión de si la psiquiatría es, por su objeto de estudio e intervención, una rama de la medicina o, más bien, de la psicología y la sociología. Si el sistema diagnóstico psiquiátrico no funciona es porque

⁸³ “Los psiquiatras sostienen que nuestro conocimiento de las enfermedades mentales en tanto enfermedades cerebrales se basa en los recientes descubrimientos de la neurociencia que han hecho posible el diagnóstico mediante las técnicas de imagen y el tratamiento mediante agentes farmacológicos. Esto no es cierto. No existen pruebas diagnósticas objetivas que confirmen o rechacen el diagnóstico de depresión. El diagnóstico únicamente puede y debe hacerse en base a la apariencia del paciente, de su comportamiento y de los informes de otros sobre dicho comportamiento. La ausencia de pruebas diagnósticas objetivas no niega la validez del diagnóstico psiquiátrico; en lugar de ello, confirma la validez de la psiquiatría como especialidad médica”.

pretende clasificar, como si se tratara de entidades naturales, asuntos relativos a cómo viven las personas y cómo se relacionan con los demás, construyendo así un sistema psicopatológico basado en la medicina para categorizar asuntos de índole ética (Szasz, 1957d, 405-406).

La psiquiatría tomó prestados de la medicina los conceptos de normalidad y anormalidad y los aplicó al comportamiento y a su supuesto órgano, la “mente” (Hollender y Szasz, 1957, p. 599). Sin embargo, mientras que un diagnóstico médico suele carecer de carga moral (padecer una neumonía no implica la pérdida de estatus social del paciente), un diagnóstico psiquiátrico, sobre todo el de psicosis, conduce a la denigración social del afectado (*Op.cit.*, p. 600). Desde el punto de vista científico-médico al que la psiquiatría quiere adscribirse, los términos “normal”, “neurosis” y “psicosis” tienen escasa relevancia. En lugar de establecer diagnósticos psiquiátricos generalistas (como se hace en medicina), estos debieran ajustarse, con un significado particular, a las circunstancias concretas de cada individuo (*Op.cit.*, 606-607). Szasz señala que “hacer un diagnóstico específico implica siempre inferir a partir de las observaciones” (Szasz 1961b, p. 70; Trad.: 1999, p. 172). De este modo, diferencia las observaciones de regularidades (causación científica) de la inferencia a partir de aquellas (diagnóstico). El diagnóstico puede ser erróneo si las observaciones son engañosas, como ocurre frecuentemente en psiquiatría donde no existen métodos objetivos que demuestren la veracidad de la queja ni de sus causas. Es por ello que el diagnóstico psiquiátrico descansa en bases precarias (*Op.cit.*, p. 71; Trad.: 1999, pp. 172-173).

Crítica el uso de los diagnósticos psiquiátricos como *panchrestons* (Hardin, 1956), es decir, como sustantivos que pretenden explicarlo todo pero que no consiguen explicar nada.

Así ocurre con la palabra “esquizofrenia” con la que los psiquiatras, queriendo tapan un vacío de saber, no sólo no terminan de explicar el fenómeno en cuestión sino que dificultan su comprensión. En vez de exponer conceptos generalizadores e insuficientes, opina Szasz, deberíamos redefinirlos con seriedad teniendo en cuenta sus múltiples significados y establecer distintas líneas metodológicas, tanto biológicas como psicológicas, con vistas a explicar los hechos particulares del fenómeno. La investigación biológica mostraría el posible origen físico de algunas psicosis mientras que la investigación psicológica arrojaría luz sobre el uso del lenguaje, la formación de símbolos y otras conductas características de ciertos pacientes llamados esquizofrénicos. Aún así, sería ilusorio pretender que tales estudios explicaran completamente la esquizofrenia, tan sólo la comprenderíamos mejor (Szasz, 1957d, 409-410).

Szasz cita al filósofo K.W.M. Fulford, para quien “el éxito de estas clasificaciones [diagnósticas] es el resultado directo de la adopción de un enfoque descriptivo que emula [...] las bases científicas de la clasificación de enfermedades de la medicina física”. Para Szasz, dicha necesidad de *emular* la medicina es una prueba clara de que ni la psiquiatría es medicina ni la enfermedad mental es una enfermedad (Szasz, 2001, p. 117).

Denuncia y demuestra que la inclusión y la exclusión de diagnósticos en los manuales (concretamente, el *DSM*) no sigue ningún criterio científico sino, más bien, político (Szasz, 1987, pp. 79-80; 2001, p. 94). A pesar de ello, los psiquiatras siguen afirmando la científicidad de dichos métodos y el público continúa considerando a la psiquiatría parte de la medicina:

One of the invited psychologists [a las reuniones de la *APA*, en 1985, en las que se discutió la revisión el *DSM-III* y la inclusion de nuevos diagnósticos] -naively expecting something scientific to happen- complained: “The low level of intellectual effort was shocking. Diagnoses were developed by majority vote on the level we would use to choose a restaurant.” [...] However, it does not seem to matter how openly political -how obviously nonmedical and unscientific- are the ways and means by which psychiatrists create categories of mental illness: the medical and scientific community, as well as the lay public, continue to view psychiatry as a bona fide medical specialty and mental illness as bona fide illness. Carol Nadelson, the president of the *APA* (for 1985-1986), smugly asserts: “Thanks to the use of *DSM-III*, the diagnosis of mental disorders is now generally as reliable as the diagnosis of physical ills. [...] Psychiatry has emerged as a mature medical specialty whose methods of diagnosis and treatment are guided by a rational scientific approach. Psychiatry has proved itself in the laboratory” (Szasz, 1987, pp. 80-81).⁸⁴

Psychiatric News (the American Psychiatric Association’s biweekly newspaper) asked: “does LLPDD [late luteal phase dysphoric disorder] exists?” The same question might be raised

⁸⁴ “Uno de los psicólogos invitados [a las reuniones de la *APA*, en 1985, en las que se discutió la revisión el *DSM-III* y la inclusion de nuevos diagnósticos] (esperando ingenuamente que ocurriera algo científico) se lamentaba: ‘era impactante el bajo nivel de esfuerzo intelectual. Los diagnósticos se proclamaban por mayoría de votos del mismo modo en que elegiríamos un restaurante’. [...] Sin embargo, no parece importar cuán claramente políticos (cuán evidentemente no-médicos y acientíficos) son los modos y maneras por los que los psiquiatras crean las categorías de la enfermedad mental: la comunidad médica y científica, así como el público profano, continúa considerando a la psiquiatría una auténtica especialidad médica y la enfermedad mental como una auténtica enfermedad. Carol Nadelson, presidenta de la *APA* (1985-1986), declara con suficiencia: ‘Gracias al uso del *DSM-III*, el diagnóstico de los trastornos mentales es hoy, en general, tan fiable como el diagnóstico de las enfermedades físicas. [...] La psiquiatría ha surgido como una especialidad médica madura cuyos métodos de diagnóstico y tratamiento están guiados por un enfoque racional y científico. La psiquiatría ha quedado demostrada en el laboratorio”.

about every nonbodily disease. The reporter then cites the comment of several psychiatrists that dramatically show psychiatry's intellectual bankruptcy and moral desolation: "The decision as to whether or not LLPDD will be assigned its own diagnostic category in the fourth edition of the APA's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* is 'a political land mine,' according to Allan Frances, M.D., chair of the Task Force on *DSM-IV*." David Rubinow, M.D., a psychiatrist who "has done research at NIH on PMS [premenstrual syndrome] for more than a decade," offered his opinion: "As far as I am concerned, the decision to include PMS in *DSM-IV* will be made on political rather than medical considerations" (Szasz, 1993, p. 7).⁸⁵

Basándose en estas y otras muchas pruebas similares, Szasz afirma que "la psiquiatría moderna [...] es un monumento a la charlatanería a una escala inimaginable en los anales de la medicina" (Szasz, 2008, pp. 18-19). Considera que la motivación de la *American Psychiatric Association* (organización creadora del manual diagnóstico *DSM III* y siguientes versiones) es puramente política: demostrar que los psiquiatras son verdaderos médicos que diagnostican verdaderas enfermedades. Sin embargo, "los verdaderos médicos no tienen que buscar enfermedades. Estas, y los pacientes que las sufren, los encuentran a ellos mucho

⁸⁵ "Psychiatric News (el periódico bimensual de la *American Psychiatric Association*) preguntó: '¿Existe la LLPDD [Desorden disfórico fase luteínica tardía, o Trastorno disfórico premenstrual]?' Podría hacerse la misma pregunta sobre cualquier trastorno no corporal. Entonces, el periodista cita los comentarios de varios psiquiatras que muestran radicalmente la quiebra intelectual de la psiquiatría y su devastación moral: 'La decisión de si la LLPDD debería o no poseer su propia categoría diagnóstica en la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* de la APA, 'es una mina terrestre política' de acuerdo con Allen Frances, jefe del grupo de trabajo del *DSM-IV*'. David Rubinow, un psiquiatra que 'ha investigado en el NIH [*National Institutes of Health*] sobre el SPM [síndrome premenstrual] da su opinión: 'En lo que a mí concierne, la decisión de incluir el SPM en el *DSM-IV* se efectuará bajo consideraciones políticas antes que médicas'".

antes. Esto no es así en psiquiatría” (Szasz, 1993, p. 38). Cita las palabras de Allen J. Frances, quien afirma que el *DSM IV* es un manual de trastornos mentales, aunque no esté nada claro qué es exactamente un trastorno mental. Por otra parte, Frances señala que la palabra “mental” implica una dicotomía mente-cuerpo completamente desfasada. Entonces, se pregunta Szasz, ¿por qué se usa tal término “trastorno mental”? ¿Y por qué el catálogo de “trastornos mentales” crece en cada edición del manual en vez de decrecer? (2001, p. 78). Quizás, responde, porque actualmente “ninguna hospitalización o tratamiento psiquiátricos, ninguna solicitud de reembolso por los servicios psiquiátricos prestados o por discapacidad psíquica, ninguna orden de detención, ninguna alegación por enajenación es válida a menos que esté apoyada en un diagnóstico correspondiente del *DSM IV*” (Szasz, 2001, p. 80).

Por otra parte, en 1957 Szasz ya advirtió de las consecuencias sociales y personales de la prescripción de psicofármacos (concretamente, antipsicóticos) a los que denominó “camisas de fuerza químicas”, término que fue utilizado con profusión posteriormente por los críticos de la psiquiatría de los años sesenta y setenta (Szasz, 2007, p. 183):

The widespread acceptance and use of the so-called tranquilizing drugs constitutes one of the most noteworthy events in the recent history of psychiatry. [...] These drugs, in essence, function as chemical straitjackets. [...] When patients had to be restrained by the use of force -for example, by a straitjacket- it was difficult for those in charge of their care to convince themselves that they were acting altogether on behalf of the patient. [...] Restraint by chemical means does not make [the psychiatrist] feel guilty; herein lies the danger to the patient (Szasz, 1957a, p. 91).⁸⁶

⁸⁶ “La amplia aceptación y uso de los así llamados medicamentos tranquilizantes constituye uno de los acontecimientos más notables en la historia reciente de la psiquiatría. [...] Estos medicamentos funcionan, en esencia, como camisas de fuerza químicas. [...] Cuando los pacientes tienen que ser sometidos a la fuerza (por

Para Szasz es absurdo, desde un punto de vista lógico, esperar que los fármacos solucionen los problemas propios de la vida humana que los psiquiatras llaman enfermedades mentales (Szasz, 1960a, p. 115). Tanto históricamente como en la actualidad, la psicofarmacología no representa un nuevo método revolucionario de tratar supuestas enfermedades sino “una nueva forma política de controlar por medios químicos a las personas y los comportamientos no deseados” (Szasz, 2007, p. 175), en definitiva, “una nueva excusa para ejercer la coerción psiquiátrica” (Szasz, 1987, pp. 164-165).

Como mostraré en el cuarto capítulo, hoy se publican muchos ensayos que demuestran las estratagemas empleadas por la industria farmacéutica para crear falsas enfermedades psiquiátricas de origen “indudablemente” orgánico para las cuales ya disponen del “remedio” químico. Resulta fácil, pues, culpar a las farmacéuticas de la inflación de los tratamientos farmacológicos (Cf. Frances, 2014). Sin embargo, Szasz considera que los primeros responsables de ello son los propios psiquiatras que diagnostican las “enfermedades” y prescriben los fármacos:

True, the drug companies mislead the public, but they could not do this if psychiatrists did not engage in the manufacture of madness by manufacturing psychiatric diagnoses, equating them with brain diseases, and writing prescriptions for psychiatric drugs. Long before drug companies profited from the creation of new mental illnesses, psychiatrists were busy creating

ejemplo, con una camisa de fuerza) es difícil para quienes se ocupan de su cuidado convencerse de que actúan estrictamente en beneficio del paciente. [...] El sometimiento por medios químicos permite [al psiquiatra] no sentirse culpable; en ello radica el peligro para el paciente”.

mental illnesses, such as drapetomania, nymphomania, masturbatory insanity, and homosexuality (Szasz, 2007, p. 184).⁸⁷

Szasz no se opone a la administración de fármacos de forma voluntaria sino a su uso en contra del deseo del paciente empleando la coartada psiquiátrica de proceder en su bien, dado que su “afección biológica” (la enfermedad mental) le impide actuar como agente moral. ¿Qué ocurriría, pregunta Szasz, si tras recibir dicho tratamiento el paciente sigue negándose a ser “ayudado”? ¿Sería esto una prueba de que rechaza con razón el tratamiento o, por el contrario, de que este fue poco efectivo y debe volver a administrarse contra la voluntad del paciente? (Szasz, 1996, p. 95). Este dilema muestra de nuevo que, en ausencia de pruebas objetivas, la decisión sobre el diagnóstico y, en este caso, el tratamiento farmacológico es un asunto que depende exclusivamente de la interpretación subjetiva del psiquiatra, lo que pone en un serio aprieto epistemológico tanto la concepción biologicista de la enfermedad mental como el estatuto científico-médico de la psiquiatría que de ella deriva.

⁸⁷ “Es cierto que las empresas farmacéuticas engañan al público. Pero no hubieran podido hacerlo si los psiquiatras no se hubieran involucrado en la fabricación de diagnósticos psiquiátricos (haciéndolos equivalentes a enfermedades cerebrales) ni hubieran recetado medicamentos psiquiátricos. Mucho antes de que las empresas farmacéuticas se aprovecharan de la creación de nuevas enfermedades mentales, los psiquiatras estaban ocupados en crear dichas enfermedades tales como la drapetomanía, la ninfomanía, la locura masturbatoria y la homosexualidad”.

2.2. SZASZ, POLÍTICO LIBERAL Y ABOLICIONISTA DE LA PSIQUIATRÍA

2.2.1. EL LIBERALISMO RADICAL DE SZASZ

En la segunda declaración de su “Manifiesto”, Szasz sostiene que “al igual que la Iglesia y el Estado, la psiquiatría y el Estado deberían estar separados por un ‘muro’” (Szasz, 1998). Se define a sí mismo como un liberal clásico, defensor de la ética del individualismo y contrario a “la fuerza coercitiva que la familia, el entorno, la sociedad o la justicia pueden imponer a un individuo” (Szombati, 1981).

There are things the state can't do and shouldn't try to do. I refer to the libertarian principle that the state shouldn't do what the people can do for themselves. The state can't protect people beyond a certain, very minimal, point. [...] I am not an anarchist. [...] I consider anarchism unrealistic. [...] But I believe with traditional libertarians that the state should do as little as possible in competition with individual initiative. The state should provide for national defense and exercise the police function and some types of regulatory functions. But the more the state does beyond those things, the more it becomes an enemy of the people (Szasz, 1977, pp. 155, [...] 160).⁸⁸

⁸⁸ “Hay cosas que el Estado no puede hacer o no debería pretender hacer. Me refiero al principio liberal de que el Estado no debería hacer lo que las personas pueden hacer por sí mismas. El Estado no debe proteger a las personas más allá de cierto punto. [...] No soy anarquista. [...] Considero utópico el anarquismo. [...] Pero creo, con los liberales clásicos, que el Estado debería hacer la menor competencia posible a la iniciativa individual. El Estado debería ocuparse de la defensa nacional y ejercer la función policial y algunas otras funciones reguladoras. Pero cuanto más haga el Estado fuera de estos dominios, más se convertirá en enemigo del pueblo” (Trad.: 1980, pp. 225, [...] 232).

El Estado no debe proteger a las personas de sí mismas ni meterse en sus asuntos. Debe dejarlas en paz a menos que atenten contra la vida, la libertad o la propiedad de otras personas. Sin embargo, Szasz lamenta que, por el contrario, “estamos yendo hacia una forma de sistema totalitario [lo que denomina Estado terapéutico (1968) o Farmacracia (2001)] en el que todo el mundo se ocupa de los asuntos de los demás y nadie se ocupa de los suyos propios” (Mitchell, 2009). Considera que la psiquiatría no voluntaria, concretamente la hospitalización forzosa, es un acto político, un recurso empleado por el Estado contra los ciudadanos que disienten:

I have been interested in involuntary mental hospitalization not only because it is such a blatant violation of human rights, but also because it reveals so clearly how we have medicalized certain moral and political problems. If someone wants to do something we really don't like-such as killing himself-then we say he is depressed and lock him up in a mental hospital. How is that possible? Because psychiatry says that depression is a disease; obviously, if you are an American, you should want to live. Look how similar that is to people's being locked up in mental hospitals in the Soviet Union because they criticize the system. Obviously, to the Soviet state and its psychiatrists, anyone who publicly expresses political dissent must be crazy; if he weren't crazy, he would be an obedient Communist. [...]

All involuntary psychiatry is political. It's the use of the police power of the state against the dissenting citizen. It is as simple as that (Szasz, 1977, p. 147)⁸⁹

⁸⁹ “Me he interesado por la hospitalización psiquiátrica no voluntaria no sólo porque constituye una violación flagrante de los derechos humanos, sino también porque revela muy claramente cómo hemos medicalizado ciertos problemas morales y políticos. Si alguien desea hacer algo que a nosotros realmente no nos gusta (como matarse), decimos que está deprimido y lo encerramos en un hospital psiquiátrico. ¿Cómo es esto posible? Porque la psiquiatría dice que la depresión es una enfermedad. Obviamente, según ella, si uno es norteamericano, debería querer vivir. Obsérvese que es lo mismo que ocurre en la Unión Soviética donde encierriaran en hospitales psiquiátricos a quienes critican el sistema. Obviamente, para el sistema soviético y sus

En la tercera declaración de su “Manifiesto”, Szasz reivindica la presunción de competencia del individuo, particularmente del llamado enfermo mental, ante los tribunales de justicia como agente moral responsable de sus actos: “Los individuos acusados por ofensas penales, civiles o interpersonales nunca deberían ser tratados como incompetentes basándose únicamente en la opinión de los expertos en salud mental” (Szasz, 1998). Sin embargo, esto es lo que ocurre cuando los psiquiatras declaran a una persona judicialmente incompetente y no responsable de su conducta debido a una supuesta enfermedad mental. De esta forma, a los adultos llamados enfermos mentales se les trata como si fueran niños y no se consideran sus demandas puesto que se supone que no saben lo que dicen ni lo que les conviene (Szasz, 1956b, pp. 304-305 y 1960d, pp. 404). El hecho de que se deniegue la petición de un paciente que desea ser dado de alta en un hospital es una prueba del conflicto de intereses entre él, en tanto ciudadano libre, y las autoridades médicas y judiciales, en tanto agentes del Estado (Szasz, 1960b, p. 221). Otro ejemplo de dicho conflicto son las evaluaciones psiquiátricas obligatorias de un acusado:

It may be objected that mind tapping,⁹⁰ as against wire tapping, is intended for the defendant’s benefit, and hence, in the final analysis, is not injurious to his “best interests.” Let us see if this is so. [...] What happens if the defendant refuses to submit to pre-trial psychiatric examination? [...] In the face of this dilemma, the courts and legal scholars have held, first,

psiquiatras, cualquiera que exprese públicamente su desacuerdo político debe de estar loco ya que, si no lo estuviese, sería un comunista obediente. [...] Toda psiquiatría no voluntaria es fundamentalmente política. Es el uso del poder policial del Estado contra el ciudadano que disiente. Tan sencillo como eso” (Trad.: 1980, p. 215-216).

⁹⁰ Szasz emplea el término “mind tapping” en analogía con “wire tapping” (escuchas telefónicas) para referirse a las evaluaciones psiquiátricas realizadas a un acusado antes de un juicio para determinar su estado mental.

that a person's unwillingness to participate in a psychiatric interview is itself *prima facie* evidence of mental illness (Szasz 1962a, p. 324-325).⁹¹

En ese caso, la persona es considerada incapaz de comparecer en juicio y es internada en un hospital psiquiátrico por tiempo indefinido. La desprotección judicial que sufre el sospechoso de enfermedad mental supone, según Szasz, un atentado a los derechos y a la dignidad de la persona:

It is evident that a person accused of "mental illness" and threatened with the possibility of incarceration in a mental hospital [...] does not possess these elementary legal safeguards. In these respects, therefore, he lacks the guarantees of *personal freedom* which all democratic societies have considered essential for insuring the dignity of man (1960d, p. 402).⁹²

En la década de los sesenta, Szasz publicó puntualmente artículos de corte liberal sobre cuestiones sociales como el derecho al aborto y la homosexualidad: "The Ethics of Birth Control - Or: Who Owns Your Body?" (1960e); "Who Has a Right to an Abortion?" (1962c); "Legal and Moral Aspects of Homosexuality" (1965b); "The Ethics of Abortion"

⁹¹ "Puede objetarse que las escuchas psiquiátricas, a diferencia de las escuchas telefónicas, tienen por intención beneficiar del acusado y, por tanto, en último término, no son perjudiciales para sus 'mejores intereses'. Veamos si esto es así. [...] ¿Qué ocurre si el demandado rechaza someterse al examen psiquiátrico previo al juicio? [...] Enfrentados a este dilema, los tribunales y los profesores de derecho han establecido, primero, que la renuencia de una persona a participar en entrevistas psiquiátricas es en sí misma, *prima facie*, una prueba de enfermedad mental".

⁹² "Resulta evidente que una persona acusada de 'enfermedad mental' y amenazada con la posibilidad de ser encarcelada en un hospital psiquiátrico [...] no posee las salvaguardas legales básicas. En este sentido, por tanto, carece de las garantías de *libertad personal* que todas las sociedades democráticas han considerado esenciales para garantizar la dignidad del ser humano".

(1966). Sin embargo, desde principios de los años setenta se centró en dos temas (sin contar los propios de la crítica a la psiquiatría coercitiva) que considera paradigmáticos de la, en su opinión, indebida intervención del Estado en asuntos privados: el uso de las drogas y el suicidio. Sus primeros artículos al respecto fueron “The Ethics of Suicide” (1971a) y “The Ethics of Addiction” (1971b) a los que siguieron muchos otros artículos y cuatro libros: *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers* (1974b); *Our Right to Drugs: The Case for a Free Market* (1992); *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide* (1999); y el que fue su último libro, *Suicide Prohibition: The Shame of Medicine* (2011). Generalmente, publicó estos artículos de temática social en revistas no especializadas como *The Humanist*, *Current*, *The Antioch Review* o *The New Republic* y se convirtió en un activo divulgador de sus ideas liberales no sólo a través de dichos artículos sino también en sus frecuentes intervenciones en prensa, radio y televisión. A continuación presentaré brevemente las tesis defendidas por Szasz en cada uno de estos temas.

Respecto de la cuestión del suicidio, Szasz considera que la vida sólo pertenece a la persona. Sin embargo, los médicos, concretamente los psiquiatras, violan sistemáticamente la libertad del individuo de disponer de su vida y de decidir cómo acabar con ella. El argumento que emplean los psiquiatras para ejercer sus coacciones sobre el suicida es que este, al estar trastornado, no sabe lo que hace. Por el contrario, Szasz afirma que el suicida no hace otra cosa que ejercer su libertad:

Je maintiens que chaque personne appartient en premier lieu à elle-même et qu'elle est seul maître de sa vie et de sa mort. Certes, une tentative de suicide, ou un suicide réussi, perturbe grandement l'entourage de la victime. Mais je rejette catégoriquement les conclusions de certains de mes confrères selon lesquels quelqu'un qui veut se suicider est une personne

dérangée et pour qui cette maladie mentale justifie une hospitalisation psychiatrique ou un traitement forcé.

Il est bien entendu que je ne puis qu'approuver l'idée d'apporter une aide psychothérapeutique dans les cas d'intentions suicidaires. Mais à la condition expresse que la personne concernée désire cette aide. Par contre, je m'élève contre [...] qu'un parent serait autorisé à provoquer une intervention psychiatrique forcée, prétendument pour "sauver" les gens d'eux-mêmes. Le plus souvent, médecins et psychiatres refusent de limiter leur aide à des mesures volontaires. Et pour cause! D'une telle assistance, la personne peut non seulement gagner le désir de vivre, mais aussi la force de mourir (Szombati, 1981).⁹³

En una entrevista en televisión,⁹⁴ el periodista le pregunta qué haría si viera a una persona considerando saltar por la ventana. ¿Pediría a la policía que tendieran una red? Szasz responde afirmativamente, pero únicamente para proteger a los viandantes. El periodista insiste: imaginemos que no hay nadie en la calle, ¿debería tenderse una red? La respuesta de

⁹³ "Sostengo que cualquier persona se pertenece, en primer lugar, a sí misma y que ella es la única dueña de su vida y de su muerte. Ciertamente, una tentativa de suicidio o un suicidio llevado a término perturban enormemente al entorno de la víctima. Pero rechazo categóricamente las conclusiones de algunos de mis colegas según las cuales cualquiera que quiera suicidarse es una persona perturbada y que su enfermedad mental justifica una hospitalización psiquiátrica o un tratamiento forzoso.

Que quede bien claro que yo no puedo más que aprobar la idea de proporcionar una ayuda psicoterapéutica en los casos de intentos de suicidio, pero, con la condición expresa de que la persona concernida desee tal ayuda. Por el contrario, me rebelo contra [...] [el hecho de que] un familiar esté autorizado a promover una intervención psiquiátrica forzada, supuestamente para 'salvar' a la gente de sí misma. La mayoría de las veces, los médicos y los psiquiatras rechazan limitar su ayuda a medidas voluntarias. ¡Y con razón! Por una asistencia tal, la persona puede no solamente ganar el deseo de vivir sino también la fuerza para morir".

⁹⁴ Para el conocido programa "Firing Line" dirigido por William F. Buckley. Fue grabada el 16 de mayo de 1973 y emitida por televisión el 15 de julio del mismo año.

Szasz es: No. El periodista dice que eso no suena muy amable, a lo que Szasz responde que no está allí para ser amable sino para “ser claro respecto de un tema extremadamente importante que afecta, después de todo, a toda nuestra sociedad” (Szasz, 1973, p. 16). El “tema” es clásico en Szasz: el respeto incondicional a la libertad de decisión de las personas siempre que no dañe a otros.

En cuanto al uso de las drogas, Szasz considera que las personas adictas a ellas lo son voluntariamente. Es un hábito al que nadie les ha obligado, por lo que sólo a ellas compete su uso y sólo ellas deben asumir las consecuencias personales o judiciales derivadas de tal actividad. Por otro lado, sostiene que existe toda una mitología sobre la dependencia química que provocan las drogas que carece de fundamento racional y que desconsidera el deseo de la persona de usarlas puntualmente o de convertirse en dependiente de ellas (Szasz, 1974a, p. 4).

En la entrevista de televisión antes referida Szasz afirma lo siguiente:

My point is that all chemical substances, drugs, should be free available in a free country. [...] You can drive cars in such a way that you wreck them. You can use high buildings in such a way that you jump out of them. And certainly you can use alcohol, cigarettes, opiates in such a way that you poison yourself with it.

Now, in my opinion, the right to poison oneself is an absolute and qualified right in a free society. It's not desirable. I'm talking about the proper, self-disciplined use of these drugs, especially opiates and cocaine. Now amphetamines also –after all, amphetamines have been on the market for a long time and they are- Well, I'm not recommending any of these drugs. I think that one is much better off without drugs (Szasz, 1973, p. 4).⁹⁵

⁹⁵ “Mi posición es que, en un país libre, todas las sustancias químicas (las drogas) deberían ser libremente accesibles. Puedes conducir coches para destrozarnos. También puedes utilizar los edificios altos para saltar de ellos. Y, por supuesto, puedes utilizar el alcohol, los cigarrillos, los opiáceos para envenenarte con ellos.

Szasz aboga por una educación abierta y rigurosa sobre los efectos de cada droga y defiende un mercado libre de las drogas y los medicamentos (Szasz, 1974a, p. 5). De este modo, se limitaría el monopolio de los médicos sobre su prescripción, lo que considera una forma de control social. Estos debieran actuar como meros informadores dejando a la gente la decisión y la responsabilidad últimas sobre el uso de las drogas y los medicamentos (Wyatt, 2004, pp. 76-77).

2.2.2. POR LA ABOLICIÓN DE LA PSIQUIATRÍA COERCITIVA

En las declaraciones cuarta y quinta de su manifiesto, Szasz aboga por la abolición de la hospitalización psiquiátrica involuntaria: “ninguna persona debería ser detenida involuntariamente si no es con el propósito de castigarla ni en otra institución distinta de la formalmente definida como parte del sistema judicial penal del Estado”; y de la defensa por insania: “eximir a una persona de su responsabilidad en un acto criminal basándose en su incapacidad para formar un propósito consciente es un acto de piedad enmascarado en un acto de la ciencia médica” (Szasz, 1998).

Se supone que el psiquiatra forense es un experto en asuntos humanos que ayuda a un tribunal de justicia a hallar la verdad mediante métodos científicos. Sin embargo, Szasz afirma que un lugar público en el que una persona va a ser juzgada y en el que el psiquiatra está sometido a la presión de establecer, en un tiempo limitado, la verdad sobre hechos no

Aunque no sea deseable, envenenarse es, en mi opinión, un derecho absoluto y propio de las sociedades libres. [...] Pero no recomiendo que se use ninguna de estas drogas. Creo que uno vive mucho mejor sin ellas”.

físicos sino subjetivos, no es el más adecuado para alcanzar dichos objetivos, de hecho, es materialmente imposible (Szasz, 1956b, pp. 307-308). Por el contrario, la función real del psiquiatra forense en un contexto judicial es la de actuar como un tranquilizante social que aconseja, de forma arbitraria pero contundente, al tribunal que debe decidir el destino de la persona (Szasz, 1958a, p. 195). La enfermedad mental es la justificación en la que está basado lo anterior (Szasz, 1960c, pp. 561-562): “Al testificar, los psiquiatras [...] recurren [...] al uso de la noción carente de sentido, o, como mínimo, extremadamente polivalente, de ‘enfermedad mental’ y se engañan a sí mismos al creer que, al hacerlo, han emitido un diagnóstico [médico] cuando, de hecho, simplemente están actuando como una instancia social sancionadora” (Szasz, 1958a, p. 189).

The subject matter of psychiatry is neither minds nor diseases, but lies -the “patient’s” and the “psychiatrist’s.” These lies begin with the names of the participants in the transaction -the designation of one party as “patient” even though he is not ill, and of the other party as “therapist” even though he is not treating any illness; they continue with the lies that comprise the subject matter of the discipline the psychiatric “diagnoses,” “prognoses,” and “treatments”; and they end with the lies that, like shadows, follow the ex-mental patients through the rest of their lives-the records of denigrations called “depression,” “schizophrenia,” and what not, and of the imprisonments called “hospitalization.” Accordingly, if we wished to give psychiatry an honest name, we should call it “mendacitology -the study of lies (Szasz, 1974a, p. 8).⁹⁶

⁹⁶ “El objeto de la psiquiatría no son ni las mentes ni las enfermedades, sino las mentiras (las del ‘paciente’ y las del ‘psiquiatra’). Estas mentiras comienzan con los nombres de los participantes en la transacción: la designación de una parte como ‘paciente’ a pesar de que no está enfermo, y de la otra parte como ‘terapeuta’ a pesar de que no trata ninguna enfermedad. Continúan con las mentiras de las que se compone la disciplina: la ‘diagnosis’, la ‘prognosis’ y los ‘tratamientos’ psiquiátricos. Y terminan con las mentiras que, como sombras, persiguen a los ex-pacientes mentales durante el resto de sus vidas: el registro escrito de las denigraciones

La función social de la psiquiatría, ejemplificada por su actuación en los tribunales, es doble: por un lado, apartar de la sociedad a gente considerada indeseable y, por otro, pretender proteger a las personas de sí mismas (ya que, supuestamente, no saben lo que hacen). En ambos casos, los psiquiatras pueden recomendar al juez una sentencia condenatoria, la hospitalización involuntaria, sin que el supuesto “enfermo” haya cometido delito alguno o, al contrario, una sentencia absolutoria atenuante o eximente de la pena, por enajenación mental, aunque la persona haya cometido efectivamente un delito. Así, el testimonio del psiquiatra ante un tribunal, basado en su interpretación subjetiva, puede llevar tanto a la condena de una persona inocente a ser internada en un hospital psiquiátrico (*civil commitment*) y a recibir tratamiento involuntario como a la exculpación de un criminal alegando una ausencia de responsabilidad penal debida a enfermedad mental (*insanity defense*). Los psiquiatras “encarcelan a las personas y, si no, las coaccionan para hacer cosas que no quieren hacer como ser internados o recibir electrochoques, y/o proporcionan excusas a la gente que ha hecho algo malo y tiene problemas legales o personales” (Mitchell, 2009).

La psiquiatría institucional no puede pretender evadir el dilema que supone servir a dos amos al mismo tiempo, el paciente y la sociedad (Szasz, 1960b, p. 220). Esta contradicción suele resolverse a favor de la sociedad y en contra del paciente: “Mi tesis es que, al internar a un paciente en un hospital psiquiátrico, el papel esencial del médico es el de ‘agente de la comunidad’” (Szasz, 1957b, pp. 297). Así, “hasta ahora, en los asuntos psiquiátricos, este dilema ha sido resuelto (quizás un poco irreflexivamente) a favor del

llamadas ‘depresión,’ esquizofrenia,’ y, cómo no, de los encarcelamientos denominados ‘hospitalización’. En concordancia, si tuviéramos que dar a la psiquiatría un nombre apropiado la llamaríamos ‘mendaciología’, el estudio de las mentiras”.

‘tratamiento’ y en contra de la dignidad humana y la protección inherente al ‘juicio justo’” (Szasz, 1960d, pp. 410-411).

En un juicio, el “paciente” está completamente desarmado ante la autoridad del psiquiatra. Si este lo diagnostica como enfermo mental, aquel no puede demostrar que no lo es. Esto no ocurre cuando se trata de cualquier otra enfermedad o de cualquier delito: basándose en evidencias contrastadas, se prueba o se descarta que tal persona tiene tal enfermedad o ha cometido tal delito (Mitchell, 2009). El acusado de estar loco (lo que no es un delito) no puede defenderse en igualdad de condiciones con la acusación, lo que recuerda el argumento de *El proceso* de Kafka (Szasz, 1960b, p. 223):

Once the psychiatrist has made a “diagnosis,” the patient is considered “sick.” The psychiatrist does not have to prove his allegation (in court or outside of it). But the patient must now prove, as it were, that he is “not sick.” And how can he do this, especially when he is ignorant of the criteria used to establish that he was “sick” in the first place? Thus, in sum, the patient has no counter-diagnostician (comparable to the defense attorney), the judge is not impartial, and the patient finds himself in legal jeopardy without having broken a law or being accused of a crime, and without having been tried and convicted (Szasz, 1960d, pp. 407-408).⁹⁷

⁹⁷ “Una vez que el psiquiatra ha hecho una ‘diagnosis’, el paciente es considerado ‘enfermo’. El psiquiatra no tiene que probar su alegación (ni en el juzgado ni fuera de él). Pero el paciente debe probar, digamos, que ‘no está enfermo’. ¿Y cómo puede hacerlo, especialmente cuando, desde un principio, es ignorante del criterio que se empleó para determinar que estaba ‘enfermo’? Así, en suma, el paciente no tiene un contra-diagnosticador (comparable con un abogado defensor), el jurado no es imparcial y el paciente se encuentra en riesgo legal sin haber quebrantado ninguna ley ni ser acusado de un delito, y sin haber sido juzgado y condenado”.

Del mismo modo que no puede probarse mediante estándares médico-científicos que una persona padezca una enfermedad llamada mental, el afectado no puede demostrar que no la padezca. Por tanto, el testimonio del psiquiatra, basado no en hechos objetivos sino en creencias e interpretaciones subjetivas, tiene un peso desproporcionado en las decisiones judiciales. Todo depende del criterio personal del psiquiatra.

Szasz está en contra tanto de la hospitalización y el tratamiento psiquiátrico involuntarios como de la defensa jurídica por insania. Como en el caso de la esclavitud, no considera que haya que reformar la psiquiatría involuntaria (como han propuesto otros críticos de la psiquiatría) sino abolirla (Szasz, 1981a, pp. 399 y 403). Para defender y hacer más comprensible su postura, propone traducir la terminología psiquiátrica al lenguaje común. Así, un “hospital” en el que uno es internado en contra de sus deseos y del que no puede salir a voluntad es una cárcel (Szasz, 1958a, p. 196). Del mismo modo, los psiquiatras que gestionan dichas cárceles (“hospitales psiquiátricos”) y que guardan al prisionero (“enfermo mental”) no actúan como médicos sino como carceleros: “una persona que encierra a alguien es un carcelero, aunque tenga una licenciatura en medicina y vista una bata blanca” (Szasz, 1981a, p. 400). De este modo, el internamiento psiquiátrico no puede entenderse, como suele hacerse, como una medida de cuidado o curación sino “*como una forma de control social [sanción] empleado contra ciertas personas [los locos] que violan ciertas reglas [los modos esperados de comportamiento]*” (Szasz, 1957b, pp. 298, cursivas en el original). La gran pantomima psiquiátrica consiste en hacer ver a la sociedad que tal cosa se hace siguiendo estándares científicos y por el bien del individuo cuando, en realidad, se hace con un criterio político y moral por el bien del pueblo, como ocurre con los criminales: “Aunque resulta evidente el hecho de que tal confinamiento se produce en contra del deseo del paciente, esto es normalmente ignorado o minimizado. Por el contrario, la afirmación de

que la hospitalización es en beneficio último del paciente es generalmente enfatizada” (*Op.cit.*, pp. 293-294).

Además, los tratamientos practicados en los hospitales psiquiátricos (como los electrochoques, las lobotomías o la administración de psicofármacos) se anunciaron como descubrimientos científicamente avalados para combatir la enfermedad mental. Dichos tratamientos, ejercidos en nombre de la ciencia médica pero contra la voluntad del paciente, lejos de demostrar su eficacia, constituyen un verdadero crimen contra la víctima que los sufre y “una barbarie indigna de la medicina” (Szombati 1981).

Criminals are deprived of their liberty, and it is openly admitted that this is not for arrangement might not be quite as good for their benefit but for that of society. [...] We say, therefore, that they are in “jail”. Furthermore, such confinement can only be inflicted *after* the violation of a law. Commitment, on the other hand, pertains to a situation in which persons are deprived of their liberty allegedly for their own benefit. Society is thus forced into the semantic trick of asserting that such people *are* in “hospital” (not in “jail”) and are there, moreover, for “treatment” (not “punishment”). May I suggest that we consider the similarities between this modern approach to “mental illness”, on the one hand, and the spirit underlying the medieval Crusades, on the other? The latter, as we know, were characterized by certain social actions—by one group against reduplicating the first stage in this scheme.

Another -in such a way that those who wielded force claimed to have done so for the benefit of their partners. Clearly, this is of great help for the inner sense of right of those who feel impelled to *act*. By the same token, to call state hospitals “hospitals”—rather than “jails”—serves only, or mostly, to make society feel better. [...]

Consider further the violence of the “treatments”, such as insulin and electric shock, lobotomy and now the new chemical” straight-jackets”, and the fact that so many of the patients *do not*

feel and think that all this is of any help to them. Could it possibly be that all this is really not designed or expected to help them? (Szasz, 1957b, p. 304).⁹⁸

En cuanto a la defensa jurídica por insania, Szasz afirma que “al disculpar a alguien y afirmar que no sabe lo que está haciendo (o sea, que está ‘loco’), ‘ayudamos’ a la persona al precio de sacrificar su dignidad humana y su derecho de auto-afirmación” (Szasz, 1960c, p. 565).

En definitiva, considera que el internamiento involuntario y la defensa por insania son las dos funciones sociales paradigmáticas de la psiquiatría institucional y que, mientras estas prácticas sigan vigentes, será imposible abolirla (Sullum, 2000). Propone a los psiquiatras que abandonen sus funciones sociales que no tienen que ver con criterios científicos sino

⁹⁸ “Está ampliamente admitido que se priva de libertad a los delincuentes no en su propio beneficio sino en el de la sociedad. [...] Decimos, así, que están en la ‘cárcel’. Tal confinamiento sólo puede ser aplicado *tras* la violación de una ley. El internamiento psiquiátrico, por otra parte, se refiere a una circunstancia por la cual se priva de libertad a la gente supuestamente en su propio beneficio. Así, la sociedad es engañada por la trampa semántica que afirma que dichas personas están en un ‘hospital’ (no en una ‘prisión’) para ser ‘tratadas’ (no ‘castigadas’). ¿Se me permitiría sugerir que consideráramos las similitudes entre, por un lado, este moderno acercamiento a la ‘enfermedad mental’ y, por otro, el espíritu que alimentaba las cruzadas medievales? Las últimas, como sabemos, se caracterizaban por ciertas acciones sociales (de un grupo contra el otro) que quienes ostentaban el poder decían realizarlas en beneficio de sus conciudadanos. Claramente, esto ayuda en gran medida al sentimiento interno de bien hacer de aquellos que se sienten impelidos a *actuar*. Del mismo modo, llamar a los hospitales estatales ‘hospitales’ (y no ‘cárceles’) sirve sólo, o principalmente, para hacer que la sociedad se sienta mejor. [...] Considérese, además, la violencia de los ‘tratamientos’ tales como el choque de insulina o eléctrico, la lobotomía y, hoy, las nuevas ‘camisas de fuerza’ químicas, y el hecho de que muchos de los pacientes no sienten, ni creen, que todo esto les ayuda en nada. ¿Sería posible que todo esto, en realidad, no se haya diseñado o dispuesto para ayudarles?”.

políticos, que no utilicen falacias como la de procurar “el bien del paciente” cuando lo que hacen, en rigor, es privarle de su libertad contra su voluntad como si fueran criminales y, por último, que asuman las capacidades y limitaciones de su práctica y se dediquen a lo que deben hacer: ayudar a las personas que voluntariamente busquen sus servicios.

This social difference between physical and mental diseases finds its clearest expression in the phenomenon of the legal commitment of the insane to mental hospitals. By committing someone to a mental hospital, psychiatrists act in the role of one of society’s agents, whose duty it is to protect society from certain types of nuisances. This function is discharged under the guise of providing “treatment” for the “mentally ill.” While it has been generally assumed that commitment of the mentally ill should rightly be a “psychiatric function,” it might be worthwhile to reexamine this assumption. Perhaps it would be better, socially as well as psychotherapeutically, if psychiatrists would limit themselves to functions which require the special technical skills which they possess, and would forego participation in activities which result in the disenfranchisement of people (Szasz, 1958a, p. 196).⁹⁹

⁹⁹ “La diferencia social entre enfermedades físicas y mentales encuentra su más clara expresión en el fenómeno del internamiento legal del loco en hospitales psiquiátricos. Al internar a alguien en un hospital psiquiátrico, los psiquiatras representan el papel de agentes de la sociedad, cuya tarea es protegerla de ciertas molestias. Esta función se cumple bajo la apariencia del ofrecimiento de ‘tratamiento’ a los ‘enfermos mentales’. Aunque generalmente ha sido aceptado que el internamiento de los enfermos mentales sería, propiamente, una ‘función psiquiátrica’, merecería la pena reexaminar esta afirmación. Quizás sería más apropiado, tanto social como psicoterapéuticamente, que los psiquiatras se limitaran a las funciones que requieren de las habilidades técnicas especiales que poseen y renunciaran a participar en actividades encaminadas a la inhabilitación de las personas”.

2.3. SZASZ, TEÓRICO DE LA CONDUCTA Y DEL PSICOANALISIS

2.3.1. EL COMPORTAMIENTO HUMANO SEGÚN SZASZ

En el libro segundo de *The Myth of Mental Illness*, titulado *Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Szasz presenta un novedoso modo de entender el comportamiento humano basado en las premisas epistemológicas presentadas en el primer libro de esta obra que he comentado anteriormente. En *Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Szasz propone abandonar el tradicional pensamiento médico-psicopatológico sobre la “enfermedad mental” y considerar la conducta humana como resultado de un conjunto de factores psicosociales en los que está implicado el deseo del sujeto.

Szasz considera que las enfermedades mentales se parecen más a los idiomas (comunicación intencional mediante signos) que a las enfermedades orgánicas. Por tanto, no resulta útil centrarse en la etiología de una supuesta enfermedad, como harían los médicos, sino en entender el lenguaje de la enfermedad en tanto conducta comunicacional aprendida y el contexto en el que se emplea, más al modo de los filósofos, los lingüistas y los sociólogos (Szasz 1961b, pp. 11-12; Trad.: 1999, pp. 54-55). Szasz no considera la enfermedad mental como la consecuencia de factores biológicos sino como un tipo de conducta que expresa determinadas elecciones subjetivas condicionadas, principalmente, por el contexto social. De este modo, cualquier conducta debe ser vista como el resultado de una elección personal, aunque no siempre consciente, por parte del individuo que resulta en una combinación particular de utilización de signos lingüísticos, seguimiento de reglas sociales y participación en juegos existenciales. Para apoyar sus tesis, Szasz recurre a las teorías de otros autores provenientes de distintos campos de las ciencias humanas como, en filosofía, la lógica

simbólica de Hans Reichenbach (*Elements of symbolic logic*), la teoría de la denotación de Bertrand Russell (*Human knowledge*), la teoría simbólica de Susanne Langer (*Philosophy in a new key*), el operacionismo de Anatol Rapoport (*Operational philosophy*) y Percy W. Bridgman (*The way things are*) y la teoría de la motivación de Richard S. Peters (*The concept of motivation*); en psicoanálisis, la teoría de las relaciones objetales de Ronald Fairbairn (*Psychoanalytical studies of personality*) y el psicoanálisis interpersonal de Harry S. Sullivan (*The interpersonal theory of psychiatry*); en sociología, el conductismo social de George H. Mead (*Mind, self, and society*) y el interaccionismo simbólico de Erving Goffman (*The presentation of self en everyday life*); y, en psicología, la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget (*Judgement and reasoning in the child*). Todo ello enmarcado, como en cada obra de Szasz, en la teoría política liberal clásica, cuyo autor más referido en este texto es Herbert Spencer (*The man versus the state*).

En la Introducción de *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Szasz insiste, por el bien de la ciencia psiquiátrica, en “la necesidad de ser claros” (*Op.cit.*, p. 3; Trad.: 1999, p. 42). Afirma que no reconocer los orígenes, los métodos y la función propia de la psiquiatría y, por el contrario, imitar a la medicina por un deseo no explícito de participar del reconocimiento social del que gozan los médicos, pone en serio riesgo su sentido, su utilidad e incluso su propia existencia (*Op.cit.*, p. 4; Trad.: 1999, p. 43).

Una ciencia puede definirse en función de sustantivos y entidades, es decir, por lo que los investigadores dicen que estudian (teorías); o en función de procesos, es decir, por las actividades concretas que realizan los investigadores y los métodos que emplean (prácticas). Ciencias como la física o la química complementan ambas vertientes con rigor, estando constantemente expuestas a refutación. Por el contrario, la psiquiatría únicamente se define

por sus conceptualizaciones sustantivas (el estudio de la enfermedad mental) y evita definirse con claridad por sus métodos, lo que, a diferencia de lo que pretende, la convierte en una pseudociencia (*Op.cit.*, pp. 1-2; Trad.: 1999, pp. 39-40). Szasz considera que si la psiquiatría quiere ser considerada una ciencia seria debe ser definida por sus operaciones reales y no meramente por sus teorías idealistas.

Un psiquiatra puede hacer muchas cosas de muy distintos órdenes empleando diversas metodologías: administrar medicamentos, aplicar electrochoques, internar a pacientes a la fuerza, testificar ante los tribunales, etc. Pero, lo que le interesa investigar a Szasz aquí es la faceta del psiquiatra como especialista en psicoterapia, “cuyo método consiste ‘solamente en hablar’, como suele decirse con cierto dejo de burla pero con bastante propiedad” (*Op.cit.*, p. 3; Trad.: 1999, p. 41). La función básica de los psiquiatras es escuchar, analizar y hablar, es decir, interactuar y comunicarse con el paciente, lo que conecta a la psiquiatría con disciplinas como la semiótica o la sociología y la aleja de las ciencias naturales. Sin embargo, al hablar de su trabajo, los psiquiatras se expresan como si fuesen médicos, biólogos o incluso físicos. Atendiendo al objeto de estudio e intervención y a los métodos empleados en psicoterapia, la psiquiatría tiene mucho más en común con las ciencias sociales y humanas que con las naturales, pero los psiquiatras reniegan de aquellas pretendiendo actuar como médicos (*Op.cit.*, p. 3; Trad.: 1999, p. 42).

Szasz defiende el reconocimiento de la psiquiatría como una ciencia social que se ocupa, básicamente, de analizar las interacciones comunicacionales y no como una ciencia médica cuyo “andamiaje cultural descansa, en cambio, en principios físicos y químicos. [...] No parece posible que la conducta de utilización de signos se preste a ser explorada y comprendida en estos términos” (*Op.cit.*, p. 3; Trad.: 1999, p. 42).

Sobre esta base conceptual y epistemológica, Szasz expone su teoría de la conducta humana en el segundo libro de *The Myth of Mental Illness*, donde propone, en primer lugar, un análisis semiótico (y no médico, como prefiere la psiquiatría oficial) de la enfermedad mental. Para ello, tomará la histeria como paradigma de la enfermedad mental.

Para Szasz, los síntomas histéricos son un protolenguaje que se expresa a través del cuerpo y que toma como referentes dos factores: la enfermedad física que siempre se expresa mediante síntomas y sensaciones; y la costumbre cultural de cuidar a los enfermos. Este protolenguaje posee tres funciones pragmáticas: un uso informativo que “consiste en comunicar y, por ende, en convencer al receptor (del mensaje) de que el paciente está incapacitado” (*Op.cit.*, p. 127; Trad.: 1999, p. 210); un uso afectivo mediante el cual el emisor pretende “suscitar en el oyente, de forma deliberada, ciertas emociones, induciéndolo de ese modo a responder con determinadas acciones” (*Op.cit.*, p. 129; Trad.: 1999, p. 212); y un uso promotor por medio del cual el emisor busca que el receptor realice ciertos actos, generalmente empleando el modo imperativo: ¡cuídame!, ¡ayúdame! (*Op.cit.*, p. 132; Trad.: 1999, p. 216). La histeria no es una enfermedad sino una utilización personal del lenguaje de la enfermedad, bien por ignorancia de quien lo emplea (no conoce otro lenguaje), bien para intentar conseguir un beneficio (atención, cuidados, etc.), o bien por una combinación de ambos motivos (*Op.cit.*, p. 12; p. 55).

Junto a esta clasificación del lenguaje de la enfermedad por su complejidad lógica y semántica, Szasz apunta otro modo de clasificación por su grado de simbolismo. Existe, por un lado, el lenguaje discursivo o cognitivo cuya función es informar (vg. el lenguaje científico) y, por otro, el lenguaje no discursivo cuya función es expresar emociones, sentimientos o deseos (v.g. el lenguaje corporal) (*Op.cit.*, pp. 133-134; Trad.: 1999, pp. 217-

218). Los signos corporales histéricos pertenecen a esta última categoría aunque no dejan de transmitir cierta información cognitiva: “En el simbolismo de su síntoma el paciente presenta [...] toda la historia y la estructura de su ‘neurosis’ [...]. Para comprender el ‘síntoma’ de éste deberemos conocer todas las características históricamente singulares de las circunstancias sociales y el desarrollo de su personalidad” (Op.cit., p. 136; Trad.: 1999, p. 221). No obstante, no es posible expresar plenamente una sensación, una emoción o un síntoma psíquico en un lenguaje discursivo (Op.cit., p. 138; Trad.: 1999, p. 224) (Cf. Berrios, 2011).

La conclusión de este análisis semiótico de la forma de conducta llamada histeria y de sus pseudo-síntomas es que, lejos de tratarse de una enfermedad real, es un protolenguaje no discursivo, una forma de comunicación muy básica en términos semánticos y simbólicos cuya función es la de imitar conductualmente una enfermedad real: “Un ataque histérico es el signo icónico de un ataque epiléptico auténtico (orgánico). [...] Los signos corporales [...] forman parte integrante [...] [del] lenguaje de la enfermedad” (Op.cit., p. 117; Trad.: 1999, p. 196).

En segundo lugar, Szasz considera que la conducta denominada “enfermedad mental” sigue ciertas reglas de comportamiento socialmente establecidas: la del desvalimiento de los niños y su cuidado por parte de los progenitores y las de las religiones judeocristianas que animan al ser humano a comportarse “de manera infantil, estúpida e irresponsable” (Op. cit., p. 13; Trad.: 1999, p. 57). Szasz cuestiona la ética del desvalimiento y considera toda tendencia al infantilismo como una estrategia para obviar las reglas del juego adulto de la vida que conllevan una actitud autónoma y responsable (Op.cit., pp. 183-187; Trad.: 1999, pp. 286-290).

Por último, Szasz propone una explicación de la conducta humana en términos de juego. Establece una jerarquía de juegos: los de nivel inferior u objetales (vg. enfermedades orgánicas) y los de nivel superior o metajuegos (vg. “enfermedad mental”). Los primeros conciernen a la supervivencia física y los segundos al modo de vivir (*Op.cit.*, p. 14; Trad.: 1999, p. 58): “una vez que la persona se eleva por encima del nivel en que se juega el tipo más simple de juego objetal (el de la supervivencia), es inevitable que deba enfrentar opciones éticas” (*Op.cit.*, p. 15; Trad.: 1999, p. 59).

Para Szasz los juegos son ejemplos paradigmáticos de las relaciones sociales. El ser humano se caracteriza, a diferencia de los animales, por su capacidad para acatar reglas, adoptar roles y participar en juegos. La histeria, lejos de ser una enfermedad, es un modo infantil de participación en un juego basado en el egocentrismo, la imitación (personificación u adopción de roles sociales) y la heteronomía, distinto del modo adulto de participación en el juego social basado en la cooperación, el acatamiento racional de reglas y la autonomía personal (*Op.cit.*, pp. 223-226; Trad.: 1999, pp. 343-347).

La función del psicoterapeuta es “desentrañar el juego de la vida en que participa el paciente” (*Op.cit.*, p. 14; Trad.: 1999, p. 58), para lo cual previamente deberá desvelarse el sentido del protolenguaje y ayudar a la persona a aprender un metalenguaje simbólicamente más sofisticado: “El objetivo básico del tratamiento psicoanalítico es permitir que el paciente aprenda a conocer sus relaciones objetales y su conducta comunicacional. Es menester realizar de manera satisfactoria el pasaje del protolenguaje al lenguaje objetal y al metalenguaje antes de intentar dominar la tarea mucho más trascendente del autoconocimiento” (*Op.cit.*, p. 301; Trad.: 1999, p. 451).

Szasz advierte al clínico de los riesgos de interpretar de forma literal y no simbólica los síntomas psíquicos, concretamente los psicósomáticos, que muestra el paciente, ya que existe una diferencia sustancial entre los acontecimientos (algo que le ocurre a la persona sin su intervención subjetiva, como sería una enfermedad orgánica o un accidente) y las acciones (sucesos en los que el deseo de la persona, aunque de forma inconsciente, está comprometido). Esto tiene repercusiones en la terapia, ya que “interpretar la conducta como ocurrencia implica tomarla por su valor aparente y considerarla como una ‘cosa real’. A la inversa, la conducta interpretada como acción implica tratarla como un signo y verla como representante o portadora de alguna otra cosa (un mensaje o ‘significado’)” (*Op.cit.*, p. 171; Trad.: 1999, p. 269).

En definitiva, el objetivo último de lo expuesto por Szasz en relación con la conducta humana y su tratamiento psicoterapéutico es establecer un límite claro entre los conceptos, objetos y métodos de la medicina y los de la psicoterapia: los médicos son científicos naturales que trabajan con cosas y los psicoterapeutas son científicos sociales que trabajan con conductas simbólicas. Por tanto, en relación con el lenguaje no discursivo de la histeria y su abordaje psicoterapéutico, “siempre que una comunicación expresada en el idioma de los signos corporales icónicos se interpreta (es decir, se traduce) en el lenguaje científico cognitivo de la medicina, es seguro que se producirá una información errónea” (*Op.cit.*, p. 141; Trad.: 1999, p. 228).

2.3.2. LA ÉTICA DEL PSICOANÁLISIS SEGÚN SZASZ

“Todo el problema de la psiquiatría reside en la cuestión de saber si la persona está sometida a tratamiento voluntariamente o contra su voluntad” (Szombati, 1981). En la sexta y última declaración de su “Manifiesto”, Szasz defiende una psiquiatría (psicoterapia) privada y contractual como alternativa a la psiquiatría institucional coercitiva: “Buscamos reemplazar la psiquiatría involuntaria (esclavitud psiquiátrica) por las relaciones contractuales entre los profesionales y sus clientes” (Szasz, 1998).

Considera que existen dos psiquiatrías antagónicas: la que se ejerce con el consentimiento del paciente, donde el psiquiatra es agente del individuo; y la que se ejerce contra la voluntad del paciente, donde el psiquiatra actúa como agente de la sociedad. Señala que los psiquiatras nunca hacen tal distinción pues sostienen que siempre intentan ayudar al paciente y acusan de falta de profesionalidad a quien lo ponga en duda (Szasz, 1981a, p. 397). La relación terapéutica debe ser privada, confidencial y contractual (Sullum, 2000) puesto que sólo de ese modo el psicoterapeuta puede ser agente exclusivo del paciente y no de la sociedad (Szasz, 1960c, pp. 561; Wyatt, 2004, p. 80).

Para Szasz, el paciente es el único responsable de su vida y, por tanto, el único que puede cambiar su conducta. El psicoterapeuta sólo actúa como catalizador (Sullum, 2000). Su función no es curar al paciente de una supuesta enfermedad sino ayudarlo a resolver, por sí mismo, sus problemas existenciales mediante el diálogo, el análisis del discurso y el asesoramiento personal (Sullum, 2000). La psicoterapia es, pues, un asunto de ética más que de técnica (Wyatt, 2004, p. 81).

Estas opiniones mantenidas por Szasz durante toda su vida son la concreción, en la práctica clínica, de sus premisas epistemológicas, sus ideales liberales y su teoría de la conducta humana que presentó en *The Myth of Mental Illness* y en una veintena de artículos sobre psicoanálisis y psicoterapia escritos a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta que culminaron, en 1965, con la publicación de *The Ethics of Psychoanalysis. The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*,¹⁰⁰ obra en la que expuso los fundamentos teóricos y metodológicos de la clase de psicoanálisis que defendía: “El formular la empresa analítica en términos de comunicaciones, obedecer reglas, y jugar a juegos, nos permite describir el proceso del análisis de modo diferente, y creo que más preciso” (Szasz, 1965a, p. 201; Trad.: 1971, p. 238). “La labor del analista es traducir [...] el lenguaje de las excusas al de la responsabilidad. Gran parte del trabajo cotidiano del análisis consiste en hacerle esta especie de traducción al paciente y enseñarle a hacerla él mismo” (*Op.cit.*, p. 193; Trad.: 1971, p. 230).

The Ethics of Psychoanalysis está estructurado en tres partes, tituladas: “El estudio científico de la psicoterapia”, “La teoría de la psicoterapia autónoma”, y “El método de la psicoterapia autónoma”. En este apartado me centraré en las dos primeras, dedicadas a los fundamentos teóricos de la psicoterapia autónoma, dejando la tercera parte, de orden metodológico, para futuras investigaciones. Como en el caso de *The Myth of Mental Illness*, aquí no pretendo presentar un resumen completo de lo dicho por Szasz en *The Ethics of Psychoanalysis* ni realizar un análisis crítico de ello. Tan sólo expondré los principios éticos fundamentales en los que Szasz basa su método psicoterapéutico.

¹⁰⁰ Tomo como referencia la primera edición de este libro publicada en 1965 por la editorial Basic Books. La traducción al castellano que aquí consigno es la que realizó Santos Sánchez Salor en 1971 para la editorial Gredos. Citaré conjuntamente la referencia original y la de la traducción.

Szasz dedica esta obra a analizar las distintas funciones del psicoterapeuta y a defender las posiciones que, considera, debería adoptar ante su paciente. Concretamente, es la respuesta a un dilema que planteó en un artículo anterior (Szasz, 1964), en el que interroga las distintas posturas que puede adoptar un psicoterapeuta en su trabajo. La decisión fundamental a la que se enfrenta el psicoterapeuta, dice Szasz, es si actuará como agente del individuo o del grupo, o, en términos políticos, si defenderá el individualismo o el colectivismo, o, en términos éticos, si con su actitud promoverá en su paciente la autonomía o la heteronomía (Szasz, 1964, pp. 527). Firme defensor de la ética liberal del individualismo, Szasz decidió llamar a su método psicoterapéutico, no sin ciertas reservas, “psicoterapia autónoma”:

For many years, I have wrestled with the problem of what to call the sort of psychotherapy I practice [...]. There are two alternatives. On the one hand, I could refer to it simply as “psychoanalysis,” because I think that it *is* psychoanalysis. Perhaps Freud and the early Freudians would have agreed. Our aim is the same: to extend the control of the ego over certain areas of the id, as they put it, or to augment the client’s capacity for self-determination and making choices, as I prefer to put it. Our methods, too, have much in common; [...] the therapist’s sole task is to “analyze.” Hence, were I to give a new name to the therapeutic method I shall describe, I would risk being criticized for using a new word to describe psychoanalysis and thus claiming as mine what in fact belongs to Freud.

[...] Now everyone uses the word “psychoanalysis” to mean whatever he pleases. Thus, were I to assert that the therapy described in this book is psychoanalysis, many analysts would probably repudiate the claim. Psychoanalysis, they might counter, is what they practice, not what I do. Since there is no recognized method for arbitrating such a dispute, who is to say what should be called psychoanalysis and what should not?

The second alternative is to call my way of practicing psycho by a new name. [...] “Autonomous psychotherapy.” I chose this expression to indicate the paramount aim of this

procedure: preservation and expansion of the client's autonomy. To emphasize the nature of therapeutic method, rather than its aim, the procedure could also be called "contractual psychotherapy"; the analyst-analysand relationship is determined neither by the patient's "therapeutic needs" nor by the analyst's "therapeutic ambition," but rather by explicit and mutually accepted set of promises and expectations, which I call "the contract."

The main advantage of giving a new name to the therapy described is that it would separate it from the many other psychotherapeutic enterprises now called psychoanalysis. If interpretations of behavior, interlaced with the administration of psychic tranquilizers and energizers, is a form of psychoanalysis; if the therapy of psychotic patients, involuntarily hospitalized is also a form of psychoanalysis; and if the so-called training analysis, characterized by the analyst's active and coercive control of the life of the analysand, is still another form of psychoanalysis -then autonomous psychotherapy is *not* psychoanalysis and ought to be distinguished from it.

The main disadvantage [...] is the one already mentioned: to many it will seem a renaming of what is "really" psychoanalysis. In addition, a new name for a psychotherapeutic procedure tends to imply some radical novelty of method and a promise of exuberant curative powers. But there are no such implications in this case, nor do I make such claims.

I have decided to solve this problem by adopting the following plan: I shall use the terms "psychoanalysis" (or "psychoanalytic treatment") and "autonomous psychotherapy" interchangeably and synonymously. This usage [...] will leave the psychotherapist and social scientist free to decide whether my method needs a new label. [...] It seems especially appropriate, therefore, that a book on autonomous psychotherapy should leave the reader free to decide whether the author's ideas and methods differ sufficiently from those of his colleagues to justify the use of a new name (Szasz, 1965a, pp. 6-8)^{101 102}

¹⁰¹ En esta tesis no responderé a los retos propuestos por Szasz sobre cuál es la verdadera naturaleza del psicoanálisis y sobre si la terapéutica que él defiende merece una nueva denominación. Esto supondría revisar a fondo las teorías de Freud y las de las diferentes escuelas psicoanalíticas (adleriana, jungiana, interpersonal,

ortodoxa, kleiniana, relaciones objetales, lacaniana, etc.) y compararlas con las tesis de Szasz, lo que merecería una investigación independiente con objetivos distintos de los que esta pretende.

¹⁰² “Durante muchos años he luchado con el problema de cómo llamar a la clase de psicoterapia que practico. [...] Hay dos alternativas. Por una parte, puedo referirme a ella simplemente como ‘psicoanálisis’, porque creo que *es* psicoanálisis. Quizá lo aprobarían Freud y los primeros freudianos. Nuestro objetivo es el mismo: extender el control del *yo* sobre ciertas áreas del *ello*,^(*) como ellos dicen, o aumentar la capacidad del cliente para la autodeterminación y la toma de decisiones, como prefiero decir *yo*. Nuestros métodos también tienen mucho en común, [...] la única tarea del terapeuta es ‘analizar’. [...] Por lo tanto, si diera un nombre nuevo al método terapéutico que voy a describir, correría el riesgo de ser criticado por usar una palabra nueva para designar el psicoanálisis, reclamando así como mío lo que de hecho pertenece a Freud.

[...] Ahora cada cual usa la palabra ‘psicoanálisis’ para significar todo lo que se le antoja. De este modo, si yo afirmara que la terapéutica descrita en este libro es psicoanálisis, muchos analistas probablemente repudiarían mi pretensión. Objetarían que el psicoanálisis es lo que practican ellos, no lo que hago *yo*. No habiendo método admitido para arbitrar esta disputa, ¿quién puede decir lo que debe llamarse psicoanálisis y lo que no?

[...] La segunda alternativa es llamar con un nuevo nombre a mi método de practicar psicoterapia. [...] ‘Psicoterapia autónoma’. Escojo esta expresión para indicar el fin principalísimo de este procedimiento: la preservación y la promoción de la autonomía del cliente. Si se quiere poner de relieve la naturaleza del método terapéutico, antes que su fin, este procedimiento también podría denominarse ‘psicoterapia contractual’; la relación analista-analizando no está determinado por las ‘necesidades terapéuticas’ del paciente ni por la ‘ambición terapéutica’ del analista, sino más bien por una serie de promesas y expectativas que yo llamo ‘el contrato’.

[...] La principal ventaja de dar un nuevo nombre a la terapéutica aquí descrita es que se separaría de las muchas empresas terapéuticas ahora llamadas ‘psicoanálisis’. Si las interpretaciones del comportamiento, entreveradas con la administración de tranquilizantes y tónicos psíquicos, son una forma de psicoanálisis; si la terapéutica de pacientes psicóticos, hospitalizados contra su voluntad, es también una forma de psicoanálisis; y si el llamado análisis didáctico, caracterizado por el control activo y coercitivo sobre la vida del analizando, es otra forma de psicoanálisis; entonces la psicoterapia autónoma *no* es psicoanálisis y debe distinguirse de él.

Szasz acuñó el término “psicoterapia autónoma” en un artículo de 1962, “Human Nature and Psychotherapy: A Further Contribution to the Theory of Autonomous Psychotherapy”, en el que presenta el tipo de psicoterapia que considera apropiada para realizar el ideal de lo que denomina “persona moral” (Szasz, 1962b, p. 268). Para Szasz, las personas son seres morales si poseen capacidad y libertad de decisión. En *El criterio moral en el niño*, Jean Piaget calificó la libertad de decisión como propia de la personalidad autónoma en contraste con la personalidad heterónoma que está gobernada por normas de conducta impuestas desde fuera. Como lo expuso Erich Fromm en *El miedo a la libertad*, dirigirse autónomamente en la vida aumenta la altura moral de la persona (*Op.cit.*, p. 271). La psicoterapia autónoma, como variante del psicoanálisis, es la propuesta de Szasz para ayudar a la persona que desee aproximarse a dicho ideal, lo que supone, en primer lugar, que el psicoterapeuta se conduzca de forma autónoma siguiendo la ética del individualismo.

El principal inconveniente [...] es el ya mencionado: a muchos les parecerá un rebautizo de lo que es ‘realmente’ psicoanálisis. Además, al dar un nombre nuevo a un procedimiento psicoterapéutico, se tiende a suponer alguna novedad radical en el método y una promesa de exuberantes poderes curativos. Pero, en este caso, ni hay tales novedades ni yo lo pretendo.

He decidido resolver este problema adoptando el siguiente plan: usaré los términos ‘psicoanálisis’ (o ‘tratamiento psicoanalítico’) y ‘psicoterapia autónoma’ de modo alternativo y sinónimo. Este uso [...] dejará al psicoterapeuta y al científico social en libertad de decidir si mi método necesita una nueva denominación. [...] Parece muy apropiado que un libro sobre psicoterapia autónoma deje al lector en libertad de decidir si las ideas y métodos del autor difieren suficientemente de las de sus colegas como para justificar el uso de un nuevo nombre” (Trad.: 1971, pp. 21-23). (*) Nota: En 1932, Freud dijo que el propósito del psicoanálisis es “robustecer el yo, hacerlo más independiente del *super-yo*, ampliar su campo de percepción y desarrollar su organización, de manera que pueda apropiarse de nuevas partes del *ello*. Donde era *ello*, ha de ser yo [*Wo Es war soll Ich werden*].” (Freud, 1974, p. 3146). Esta afirmación ha sido interpretada de forma diferente por las distintas escuelas psicoanalíticas

The kind of psychotherapy I usually practice might most aptly be called “autonomous psychotherapy”. Previously, I described it as the adaptation of psychoanalytic character analysis to the values of autonomy and freedom in human relations. This means that the therapist must refrain from all measures which limit the patient’s freedom of action or expression, both inside and outside the therapeutic situation. [...] Interference with the patient’s extra-analytic life is incompatible with this technique. The relationship must, of course, be absolutely confidential. Certain ideas about the nature of man underlie this mode of working. Perhaps the chief one is the notion that man has the ability to make choices and decisions; and that the processes of choosing and deciding are facilitated by self-reflection, or better, by critical inspection of the socio-historical field in which he lives. The notion that man is, or should be, free to make decisions, especially those decisions mainly affecting his own life, is implicit in the technical requirements of autonomous psychotherapy. The patient may be assisted in his quest for making the right decisions -that is “right” for him, not someone else- by information about himself and his behavior (*Op.cit.*, p. 277).¹⁰³

¹⁰³ “Sería acertado denominar ‘psicoterapia autónoma’ a la clase de psicoterapia que suelo practicar. Anteriormente la describí como la adaptación del análisis psicoanalítico del carácter a los valores de la autonomía y la libertad en las relaciones humanas. Esto significa que el terapeuta debe abstenerse de hacer cualquier indicación que limite la libertad de acción o expresión en el paciente tanto fuera como dentro de la situación terapéutica. [...] Interferir en la vida extra-analítica del paciente es incompatible con esta técnica. Por supuesto, la relación debe ser absolutamente confidencial. Ciertas ideas sobre la naturaleza del ser humano subyacen a esta forma de trabajo. Quizás, la principal es que la persona posee la capacidad para hacer elecciones y tomar decisiones; y que los procesos de elegir y decidir se ven favorecidos por la introspección o, mejor, por el examen crítico del contexto socio-histórico en el que vive. La idea de que el ser humano es, o debiera ser, libre para tomar decisiones, especialmente aquellas que afectan a su vida en mayor medida, está implícita en los requisitos técnicos de la psicoterapia autónoma. El paciente podría ser asesorado en su búsqueda de las decisiones adecuadas (es decir, ‘adecuadas’ para él, no para ningún otro) por medio del conocimiento de sí mismo y de sus formas de comportamiento” (Szasz, 1962b, p. 277).

Según Szasz, estos son los mismos principios éticos que, en su origen, seguía el psicoanálisis: “Freud ideó un método de psicoterapia para ampliar la autonomía del paciente y lo llamó ‘psicoanálisis’” (Szasz, 1965a, p. VIII; Trad.: 1971, p. 11). Para alcanzar dicho objetivo, el psicoanalista debe renunciar a la ética benefactora propia del médico quien, siguiendo una metodología científica, *da y hace* algo concreto al paciente: “El quehacer del médico exige que se ocupe de lo físico y de lo causal, y que trate al paciente, al menos en parte, como un objeto. El quehacer del psiquiatra exige que se ocupe de lo psicológico y de lo existencial, y que trate al cliente como una persona. El psicoterapeuta no le *hace* nada al paciente ni emplea ningún método *en él*” (*Op.cit.*, p. 37-38; Trad.: 1971, p. 58). Sin embargo, los psiquiatras y los psicoterapeutas sostienen habitualmente que actúan como médicos y científicos debido a que “cuando llamamos ‘científico’ a algo, queremos decir que es exacto, efectivo, bueno, honrado, racional, o fidedigno [...]. No queda sino esperar que los psicoanalistas [psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, etc.] pretendan ser científicos [...] porque, si su labor se calificase de no científica (o acientífica), quedaría cargada de un valor negativo” (*Op.cit.*, p. 32; Trad.: 1971, p. 52). Para Szasz, la primera obligación de un científico es ser honesto con los fundamentos reales de su ciencia que, como se ha comentado ya, en el caso de la psiquiatría, no tienen nada que ver con la medicina sino con las ciencias sociales. Szasz no concibe el psicoanálisis como práctica médica sino como una forma elevada de educación moral (meta-educación) (Cf. Szasz, 1963).

I propose to describe psychotherapy as social action, not as healing. So conceived, psychoanalytic treatment is characterized by its aim -to increase the patient's knowledge of himself and others and hence his freedom of choice in the conduct of his life; by its method -the analysis of communications, rules and games; and, lastly, by its social context- a contractual, rather than a “therapeutic,” relationship between analyst and analysand. In sum, I shall attempt to define the nature of psychoanalysis; clarify its limits; and establish its proper

relations to other forms of psychotherapy, medicine, ethics, and social science (Szasz, 1965a, pp. VIII-IX).¹⁰⁴

Szasz plantea recuperar el carácter subversivo que tuvo el psicoanálisis en sus primeros tiempos y que se frustró posteriormente con la institucionalización y medicalización de la disciplina: “el psicoanálisis comenzó como una empresa social ‘subversiva’ y (...) debe seguir siéndolo si ha de permanecer fiel a su mandato histórico e intelectual. Su misión fue, y sigue siendo, ‘desmitificar’ las ficciones personales y sociales” (*Op.cit.*, pp. 60-61; Trad.: 1971, p. 83).

It is fruitless to approach the problems with which psychoanalysis deals and the solutions it offers for them primarily from the point of view of medicine or traditional psychiatry. Psychoanalysis belongs to the history of ideas and to the history of man's relation to his fellow man. [...] I believe that the main intellectual and scientific value of psychoanalytic treatment lies [...] in the kind of model the analytic relationship provides for achieving a better understanding of ethics, politics, and social relations generally. So far as I know, no one has ever suggested this (*Op.cit.*, pp. 12-13).¹⁰⁵

¹⁰⁴ “Me propongo describir la psicoterapia como acción social, no como curación. Concebido así, el tratamiento psicoanalítico se caracteriza por su finalidad: aumentar en el paciente el conocimiento de sí mismo y de los demás, y, por lo tanto, su libertad de elección en la conducta de su vida; por su método (el análisis de comunicaciones, reglas y juegos); y, en fin, por su contexto social (una relación entre analista y analizante, contractual más que terapéutica). En suma, voy a intentar definir la naturaleza del psicoanálisis, clarificar sus límites, y establecer sus justas relaciones con otras formas de psicoterapia, medicina, ética y ciencia social” (Trad.: 1971, p. 11).

¹⁰⁵ Es inútil abordar los problemas de que se ocupa el psicoanálisis y las soluciones que brinda para ellos primariamente desde el punto de vista de la medicina o de la psiquiatría tradicional. El psicoanálisis pertenece a la historia de las ideas y a la historia de la relación del ser humano con sus semejantes [...]. Creo que el principal

Critica otros tipos de terapias materialistas, como las basadas en el organicismo, que bajo la premisa de que la mente es el cerebro se compromete “moral y filosóficamente a considerar a los seres humanos como máquinas y, en consecuencia, a tratar a las personas como cosas” (*Op.cit.*, p. 30; Trad.: 1971, p. 49); o en el conductismo que, a diferencia del psicoanálisis, no contempla el comportamiento como expresión de la subjetividad del individuo en su conjunto sino “como un trozo fragmentado de conducta, separado y ajeno a la identidad del actor” (*Op.cit.*, p. 39; Trad.: 1971, p. 59). En el plano metodológico, Szasz critica la utilización de todo tipo de aparatos y dispositivos en psicoterapia para aparentar científicidad y defiende la necesidad de hacer un planteamiento verdaderamente honesto que reconozca que la única “destreza especial del psicoterapeuta reside en su pericia en dirigir su relación con los pacientes” (*Op.cit.*, p. 32; Trad.: 1971, p. 51).

El psicoanálisis, a diferencia de otras terapias, tiene por objetivo fomentar la autonomía del paciente o la “libertad para desenvolverse uno mismo para aumentar sus conocimientos, perfeccionar sus aptitudes, y adquirir la responsabilidad de su comportamiento. Libertad para dirigir su propia vida, para escoger entre diferentes rumbos de acción en tanto que no resulte perjudicial para otros” (*Op.cit.*, p. 22; Trad.: 1971, pp. 39-40). Esto obliga al psicoterapeuta a renunciar a la clásica relación jerárquica médico-paciente e implicarse, por el contrario, en una relación basada en el contrato entre iguales. Critica a los psicoanalistas que mantienen una relación de corte médico con sus pacientes:

valor científico e intelectual del psicoanálisis consiste [...] en la especie de modelo que la relación analítica facilita para adquirir una mejor comprensión de la ética, la política y las relaciones sociales en general. Que yo sepa, nadie ha sugerido esto hasta la fecha” (Trad.: 1971, p. 28-29).

The medical situation -of which the analytic situation has traditionally been considered a subspecies- is usually a replica of the family situation. As the parent cares for the child, so the doctor cares for the patient. [...] If the relationship between analyst and patient is like that between father and child, then, by definition, it is inimical to aim of analysis. How can the analyst help his client become autonomous and free in the conduct of his own life if the relationship between them is based on status, with the patient cast in the inferior rank, and, further, if the analyst subjects the patient to a heteronomous influence, based on authority and command? (*Op.cit.*, p. 112).¹⁰⁶

En definitiva, la psicoterapia autónoma requiere del psicoterapeuta el seguimiento de unos principios éticos distintos de los que tradicionalmente sigue el médico y que copian muchos psicoterapeutas: “Hace mucho tiempo que Freud se dio cuenta de que el psicoanalista no debe tener un deseo demasiado vehemente de ‘curar’” (*Op.cit.*, p. 45; Trad.: 1971, p. 66).

What distinguishes this enterprise [autonomous psychotherapy] from others is that, although the analyst tries to help his client, he does not “take care of him.” The patient takes care of himself. Furthermore, the analysand realizes that he is “expected to recover,” [...] in a purely moral sense, by learning more about himself and by assuming greater responsibility for his conduct. He learns that only self-knowledge and responsible commitment and action can set

¹⁰⁶ “La situación médica (de la que la relación analítica ha sido considerada tradicionalmente como una subespecie) es, de ordinario una réplica de la situación familiar. Así como el padre cuida del hijo, el médico cuida del paciente [...] Si la relación entre analista y paciente es como la que hay entre padre e hijo, entonces, por definición, es hostil a los fines del psicoanálisis. ¿Cómo puede el analista ayudar a su cliente a comportarse autónoma y libremente en su vida, si la relación entre ellos está basada en una jerarquía, con el paciente situado en el grado inferior, y si, por añadidura, el analista somete al paciente a una influencia heterónoma basada en la autoridad y el mandato?” (Trad.: 1971, p. 140).

him free. In sum, autonomous psychotherapy is an actual small-scale demonstration of the nature and feasibility of the ethic of autonomy in human relationships. (*Op.cit.*, p. 24).¹⁰⁷

Szasz termina *La ética del psicoanálisis* ofreciendo una serie de consejos al joven psicoterapeuta. Considero que el que mejor resume el espíritu de esta obra es el último: “Usted es responsable de su conducta, no de la del paciente. Este es el principio central de la psicoterapia autónoma” (*Op.cit.*, p. 220; Trad.: 1971, p. 260).

¹⁰⁷ “Lo que distingue esta relación [la de la psicoterapia autónoma] de otras, es que, aun cuando el analista trata de remediar a su paciente, no ‘tiene cuidado de él’. El paciente se cuida de sí mismo. Además, el analizante se da cuenta de que ‘se espera de él que se recupere’ [...] en un sentido puramente moral, aprendiendo más sobre sí mismo y aceptando mayor responsabilidad en su comportamiento. Aprende que sólo el conocimiento de sí mismo y el compromiso y la acción responsables pueden hacerle libre. En suma, la psicoterapia autónoma es una demostración real, a pequeña escala, de la naturaleza y posibilidad de la ética de la autonomía de las relaciones humanas” (Trad.: 1971, p. 42).

SEGUNDA PARTE

THOMAS S. SZASZ Y

LOS CRÍTICOS DE LA PSIQUIATRÍA

3. SZASZ, LA ANTIPSIQUIATRÍA Y LA POSTPSIQUIATRÍA

Como se ha mostrado anteriormente, Szasz emplea su análisis conceptual y epistemológico de la “enfermedad mental” como base para iniciar un ataque frontal a la psiquiatría institucional y sus prácticas coercitivas. Su objetivo no es otro que abolirlas. Por ello, Szasz siempre fue visto, antes que como un filósofo, como un político radical, lo que le hizo ganar, para su disgusto, los apelativos de “antipsiquiatra” o “padre de la antipsiquiatría”, calificaciones que, como indicaré en este capítulo, no dejó de rechazar y combatir.

A pesar de su extensa obra y su fama mundial, Thomas Szasz no suele aparecer en los manuales de historia de la psiquiatría y del psicoanálisis¹⁰⁸ y, en los pocos en los que se habla de él, es brevemente y como fundador del movimiento antipsiquiátrico:

As a part of the reaction to the [psycho]analytic dissection of culture, a movement arose in the 1950's, known as antipsychiatry, which held that all of conventional psychiatry should be scrapped because the trouble essentially lay with a society that was in itself schizophrenic. The leaders in this movement were the British psychiatrist R.D. Laing and David Cooper; along somewhat different lines, Thomas Szasz in the United States made equally caustic comments about conventional psychiatry (Fine, 1979, p. 481).

Encontramos otro ejemplo de ello en la descripción que el historiador de la psiquiatría Edward Shorter hace del movimiento antipsiquiátrico, donde nombra, como sus principales representantes (en este orden), a Thomas Szasz, Erving Goffman, Michel Foucault, Franco

¹⁰⁸ Véase, por ejemplo, Schwartz (1999), Mitchell y Black (2004), o Makari (2012).

Basaglia, Ronald Laing y David Cooper (Shorter, 2005, pp. 22-26). Por su parte, el también historiador Roy Porter nombra como líderes antipsiquiatras (en este orden) a Szasz, Goffman, Basaglia y Laing (Porter, 2002, pp. 209-210).

Lo mismo ocurre en los textos de filosofía de la psiquiatría o de psiquiatría crítica. En casi ninguno se hace referencia a Szasz¹⁰⁹ y si en alguno aparece es, una vez más, como antipsiquiatra: “Durante las décadas de los años sesenta y setenta fueron psiquiatras disidentes como Thomas Szasz y Ronald Laing quienes formaron el núcleo de lo que se conoció como movimiento antipsiquiátrico” (Bentall, 2011, p. 38).

Szasz siempre negó ser un antipsiquiatra y lanzó duras críticas contra tal concepto y contra los fundadores del movimiento (Szasz, 1984a, 2003, 2004, 2008b y c, 2009, 2010 y 2012), esforzándose en marcar claramente la frontera entre sus propias posiciones y las de estos: “Estoy en contra de la psiquiatría involuntaria [...] pero no estoy en contra [...] de las relaciones psiquiátricas entre adultos que consienten. [...] El mismo término antipsiquiatría obliga implícitamente a oponerse a todo lo que hagan los psiquiatras, lo que es obviamente absurdo” (Szasz, 1984a, p. 50).

Desvincularse del movimiento antipsiquiátrico fue una de las grandes inquietudes de Szasz, sobre todo en sus últimos años. Así, dedicó su penúltimo libro (que publicó a los 89 años de edad) a declarar su rechazo a la antipsiquiatría quizás con la intención desesperada de convencernos de que no merecía pasar a la historia como un antipsiquiatra: “En 1967¹¹⁰, mis

¹⁰⁹ Véase, por ejemplo, Luque y Villagrán (2000), Álvarez, (2012), o Berrios (2011).

¹¹⁰ Esta fecha hace referencia a la publicación del libro de Cooper *Psiquiatría y antipsiquiatría* en el que este término apareció por primera vez. No obstante, Szasz informa que: “El término antipsiquiatría [...] fue usado

esfuerzos por minar la legitimidad moral de la alianza de la psiquiatría y el Estado sufrieron un serio golpe: La creación del movimiento antipsiquiátrico” (Szasz, 2009, p. VIII). “*Mis escritos no forman parte ni de la psiquiatría ni de la antipsiquiatría*. Pertenecen al análisis conceptual, al criticismo socio-político y al sentido común. Es por esto que rechacé, y continúo rechazando con idéntica fuerza, la psiquiatría y la antipsiquiatría” (*Op.cit.*, p. X).

Como mostraré en este capítulo, Szasz desprecia la antipsiquiatría no sólo por sus particulares teorías y prácticas sino, principalmente, por lo que considera su principal impostura: los antipsiquiatras dicen defender unos principios pero actúan de manera opuesta. Concretamente, dice Szasz, la antipsiquiatría postula la no existencia de la enfermedad mental y, al mismo tiempo, propone un tratamiento alternativo para los pacientes. Szasz considera que, si no hay enfermedad, no puede haber tratamiento médico alguno por alternativo que este sea. En este sentido, afirma que la antipsiquiatría no es sino la otra cara de la moneda que comparte con la psiquiatría tradicional. Es por ello que se opondrá “con idéntica fuerza” a ambas. Si Szasz fue tan claro en sus críticas a la antipsiquiatría ¿por qué se le sigue considerando un antipsiquiatra?, ¿merece tal calificativo? En este capítulo intentaré dar respuesta a estas preguntas. Para ello, conviene realizar previamente un breve análisis histórico del movimiento antipsiquiátrico y un resumen de las posiciones de sus supuestos representantes para distinguir quiénes fueron realmente sus valedores y quiénes no.

desde 1912 por Bernhard Beyer para caracterizar un artículo crítico sobre la psiquiatría. [...] *Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwessen*” (Szasz, 1984a, p. 76).

3.1. HISTORIA DE LA ANTIPSIQUIATRÍA

3.1.1. ¿QUÉ FUE LA ANTIPSIQUIATRÍA?

No es mi intención analizar a fondo la antipsiquiatría ni criticar sus fundamentos. Tan solo pretendo trazar un bosquejo de lo que distintos autores han escrito sobre la cuestión para aclarar dónde empieza y acaba la antipsiquiatría. La lectura encadenada de las siguientes citas permitirá al lector obtener una idea resumida, pero clara, de lo que fue la antipsiquiatría. Debe señalarse que en todos los textos de los que extraigo estas citas (una pequeña aunque significativa representación de los muchos existentes) siempre se nombra a Szasz como un antipsiquiatra, junto a Laing, Cooper, Basaglia, Goffman o Foucault.

Early in the 1960s, as part of the general intellectual tumult of the time, a protest movement arose against psychiatry (Shorter, 2005, p. 22).

Its tenets were varied and controversial [...]. What was common to anti-psychiatry, however, was the critique of the asylum (Porter, 2002, pp. 209-210).

Antipsychiatry was a social movement that questioned not only the legal privilege of psychiatrists to detain and treat individuals with mental disorders, especially in a compulsory manner, but also the increasing “medicalization” of madness. Finally, antipsychiatry questioned the very existence of mental illness itself (Berlim, Fleck y Shorter, 2003, p. 61).

The anti-psychiatric movement grew in the realm of politics, particularly the politics of the left, which was considered [...] the only instrument against capitalist oppression. It gained its

initial respect and glamour from its association with the prevailing existential philosophy at the time (Nasser, 1995, p.743).

Anti-psychiatry must be understood as a contributing element in the history of new social movements generally. [...] It was an event in the history of British political culture (Crossley, 1998, p. 888).

Anti-psychiatrists [...] received wide publicity throughout the era and enjoyed a popularity in the growing culture of left wing politics in 1950's and 60's Britain. Anti-psychiatry was brought into the social sphere by its supporters, transforming it far from just a collection of similar theories and criticisms into a cultural phenomenon, and its key figures became the spokespeople of a new movement. [...] Anti-psychiatry's themes about society and freedom resonated with the political climate of the time. They found an increasing readership among the emerging new left crowd of the 1950's and '60's counter-culture scene. Indeed, much of anti-psychiatry was influenced by the same counter-culture enthusiasms, for communal living, love, LSD, and the like, making a fusion of values inevitable. This shift amounted to a movement against psychiatry (Ralley, 2012).

Entendemos por “movimiento antipsiquiátrico” una colectividad de médicos psiquiatras que, a finales de la década de los sesenta, va a rechazar una psiquiatría médica, a la vez que va a proponer otra psiquiatría alternativa más social y comunitaria. [...] La antipsiquiatría [...] obtiene una gran resonancia en un momento de crítica generalizada a la autoridad y a la represión (estamos dentro de la corriente de Mayo del 68), pues la reclusión psiquiátrica es el paradigma de una represión grosera legitimada por el “saberpoder” psiquiátrico. [...] Será tras Mayo del 68, y a través de la crítica contracultural, cuando esta cuestión salte a la opinión pública, traspasando así los círculos profesionales y universitarios, con lo que la represión psiquiátrica va a ser criticada ahora tanto desde dentro (movimiento antipsiquiátrico) como

desde fuera (nuevos movimientos sociales de los años sesenta) (Pastor y Ovejero, 2009, p. 296- 299).

Antipsychiatry in retrospect may be seen as an ideological movement based on a politicized and reductionistic understanding of psychiatry. [...] The *Zeitgeist* of the 1960s and 1970s, epitomized by the rebellion against the “system”, helps explain not only why antipsychiatrists were so influential at the time but also why they were slowly forgotten afterwards (Berlim, Fleck y Shorter, 2003, p. 66).

De estas citas se concluye que el movimiento antipsiquiátrico nació en Inglaterra en los años sesenta como parte de los movimientos contraculturales y antisistema de la época. Fue un movimiento social, político y cultural de izquierdas, anticapitalista e inspirado en la filosofía existencial, que cuestionaba la validez del concepto de enfermedad mental y luchaba contra el manicomio, los tratamientos coercitivos y, en general, la *medicalización* de la locura propia de la psiquiatría tradicional. Como alternativa a la hospitalización, los antipsiquiatras propusieron un abordaje de la locura en el ámbito de la comunidad y, como alternativa a los tratamientos involuntarios, abogaron por la reivindicación y promoción de la libre expresión de la autenticidad de la locura. La contextualización del movimiento antipsiquiátrico en el marco de las manifestaciones contraculturales de los años sesenta explica tanto su auge como su desaparición. Veamos ahora si estas premisas se cumplen de igual forma en los autores a los que se considera antipsiquiatras: Foucault, Goffman, Laing, Cooper, Basaglia y Szasz.

3.1.2. ¿QUIÉNES FUERON LOS ANTIPSIQUIATRAS (Y QUIÉNES NO)?

Lejos de existir una cercanía, Laing, Foucault, Goffman y Szasz no se conocían cuando publicaron sus primeros libros a principios de la década de 1960 ni se citaron mutuamente en ellos.¹¹¹ Si coincidieron en sus críticas fue debido a la creciente indignación social por las torturas psiquiátricas practicadas en aquella época (internamientos involuntarios y cruentas prácticas “terapéuticas”), que condujo al cuestionamiento de los fundamentos científicos y de la función social de la psiquiatría. Casualmente, en unos pocos meses se publicaron los cuatro títulos que, según el criterio general, forman el núcleo intelectual inspirador de lo que posteriormente se llamó, en Inglaterra, movimiento antipsiquiátrico. No pretendo analizar estas u otras obras de dichos autores (excepto, evidentemente, las de Szasz) sino tan sólo mencionar sus argumentos principales con un fin meramente documental. No obstante, considero que la realización de un análisis comparativo de estos cuatro escritos fundamentales constituiría un proyecto tan novedoso como necesario. Por desgracia, tal iniciativa excede el propósito de la presente investigación dedicada en exclusiva a Thomas Szasz.

En 1960, el psiquiatra escocés Ronald Laing publica en Gran Bretaña *El yo dividido* (Laing, 1993). En esta obra Laing busca, a través de la exposición de casos y desde una perspectiva fenomenológico-existencial, “hacer comprensibles la locura y el proceso [individual] de volverse loco” (*Op.cit.*, p. 9). Este novedoso modo de entender la locura gira en torno a lo que Laing denominó una posición existencial de “inseguridad ontológica primaria” (*Op.cit.*, p. 35) propia de la esquizofrenia:

¹¹¹ Excepto Goffman y Szasz, que coincidieron, presuntamente, en Chicago y Bethesda (Cf. Goffman, 1994) y que sí se citaron en los libros aquí referenciados (Goffman, 1994 y Szasz, 1961b).

El individuo, en las circunstancias ordinarias del vivir, puede sentirse más irreal que real; en sentido literal, más muerto que vivo, precariamente diferenciado del resto del mundo, de modo que su identidad y su autonomía están siempre en tela de juicio. Puede carecer de la experiencia de su propia continuidad temporal. Puede no poseer un sentido contrarrestador de congruencia y cohesión personal. Puede sentirse más insustancial que sustancial, e incapaz de suponer que la estofa de que está hecho es genuina, buena, valiosa. Y puede sentir que su yo está parcialmente divorciado de su cuerpo (*Op.cit.*, p. 38).

En 1961, el filósofo Michel Foucault publica en Francia *Historia de la locura en la edad clásica* (Foucault, 1976),¹¹² obra en la que lleva a cabo un análisis histórico de la locura y las instituciones asilares. Foucault considera que la locura y la normalidad no son entidades naturales sino constructos sociales y que el internamiento de los locos en los asilos es una sutil maniobra política de sometimiento avalada por un saber pseudocientífico, la psicopatología, constituido en verdad:

¹¹² Enric J. Novella informa de que, antes de *Historia de la locura en la edad clásica* “como es sabido, Foucault completó a principios de los años cincuenta una formación teórica y práctica como psicólogo, e incluso llegó a plantearse la posibilidad de estudiar medicina para dedicarse a la psiquiatría. Fruto de esa experiencia y de sus primeras inquietudes teóricas, el joven filósofo publicó una serie de trabajos –que incluyen dos capítulos para obras colectivas (‘La psicología desde 1850 a 1950’ y ‘La investigación científica y la psicología’, ambos publicados en 1957), un libro introductorio para una colección divulgativa (*Enfermedad mental y personalidad*, 1954) y un extenso prólogo a la traducción francesa del ensayo de L. Binswanger *El sueño y la existencia* (también aparecido originalmente en 1954) – en los que se ocupaba ya intensamente de los problemas de la psiquiatría y la psicología” (Novella, 2008, p. 5).

La psicopatología del siglo XIX (y quizás aún la nuestra) cree situarse y tomar sus medidas por relación a un *homo natura*, o a una persona normal dada anteriormente a toda experiencia de la enfermedad. De hecho, ese ser humano normal es una creación; y si hay que situarlo, no es en un espacio natural, sino en un sistema que identifica el *socius* del sujeto de derecho; y como consecuencia, el loco no es reconocido como tal porque una enfermedad lo ha arrojado a las márgenes de la normalidad, sino porque nuestra cultura lo ha situado en el punto de encuentro entre el decreto social del internamiento y el conocimiento jurídico que discierne la capacidad de los sujetos de derecho. La ciencia “positiva” de las enfermedades mentales y esos sentimientos humanitarios que han ascendido al loco al rango de ser humano sólo han sido posibles una vez sólidamente establecida esta síntesis, que forma, en cierto modo, el *a priori* concreto de toda nuestra psicopatología con pretensiones científicas (Foucault, 1976, pp. 207-208).

Como ya sabemos, en 1961 el profesor de psiquiatría Thomas Szasz publica en los Estados Unidos *El mito de la enfermedad mental*, ensayo en el que cuestiona los fundamentos conceptuales y epistemológicos de la psiquiatría como pretendida ciencia médica: “Un psiquiatra [lo es] en tanto sostiene que se orienta hacia el problema de la salud y la enfermedad mentales. Pero imaginemos por un momento que ese problema no existe” (Szasz, 1961b, p. 2; Trad.:, 1999, p. 40). Partiendo de esta hipótesis, Szasz se propone “demoler algunos de los principios sustantivos falsos del pensamiento psiquiátrico contemporáneo” (*Ibid.*).

En 1961, el sociólogo canadiense Erving Goffman, que dos años antes había escrito su conocida obra *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (Goffman, 1981), publica *Internados* (Goffman, 1994). Este libro está dedicado al estudio de lo que denomina las “instituciones totales” (concretamente, los hospitales psiquiátricos) y, específicamente, a

analizar la situación del paciente internado. Este estudio sociológico coincide tanto con las críticas de Szasz a las prácticas coercitivas de la psiquiatría institucional como con el análisis foucaultiano del poder psiquiátrico.

El personal psiquiátrico profesional no tiene un rol fácil. La licencia médica de sus miembros les da uno de los títulos más firmes sobre la deferencia y la consideración de nuestra sociedad, y una de las más sólidas ocupaciones de servicio idóneo, y sin embargo en el hospital psiquiátrico su rol está constantemente en cuestión. Deben legitimar todo lo que pasa allí, asimilándolo, o traduciéndolo para que ajuste al marco de referencia del servicio médico. Las acciones diarias del personal deben definirse y presentarse como expresiones de observación, diagnóstico y tratamiento. Para efectuar esta traducción hay que distorsionar la realidad considerablemente, como la distorsionan jueces, instructores y funcionarios en otra de nuestras instituciones coercitivas. Debe descubrirse un crimen que corresponda al castigo, y el carácter del interno debe reconstituirse para que corresponda al crimen. [...]

Los pacientes mentales pueden encontrarse metidos en un singular atolladero. Si quieren salir del hospital, o hacer algo menos dura su existencia dentro de él, deben demostrar que aceptan de buen grado el puesto que allí se les adjudica; y ese puesto consiste en apoyar el rol ocupacional de quienes, al parecer, imponen esa condición. Esta auto-alienante servidumbre moral del yo, que acaso ayude a comprender el estado de confusión mental en que se hundan algunos internos, se cumple en nombre de la tradición ilustre de los servicios de reparación profesionales, y sobre todo de su variedad médica. Los pacientes mentales pueden encontrarse aplastados por el peso de un ideal de servicio, que a las demás personas nos allana la vida (*Op.cit.*, p. 376-378).

Estos cuatro ensayos forman un magnífico conjunto precursor de lo que posteriormente se llamaría psiquiatría crítica (véase el cuarto capítulo de esta tesis) que estudiará los orígenes histórico-políticos de la psiquiatría y cuestionará tanto las bases

epistemológicas de esta disciplina como sus prácticas orientadas desde un modelo biomédico. Unidas, estas cuatro obras constituyen un completo marco de referencia crítico orientado desde las humanidades: la historia (Foucault), la epistemología (Szasz), la psicología (Laing) y la sociología (Goffman).¹¹³ Veamos, a continuación, qué camino siguieron estos cuatro autores tras la publicación de estos importantes libros.

Foucault no volvió a ocuparse directamente de la historia de la psiquiatría hasta 1973, cuando, puntualmente, dedicó su seminario del *Collège de France* a *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2005), en el que revisó y corrigió algunos aspectos de lo expuesto en *Historia de la locura*. Foucault nunca emprendió una defensa política por los derechos de los internos en manicomios como sí lo hizo por los de los presos de las cárceles comunes. Goffman publicó,

¹¹³ También en la misma época en que se editaron estas cuatro obras, se publicaron otros libros importantes cuyos autores cuestionan la relación de sometimiento del individuo a la autoridad y la cuestión de la responsabilidad moral de las decisiones personales. Por ejemplo, en 1961 se publicó la correspondencia entre el filósofo Günther Anders y el Mayor Claude Eatherly (Eatherly y Anders, 1962), quien participó en el bombardeo de Hiroshima y al que los psiquiatras prefirieron tachar de loco antes que considerar que su respuesta ante la masacre (sentimiento de culpabilidad y conciencia de responsabilidad personal) pudiera ser moralmente adecuada. La auto-inculpación de Eatherly, oficial del ejército, señalaba subsidiariamente al Estado norteamericano como culpable. Había que silenciarle y fueron los psiquiatras, como agentes del Estado, quienes se encargaron de ello. En 1961 se celebró el juicio contra Adolf Eichmann, quien quiso justificar sus crímenes con el argumento de la obediencia debida, relatado por Hannah Arendt en su conocido libro *Eichmann en Jerusalén* (Arendt, 2003). Inspirado en este juicio, ese mismo año, el psicólogo Stanley Milgram comenzó su famoso experimento sobre la obediencia a la autoridad que se publicó dos años después (Milgram, 1963) (resultan también interesantes los “experimentos de conformidad” que Solomon Asch, maestro de Milgram, realizó diez años antes y en los que mostraba cómo un grupo de presión puede persuadir a un sujeto de aceptar una opinión claramente equivocada, lo que concuerda con la tesis de Szasz sobre el mito de la enfermedad mental).

en 1963, *Estigma* (Goffman, 1993), donde presentó un análisis sociológico del proceso de etiquetado¹¹⁴ que sufren los grupos marginados, entre ellos, los llamados enfermos mentales. Como ya se señaló, en 1970 fundó, junto a Thomas Szasz y al jurista George Alexander, *The American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization* (AAAIMH). Por lo demás, Goffman continuó con sus estudios sociológicos en el marco del interaccionismo simbólico. Por su parte, Szasz publicó *Law, Liberty and Psychiatry* en 1963 (Szasz, 1968) y *Psychiatric Justice* en 1965 (Szasz, 1988), obras en las que criticó la alianza entre la psiquiatría y el Estado contra la libertad de los individuos y, concretamente, la función social de la psiquiatría en relación con el Derecho, ejemplificada en actividades como el internamiento involuntario (*civil commitment*) y la defensa por insania (*insanity defense*). En los años sucesivos, Szasz publicó decenas de libros y centenas de artículos sobre filosofía de la psiquiatría y crítica a las prácticas psiquiátricas coercitivas. Por último, Laing publicó dos libros en 1964: *Cordura, locura y familia* (Laing y Esterson, 1980), con Aaron Esterson, en el que los autores presentan un estudio sobre el contexto familiar y su función determinante en la esquizofrenia¹¹⁵; y *Razón y violencia: una década de pensamiento*

¹¹⁴ La teoría del etiquetado fue desarrollada durante las décadas de 1960 y 1970 por sociólogos como, entre otros, Erving Goffman, Howard Becker, Edwin Lemert y Thomas Scheff. En sus trabajos analizan cómo la identidad y la conducta de los individuos pueden estar determinadas o influidas por los términos empleados para describirlas o clasificarlas. Especialmente relevante para esta tesis es el conocido artículo del psicólogo David Rosenhan, “On Being Sane in Insane Places” (Rosenhan, 1973), publicado en la prestigiosa revista *Science*, donde se expone un original experimento sociológico que demuestra la arbitrariedad de los diagnósticos psiquiátricos. Rosenhan y ocho voluntarios solicitaron citas en distintos hospitales psiquiátricos, la mayoría de ellos estatales. En las entrevistas con los psiquiatras relataron que escuchaban voces. Sin otra “prueba”, fueron ingresados con el diagnóstico de esquizofrenia. A pesar de que desde el primer momento dejaron de mostrar signos de psicosis, los voluntarios permanecieron hospitalizados y tratados con fármacos durante un promedio de 19 días.

¹¹⁵ Los autores hacen una breve referencia a *El mito de la enfermedad* de Szasz (p. 11)

sartreano (Laing y Cooper, 1972), con David Cooper, un ensayo sobre la obra de Sartre prologado por este autor. Durante el resto de la década de 1960, Laing continuó publicando obras críticas con la psiquiatría tradicional y a favor de un nuevo modo de entender la locura y de incluirla en el ámbito comunitario, por ejemplo, *La política de la experiencia: el ave del paraíso* (1967) o *El yo y los otros* (1969). En adelante, la obra de Laing tomó un cariz literario, íntimo y poético (por ejemplo, *Knots* (1970) o *Do you love me?* (1976)), alejado de sus primeros ensayos.

El término “antipsiquiatría” fue utilizado en 1967 por David Cooper, psiquiatra sudafricano afincado en Londres, en su libro *Psiquiatría y antipsiquiatría*: “Un cuestionamiento más profundo nos ha llevado a algunos de nosotros [psiquiatras] a proponer concepciones y procedimientos que parecen la antítesis total de los convencionales, y que en efecto pueden considerarse como una antipsiquiatría en germen” (Cooper, 1978, pp. 7-8). En este libro, Cooper reconoce su afinidad con el trabajo de Laing¹¹⁶ y, puntualmente, hace referencia a *El mito de la enfermedad mental* de Szasz (p. 41). Por el contrario no hace mención alguna a Foucault ni a Goffman. En *Psiquiatría y antipsiquiatría* Cooper proclama lo que bien podría considerarse el principal objetivo de la antipsiquiatría: el traslado del loco desde el hospital a la comunidad.

Hemos tenido muchos sueños dorados acerca de [la] psiquiatría ideal, o más bien de la antipsiquiatría en la comunidad, pero creo que ahora, mediante un proceso de desmistificación [sic], hemos delineado suficientemente la verdadera naturaleza de la locura psiquiátrica y elaborado también suficientemente nuestras necesidades prácticas como para dar un paso

¹¹⁶ Por ejemplo, en pp. 10, 11 y 33.

adelante. Y un paso adelante significa, en esencia, un paso hacia fuera del hospital psiquiátrico, hacia la comunidad (*Op.cit.*, pp. 116-117).

Un año después, en 1968, Cooper editó otro libro, *La dialéctica de la liberación*,¹¹⁷ en el que personajes de distintos ámbitos (entre ellos, Ronald Laing, Gregory Bateson y Herbert Marcuse) expusieron sus críticas a la sociedad capitalista y sus alternativas revolucionarias.¹¹⁸ En ningún momento se nombró a Szasz, ni a Goffman ni a Foucault. En referencia a este libro y al surgimiento del término “antipsiquiatría”, Szasz dice:

The term “*Antipsychiatrie*”-coined in 1908 by the German psychiatrist Bernhard Beyer- came into being largely in response to two novel social phenomena: the growth of insane asylums during the nineteenth century and the mounting popular fear of “false commitment,” that is, the incarceration of sane persons in insane asylums. Beyer, like most psychiatrists of his generation, viewed any disapproval of psychiatry as *lèse-majesté* and created the term

¹¹⁷ Este libro recoge las conferencias pronunciadas en el *Congreso de la Dialéctica de la Liberación*, organizado por *The Institute of Phenomenological Studies*, que se celebró en The Roundhouse de Chalk Farme (Londres), entre el 15 y el 30 de julio de 1967. En la contraportada de la edición que utilizo aquí se dice que este congreso “fue la expresión única de la política de disenso actual, en la que psiquiatras existenciales, intelectuales marxistas, anarquistas y líderes políticos se reunieron para discutir los problemas clave de la próxima década. [...] El objetivo del congreso fue crear una conciencia revolucionaria genuina fundiendo ideología y acción en los niveles individual y de masa” (Cooper (Ed.), 1970).

¹¹⁸ Quizás el libro en el que Cooper muestre una mayor intensidad política revolucionaria sea *La muerte de la familia*, publicado en 1970: “La culminación de esa liberación solo se produce totalmente en la acción macropolítica eficaz. Por ello los Centros Revolucionarios de Concienciación deben también convertirse en Bases Rojas, en las cuales la acción macropolítica sea esencialmente negativa y adquiera la forma de hacer que las estructuras burguesas de poder se vean reducidas a la impotencia mediante todos los recursos posibles” (Cooper, 1976, p. 77).

“antipsiquiatría” as a label with which to stigmatize psychiatric criticism. This use of the term remained limited to Germany and fell into disuse during the First World War.

In the 1960s, a group of psychiatrists in London -led by David Cooper and Ronald D. Laing- reinvented the term *to distinguish themselves from establishment-psychiatrists and to define themselves as superior to them*. Instead of defining their use of this key term, Cooper explained [en 1967, en *Psiquiatría y Antipsiquiatría*]: “We have had many pipe-dreams about the ideal psychiatric, or rather anti-psychiatric, community.” Who were the “we”? This question was answered a year later, in *The Dialectics of Liberation* (1968), edited by Cooper with the lead chapter by Laing. In the introduction, Cooper wrote, “The organizing group of [the ‘Congress on the Dialectics of Liberation’ held in London in 1967] consisted of four psychiatrists who . . . counter-label[ed] their discipline as antipsychiatry. The four were Dr. R. D. Laing and myself, also Dr. Joseph Berke and Dr. Leon Redler” (Szasz, 2009, p. 4).¹¹⁹

¹¹⁹ “El término “*Antipsychiatrie*” (acuñado en 1908 por el psiquiatra alemán Bernhard Beyer) apareció principalmente en respuesta a dos nuevos fenómenos sociales: la proliferación de manicomios durante el siglo diecinueve y el creciente temor popular al ‘falso confinamiento’, o sea, el encarcelamiento de personas sanas en los asilos para locos. Beyer, como muchos psiquiatras de su generación, consideraba cualquier desaprobación de la psiquiatría como *lèse-majesté* y creó el término ‘antipsiquiatría’ como una etiqueta con la que estigmatizar el criticismo psiquiátrico. Este uso del término permaneció limitado a Alemania y cayó en desuso durante la primera guerra mundial.

En los años sesenta, un grupo de psiquiatras (dirigidos por David Cooper y Ronald D. Laing) reinventaron, en Londres, el término *para distinguirse de los psiquiatras institucionales y para definirse como superiores a ellos*. En lugar de definir su uso de este término, Cooper dijo [en 1967, en *Psiquiatría y Antipsiquiatría*]: ‘Nosotros hemos tenido muchos sueños dorados sobre la psiquiatría ideal o, más bien, sobre la comunidad anti-psiquiátrica’. ¿Quiénes eran los ‘nosotros’? Esta pregunta fue respondida un año más tarde, en *La dialéctica de la liberación* (1968), editado por Cooper y cuyo primer capítulo fue escrito por Laing. En la introducción, Cooper escribió: ‘El grupo organizador [del ‘Congreso sobre la Dialéctica de la Liberación’ que tuvo lugar en Londres en 1967] estaba formado por cuatro psiquiatras que [...] denominaron su disciplina como

Más allá de las diferencias entre los autores mencionados, lo que resulta claro es que están de acuerdo en criticar no sólo los principios teóricos de la psiquiatría clásica sino la existencia de los manicomios y de las torturas psiquiátricas. Foucault propuso su análisis histórico-filosófico de la locura y de la institución asilar; Goffman presentó su estudio sociológico de la vida de los internos en los manicomios; y Szasz fue el autor más explícito en denunciar las prácticas psiquiátricas coercitivas. Sin embargo, Foucault no planteó alternativa alguna. Tampoco lo hicieron Goffman y Szasz, cuyo único interés político era la abolición de los internamientos forzosos y de las prácticas psiquiátricas involuntarias. Fueron Laing y Cooper, en Inglaterra, quienes sí implementaron ciertas alternativas harto peculiares a la institucionalización de los “enfermos mentales” y a los métodos salvajes de tratamiento, cuyos principales ejemplos fueron Villa 21 y Kingsley Hall.¹²⁰

Villa 21 fue una unidad hospitalaria experimental para jóvenes esquizofrénicos creada por Cooper en 1962 en el Shenley Hospital (Hertfordshire, al norte de Londres) en la que quiso implementar sus propuestas revolucionarias. Villa 21 se clausuró en 1966 sin haber conseguido sus objetivos:¹²¹

An experimental phase of staff withdrawal led to rubbish accumulating in the corridors and dining room tables being covered with the previous days' unwashed plates. Some staff controls were re-introduced with the threat of discharge if patients did not conform to the

antipsiquiatría. Estos cuatro eran el Dr. R. D. Laing y yo mismo, también el Dr. Joseph Berke y el Dr. Leon Redler”.

¹²⁰ D.B. Double (2006) ofrece un buen resumen de la historia de la antipsiquiatría y de las ideas, obras y proyectos de los así llamados antipsiquiatras.

¹²¹ Véase el texto Villa 21: un experimento en antipsiquiatría (Cooper, 1978, pp. 94-117).

rules. These apparent limits to institutional change led to the conclusion that a successful unit could only be developed in the community rather than the hospital (Double, 2006, p. 20).

Kingsley Hall, situada en el este de Londres, fue la primera de las casas de acogida para esquizofrénicos auspiciadas por *The Philadelphia Association*, organización de caridad fundada por Laing, Cooper y otros en Gran Bretaña en 1965¹²² (*Op.cit.*, p. 22). La idea principal de este experimento era que los habitantes expresaran su locura sin límites ni controles, que hicieran cuanto quisieran y cuando quisieran y que desapareciera la jerarquía tradicional entre médicos y pacientes. Era común que las “terapias” se desarrollaran bajo los efectos de sustancias alucinógenas como el LSD y no era extraño que terapeutas y pacientes mantuvieran relaciones sexuales. Como Villa 21, Kingsley Hall fue expresión de una época, los años sesenta, marcada por la contracultura, la liberación sexual y la protesta contra la autoridad y el capitalismo: “Kingsley Hall no pretendía ‘curar’ sino ofrecer un lugar donde ‘algunos puedan encontrar identidades largamente olvidadas o distorsionadas’ (Schatzman, 1972) [...]. Tras cinco años, Kingsley Hall estaba lleno de basura y era inhabitable” (*Op.cit.*, pp. 22-23).

In the English therapeutic community Kingsley Hall, where 194 individuals were housed [...], schizophrenia was conceived as an individual’s journey into his or her “inner space”. Accordingly, “treatment” consisted in helping the “traveler” through this “interior journey”. The rising number of pregnancies and suicides, and the sexual violence and physical aggression associated with Kingsley Hall, led the British Department of Health to close it in the early 1970s, ending an experiment whose central feature was unrestricted freedom for patients and the abolition of all treatments considered conventional (Berlim, Fleck y Shorter, 2003, p. 63).

¹²² *The Philadelphia Association* sigue activa (<http://www.philadelphia-association.org.uk/>).

La única acción supuestamente “antipsiquiátrica” que tuvo éxito duradero y verdadera repercusión social fue la emprendida en Italia por Franco Basaglia. Director del hospital psiquiátrico de Gorizia entre 1961 y 1968, Basaglia consideraba que la enfermedad mental no debía ser tratada en instituciones carcelarias como el manicomio. Procedió, así, a liberar a muchos pacientes para que fueran atendidos en la comunidad. En 1968 publicó su obra más conocida, *La institución negada* (Basaglia, 1972), donde narró su experiencia en Gorizia. Posteriormente, fue director del hospital psiquiátrico de Trieste y fundó el partido político de izquierdas *Psichiatria Democratica*. Como político, Basaglia consiguió que se aprobara, en 1978, la conocida como Ley 180 (o ley Basaglia) que regulaba el cierre de los manicomios y la atención de los enfermos mentales en régimen ambulatorio o, en todo caso, en un hospital general (Shorter, 2005, pp. 24-25).¹²³

Iniciada la década de 1970, tanto los que firmaron como “antipsiquiatras” (Laing y Cooper) como los que no lo hicieron pero se les atribuyó ese calificativo por sus críticas a la psiquiatría institucional (Foucault, Goffman, Szasz y Basaglia) negaron rotundamente tal

¹²³ En España, el correlato de esta experiencia de desinstitucionalización se dio en llamar la “reforma psiquiátrica española” que “no podía desligarse de la lucha contra la dictadura de Franco” (Desviat, 2006, p. 12). Sin embargo, hubo que esperar diez años tras la muerte de Franco para que se publicara, en 1985, el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, cuyas recomendaciones fueron recogidas en la Ley General de Sanidad de 1986. (Véase <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=278>).

El 12 de junio de 1989 se clausuró en Valencia el manicomio de Jesús, considerado el primero del mundo, fundado por el Padre Jofré en 1409. Muchos de sus internos fueron realojados en el hospital psiquiátrico de Bétera (http://elpais.com/diario/1989/06/18/sociedad/614124001_850215.html). Actualmente, este hospital psiquiátrico cuenta con pocos internos. Hoy, la mayoría de los pacientes psiquiátricos son atendidos en ambulatorios, en hospitales de día, en centros sociales y los casos de más graves son ingresados temporalmente en las salas de psiquiatría de los hospitales generales.

filiación¹²⁴ dado que: “‘antipsiquiatría’ y ‘antipsiquiatra’ rápidamente se convirtieron en términos [que] [...] desprestigian y deshonran a la persona a quien se les atribuye y eliminan la necesidad de considerar la validez de sus puntos de vista” (Szasz, 2009, p. 5).

Quizás por ello, Laing “‘emprende una vigorosa denuncia de la ‘anti-psiquiatría’ y desea separarse completamente de dicho término [...]: él ‘no es un anti-psiquiatra’, es ‘un médico y un psiquiatra’. También Cooper rechazó su auto-identificación como antipsiquiatra y [...] adoptó la identidad de no-psiquiatra” (Chris Oakley citado por Szasz, 2009, pp. 6-7). Por su parte, Foucault declaró, sin demasiada afectación, que “entre Laing, Cooper, Basaglia y yo mismo, no ha habido ninguna afinidad ni ninguna relación” (Foucault, 1994e, p. 594). Sin embargo, uno de sus biógrafos, Didier Eribon, señala que:

Foucault [...] se irá aproximando a los movimientos antipsiquiátricos después de 1968, a veces lindará con ellos. [...] Se limitará a acompañarlos a una cierta distancia, a alentarlos todo lo más. [...] En 1976, hará invitar a Cooper al Collège de France para una serie de conferencias. [...] Apoyará las traducciones francesas de los libros de Thomas Szasz¹²⁵ [...] y

¹²⁴ En realidad, Goffman no se molestó en afirmar ni en negar su (pretendida por otros) pertenencia a la antipsiquiatría.

¹²⁵ Foucault menciona a Szasz en varias entrevistas realizadas entre 1974 y 1976 (Foucault, 1994, a, b, c y d). En ellas, critica su liberalismo conservador pero reconoce su magnífica labor como historiador y filósofo dedicando palabras de elogio a sus obras *El mito de la enfermedad mental* y *La fabricación de la locura* (Foucault, 1994d, pp. 90-91): “Szasz ha percibido perfectamente la profunda resonancia entre las funciones de control de la medicina, de la psiquiatría y de las estructuras estatales de control puestas en marcha desde el siglo XIX” (Foucault, 1994c, pp. 78). Por su parte, Szasz cita y comenta la *Historia de la locura* de Foucault en 1970 (*La fabricación de la locura*, Szasz, 1981b, pp. 27, 29, 63, 116, 137 y 317): “Un estudio de los orígenes de los manicomios en Europa durante el siglo XVII, demuestra con suficiente claridad que [...] eran instituciones parecidas a las cárceles, destinadas al encierro de personas socialmente indeseables” (*Op. cit.*, p. 137). También

escribirá una contribución para el libro colectivo *Crimini di pace* para apoyar a Basaglia [...]. En cualquier caso, incluso a pesar de responder *a minima* [...] a los requerimientos que conciernen la acción antipsiquiátrica, de todos modos Foucault se reconoció parcialmente en semejantes luchas (Eribon, 1992, p. 175).

Foucault hizo algún otro comentario para mostrar que, quizás, sus textos hubieran inspirado el movimiento antipsiquiátrico aunque él, personalmente, no tenía mucho que ver con ello:

Je suis attaché à ce livre, bien sûr, parce que je l'ai écrit, mais aussi parce qu'il a servi de *tool-box* á des personnes différentes les unes des autres, comme les psychiatres de l'antipsychiatrie britannique, comme Szasz aux Etats-Unis, comme les sociologues en France: ils l'ont fouillé , ont trouvé un chapitre, une forme d'analyse, quelque chose qui leur a servi ultérieurement (Foucault, 1994a, p. 523).

Basaglia rechazó la denominación de antipsiquiatra y afirmó su identidad y su estatus de psiquiatra, como puede comprobarse en estas declaraciones de principios de los setenta:

Rechazo de manera categórica la calificación de “antipsiquiatra”. No me interesa este esquema. Yo soy un psiquiatra porque soy consciente de mis deberes; de no ser así, debería cambiar de profesión. Si sigo ejerciendo en el sector público, o sea en la esfera estatal, es

recomienda su lectura en su libro de 1976 *Esquizofrenia, el símbolo sagrado de la psiquiatría* (Szasz, 1984a, p. 181). Por último, en *Antipsychiatry: Quackery Squared* (2009), Szasz menciona las obras de Foucault *El nacimiento de la clínica* y *Enfermedad mental y psicología* (p. 178). En este libro Szasz considera que Foucault no es un antipsiquiatra pero le reprocha no haber rechazado firmemente el concepto de enfermedad mental ni apoyado la abolición de la psiquiatría coercitiva (p.p. 129-131).

porque acepto mi *status* de psiquiatra, *status* que nada tiene que ver con el conformismo del intelectual integrado, del intelectual y del técnico que obran con el consentimiento del poder público y de la organización social, y que actúan falsamente desde un punto de vista democrático. Pienso que, como técnico, debo simplemente usar mi *status* para ayudar a superar las necesidades del público y del internado (Della Rocca, 1973, p. 10).

Como veremos más adelante, fue Szasz quien luchó con más vehemencia para alejar de sí el apelativo de “antipsiquiatra”. En una entrevista concedida en 1974a, a la pregunta de si se considera un antipsiquiatra, responde:

Certainly not. I have no control over what other people consider me or call me. I have been called much worse things. Though I think “antipsychiatry” is a pretty stupid term. I emphasize this, because language is important to me, as it must be to anyone who takes human affairs seriously. [...] But I do resent being called an antipsychiatrist. Why? For the same reason as a person opposed to rape but not to sexual activities between consenting adults would resent being called an “antisexualist.” I oppose involuntary psychiatry, the “rape” of the patient by the psychiatrist; but I do not oppose voluntary psychiatry, psychiatric activities between consenting adults. [...]

[Antipsychiatrists confuse the two forms of psychiatry] in several ways. First, by assenting to the proposition that all of psychiatry is equally bad: that’s implicit in the term “antipsychiatry.” Second, by adopting my view that, for example, schizophrenia is not a bona fide disease, and then offering their own form of “therapy” and “cure” for it: that, implicitly, negates the claim that what ails the alleged patient is not a disease. Third, by insisting that although mental patients are not sick, society is: that’s merely inverting the despicable psychiatric name-calling (Szasz, 1974a, pp. 6-7).¹²⁶

¹²⁶ “Ciertamente, no. No tengo control sobre cómo me denominen otras personas o lo que opinen de mí. Me han llamado de muchas peores formas. Considero que ‘antipsiquiatría’ es un término bastante estúpido. Enfatizo

De lo anterior puede concluirse lo siguiente:

1. Ante todo, la antipsiquiatría fue un movimiento político contra los principios, métodos e instituciones tradicionales de la psiquiatría que surgió, como tal, en Gran Bretaña a partir del trabajo de psiquiatras practicantes como Ronald Laing y David Cooper y de las experiencias alternativas que estos implementaron (Villa 21 y Kingsley Hall). En tales comunidades terapéuticas se reconocía la locura como una forma auténtica de ser y de rebelarse contra la sociedad represora. Los psiquiatras que participaban en ellas renunciaron a su función terapéutica clásica convirtiéndose en facilitadores de lo que se denominaba “viaje interior”, lo que concordaba con los modos contraculturales de la época.

2. Cooper empleó el término “antipsiquiatría” en 1967 y organizó el *Congreso de la Dialéctica de la Liberación* en 1968 junto a otros autodenominados antipsiquiatras como Laing, Redler y Berke. Si otros autores como Szasz, Foucault o Goffman han sido

esto porque el lenguaje es importante para mí, como debe serlo para cualquiera que se tome los asuntos humanos en serio. [...] Pero me ofende que me llamen antipsiquiatra. ¿Por qué? Por la misma razón por la que una persona que se oponga a las violaciones pero no a las prácticas sexuales entre adultos que consienten se ofendería si se le llamara ‘antisexualista’. Me opongo a la psiquiatría involuntaria, a la ‘violación’ del paciente por el psiquiatra, pero no me opongo a la psiquiatría voluntaria, a las actividades psiquiátricas entre adultos que consienten. [...] [Los antipsiquiatras confunden ambas formas de psiquiatría] de varias maneras. Primero, al estar de acuerdo con la idea de que toda psiquiatría es igualmente mala: eso está implícito en el término ‘antipsiquiatría’. Segundo, al adoptar mi idea de que, por ejemplo, la esquizofrenia no es una enfermedad *bona fide* y, a continuación, proponer sus propias formas de ‘terapia’ y ‘cura’ para ella: eso niega, implícitamente, la afirmación de que lo que aflige al llamado paciente no es una enfermedad. Tercero, al insistir en que, aunque los pacientes mentales no están enfermos, la sociedad sí lo está, lo que es, simplemente, invertir la despreciable ofensa psiquiátrica”.

considerados antipsiquiatras únicamente es porque coincidieron con Laing y Cooper en denunciar el internamiento involuntario en los hospitales psiquiátricos y las prácticas que allí se llevaban a cabo. Sin duda los antipsiquiatras ingleses pudieron servirse de las investigaciones epistemológicas, históricas y sociológicas de Szasz, Foucault y Goffman. Sin embargo, ninguno de estos autores se llamó a sí mismo “antipsiquiatra” ni se implicó en experimentos semejantes a los emprendidos por aquellos. Fue Basaglia, en Italia, el único que propició un cambio político y legislativo efectivo respecto de la atención psiquiátrica estatal.

3. Por su ideología política de izquierdas, podría decirse que Foucault y Basaglia coincidían con sus colegas europeos Laing y Cooper, pero no así los norteamericanos Goffman y Szasz. Por otra parte, Goffman sólo entró en un hospital psiquiátrico para realizar su estudio de campo, y Szasz y Foucault lo hicieron puntualmente cuando fueron estudiantes de psiquiatría y psicología (Szasz, 2009; Novella, 2008). En cambio, Laing, Cooper y Basaglia sí ejercieron como psiquiatras y trabajaron en hospitales psiquiátricos.¹²⁷ Ni Foucault, ni Goffman ni Szasz propusieron reformas en la atención psiquiátrica. Los dos últimos lucharon por la abolición de los internamientos y los tratamientos psiquiátricos involuntarios. Por el contrario, Laing, Cooper y Basaglia no defendían la abolición de la psiquiatría sino su reforma: el tránsito del hospital a la comunidad. Basaglia fue el promotor de la reforma psiquiátrica italiana y Laing, Cooper y sus colegas británicos Redler y Berke realizaron experimentos “terapéuticos” comunitarios (por ejemplo, Kingsley Hall) propiamente antipsiquiátricos.

En resumen, el movimiento antipsiquiátrico debe circunscribirse a un lugar (Londres), a una época (años sesenta) y a unos psiquiatras que se auto-denominaron antipsiquiatras y

¹²⁷ Laing en el *Gartnavel Royal Hospital* (Glasgow) y en la *Clínica Tavistock* (Londres); Cooper en el *Shenley Hospital* (Londres), entre otros; y Basaglia en Gorizia y Trieste.

que, influidos por el marxismo y el existencialismo, formularon un particular modo de concebir la locura y experimentaron su tratamiento en comunidades terapéuticas con métodos muy particulares. El movimiento antipsiquiátrico coincidía con el espíritu de la época de Mayo del 68, concretamente en la eliminación de todo tipo de autoridad (epitomizada en el manicomio) y la implementación de alternativas comunitarias orientadas por el lema “prohibido prohibir”. Los fundadores y verdaderos representantes de la antipsiquiatría fueron Laing, Cooper y otros psiquiatras británicos: “En Gran Bretaña, R.D. Laing fue considerado el verdadero padre de este movimiento” (Nasser, 1995, p. 744). Basaglia no fue un antipsiquiatra contracultural sino un reformador de la psiquiatría: consiguió que se clausurasen los manicomios en Italia y apoyó la apertura de salas de psiquiatría en los hospitales generales, así como la atención psiquiátrica ambulatoria. Las obras de Foucault, Goffman y Szasz pudieron servir de punto de apoyo para los antipsiquiatras pero nunca estuvo en el ánimo de estos autores pertenecer al movimiento antipsiquiátrico ni se atribuyeron jamás tal *mérito*. Sin embargo, por sus coincidencias con Laing y Cooper en las críticas a la psiquiatría tradicional se les adjudicó rápida e injustificadamente el calificativo de antipsiquiatras. Considero que esto es un error monumental que aún hoy se repite sin cesar. Si se analizan la historia de la antipsiquiatría y las obras de sus supuestos fundadores sólo puede considerarse a Szasz, a Foucault y a Goffman inspiradores involuntarios de las posiciones que posteriormente adoptaron los auténticos y verdaderos antipsiquiatras británicos.

En el caso concreto de Szasz, puede darse por bueno lo dicho por Antonio Escohotado en el prólogo de la versión castellana de *El mito de la enfermedad mental*, “[Esta obra] constituye también el acta fundadora de la antipsiquiatría, después desarrollada por Laing y Cooper” (Escohotado, 1999, p. 13), siempre que no se entienda “acta” en su sentido literal,

como la certificación oficial de un hecho, sino en tanto influencia o fuente de inspiración. Del mismo modo, Obiols (1973, p. 39) señala que *El mito de la enfermedad mental*, “cronológicamente, se la puede considerar como la fuente del movimiento antipsiquiátrico desde el punto de vista conceptual”. De hecho, si atendemos a lo expuesto en el capítulo anterior y lo comparamos con la forma de pensar y de actuar de los antipsiquiatras británicos aquí presentada, no podemos sino concluir que Szasz no tiene nada que ver con ello: no era de izquierdas, no era un “antisistema”, no participaba de la contracultura hippy, no era un reformista de la psiquiatría, no prescribía drogas como facilitadoras del “viaje interior”, ni apoyaba la psiquiatría comunitaria. De hecho, era justo lo contrario: liberal-conservador, opuesto a cualquier forma de socialismo, abolicionista (no reformista) de la psiquiatría, defensor de la ética del individualismo y de la psicoterapia privada y no de la psiquiatría comunitaria y, aunque luchó por la libertad individual en el consumo de drogas, nunca recomendó su uso. A pesar de las claras diferencias con los antipsiquiatras británicos, Szasz no consiguió desprenderse de tal calificativo como podrá comprobar el lector de cualquiera de los manuales y artículos, actuales o pasados, sobre el movimiento antipsiquiátrico. Así, en un artículo de 1973, Sir Martin Roth, eminente psiquiatra británico, afirma:

The [antipsychiatric] movement has fostered some improbable alliances between groups of sociologists, psychologists, psychoanalysts and Marxist critics of contemporary Western society, such as Marcuse. [...] The writings of the most articulate spokesmen, Szasz (in the United States), Laing and Cooper (in Great Britain) and Basaglia (in Italy) have [...] reached a mass public (Roth, 1973, p. 373).

Roth atribuye, acertadamente, a Laing, Cooper y Basaglia vínculos con la ideología marxista. Lo sorprendente es que identifique a Szasz con dicha tendencia política cuando este mostró, desde sus primeros escritos, una firme oposición al socialismo. Roth sigue el

siguiente razonamiento: Laing, Cooper y Basaglia critican a la psiquiatría y son marxistas. Por tanto, son antipsiquiatras. Szasz critica a la psiquiatría. Por tanto, Szasz es un marxista y un antipsiquiatra. Si los términos “crítica a la psiquiatría”, “marxismo” y “antipsiquiatría” son sinónimos, podría decirse, siguiendo la misma lógica, que Szasz critica a la psiquiatría pero no es marxista; por lo tanto, Szasz no es antipsiquiatra. De este modo, sin pretenderlo, Roth desvincularía a Szasz del movimiento antipsiquiátrico. Roth continúa:

Szasz says that the psychiatrist is not the doctor he pretends to be but is the symptom of a social disease. There is no mental illness because we are all engulfed by a social malady which debases and distorts human relationships. Nor are there any patients; we are all victims. No clinics or treatments are required, because society is the real patient and it requires treatment of a radical kind (Roth 1973, p. 374).

Estas declaraciones son sorprendentes porque, a diferencia de Laing y Cooper, Szasz nunca acusó al capitalismo de los males del individuo ni dijo que esta sociedad estaba enferma. No apoya el victimismo sino, por el contrario, la autonomía y la responsabilidad individual. No es un revolucionario social radical sino un individualista radical. Sin duda fue el más activo y pertinaz de cuantos abogaron por la abolición de la psiquiatría (la institucional coercitiva, no la privada y consentida) pero jamás se nombró, ni quiso que le nombraran, portavoz de la antipsiquiatría. Las palabras de Roth representan lo que Szasz lamentaba, que antipsiquiatra no sólo es aquel que se nombra de tal forma sino también aquel a quien otras personas consideran antipsiquiatra (Szasz, 2009, p. 29). Como veremos en el siguiente epígrafe, Szasz se encargó de demostrar que los únicos antipsiquiatras fueron quienes eligieron definirse así: Laing, Cooper y sus compañeros de viaje.

3.2. CRITICAS DE SZASZ A LA ANTIPSIQUIATRÍA

Szasz planteó su crítica formal a la antipsiquiatría en dos etapas. La primera vez que escribió un artículo sobre la antipsiquiatría fue en 1976, “Anti-Psychiatry: The Paradigm of the Plundered Mind”¹²⁸ (“La antipsiquiatría: el modelo de la mente saqueada”), que posteriormente incluyó en su libro *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry* (*Esquizofrenia, el símbolo sagrado de la psiquiatría* (Szasz, 1984a, pp. 49-79)). Ese mismo año, dio una conferencia en la universidad de Essex titulada “Paresis and Plunder: The Models of Madness in Psychiatry and Anti-Psychiatry”. En estas intervenciones Szasz criticó duramente los planteamientos de la antipsiquiatría y afirmó que él no tenía nada que ver con tal movimiento.

La segunda etapa en la que Szasz se ocupó de la antipsiquiatría comenzó 27 años después con la publicación de su artículo “The Cure of Souls in the Therapeutic State” (Szasz, 2003), al que siguieron otros: “Knowing What Aint’t So” (Szasz, 2004), “Debunking Antipsychiatry: Laing, Law and Lagarctil” (Szasz, 2008b) y “Anti-Coercion is not Anti-Psychiatry” (Szasz, 2008c). Esta serie de artículos culminó con la publicación de su penúltimo libro: *Anti-Psychiatry Quackery Squared* (Szasz, 2009). En estos escritos, Szasz reedita sus críticas a la antipsiquiatría de 1976 y añade, basándose en los relatos de personas que los conocieron, un crudo retrato de la personalidad de Laing y la de otros antipsiquiatras. En esta etapa, Szasz no se contenta ya con mostrar que sus proposiciones no tienen nada que ver con las de los antipsiquiatras sino que incide en el carácter, despreciable a su parecer, de estos, concretamente el de Cooper: “Cooper odia el individualismo, la propiedad privada y el mercado libre y ama el colectivismo, el comunismo, a las víctimas y el prefijo *anti*” (Szasz,

¹²⁸ *The New Review*, 3, (29), august 1976, pp. 3-14.

2009, p. 33); y, sobre todo, el de Laing: “Desde mi punto de vista, Laing era un enemigo de la responsabilidad personal, la libertad individual y la sociedad libre. Era una mala persona y un fraude como profesional” (*Op.cit.*, pp. 82-83); “Siempre he considerado la conducta moral de Laing (bebedor excesivo, proveedor de LSD a sus colegas y pacientes; promiscuo participante en las tendencias de moda, desde el budismo hasta el ‘renacimiento’, pendenciero, violento, padre de diez hijos de los que no se hace cargo) vergonzosa y censurable” (Szasz, 2004, p. 341); “No puedo pensar en nadie que lo conociera que no haya sido ofendido por él en un momento u otro” (relato del psicoterapeuta australiano Jan Resnick citado por Szasz, 2009, p. 106).

Además de este cambio de tono en la segunda etapa, no existen diferencias significativas en lo dicho sobre la antipsiquiatría en estos siete escritos.¹²⁹ En todos ellos, Szasz repite con insistencia sus argumentos principales sazonados con múltiples ejemplos dirigidos a convencernos de la solidez de sus posiciones. Mi intención en este apartado es trazar un esquema con los puntos principales que Szasz sostuvo en su crítica a la antipsiquiatría con el fin de determinar si, como él sostenía, puede concluirse que no mereció

¹²⁹ Laing no dedicó tantas páginas a Szasz. En un artículo de 1979 explícitamente titulado “Round the bend” (“El pirado”), Laing comenta tres libros de Szasz (*Schizophrenia: The Sacred symbol of psychiatry* (1976), *The Theology of Medicine* (1977) y *The Myth of Psychotherapy* (1978)). En él Laing valora así la obra, el pensamiento y la persona de Szasz:

We miss in these books any in-depth analysis of the structures of power and knowledge such as we find in Foucault and Derrida. It is a pity about Szasz. He is so insulting and abusive that it is almost embarrassing to find oneself agreeing with him sometimes. As the years have gone by, the important points have become so shrouded in a smoke screen of such garbled dogmatism and arrogance as to be almost inaccessible. He now seems to believe that an insult is an argument, and that his assertions are self-validating proofs of their own truth (Laing, 1979).

el calificativo de antipsiquiatra. No me detendré aquí en el relato de las tropelías de Cooper y Laing, pues considero que no aportan nada sustancial al propósito de esta tesis. Recomiendo al lector interesado en estos detalles escabrosos que acuda a algunas de las fuentes que Szasz consultó, especialmente el artículo de prensa “Far Out” (Gale, 2001) en el que David Gale, paciente de Cooper, narra cómo se comportaba este en su trabajo (referido en Szasz, 2009); el libro *Zone of Interior* (Sigal, 1976) en el que Clancy Sigal, paciente de Laing en Kingsley Hall, describe cómo actuaba Laing en dicha comunidad (referido en Szasz, 2008b, 2008c y 2009); y las biografías de Laing escritas por su hijo Adrian (Laing, 1994) (referida en Szasz, 2003, 2004 y 2009), por Bob Mulan (2000) (referida en Szasz, 2009) y por John Clay (1996) (referida en Szasz, 2008b y 2009) en las que los autores dan constancia de la abrupta personalidad de Laing y sus particulares prácticas como psiquiatra. Baste decir que Laing perdió su licencia médica en 1987 tras la denuncia de una paciente que le acusó de haberla atendido borracho y de haberse mostrado agresivo con ella.

En su artículo “La antipsiquiatría: el modelo de la mente saqueada”, Szasz defiende la tesis de que, por más que los antipsiquiatras cuestionen el concepto de enfermedad mental, siguen proponiendo modos de tratamiento para ella y, por ese motivo, no se diferencian del resto de psiquiatras. Afirma que “durante mucho tiempo he mantenido [...] que si no hay enfermedad, no hay *nada que* tratar, si no hay pacientes, no hay *nadie a quien* tratar” (Szasz, 1984a, p. 51). Para Szasz, la psiquiatría y la antipsiquiatría coinciden en considerar al paciente como una víctima, bien de una enfermedad mental (psiquiatría), bien de una familia autoritaria y una sociedad demente y opresora (antipsiquiatría) (*Op.cit.*, p. 53).¹³⁰ Del mismo

¹³⁰ “La concepción de la alienación como un producto de origen social y familiar, surgido de unas condiciones ambientales determinadas que la crean como mecanismo de respuesta frente a ciertas presiones del medio

modo que la psiquiatría se funda en un equívoco intelectual (la consideración de los problemas de la vida como enfermedades), la antipsiquiatría interpreta erróneamente el comportamiento del loco como algo auténtico. Szasz critica tanto las prácticas psiquiátricas, concretamente la justificación del encierro en el manicomio disfrazado de tratamiento médico, como las antipsiquiátricas que justifican el comportamiento “virtuoso” del loco como resultado del comportamiento “vicioso” de su entorno (*Op.cit.*, p. 74). Sostiene que todos estos pretextos son pura palabrería y que lo que debe hacerse es denunciar concretamente las prácticas psiquiátricas coercitivas y defender “que el fenómeno que los psiquiatras llaman ‘esquizofrenia’ no es una enfermedad médica demostrable, sino el nombre de una cierta clase de desviación social (o bien, una conducta inaceptable para quien lo pronuncia)” (*Op.cit.*, p. 63).

Para demostrar que la antipsiquiatría sigue el mismo modelo médico que la psiquiatría en el tratamiento de una supuesta enfermedad llamada mental, Szasz toma como ejemplo el informe del periodo 1965-1969 de la *Philadelphia Association*, institución de caridad fundada por Laing y Cooper cuya bandera fue la residencia *Kingsley Hall* donde no existían “ni personal, ni pacientes, ni procedimientos institucionales” y donde “la gente se levanta o se queda en la cama, según lo desee, comen lo que quieren cuando quieren, permanecen solos o con los otros, y en general hacen sus propias reglas” (*Philadelphia Association Report 1965-1969* citado por Szasz, 1984a, p. 61). Véase a continuación algunos de los objetivos de la *Philadelphia Association* contenidos en dicho informe:

ambiente circundante es la principal o más destacada característica de lo que se conoce con el nombre de *antipsiquiatría*” (Obiols, 1973, p. 25).

Para aliviar las enfermedades mentales de toda clase, en particular la esquizofrenia.

Para encargarse de, o incluso, investigar las causas de las enfermedades mentales, los medios para detectarlas y para prevenirlas, y sus tratamientos.

Para proveer y fomentar la provisión de acomodos residenciales para las personas que sufren, o que han sufrido, enfermedades mentales.

Para proporcionar asistencia monetaria a los pacientes pobres.

Para promover y organizar entrenamiento para tratar la esquizofrenia y otras formas de enfermedades mentales (*Ibid.*).

Resulta evidente que estas premisas antipsiquiátricas son opuestas a las que sostiene Szasz, quien considera que tal filosofía permite y anima el infantilismo en las personas, lo cual es contrario al desempeño maduro y ético de los miembros adultos de toda sociedad. Tal postura paternalista de los antipsiquiatras es también “la piedra fundamental del modelo ideal de la ética médica” (Szasz, 1984a, p. 62), es decir, la ética del cuidado, distinta de la ética de la autonomía y del individualismo defendida por Szasz.

En los cuatro artículos que inauguran la segunda etapa de su crítica a la antipsiquiatría (Szasz, 2003, 2004, 2008b y 2008c), Szasz recurre a distintos ejemplos de la vida y obra de Laing que lo retratan como una persona incoherente, mentirosa y perversa. Szasz quiere demostrar que Laing no se opuso, como él hizo, a la hospitalización involuntaria, lo que, a su parecer, confirma la similitud entre los antipsiquiatras y los psiquiatras convencionales y la diferencia esencial respecto de las posiciones que él defiende. Con este fin cita sin cesar un pasaje de *El yo dividido* en el que Laing dice: “Cuando certifico que alguien está mentalmente perturbado, no estoy utilizando palabras equívocas al escribir que está trastornado mentalmente, que puede ser peligroso para sí mismo y para los demás y que necesita cuidados y atención en un hospital para enfermos mentales” (Laing, 1993, p. 23). Por

otra parte, Szasz considera que tanto las proclamas antipsiquiátricas como el propio término “antipsiquiatría” han hecho un flaco favor al criticismo psiquiátrico ya que han sido utilizados como coartada por los psiquiatras para desprestigiar rápidamente a todo aquel que, como él mismo, cuestiona con rigor los fundamentos y las prácticas de la psiquiatría convencional:

As a result of the anti-psychiatrists’ self-seeking sloganeering, psychiatrists can now do what no other members of a medical specialty can do: they can dismiss critics of any aspect of accepted psychiatric practice by labeling them “anti-psychiatrists.” The obstetrician who eschews abortion on demand is not stigmatized as an “anti-obstetrician.” The surgeon who eschews transsexual operations is not dismissed as an “anti-surgeon.” But the psychiatrist who eschews coercion and excuse-making is called an “anti-psychiatrist” (Szasz, 2008c, p. 27).¹³¹

Todo cuanto Szasz expone en estos cuatro artículos es recogido posteriormente en su libro *Antipsychiatry: Quackery Squared* (Szasz, 2009) que puede considerarse un compendio final de las críticas de Szasz a la antipsiquiatría y a sus representantes. A continuación y para terminar este epígrafe, recojo algunas citas de este libro que sirven de ejemplo de las tesis defendidas por Szasz, a saber: a) que el término “antipsiquiatría” ha servido como arma arrojadiza contra los críticos serios de la psiquiatría; b) que debido a su labor crítica contra la

¹³¹ “Como resultado de la creación de eslóganes autocomplacientes por parte de los anti-psiquiatras, los psiquiatras pueden hacer ahora lo que ningún otro miembro de una especialidad médica puede: desprestigiar a los críticos de cualquier aspecto de la práctica psiquiátrica convencional etiquetándolos de ‘anti-psiquiatras’. El ginecólogo que se niega a hacer abortos a demanda no es estigmatizado como ‘anti-ginecólogo’. El cirujano que se niega a hacer operaciones de cambio de sexo no es desprestigiado como un ‘anti-cirujano’. Pero el psiquiatra que se niega a practicar coerciones y a ofrecer coartadas exculpatorias es denominado ‘anti-psiquiatra’”.

antipsiquiatría, se le ha atribuido injustamente el calificativo “antipsiquiatra”; y c) que la psiquiatría y la antipsiquiatría son la misma cosa.

[A principios del siglo XX] the term “*Antipsychiatrie*” served as an effective barrier against the arguments of persons opposed to the increasing use by the state of a novel medicalized form of legal compulsion. [...] [Con su reinención en los años 60 por parte de los antipsiquiatras], the easy availability of this term as a dismissive label prevented serious psychiatric criticism from receiving a fair hearing in both academia and the media. That is the accursed legacy of the so called antipsychiatry movement (Szasz, 2009, p. 151).¹³²

Although my critique of the alliance of psychiatry and the state antedates by two decades the reinvention and popularization of the term “antipsychiatry,” I was smeared as an antipsychiatrist, and my critics wasted no time identifying and dismissing me as a “leading antipsychiatrist” (*Op.cit.*, p. viii).¹³³

Laing and his followers managed to confuse the language of psychiatric criticism to a far greater extent than contemporary writers on the subject realize. They set up a false dichotomy between conventional psychiatric practitioners and themselves, obscuring that psychiatry and

¹³² “[A principios del siglo XX] el término ‘*Antipsychiatrie*’ sirvió como una efectiva barrera contra los argumentos de personas que se oponían al creciente uso por parte del Estado de una nueva y *medicalizada* forma de coacción legal. [...] [Con su reinención en los años 60 por parte de los antipsiquiatras], la fácil disponibilidad de este término como una etiqueta despectiva evito que un serio criticismo psiquiátrico recibiera una justa atención tanto en la academia como en los medios de comunicación. Este es el maldito legado del llamado movimiento antipsiquiátrico”.

¹³³ “A pesar de que mi crítica a la alianza de la psiquiatría y el Estado antecedió en dos décadas a la reinención y popularización del término ‘antipsiquiatría’, fui calumniado como un antipsiquiatra y mis críticos no tardaron en identificarme y desprestigiarme como uno de los ‘principales antipsiquiatras’”.

antipsychiatry are two sides of the same coin. As a result, henceforth, anyone who addresses the subject of psychiatry becomes categorized as for or against psychiatry -propsychiatry or antipsychiatry. I criticize both psychiatry and antipsychiatry and am stigmatized as a “leading antipsychiatrist.”

[...] Antipsychiatrists engage in the same practices as do psychiatrists: they embrace the medical-therapeutic categorization of the human problems they “treat,” often under the auspices of the National Health Service or other government-funded organizations (such as Soteria Houses), although they often say they do not. They use coercion and drugs, although they often say they do not.* In his autobiography, Laing writes, “To say that a locked ward functioned as a prison for non-criminal transgressors is not to say that it should not be so. [...] This is not the fault of psychiatrists, nor necessarily the fault of anyone. [...] It does not follow from such possibly disturbing considerations that the exercise of such [psychiatric] power is not desirable and necessary, or that, by and large, psychiatrists are not the best people to exercise it, or, generally, that most of what does happen in the circumstances is not the best that can happen under the circumstances.” This was not my view of psychiatric incarceration. Nevertheless, antipsychiatrists were eager to claim me as one of their own, while psychiatrists were dismissing me as a “popular sixties type of guy, an antiestablishment rebel.” (*Op.cit.*, p. 40).¹³⁴

¹³⁴ “Laing y sus seguidores consiguieron confundir el lenguaje del criticismo psiquiátrico a unos niveles mucho mayores de lo que los actuales escritores de la materia se percatan. Montaron una falsa dicotomía entre los practicantes de la psiquiatría convencional y ellos mismos, ocultando que la psiquiatría y la antipsiquiatría son las dos caras de la misma moneda. Como resultado, de aquí en adelante, cualquiera que se refiera a la cuestión de la psiquiatría será categorizado como a favor o contra la psiquiatría (propsiquiatra o antipsiquiatra). Yo critico tanto a la psiquiatría como a la antipsiquiatría pero soy estigmatizado como un ‘destacado antipsiquiatra’.

[...] Los antipsiquiatras participan de las mismas prácticas que los psiquiatras: abrazan la categorización médico-terapéutica de los problemas humanos que ‘tratan’, incluso bajo los auspicios del *Servicio Nacional de Salud* u otras organizaciones gubernamentales (tales como *Soteria Houses*), a pesar de que a menudo digan que

3.3. LA POSTPSIQUIATRÍA: ¿UNA NUEVA ANTIPSIQUIATRÍA?

Mientras desaparecía el movimiento antipsiquiátrico, surgió progresivamente un movimiento de usuarios de la psiquiatría (Nasser, 1995, p. 745-746) que comenzó a luchar contra la estigmatización que provocan los diagnósticos psiquiátricos y contra las prácticas psiquiátricas coercitivas como los tratamientos farmacológicos indiscriminados y las hospitalizaciones involuntarias (Rissemiller y Rissemiller, 2006, p. 863).

Se denomina “postpsiquiatría” a la actual corriente psiquiátrica que apoya estas reivindicaciones. Los principales promotores de la postpsiquiatría son los psiquiatras Patrick

no lo hacen. Utilizan la coerción y los medicamentos, a pesar de que a menudo digan que no lo hacen.* En su autobiografía, Laing escribe, ‘Decir que una celda cerrada funcionaba como una prisión para trasgresores no criminales no es decir que no debería ser así. [...] Esto no es culpa de los psiquiatras, ni es necesariamente culpa de nadie. [...] No se deduce de tales consideraciones, posiblemente inquietantes, que el ejercicio de tal poder [psiquiátrico] no sea deseable y necesario, o que, en líneas generales, los psiquiatras no sean los más indicados para ejercerlo o, generalmente, que mucho de lo que ocurre bajo ciertas circunstancias no sea lo mejor que pueda ocurrir en tales circunstancias’. Esa no es mi visión de la encarcelación psiquiátrica. Sin embargo, los antipsiquiatras estaban impacientes por aclamarme como uno de ellos, mientras que los psiquiatras me desestimaban por ser ‘un tipo popular en los sesenta, un rebelde antisistema’”.

*Nota: Según Obiols (1973, p. 29), una “premisa básica de la antipsiquiatría es la supresión del tratamiento farmacológico”.

Bracken y Philip Thomas,¹³⁵ miembros fundadores de *Critical Psychiatry Network*, colectivo al que me referiré en el siguiente capítulo. Los artículos “Beyond Liberation: Michel Foucault and the Notion of a Critical Psychiatry” (Bracken, 1995) y “Postpsychiatry: A New Direction For Mental Health” (Bracken y Thomas, 2001) pueden considerarse textos inaugurales de la postpsiquiatría aunque el término fue acuñado por Peter Campbell (Campbell, 1996) como certifica Kecmanovic (2009) y los propios Thomas y Bracken (2004). Estos artículos de fueron seguidos por otros escritos (por ejemplo, Thomas y Bracken, 2004; Bracken y Thomas, 2004, 2005, 2006 y 2009; Double, 2009; o Bracken, 2012) que mantienen la misma línea argumental.

Postpsiquiatría es el nombre elegido para describir una propuesta posmoderna y renovadora de la psiquiatría (Kecmanovic, 2009, p. 276) inspirada en la tesis de Foucault (1976) según la cual el surgimiento de la psiquiatría moderna, como rama de la medicina, no es el resultado de un hecho científico sino político: el internamiento de gente considerada “irracional” en los manicomios (Bracken y Thomas, 2001, pp. 724-725). Siguiendo a Foucault, Bracken y Thomas sostienen que la psiquiatría del siglo XX nació y creció abrazada ciegamente al programa racionalista de la modernidad que negaba cualquier atisbo de autenticidad al discurso irracional del loco (*Op.cit.*, p. 725). En este sentido, el propósito principal de los postpsiquiatras es que se preste atención a este discurso y a las demandas de

¹³⁵ Patrick Bracken es director clínico en el *West Cork Mental Health Service* (Irlanda) y es profesor de Filosofía, Diversidad y Salud Mental en la *Universidad Central de Lancashire* (R.U.). Philip Thomas se retiró en 2004 de su trabajo como psiquiatra del *Servicio Nacional de Salud* británico. También fue profesor de Filosofía, Diversidad y Salud Mental en la *Universidad Central de Lancashire* y, actualmente, es profesor honorario del departamento de Ciencias Sociales y Humanidades de la *Universidad de Bradford* (R.U.).

sus protagonistas considerados ciudadanos de pleno derecho, “expertos por experiencia”, y no personas ignorantes y molestas que deben ser apartadas de la sociedad. Para ello, los psiquiatras deberán abandonar el modelo médico tradicional en el que se han formado.

Our argument is that our models (especially the medical model) are part of the problem [...]. The citizenship agenda [como sinónimo de postpsiquiatría] recognises the importance of better treatments and services. It supports campaigns against discrimination and stigma. But it also works to bind these to increasing demands from user groups for spaces in which some fundamental assumptions about mental health can be questioned (Bracken y Thomas, 2004).

La propuesta concreta de la postpsiquiatría es que debe inaugurarse un debate crítico sobre las prácticas psiquiátricas en el que participen tanto los *médicos* como el movimiento de usuarios en igualdad de condiciones (Bracken, 2012, p. 55):

What is important here is the emergence of a *very different* way of thinking about madness, diagnosis and treatment. It is not simply a restatement of antipsychiatry. [...] They [las asociaciones de usuarios] want a psychiatry that can think outside the language of psychopathology and that can respect the expertise that they have gained through their personal and communal struggles. [...] We have argued for years that it is possible for us to work *as doctors* with those who experience ‘madness’ and severe distress in ways that respect the complexity of these states and diverse ways of making sense of them. ‘Postpsychiatry’ is an attempt to start thinking about how this might be possible. [...] If we are to engage in dialogue with users, survivors and carers about the benefits and limitations of these different approaches, we must engage respectfully with a diversity of frameworks and understand their values, assumptions and priorities. (Bracken y Thomas, 2009, p. 242). (Cursivas mías).

Los propósitos de dichas coaliciones de pacientes, secundados por los llamados postpsiquiatras, parecen compartir algunos de los principios del movimiento antipsiquiátrico (Cf. Whitley, 2012, pp. 1039-1041) cuyos principales objetivos fueron, como he mostrado anteriormente, dar visibilidad pública al loco (normalización) y cambiar el modelo psiquiátrico tradicional (ejemplificado en el internamiento en una institución) por la atención en la comunidad. Aunque reconocen la influencia teórica y política de la antipsiquiatría, Bracken y Thomas afirman que la postpsiquiatría se diferencia metodológicamente de ella en sus implicaciones prácticas ya que “no busca reemplazar las técnicas médicas de la psiquiatría por nuevas terapias ‘liberadoras’”, dicho esto en referencia a los experimentos comunales de Laing y Cooper (Bracken y Thomas 2001, pp. 727). Sin embargo, al igual que Whitley, otros autores consideran que el proyecto de la postpsiquiatría “es sorprendentemente similar al del movimiento antipsiquiátrico” (Holloway, 2009, p. 244), en cuanto que los postpsiquiatras:

Question the validity of the biomedical model, criticize positivism and reductionism of modern psychiatry, normalize madness, disapprove of decontextualization when diagnosing mental disorders (against methodological individualism), point out the serious limitations of scientific methods in psychiatry, underlie the importance of values and meanings in grasping mentally ill people, and analyze the downsides of the ‘great confinement’ as well as other repressive aspects of psychiatric practice (Kecmanovic, 2009, p. 276).

En mi opinión, estos comentarios están basados en el prejuicio común de que toda crítica a la psiquiatría *es* antipsiquiatría. No considero que un programa como el expuesto en la cita anterior sea exclusivo de la antipsiquiatría ni de la postpsiquiatría sino más bien del ámbito global de la crítica psiquiátrica de la cual la antipsiquiatría de los años sesenta o la actual postpsiquiatría serían las vertientes más orientadas a la acción social y política

concreta siempre desde un marco ideológico comunitario. Lo que realmente distingue a la postpsiquiatría es su insistencia en la necesidad de dar voz a los pacientes representados por distintas asociaciones de usuarios y supervivientes de la psiquiatría¹³⁶ como, entre muchas otras, *Hearing Voices Network* (que tiene vínculos formales con *Critical Psychiatry Network*), *The Paranoia Network*, *Self-Harm Network*, *The Icarus Project* o *Mind Freedom*,¹³⁷ muy activas en Internet, en los medios y mediante la organización de campañas

¹³⁶ En esta tesis sólo señalaré puntualmente los principales objetivos que persiguen el movimiento de usuarios y supervivientes de la psiquiatría. Para obtener cumplida información sobre su historia consúltese el archivo de Anne Plumb (1970-2009) (<http://studymore.org.uk/arcap.htm>); el archivo de Valerie Argent y Andrew Roberts (1962-1973) (<http://studymore.org.uk/arcaandv.htm>); y, sobre todo, el archivo histórico de *Mental health and survivors' movements and context* (1772-act.) (<http://studymore.org.uk/mpu.htm#Asylumbox>). Por otra parte, Peter Campbell (2005) ofrece un buen resumen de la historia (desde los años setenta hasta 2005), los objetivos y los logros del movimiento.

¹³⁷ Por ejemplo, Carney (2012) informa de que, en el verano de 2003, seis supervivientes de la psiquiatría comenzaron una huelga de hambre como protesta contra las prácticas psiquiátricas coercitivas, la ausencia de sólidas evidencias científicas que avalen los tratamientos psiquiátricos y los vínculos entre el Estado y la industria farmacéutica. La asociación norteamericana *Mind Freedom* respaldó esta huelga de hambre con la publicación de una declaración en la que se denunciaba la impunidad de los psiquiatras cuando encarcelan a quienes no han cometido ningún crimen; imponen etiquetas diagnósticas que estigmatizan a las personas; provocan daños neurológicos mediante potentes drogas psicotrópicas que inducen los comportamientos violentos y suicidas que supuestamente quieren combatir; destruyen el cerebro con electrochoques; etc. *Mind Freedom* envió esta declaración a *The American Psychiatric Association* (APA), *The National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) y a la oficina del Director General de Salud Pública, exigiendo que se detuvieran estas prácticas y reclamando pruebas que avalaran científicamente la fiabilidad y la validez de las investigaciones dirigidas al establecimiento de los diagnósticos y que demostraran la eficacia de los tratamientos psiquiátricos. O que, en caso contrario, admitan públicamente que son incapaces de ofrecer tales pruebas (*Mind Freedom*, 2003a). Sólo la APA remitió una breve respuesta (<http://www.mindfreedom.org/kb/act/2003/mf-hunger-strike/hunger-strike-debate/apa-1st-reply-to-mfi>) en la que únicamente declaraban, citando algunas fuentes bibliográficas, que tales evidencias existen. Posteriormente, *Mind Freedom* (2003b) contestó a la APA

y actos públicos de protesta como las manifestaciones denominadas Mad Pride. Estas asociaciones reclaman una normalización de la locura y que sus reivindicaciones, basadas en sus experiencias personales, sean escuchadas y tenidas en cuenta a la hora de establecer las políticas de salud mental. Concretamente, luchan para que se resuelva la contradicción existente en un sistema sanitario que dice procurar un mayor control de los usuarios sobre sus vidas pero, al mismo tiempo, no deja de otorgar a los psiquiatras poderes para internar y tratar a las personas contra su voluntad (Campbell, 2005, p. 81).

Como representantes de estas protestas, los postpsiquiatras cuestionan, como hicieron los primeros críticos de la psiquiatría (Szasz, Foucault, Goffman y Laing), las políticas psiquiátricas coercitivas. Bracken coincide con Szasz y otros críticos de la psiquiatría en denunciar las justificaciones empleadas para ejercicio del poder psiquiátrico:

The decision-making powers that are currently given to psychiatry cannot be justified on either scientific or moral grounds. [...] The logic for psychiatric power would appear to be:

- States of madness and distress are the result of episodes of mental illness.
- Mental illness can be fully grasped in the logic of medicine and thus doctors are uniquely positioned to explain and to predict the outcome of such episodes.
- Psychiatry possesses a range of treatments that are un-controversially of benefit to its patients.
- It is therefore justified to give psychiatrists the power to both detain and to treat patients without their consent.

recriminando su falta de consideración a sus demandas concretas y ofreciendo pruebas de sus acusaciones. Esta organización auspicia muchas campañas de este tipo, como las marchas reivindicativas “Mad Pride” que se celebran, desde 1993, en todo el mundo. Para más información, visítase el sitio <http://www.mindfreedom.org/>.

The assertion here is that *psychiatric science leads to psychiatric power*. Thomas Szasz has challenged this position for over half a century. [...] According to Szasz and historians like Roy Porter, *psychiatric power led to psychiatric science* (Bracken, 2012, pp. 55-56).

Sin embargo, a diferencia de Szasz y Goffman, los postpsiquiatras no abogan por la abolición de toda psiquiatría institucional sino que mantienen una posición ambigua al respecto. A pesar de criticar, como hemos visto, las justificaciones del poder psiquiátrico, Bracken y Thomas entienden que existen ciertas excepciones (que no concretan) que justifican el empleo de la fuerza y la coacción hacia los pacientes por parte de los psiquiatras:

This is not to say that society should never remove a person's liberty because of their mental disorder. However, by challenging the notion that psychiatry theory is neutral, objective, and disinterested, postpsychiatry weakens the case for medical control of the process. Perhaps *doctors should be able to apply for detention [...], but not make the decision to detain someone* (Bracken y Thomas, 2001, pp. 726, cursivas mías).

Esta sorprendente aseveración, tan contradictoria con la anterior, coincide, efectivamente, con lo que Laing, uno de los grandes críticos del confinamiento psiquiátrico involuntario, señaló en su autobiografía:

Mental hospitals and psychiatric units admit, routinely, every day of the week, people who are sent "in" for non-criminal conduct, but *for conduct which their nearest and dearest relatives, friends, colleagues and neighbours find insufferable*. [...] It is our only way to keep people out of the company that can't stand them. [...] To say that a locked ward functions as a prison for non-criminal transgressors is not to say it should not be so. *Our society may continue to 'need' some such prisons for unacceptable persons*. As our society functions at present such

places are indispensable. This is not the fault of psychiatrists, not necessarily the fault of anyone. [...] *It does not follow* from such possibly disturbing considerations *that the exercise of such [psychiatric] power is not desirable and necessary*, or that, by and large, psychiatrists are not the best people to exercise it, or, generally, that most of what does happen in the circumstances is not the best that can happen under the circumstances (Laing, 1985, pp. 5-6, cursivas mías).

Lo expresado en estas dos últimas citas es absolutamente contrario no sólo a la protesta del movimiento de usuarios y víctimas de la psiquiatría que los postpsiquiatras dicen respaldar, sino a las posiciones de Szasz quien, desde sus convicciones liberales, no admite justificación alguna a que nadie, especialmente el Estado, ejerza coacciones sobre personas inocentes.

En septiembre de 2012, la revista *History of Psychiatry*¹³⁸ publicó el último artículo de Szasz, “Varieties of Psychiatric Criticism” (Szasz 2012).¹³⁹ Este número de *History of Psychiatry* salió al mercado el mismo mes que murió Szasz (septiembre de 2012). Tanto por este motivo cronológico como por su contenido, podemos considerar este artículo su testamento intelectual en materia de crítica a la psiquiatría. En él, Szasz afirma por última vez y con la rotundidad y claridad que siempre mostró, que la única reivindicación posible de cualquier tipo de crítica psiquiátrica que merezca ese nombre es la abolición definitiva e incondicional de la psiquiatría institucional:

¹³⁸ Revista editada por el profesor Germán Berrios, a quien haré referencia en el siguiente capítulo.

¹³⁹ Se trata de la versión impresa del discurso de Szasz en la reunión anual de la *International Society for Ethical Psychology and Psychiatry* en Los Angeles, California, el 28 de octubre de 2011.

The CPN's [*Critical Psychiatry Network*] position is not psychiatric criticism, it is a plea for prettifying the psychiatric plantations. Psychiatrists either have the right to forcibly molest persons they call 'patients' by calling it 'medical treatment' or do not have such a right. As long as the psychiatrist is legally empowered to place his own personal interests and professional opinions ahead of those of the coerced citizen, regardless of 'safeguards' the 'patient' remains powerless vis-à-vis political-psychiatric despotism.

[...] From a contractarian-libertarian point of view, all contemporary psychiatric criticisms are misdirected. If a person is law-abiding, he and he alone should have the authority and power over his relations with others: no one should be able to do anything for or to him without his consent. Even if the subject has been convicted of lawbreaking, the authorities are not thereby justified in 'treating' him against his will for an alleged (non-contagious) illness, a punishment judges nowadays routinely authorize and impose.

[...] The psychiatric critic's primary duty is, and has always been, to reject the legal-political legitimacy of the use of psychiatric force and fraud. [...] The diverse problems that occupy the attention of psychiatric critics originate from a single source: psychiatric power. As long as so-called psychiatric services may be imposed on individuals against their will, efforts to 'reform' psychiatry distract from what must be our task, the abolition of every kind of involuntary psychiatric intervention. Being inseparable from coercion, psychiatry cannot be reformed. It must be abolished (Szasz 2012, pp. 353-355).¹⁴⁰

¹⁴⁰ "La posición de CPN [*Critical Psychiatry Network*] no es crítica psiquiátrica, sino un llamamiento a adornar los plantíos psiquiátricos. Los psiquiatras, o bien poseen el derecho de violentar a la fuerza a personas a las que llaman 'pacientes' bajo la denominación de 'tratamiento médico', o bien no poseen tal derecho. En tanto que el psiquiatra esté legalmente autorizado a imponer sus intereses y opiniones personales sobre ciudadanos coaccionados, el 'paciente' queda desprotegido e impotente frente al despotismo político-psiquiátrico.

[...] Desde un punto de vista contractual-liberal, todo criticismo psiquiátrico contemporáneo está equivocado. Si una persona es respetuosa con las leyes, solo ella debería gobernar sus relaciones con los demás: ningún otro debería hacer nada, ni por ni para ella, sin su consentimiento. Aunque esta persona hubiera sido condenada por

Para concluir este apartado quisiera señalar, en forma de pregunta, dos contradicciones fundamentales en las que incurren los postpsiquiatras y, en general los psiquiatras críticos, que quedan por resolver: ¿Cómo justifican sus críticas al modelo médico y a la clasificación de la psiquiatría como ciencia natural sin renunciar ellos mismos a su identidad como médicos?¹⁴¹ y ¿cómo justifican la contradicción de criticar los internamientos involuntarios y considerarlos pertinentes en ciertas ocasiones?¹⁴²

un delito, las autoridades carecen de justificación para ‘tratarla’ contra su voluntad debido a una supuesta (y no contagiosa) enfermedad, un castigo que los jueces imponen y autorizan habitualmente hoy en día.

[...] La principal tarea del crítico de la psiquiatría es, y siempre ha sido, rechazar la legitimidad político-legal del uso de la fuerza y del engaño psiquiátricos. [...] Los diversos problemas que captan la atención de los críticos psiquiátricos tienen un solo origen: el poder psiquiátrico. Mientras los llamados servicios psiquiátricos sean impuestos a los individuos contra su voluntad, todo esfuerzo por ‘reformar’ la psiquiatría nos distraerá de la que debería ser nuestra misión: la abolición de cualquier tipo de intervención psiquiátrica involuntaria. Siendo inseparable de la coerción, la psiquiatría no puede ser reformada. Debe ser abolida”.

¹⁴¹ Basaglia, que se presenta como médico, dice: “La psiquiatría como tal se divide, se desparrama en una asistencia que pasa por las distintas ramas de las ciencias sociales. Se extiende, no para rehabilitar, ni para recuperar, sino para volver a la ‘normalidad’ en el sentido de situar dentro de la norma a las personas. [...] Lo que sucede es que la psiquiatría no consigue dar una respuesta a la normalidad (de ahí su extensión a las ciencias humanas) dentro de su campo, mientras que la medicina en general sí ha podido darla” (Della Rocca, 1973, p. 85).

¹⁴² “Hoy [1973] existe ya una idea clara acerca de los graves daños que produce la hospitalización prolongada e indefinida -totalmente injustificada fuera de las fases agudas del trastorno psíquico” (Obiols, 1973). Las “fases agudas” siguen siendo hoy el criterio para ordenar un internamiento.

4. SZASZ Y LA PSIQUIATRÍA CRÍTICA

4.1. FUNDAMENTOS DE LA PSIQUIATRÍA CRÍTICA

En el segundo capítulo analicé la obra de Szasz escrita entre 1956 y 1965 en la que presenta las teorías y las posiciones políticas que mantuvo sin variación a lo largo de su vida como filósofo y crítico de la psiquiatría, como teórico de la psicoterapia y como intelectual liberal. Con el fin de demostrar la constancia de sus teorías, también cité extractos de algunas de sus entrevistas y de algunos de los libros que escribió en sus últimos años de producción. En el tercer capítulo me ocupé de sus posturas frente a la antipsiquiatría para lo cual acudí a sus dos textos fundamentales en la materia, “La antipsiquiatría, el modelo de la mente saqueada” (1976) y *Antipsychiatry: Quackery Squared* (2009), así como a otros artículos anteriores a la publicación de este último libro. En este cuarto capítulo analizaré la obra de Szasz en materia de filosofía de la psiquiatría (dejando a un lado su crítica política a las prácticas coercitivas de la psiquiatría) y compararé sus postulados con los de otros críticos de la psiquiatría posteriores con el fin de aclarar si el pensamiento de Szasz pudo haber tenido alguna influencia en el de estos. Mi respuesta inicial es afirmativa. Intentaré demostrarlo y analizar por qué, a pesar de ello, Szasz no es convenientemente reconocido en los actuales textos críticos con la psiquiatría positivista.

Tras la rápida desaparición del movimiento antipsiquiátrico a principios de los años setenta, emergieron diversos grupos de usuarios y afectados de la psiquiatría y se inició, de la mano de Franco Basaglia, la progresiva transformación de la atención psiquiátrica institucional desde los hospitales psiquiátricos a los hospitales generales, las clínicas ambulatorias y la asistencia comunitaria. Por otra parte, fue disminuyendo la utilización de

métodos salvajes como la lobotomía, el electroshock o los choques de insulina. A partir de los años ochenta, se produjo una progresión en los “avances” psiquiátricos, supuestamente revolucionarios y esperanzadores (por fin la psiquiatría se acercaba al altar de la ciencia médica), tales como la clasificación diagnóstica iniciada por el *DSM-III*, el surgimiento de nuevos psicofármacos que prometían efectividad terapéutica con muchos menos efectos secundarios que los precedentes y los datos que ofrecía la investigación neurocientífica a través de las técnicas de neuroimagen que supuestamente confirmaba la tesis etiológica cerebral de los trastornos psíquicos. Esta supuesta revolución científica fue políticamente respaldada y económicamente financiada con la declaración oficial de los años noventa como “la década del cerebro” por parte del presidente norteamericano George Bush (Bush, 1990). Actualmente, diez neurocientíficos han propuesto declarar los años 2012-2022 como “la década de la mente” bajo las mismas premisas positivistas (Albus et al., 2007; Spitzer, 2008).

Al mismo tiempo, en las últimas décadas ha surgido una tendencia que cuestiona con seriedad el positivismo y el organicismo en psiquiatría. Por motivos históricos que señalaré, esta corriente puede ser nombrada genéricamente como “psiquiatría crítica”. Como ya mencioné, mi intención es mostrar que lo que plantean los actuales críticos de la psiquiatría biologicista no se diferencia en mucho de las críticas expuestas por Szasz desde mediados del siglo XX. De hecho, Szasz es el único autor que ha estado activo, desde el principio aunque de forma completamente independiente del resto, en dicho proceso crítico. De hecho, considero que Szasz merece el apelativo de “padre de la psiquiatría crítica” (y no de la antipsiquiatría) por los siguientes motivos: porque fue el primero en plantear una crítica sistemática y rigurosa de la psiquiatría; por la cantidad de años dedicados a su misión como demuestra el volumen de su obra; por su incansable dedicación a defender sus posiciones (incluso en oposición a otros críticos); por la amplitud de áreas del conocimiento que abarcó

(historia, ética, sociología, psicología, medicina, antropología, derecho, política, epistemología, etc.); y, fundamentalmente, por ser el único que se alzó contra la psiquiátrica institucional demandando su abolición lo que, en esencia, lo diferencia del resto de críticos.

Sin embargo, no sólo los defensores de la psiquiatría oficial sino también los más informados autores que aquí incluyo bajo la denominación general de “psiquiatras críticos” siguen cometiendo el error de calificar a Szasz como “antipsiquiatra”. Creo haber demostrado que sólo Laing y Cooper (junto a sus colegas británicos) merecen tal apelativo. Debemos dejar de ver a Szasz como un antipsiquiatra y pasar a considerarlo uno de los varios inspiradores involuntarios de estos. Para aclarar definitivamente esta confusión, considero más adecuado denominar a Szasz, junto con Foucault y Goffman, como los “pioneros de la psiquiatría crítica” (en adelante, “pioneros”).

Dado que la psiquiatría crítica no es una corriente homogénea claramente definible, considero práctico establecer dos momentos históricos en el desarrollo de esta tendencia que, más allá de los distintos contextos sociales, forman una continuo en el que los autores de una etapa se inspiran en la obra de los de las anteriores: a) los pioneros de los años sesenta; y b) la actual psiquiatría crítica que nace en último cuarto del siglo XX. Una vez comentada la primera etapa en capítulos anteriores, en este me centraré en la segunda.

Tras las mal llamadas críticas antipsiquiátricas de los años sesenta y algunos textos críticos con la psiquiatría clásica publicados aisladamente en las últimas décadas del siglo XX, hoy cada vez más psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud mental unen sus fuerzas con las de sociólogos, filósofos y críticos de diversos campos para cuestionar los fundamentos científicos del modelo biomédico que hoy prevalece en la psiquiatría así como

sus categorías diagnósticas, la validez de sus investigaciones, la eficacia de sus tratamientos y sus vínculos con la industria farmacéutica, entre otros asuntos. Aunque no puede ser considerado un movimiento cohesionado sino más bien una tendencia crítica diversa, podría decirse que lo que une a estos autores es el cuestionamiento del reduccionismo cientificista en la psiquiatría y del paradigma llamado biomédico que orienta tanto la enseñanza de esta disciplina en las facultades como su práctica en los hospitales. Duncan Double (2002 p. 902) resume las nueve creencias que han orientado este paradigma psiquiátrico, también denominado neo-kraepeliniano:

- La psiquiatría es una rama de la medicina.
- La psiquiatría debe emplear los métodos científicos modernos y basar su práctica en el conocimiento científico.
- La psiquiatría trata a las personas que están enfermas y necesitan tratamiento de sus enfermedades mentales.
- Existe una frontera entre las personas normales y las enfermas.
- La enfermedad mental no es un mito. Existen muchas enfermedades mentales. La tarea de la psiquiatría científica consiste en investigar las causas, diagnosticar y tratar dichas enfermedades mentales.
- Los médicos psiquiatras deben centrarse en los aspectos biológicos de las enfermedades mentales.
- Debe haber un interés explícito e intencionado en la diagnosis y la clasificación.
- Los criterios diagnósticos deben codificarse, por lo que debe dedicarse una parte importante de la investigación a validar dichos criterios por medio de distintas técnicas.
- Los departamentos de psiquiatría de las facultades de medicina deben enseñar dichos criterios y no quitarles importancia como ha sido el caso durante muchos años.

- En las investigaciones deben emplearse técnicas estadísticas con el fin de mejorar la fiabilidad y validez de los diagnósticos y las clasificaciones.

Los numerosos autores críticos con este modelo positivista consideran que debe ser sustituido por otro que contemple la posibilidad de concurrencia de múltiples causas (no solo las biológicas) en dichos trastornos y “humanice” la práctica de la psiquiatría prestando mayor atención a los factores subjetivos y contextuales de la persona afectada que a la supuesta objetividad de su funcionamiento cerebral. Otro rasgo diferencial entre ambas orientaciones es que mientras que en el modelo biomédico solo caben los psiquiatras y los neurocientíficos, la psiquiatría crítica, orientada en un marco psicosocial, admite aportaciones de cualquier área del conocimiento.

Existen cientos de artículos que podrían ser incluidos bajo el epígrafe “psiquiatría crítica”. No es mi intención hacer una revisión exhaustiva de ellos sino mostrar las principales inquietudes y proposiciones de esta tendencia, concretamente en sus aspectos filosóficos (análisis epistemológicos, éticos y conceptuales) y no tanto en los políticos, sociales y técnicos. Sin dejar de atender a las aportaciones de otros autores críticos con el modelo biomédico de la psiquiatría, me centraré en exponer el pensamiento de tres de los más reconocidos como son David Ingleby, Germán Berrios y Allen Frances para, posteriormente, compararlo con el de Szasz y llegar a algunas conclusiones. He elegido a estos autores porque, como Szasz, son profesionales e intelectuales de reconocido prestigio, todos ellos profesores eméritos, y las obras que aquí comentaré representan un compendio de su pensamiento y un magnífico esquema de las posiciones que, con distintos matices, mantiene todo crítico de la psiquiatría biológica.

Ingleby acuñó el término “psiquiatría crítica” y realizó un certero análisis crítico del positivismo psiquiátrico. Germán Berrios es, sin duda, el autor más reconocido y respetado mundialmente en materia de epistemología de la psiquiatría. Por su parte, Allen Frances fue director del comité de diagnóstico de la *American Psychiatric Association* (APA) y director del manual diagnóstico *DSM IV*, por lo que su testimonio de primera mano sobre los abusos diagnósticos y farmacológicos de la psiquiatría es especialmente valioso. Como ocurre con otros críticos, lo que diferencia a estos de Szasz es que no rechazan el concepto de enfermedad mental ni promulgan la abolición de la psiquiatría institucional.

Como he señalado, debemos el concepto de “psiquiatría crítica” al profesor David Ingleby¹⁴³ quien en 1980 editó el libro colectivo *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (Ingleby (Ed.), 1982). Sin dejar de reconocer su deuda intelectual con los “antipsiquiatras” (en su opinión, Laing, Cooper, Basaglia y Szasz), Ingleby señalaba la necesidad de un nuevo discurso crítico con la psiquiatría ya que en los años ochenta el contexto político y social era distinto del de los años sesenta:

Quando nació la antipsiquiatría [...] muchos creían que la revolución estaba a la vuelta de la esquina. [...] Daba la impresión de que la sociedad capitalista se estaba desmoronando por sí sola. No obstante, [...] volvió a componerse con notable rapidez. [...] La euforia revolucionaria se apagó rápidamente [...] [y] la antipsiquiatría se vio abandonada [...] mientras que la psiquiatría ortodoxa siguió su camino como si nada. [...] Por doquier se proclama que la “investigación del cerebro” es la clave del progreso, como si acabara de inventarse. [...] La antipsiquiatría de la década de 1960 parece ser un fenómeno típico de la época: la vaguedad de sus teorías, su desapego por la política tradicional y su desprecio por la

¹⁴³ David Ingleby (Reino Unido, 1942) es profesor emérito de Psicología Intercultural de la *Universidad de Utrecht* (Holanda).

estrategia parecen haberla condenado [...] a marchitarse al desaparecer las buenas vibraciones. Se necesita un enfoque mucho más práctico, tanto intelectual como políticamente, si se quiere que el mensaje de aquel movimiento no se pierda del todo hoy (Ingleby, 1982a, pp. 9-11).

Aunque Ingleby se suma a la eterna tendencia común de incluir a Szasz entre los antipsiquiatras, considero que este no muestra ninguna de las características que aquel atribuye a la antipsiquiatría (“la vaguedad de sus teorías, su desapego por la política tradicional y su desprecio por la estrategia”), sino más bien lo contrario. Como he mostrado anteriormente, las teorías y propuestas de Szasz son concretas y bien fundamentadas; no muestra ningún desapego por la política tradicional ni fue un “revolucionario” sino, a diferencia de otros autores considerados antipsiquiatras, fue un radical defensor del individualismo, del capitalismo y del liberalismo clásico; y, tanto su objetivo (abolir la psiquiatría institucional) como su estrategia (el cuestionamiento de los fundamentos epistemológicos de la psiquiatría y la crítica de sus prácticas coercitivas), aun pudiendo ser discutibles, son claros de principio a fin. Por último, la voz de Szasz no desapareció como lo hicieron las “buenas vibraciones” de los antipsiquiatras británicos de los sesenta, sino que se mantuvo alta, clara y sin variaciones hasta que se apagó cinco décadas después, en 2012. Considero que, contrariamente a lo que pretenden, las palabras de Ingleby demuestran definitivamente que Szasz nunca fue un antipsiquiatra.

Ingleby declara que “a diferencia de los ‘no psiquiatras’ de David Cooper, todos los que han colaborado en este libro [*Psiquiatría crítica*]¹⁴⁴ opinan que las enfermedades

¹⁴⁴ Como puede comprobarse en los créditos de este libro, los autores provienen de distintos campos: dos psicólogos (Ingleby y Treacher), tres psiquiatras (Basaglia, Haugsgjerd y Kovel) y tres sociólogos (Conrad,

mentales existen [...] y, además, exigen una comprensión y una asistencia especializada” (Ingleby 1982a, p. 21). Por otra parte, afirma que la psiquiatría crítica es una actividad emprendida por aquellos que se proponen hacer “un buen examen [de la psiquiatría], aprovechando para ello las percepciones claras que pueden ofrecerle la sociología y la filosofía recientes (*Ibid.*). Este cometido, dice Ingleby, es heredero de la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt y, especialmente, de los escritos de Jurgen Habermas (*Op.cit.* p. 22).

Veinticinco años después de la publicación de *Psiquiatría crítica*, Ingleby (2005) señala que, desde su punto de vista, este concepto “no significa otra cosa distinta de lo que indica: toda actividad que se refiera a la psiquiatría desde un punto de vista crítico”. Añade que nadie debe atribuirse los derechos de autor del término ni de las actividades asociadas a él, pero que debe reconocerse que, tras alguna intervención individual y puntual en el siglo XIX y principios del XX, lo que hoy se entiende por psiquiatría crítica se generó en los años sesenta en torno al movimiento antipsiquiátrico cuyo “programa” incluía:

1. La crítica al poder psiquiátrico.
2. El rechazo a la consideración de los trastornos mentales como enfermedades y el cuestionamiento de las bases científicas de dicha creencia.
3. El rechazo a los diagnósticos psiquiátricos por su carácter etiquetador.
4. La crítica al positivismo y la apuesta por un modelo hermenéutico de abordar la locura que considerara al ser humano como sujeto y no como objeto.
5. La psicopatología debe ser entendida como una reacción humana inteligible, una reacción ante determinados contextos personales y sociales (*Op.cit.*).

Baruch y Turkle). De ellos, seis son profesores universitarios y dos trabajan como psiquiatras (Basaglia y Haugsgjerd).

En un libro colectivo titulado de forma similar, *Critical Psychiatry. The Limits of Madness* (Double (Ed.), 2006), Ingleby señala que el libro que editó en 1980 fue el primero en emplear el término “psiquiatría crítica”, entendido como “un conjunto difuso, una coalición imprecisa de pensadores y participantes cuyas ideas muestran ciertas semejanzas, pero que no están unidos por una doctrina ni un plan común” (Ingleby, 2006, p. 62). Herederos de la psiquiatría crítica de los años ochenta, un grupo de psiquiatras que trabajan en el *Servicio Nacional de Salud* británico crearon en 1999 *The Critical Psychiatry Network*¹⁴⁵ (en adelante, CPN) en Bradford (R.U.) (Thomas, 2013). Sus fundadores y miembros más activos son Joanna Moncrieff, Duncan Double, Patrick Bracken y Philip Thomas. Otro miembro destacado es Sami Timimi, quien fundó posteriormente la *International Critical Psychiatry Network*¹⁴⁶ (ICPN) como un lugar de encuentro global en la red donde puedan dialogar aquellos “interesados en el pensamiento crítico y en enfoques alternativos de la psiquiatría”. Los cada vez más numerosos miembros de CPN e ICPN tienen una vocación claramente política, con sus propuestas buscan influir en las políticas gubernamentales que orientan los sistemas de salud mental. Así, constantemente publican sus ideas en blogs y webs (propios y ajenos), publicaciones científicas, libros, medios de comunicación, congresos, etc., y mantienen estrechos vínculos con las asociaciones de usuarios y afectados/víctimas de la psiquiatría. Philip Thomas (2013) señala que los intereses de CPN son:

1. El problema de la diagnosis en psiquiatría.
2. El problema de la medicina basada en la evidencia y, en relación con ello, el vínculo entre la industria farmacéutica y la psiquiatría.

¹⁴⁵ <http://www.criticalpsychiatry.co.uk>

¹⁴⁶ <http://www.criticalpsychiatry.net>

3. El papel central de los contextos y los significados en la teoría y la práctica psiquiátricas, y el papel del contexto en el que trabaja el psiquiatra.
4. Los problemas de la coerción en la psiquiatría.
5. Las bases históricas y filosóficas del saber y de la práctica psiquiátrica.

En una fecha indeterminada, CPN publicó un texto titulado *Critical Psychiatry* en el que rechazan el modelo biomédico aplicado en psiquiatría y apoyan un modelo psicosocial que tenga en cuenta el contexto de los “enfermos mentales”. Critican la dominancia de la neurociencia en psiquiatría y el uso indiscriminado de los psicofármacos (*Critical Psychiatry Network*, s. f.). En diciembre de 2012, CPN publicó una declaración de objetivos entre los que se encuentran: influir en la forma en la que se entiende y se practica la psiquiatría y sustituir el modelo biológico en psiquiatría por otro más orientado al contexto social, económico y cultural del enfermo mental (*Critical Psychiatry Network*, 2012). Sin embargo, y a pesar de criticar el modelo biomédico, los miembros de CPN no renuncian a su estatus como médicos: “Durante años hemos sostenido que para nosotros es posible trabajar como médicos con aquellos que experimentan la ‘locura’ y el sufrimiento severo respetando la complejidad de tales estados” (Bracken y Thomas, 2009, p. 242); “Como médicos, lo que resulta evidente para nosotros es que no sufrimos de dos formas distintas: física y mentalmente” (Bracken y Thomas, 2010, p. 222). En el mismo sentido, en la portada de su web señalan que CPN es “una red de trabajo principalmente para psiquiatras, psiquiatras en formación y estudiantes de medicina interesados en la psiquiatría”. Sirva lo anterior como ejemplo de lo que considero, como ya señalé anteriormente, el mayor dilema al que se enfrentan actualmente los psiquiatras críticos, a saber, defender que trabajan como médicos pero que ni las bases de su disciplina ni su objeto de intervención deben participar del modelo biomédico (único en cualquier rama de la medicina científica).

Por último, los miembros de CNP se declaran herederos de las teorías de Ingleby, Foucault y Miller y Rose (Cf. Bracken, 1995 y Thomas y Bracken, 2004). Al igual que Ingleby, los miembros de CPN mantienen una posición ambivalente respecto de lo que comúnmente se entiende por antipsiquiatría. Sostienen que la psiquiatría crítica “no es antipsiquiatría. Existen importantes diferencias entre la antipsiquiatría de los años 1960 y la psiquiatría crítica de hoy en día; también existen importantes puntos de convergencia pero, sin embargo, ambas son bastante diferentes” (Thomas, 2013).

Por otra parte, encontramos el término “nueva epistemología de la psiquiatría” en el título del libro del profesor Germán Berrios¹⁴⁷ *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría* (2011). Esta obra recoge las conclusiones del trabajo de investigación de numerosos académicos que desde los años noventa se han reunido en la biblioteca particular de Berrios en Cambridge para participar “en la tarea permanente de revolucionar la psiquiatría. [...] [Y] dieron forma a lo que se presenta aquí como nueva epistemología de la psiquiatría” (*Op.cit.*, p. xiv). Dichos académicos representados por Berrios se aglutinan bajo la denominación de *Escuela Psicopatológica de Cambridge* cuyos principios y objetivos son los siguientes:

Según la perspectiva de la Escuela Psicopatológica de Cambridge, la revisión conceptual de la psiquiatría requiere lo siguiente: a) que tanto el análisis epistemológico como el histórico vayan de la mano; y b) que los temas centrales de la psiquiatría se traten en primer lugar, por ejemplo: ¿qué tipo de disciplina/actividad debería ser (o pasar a ser) la psiquiatría con el fin de asistir a quienes padecen enfermedades mentales? ¿Cuánto de las ciencias naturales y humanas necesita la psiquiatría para que sus narrativas (híbridas) sean relevantes para las

¹⁴⁷ Germán E. Berrios (Tacna, Perú, 1940) es profesor emérito de Epistemología de la Psiquiatría de la *Universidad de Cambridge* (R.U.).

personas? ¿Qué clase de objetos de estudio son (o deberían ser) las enfermedades mentales? ¿Qué imagen del ser humano (antropología filosófica) debería implementar la psiquiatría? ¿Cuán profundamente penetran los valores, las prescripciones y las normas culturales dentro de las afirmaciones “científicas” de la psiquiatría? ¿En qué grado la función de eficiencia y atención de la psiquiatría está afectada por el hecho de que también es utilizada como un instrumento de control social? ¿Cuán degradante es para la psiquiatría el hecho de haberse convertido en un objeto comercial? (*Op.cit.*, p. XIII).

Respecto de la “antipsiquiatría” (pioneros) de los años sesenta, la opinión de Berrios es que su principal aportación fue reclamar una “punzante atención sobre las cuestiones éticas” (Berrios, 1984, p. 303) que captó el interés de los psiquiatras por los problemas filosóficos y epistemológicos de su disciplina (Cf. Luque y Villagrán, 2000, p. 67; Guimón, 2001, p. 53).

Según Berrios, la creencia positivista del origen biológico de los trastornos mentales y de la consideración de estos como cosas ha ocasionado el descuido del pensamiento y la creatividad necesarios para la práctica clínica. Urge realizar un profundo análisis epistemológico (histórico-filosófico) de la psiquiatría que revele las razones que la han llevado a esta situación y arroje luz sobre “los orígenes, la legitimidad y el alcance del lenguaje y de las actividades de la psiquiatría. [...] Para el epistemólogo, nada puede considerarse como sagrado, incluso la idea de que la psiquiatría debe ser una rama de la medicina” (Berrios, 2011, pp. XII-XIII). El trabajo de Berrios y sus colegas puede resumirse en los siguientes puntos:

- a) The epistemology of psychiatry explores the hidden conceptual structures that lend coherence and meaning to empirical research;

- b) An important question in this regard is whether, in biological and cultural terms, mental disorders or mental symptoms should be considered as having come first;
- c) Research into the cultural perspective suggests that mental symptoms seem to have both ontological and epistemological priority;
- d) This finding clashes with the conventional biological view that diseases have ontological priority and mental symptoms are but secondary and mediated clinical expressions;
- e) The Cambridge model of symptom-formation offers a solution to this aporia and shows how brain signals and personal, familial, social and cultural configurators interact within a dialogical context to give rise to the mental symptoms in their final form (Berrios, 2013, p. 45).

Por último, considero importante el libro del profesor Allen Frances¹⁴⁸ *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría* (2014) pues representa una autorizada mirada crítica sobre la psiquiatría institucional y sus vinculaciones con las empresas farmacéuticas que influyen en la investigación, en la invención y difusión de falsas enfermedades y en el tratamiento indiscriminado con fármacos de un creciente número de personas. Lo interesante de este documento es que su autor fue parte activa de dicho sistema durante muchos años. Por ello, Frances dice que este libro es “parte *mea culpa*, parte *j'accuse*, parte *cri-du-coeur*” (*Op.cit.*, p. 17).

En 1998, el psiquiatra norteamericano Loren Mosser remitió al entonces presidente de la *American Psychiatric Association*, Rodrigo Muñoz, una carta de renuncia. Este escrito resume de forma muy clara y contundente los puntos principales que sostiene todo crítico de la psiquiatría biológica oficial:

¹⁴⁸ Allen Frances (Nueva York, EE.UU., 1942) es profesor emérito de psiquiatría de la *Universidad de Duke* (Durham (NC), EE.UU.).

1. La servidumbre de la psiquiatría para con las empresas farmacéuticas: “La psiquiatría ha sido comprada, casi totalmente, por las empresas farmacéuticas”.
2. El positivismo predominante en la psiquiatría: “Ya no comprendemos a las personas por sus contextos sociales, en lugar de eso realineamos los neurotransmisores de nuestros pacientes. El problema es que es muy difícil tener una relación con un neurotransmisor”.
3. La formación de los futuros psiquiatras en un modelo mecanicista: “La única función [de muchos psiquiatras] será la de firmantes de recetas ocultos tras la apariencia de sanadores”.
4. La creación de falsas enfermedades por medio del sistema diagnóstico *DSM*. “El *DSM IV* es un cuento con el que la psiquiatría pretende ser aceptada por la medicina. Todos sabemos que es más un documento político que científico” (Mosser, 1998).

Como puede observarse en lo señalado hasta aquí, las críticas que expusieron los pioneros de los años sesenta (al decir de Ingleby), coinciden, con algunos matices, tanto con las de los participantes en el libro de 1980 *Psiquiatría crítica*, como con las de CPN, con las de los proponentes de la “nueva epistemología de la psiquiatría” y con las de muchos psiquiatras como A. Frances y L. Mosser que, desde su propia experiencia, plantean sus reivindicaciones a título individual. Como en el resto del mundo, en España cada vez más profesionales e investigadores se suman a esta tendencia crítica con la psiquiatría científicista. Debe destacarse, entre otras, las obras de Rogelio Luque y José María Villagrán (2000), Héctor González y Marino Pérez (2008), Jose María Álvarez (2012) y Alberto Ortiz Lobo (2013).

En los dos capítulos anteriores he expuesto las críticas políticas de Szasz a la psiquiatría como institución social por lo que no es necesario que vuelva a insistir en ello aquí. En este capítulo me centraré en la crítica de los principios que sustentan a la psiquiatría como ciencia. Subdivido esta crítica en dos grandes intereses que no dejan de estar conectados: por un lado, la crítica al positivismo (modelo biomédico) en psiquiatría y, por otro, el análisis epistemológico de la psiquiatría y el análisis conceptual de su insignia, la enfermedad mental. Serán estas cuestiones de las que me ocuparé con mayor atención en este capítulo, siempre en relación con los planteamientos epistemológicos de Szasz respecto de las tres preguntas fundamentales planteadas anteriormente: ¿Qué es la enfermedad mental?, ¿qué clase de ciencia es la psiquiatría? y ¿puede la psiquiatría seguir un modelo médico?

Como ya he comentado, dado el gran número de libros y artículos que actualmente plantean críticas al modelo biomédico de la psiquiatría, tomaré como referencia de la crítica al positivismo el artículo de David Ingleby “Comprender las ‘enfermedades mentales’” (Ingleby, 1982b); como referencia del análisis epistemológico de la psiquiatría el libro de Germán Berrios *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría* (Berrios, 2011); y como referencia de la crítica a la alianza entre la psiquiatría oficial y las empresas farmacéuticas que conduce a la elaboración de clasificaciones diagnósticas y a la promoción de los tratamientos farmacológicos, el libro de Allen Frances *¿Somos todos enfermos mentales?* (Frances, 2014). Considero a estos tres autores autorizados representantes de muchos otros (todos profesionales, académicos e investigadores de prestigio, muchos de ellos psiquiatras) de los cuales ofrezco, a continuación, una breve selección de libros y artículos que el lector interesado puede consultar y cuya referencia completa encontrará en la “Bibliografía”: Albee y Joffe (2004); Álvarez (2012); Angell (2004); Bentall (2011); Boorse (1975); Breggin (1993); Carlat (2010); Cosgrove y Krimsky (2012); Deacon (2013); Deacon y Baird (2009);

Engel (1977); Frances y Widiger (2012); Healy (2013); Kandel (1998 y 1999); Kendler (2005); Kendler y Schaffner (2011); Kick (1999); Kirsch (2010); Lanteri-Laura (2000); Levant (2004); Miller (2010); Moncrieff (2013); Peele (1981); Pérez Soto (2013); Phelan (2005); Van Gerven y Cohen (2011); Whitaker (2010); Zachar (2001).

4.2. LAS TEORÍAS DE TRES PSIQUIATRAS CRÍTICOS

4.2.1. LA CRÍTICA DE DAVID INGLEBY AL POSITIVISMO PSIQUIÁTRICO

En el artículo que inaugura su libro *Psiquiatría crítica*, “Comprender las ‘enfermedades mentales’”, Ingleby (1982b, pp. 25-78), diferencia dos paradigmas en el tradicional debate psiquiátrico sobre “qué clase de criaturas son las personas y de qué manera debemos observar y explicar su buen y mal comportamientos”, el positivista y el interpretativo (*Op.cit.*, p. 25-26). Ingleby critica el primero y apoya el segundo. Considera que si verdaderamente queremos entender las “enfermedades mentales” deberíamos librarnos de la ilusión epistemológica que promueve la psiquiatría biológica: el mito de que antes o después la ciencia descubrirá un factor orgánico que zanjará las discusiones sobre (1) el origen de los trastornos psíquicos, (2) la realidad de la enfermedad mental y (3) la pertenencia de la psiquiatría a la ciencia médica (*Op.cit.*, p. 23)

Desde su origen en el siglo XIX, la psiquiatría ha pretendido desesperadamente pertenecer a las ciencias naturales como modo de ganar autoridad en tanto ciencia imparcial y objetiva. Ingleby considera que tal estrategia no consigue sino lo contrario: desprestigiar a la psiquiatría como ciencia. Lamenta el hecho de que la filosofía sea menospreciada por la

psiquiatría científicista y considera un grave error la prevalencia del enfoque empírico sobre el conceptual en la investigación psiquiátrica (*Op.cit.*, p. 24): “Una ciencia cuyos cimientos conceptuales no han sido pensados apropiadamente está condenada a desmoronarse sin importar el volumen de hallazgos que acumule sobre ellos” (*Op.cit.*, p. 25).

Ingelby critica lo que denomina “el mito de la objetividad” del positivismo psiquiátrico que afirma que sus observaciones son objetivas y sus teorías se basan en el determinismo propio de las ciencias naturales (*Op.cit.*, p. 30), aseveraciones que la psiquiatría no ha podido demostrar hasta la fecha.

Considera que “la visión de la psiquiatría como ‘libre de valores’ [es decir, objetiva] es un puro ocultar la verdad” (*Op.cit.*, p. 29). Para demostrarlo, recupera para el contexto psiquiátrico lo que el sociólogo Harold Garfinkel (2006), padre de la etnometodología, denominó en 1967 “el problema etcétera”: Cualquier intento de reducir la experiencia subjetiva a una serie de criterios o clasificaciones formales choca irremediabilmente con innumerables matizaciones (“etcétera”) que hacen imposible la objetivación de dicha experiencia (Ingelby, 1982b, p. 32). Los psiquiatras han respondido a este problema de tres formas: 1) reconociéndolo y apelando al “juicio clínico” del psiquiatra, cualidad que no es en absoluto garantía de objetividad ni patrimonio exclusivo de los psiquiatras; 2) disfrazándolo con diagnósticos psiquiátricos basados en opiniones y creencias y con cuestionarios psicológicos que pretenden alcanzar interpretaciones sólidas en base a preguntas concretas en las que nunca cabe la única respuesta posible: “depende”; y, 3) afirmando, como lo hacen los positivistas radicales como el psicólogo Hans Eysenck, que conceptos abiertos a la interpretación subjetiva como los de “ira” o “felicidad” no son apropiados para la investigación científica. Estos investigadores sustituyen el juicio clínico “por construcciones

deliberadamente artificiales como los puntos que una persona obtenga en un ‘test’ o por algún índice fisiológico como la conducta cutánea, la presión sanguínea o los electroencefalogramas”, pretendiendo así hacer equivalente el objeto de las ciencias humanas (el sujeto) al de las naturales (la materia). Ingelby considera que esta última forma de responder al “problema etcétera” es como “tratar de elevarse del suelo tirando de los cordones de los zapatos” (*Op.cit.*, pp. 32-33).

Por otra parte, este autor recurre al sociólogo Jeff Coulter (1973) al afirmar que, al contrario de lo que sostienen los psiquiatras positivistas, “las atribuciones de la locura están ineludiblemente arraigadas en la comprensión cultural sensata e imaginar que podrían estarlo en algo que trasciende del sentido común -esto es, en la autoridad científica, neutral-sencillamente no tiene sentido” (Ingleby, 1982b, p. 34).

Por tanto, Ingelby hace dos constataciones: 1) que las descripciones sobre la conducta y los estados anímicos de las personas son siempre subjetivas; y 2) que los juicios sobre la locura están culturalmente condicionados, por lo que ningún diagnóstico psiquiátrico puede ser objetivo. De este modo, Ingleby cuestiona radicalmente la pertenencia de la psiquiatría y la psicología a las ciencias naturales (objetivas) ya que “a diferencia del físico, el científico humano no puede observar el vacío: todo marco científico es una situación social y el científico no puede evitar influir en ella” (*Op.cit.*, pp. 34-37).

Junto al “mito de la objetividad”, otra de las bases epistemológicas de la psiquiatría positivista es, según Ingleby, el principio determinista que se fundamenta en el presupuesto por el que “las leyes que gobiernan la vida humana son de la misma índole que las que rigen la naturaleza” (*Op.cit.*, p. 37). Esta doctrina tiene dos versiones, la fuerte y la débil. La

primera se basa en el modelo de enfermedad o de la “máquina defectuosa” y afirma que toda enfermedad mental está causada por un trastorno fisiológico. La segunda atribuye la causa de los problemas a factores psíquicos o ambientales. Ingleby critica el tradicional eclecticismo de los clínicos británicos quienes, auto-proclamándose “no ideológicos”, pretenden mantenerse equidistantes entre estas dos posiciones que, a su juicio, no son sino “las dos caras de la moneda positivista” (*Op.cit.*, 38).

Considera que “se necesitan grandes dosis de fe” para seguir creyendo en la validez y la eficacia de la versión “fuerte” del positivismo psiquiátrico y de las tres pruebas que suele exponer como garantía de que la psiquiatría investiga y trabaja de modo rigurosamente científico: los estudios genéticos, la investigación neurobiológica y los tratamientos físicos (fármacos, electrochoques, psicocirugía, etc.), en el mejor de los casos, no producen los resultados prometidos y, en el peor, causan graves efectos secundarios. A juicio de Ingleby, estas supuestas pruebas del origen orgánico de la “enfermedad mental” no son más que pura retórica pues no han conseguido demostrar nada (*Op.cit.*, 38-41). Lo orgánico es uno entre los muchos factores que pueden influir en la compleja psicología humana, sin que pueda medirse ni establecerse objetivamente el peso de cada uno de ellos como determinante de la conducta. Ni la investigación genética ni la neuropsiquiátrica (a pesar de sus múltiples, variados y, con frecuencia, mutuamente contradictorios “descubrimientos”) han dado todavía los resultados anunciados desde hace décadas. Este eterno problema etiológico es denominado por Ingleby como el “¿Y qué?”; pues esta es la única respuesta apropiada a los numerosos hallazgos que implican factores fisiológicos o genéticos del comportamiento humano” (*Op.cit.*, p. 43).

Por otra parte, el positivismo presenta su versión “débil” en los enfoques ambientalistas que, bajo otra apariencia, se fundamentan en los mismos ideales de objetividad que los organicistas:

Al afirmar que un estado anímico lo *determina* un ambiente concreto [...] dan a entender que la persona que lo tiene en esencia no es un agente racional. Sus afirmaciones se refieren a “lo que impulsa a la gente a hacer cosas” más que a “lo que hace la gente”, lo importante es que, típicamente, hablamos de que se nos hace hacer algo cuando pretendemos excusar un comportamiento del que no queremos hacernos responsables. [...] La situación de un agente proporciona las *bases* o *razones* para sus actos más que aportar las *causas*. La distinción es crucial, porque, si bien el comportamiento humano es verdaderamente ordenado (en su mayor parte), las “leyes” que hay debajo del mismo no son del mismo tipo lógico que las leyes que rigen el movimiento de los objetos físicos: van cogidas de la mano con la agencia y en última instancia las leyes mismas, a diferencia de las leyes de la naturaleza, son *artificiales*, es decir, hechas por el ser humano. [...] Las explicaciones positivistas en esencia descartan la agencia (*Op.cit.*, pp. 46-47).

Como alternativa al positivismo, dice Ingleby, existe el paradigma interpretativo de la psiquiatría que, en vez de aceptar la suposición de que la realidad humana sigue las mismas leyes que el conjunto de la naturaleza, considera que hay al menos un rasgo distintivo que no se puede objetivar pues es la marca misma de la subjetividad: “la capacidad de un comportamiento con sentido o ‘praxis’”. A diferencia del enfoque positivista que se centra en localizar las causas, estos enfoques basados en el sentido común buscan entender las razones que mueven el deseo de cada individuo e intentan analizar los motivos y los modos por los cuales la persona vive su vida. En definitiva, no pretenden catalogar el comportamiento sino explicarlo. Mientras que el positivismo es un paradigma más sólido que presenta únicamente

la versión fuerte y la débil, el interpretativo admite distintas variantes que difieren entre sí en su modo de interpretación. Estas pueden ser agrupadas en dos grandes enfoques: el normalizador y el psicoanalítico.

Toma como representativas de los enfoques normalizadores las teorías de los antipsiquiatras británicos (Laing y Cooper) según las cuales la locura supone un comportamiento inteligible si se tiene en cuenta el contexto familiar y social opresivo en el que aparece. Así, se considera el comportamiento “enfermo” tanto como una forma de protesta como un modo de auto curación. Para los antipsiquiatras, el esquizofrénico es un héroe cultural y un disidente político al que el sistema intenta arrinconar. Ingleby considera que estos enfoques fracasan, igual que los positivistas, porque creen verdaderamente en la curación (homeostasis) y en la posibilidad de explicar completamente el proceso de la locura. Este optimismo les lleva a desconsiderar algo fundamental no solo en la locura sino en la experiencia común del conflicto psíquico: la compulsión a la repetición, “un residuo que es refractario a todos los procedimientos normales de comprensión y empatía” (*Op.cit.*, p. 72).

Ingleby considera que para abordar la locura debemos trascender tanto el positivismo como los enfoques normalizadores y trabajar en el marco de lo que denomina “hermenéutica profunda” en la que se orienta el enfoque psicoanalítico. Según esta perspectiva, y a diferencia de lo que propone la fenomenología antipsiquiátrica, el ser humano es un ser “fragmentado, autocontradictorio y alienado de su propia experiencia”, es decir, alguien que no sabe de sí mismo (*Op.cit.*, 73). Pero, al mismo tiempo, sólo es la persona en tanto agente (aun ignorante de su propio inconsciente cuya función es preceptiva y se expresa en un acto compulsivo que no es aprehensible por el sentido común ni por ninguna explicación mecanicista), quien puede interpretar o dar sentido a su existencia. Por más que el sujeto no

sea “dueño de sus actos” no deja de ser un agente moral y, por ello, tales actos poseen potencialmente una lógica y un significado individual. Es esta concepción ética que pone el acento sobre el agente lo que distingue al psicoanálisis de las teorías normalizadoras cuyo fundamento parecería similar al positivista ya que sitúan el origen del comportamiento y de la angustia fuera del sujeto. Para Ingleby, es el concepto de compulsión lo que permitiría emplear con propiedad el término “enfermedad” en ausencia de patología orgánica (*Op.cit.*, 73-78).

4.2.2. LA EPISTEMOLOGÍA DE LA PSIQUIATRÍA SEGÚN GERMÁN BERRIOS

Germán Berrios señala que, durante el siglo XIX, el alienismo (después psiquiatría) tomó prestado de la medicina el modelo anátomo-clínico de la enfermedad. Desde entonces, se ha considerado que la descripción y la clasificación del trastorno mental debía hacerse en términos neurobiológicos, ideal que hoy ha alcanzado un cariz absolutista en perjuicio de los enfoques psicosociales (Berrios, 2011, p. 117). Se consideró causal, en términos médicos, cualquier supuesto vínculo observado por contigüidad entre un comportamiento y cierta manifestación en el cuerpo: la conducta anómala estaba causada por una lesión o disfunción cerebral (*Op.cit.*, p. 19; Berrios y Marková 2002, p. 636). Esta creencia hizo que, en psiquiatría, prevalecieran las ciencias naturales. Sin embargo, Berrios considera que la relación es justo la contraria: “son las ciencias humanas las que *configuran* el objeto de la investigación psiquiátrica”. Bajo esta primacía de las humanidades, la función de las ciencias naturales será intentar buscar vínculos entre las configuraciones semánticas (causas) y sus efectos en el cuerpo (consecuencias). Los registros cerebrales asociados a determinadas conductas son incapaces de definir por sí solos el trastorno mental. Un claro ejemplo de ello

es la homosexualidad que fue considerada una enfermedad de origen orgánico hasta los años setenta. La ausencia de pruebas demuestra que la decisión de incluir la homosexualidad en el catálogo de las enfermedades mentales se basó en argumentos morales y no científicos. El anuncio del descubrimiento de un registro cerebral supuestamente asociado a cualquier trastorno mental siempre ha desviado la atención sobre el hecho de que, en su origen, la decisión de investigar y tratar dicho trastorno era social. Berrios insiste en la necesidad de no perder de vista la secuencia epistemológica correcta: en psiquiatría, primero son las humanidades y después las ciencias naturales (Berrios, 2011, p. 32)

Aunque en psiquiatría se ha dado por cierto que los síntomas mentales estaban causados por una lesión cerebral, tal creencia fue y sigue siendo especulativa. Por tanto, “teniendo en cuenta que casi nada se sabe sobre las causas de los trastornos mentales, la idea acerca de que es posible crear sistemas de evaluación basados en etiologías especulativas es absurda, peligrosa y poco ética” (*Op.cit.*, pp. 308). Berrios califica el supuesto vínculo causal entre el cerebro y el síntoma conductual como de “dependencia parasitaria”, un vínculo epistemológicamente erróneo que ha tenido varias consecuencias negativas como, por ejemplo, la de dejar de contemplar la influencia de las representaciones sociales y culturales en la construcción de los síntomas mentales, lo que dificulta la comprensión de su proceso de formación (*Op.cit.*, p. 155).

Si la visión naturalista sobre el origen de los trastornos mentales mantiene hoy, tras un breve intervalo en el que predominó la visión psicoanalítica (décadas de 1950-1970), una clara posición de ventaja es porque:

Las consecuencias que derivan de su aceptación encajan muy bien con las necesidades de reificación del neocapitalismo. Por ejemplo, sostener que el objeto psiquiátrico es una “cosa biológica” permite: 1) que su definición sea completa en términos de “patología cerebral”; 2) que su definición de los límites (es decir, el fenotipo) sea considerada como científica y de valor neutral, y no como una elección humana; 3) que su significado y su simbolismo se consideren como “epifenomenales” y, por lo tanto, no sean “objetivos” terapéuticos primarios; 4) que el médico clínico se conciba como un amanuense “objetivo”, como un científico que observa y registra hechos, y no como el miembro de un intercambio dialogal con el paciente; 5) que los médicos clínicos ofrezcan a la sociedad (incluyendo a las compañías de seguros médicos y a la industria farmacéutica) categorías y reglas bien definidas para decidir lo que está mal, lo que es disparatado, dónde invertir, qué pagar, etc.; 6) que se cuente con una clasificación de dichos objetos en términos de las mismas normas taxonómicas que regulan las clasificaciones biológicas (que, de momento, consisten en la neurociencia evolutiva especulativa); y 7) que la psiquiatría pueda disfrutar del prestigio y poder de las neurociencias (*Op.cit.*, pp. 199-200).

Sin embargo, reitera Berrios, a pesar de que “la aplicación del denominado ‘modelo médico’ a la psiquiatría es analógica y está sustentada por condicionales hipotéticos”, se da por cierto que las técnicas de neuroimágenes iluminarán el origen cerebral de los trastornos mentales (*Op.cit.*, pp. 72-73). Esta hipótesis carece de fundamento ya que:

Como entidades inestables, y como constructos con límites poco definidos, cuya determinación depende de altos niveles de interpretación, los SM [síntomas mentales] son distintos tipos de datos en comparación con, por ejemplo, índices de flujo sanguíneo, concentraciones de neurotransmisores o cambios en la densidad del contraste. [...] Deberíamos preguntarnos si inclusive tiene sentido intentar correlacionar los SM (o algunos SM) con una actividad específica del cerebro (*Op.cit.*, pp. 174-175).

Una de las consecuencias negativas de la supremacía del modelo biomédico de los trastornos mentales es (junto con la creación de manuales diagnósticos poco científicos y el tratamiento indiscriminado de los trastornos con fármacos) la promoción del positivismo en forma de la llamada “psiquiatría basada en la evidencia” (PBE) en la que los psiquiatras son adoctrinados para creer que su práctica está orientada por la demostración matemática. La consecuencia inmediata de esta creencia es “la reificación total de la relación médico-paciente”, de tal modo que cualquier mejoría se atribuirá a los medicamentos y no a la pericia del terapeuta. Berrios sentencia que el concepto, aunque en apariencia bien intencionado, de la psiquiatría basada en la evidencia “es un truco destructivo de la confianza que necesita cierta oposición [...]. El daño que esto le ha causado a la práctica de la psiquiatría en el mundo ‘desarrollado’ puede llegar a ser irreparable” (*Op.cit.*, pp. 308-310).

Considera que, “dado que los síntomas mentales son ontológica y epistemológicamente diferentes de los síntomas y signos físicos” pues están contruidos en función de criterios morales, sociales y estéticos, resulta ingenuo creer tanto que la psiquiatría biológica es una actividad científica sin fundamentos ideológicos como que la investigación empírica podrá localizar el origen de los síntomas con los mismos métodos empleados en medicina (*Op.cit.*, pp. 242 y 25). Así, contra la creencia biologicista de la etiología cerebral de los trastornos mentales, Berrios sostiene que “es poco probable la existencia de una relación directa entre las referencias neurobiológicas y los síntomas mentales (afecciones subjetivas)”. (*Op.cit.*, p. 192).

Según Berrios, existe una gran distancia conceptual entre el supuesto registro cerebral y la conducta sintomática, brecha que los neurocientíficos ignoran deslumbrados por las correlaciones supuestamente significativas entre ambos pero, en realidad, de dudosa validez

(Marková y Berrios, 2009, pp. 348-349). Pero, por el contrario, ser conscientes de esta distancia tampoco debería llevarnos a afirmar, como hacen los valedores del enfoque psicosocial, que el cerebro no tiene ninguna influencia en los comportamientos. Berrios propone “una solución intermedia, representada por la noción de objeto híbrido: los síntomas mentales surgen de interacciones complejas entre las señales cerebrales y la información ‘semántica’” (Berrios, 2011, pp. 203-204). Para Berrios los síntomas mentales son:

Actos orales que transmiten afecciones subjetivas reconstruidas. [...] El proceso de formación de los síntomas mentales comienza con una región del cerebro que expresa su aflicción en una señal que alcanza la conciencia del sujeto. La experiencia es pre-lingüística y pre-conceptual en el sentido de que no puede ser puesta en palabras (puede no estar claro si es una imagen, un pensamiento, una emoción, etc.). A esta experiencia sin forma la hemos llamado “caldo primigenio” (CP) para enfatizar su naturaleza incipiente y su abierta inmediatez. La conciencia de esta proto-experiencia puede afectar al individuo de diferentes maneras, causando desconcierto, temor, etc. El sujeto tiene que manejar esta experiencia y las respuestas varían desde ignorarla hasta contemplarla, hasta necesitar comunicarla. En el último caso, el individuo debe transformar una experiencia inefable en una efable (*Op.cit.*, p. 190).

Los síntomas mentales son “actos orales vacíos”, en el sentido de que no transmiten información sobre su supuesto origen cerebral (*Op.cit.*, p. 191). Son “objetos híbridos [que] tienen un componente biológico y uno semántico”. Dado que el componente semántico es el único que transmite información, predomina sobre el biológico y es respecto de él que el clínico debe orientar su práctica y el investigador sus esfuerzos por comprenderlo (pp. 207-208): “Los síntomas mentales (objetos psiquiátricos) no pueden explicarse por medio de

ninguna estructura neurobiológica intrínseca, sino por la envoltura semántica y simbólica que les otorga un valor comunicativo particular” (*Op.cit.*, p. 201).

El modelo propuesto por la *Escuela de Cambridge* se denomina “psicopatología descriptiva” y resulta de una combinación de la epistemología de las ciencias naturales y la de las sociales (*Op.cit.*, p. 147).

Las disciplinas que participan en las ciencias naturales y las humanas se denominan disciplinas híbridas, y su estado conceptual tiende a ser confuso. La psiquiatría es un ejemplo típico porque la “locura” (o trastorno mental, o cualquier otro nombre que se dé a su objeto de estudio) no se encuentra como un objeto en la naturaleza (como el oro o los caballos), que de alguna manera ha precedido a la llegada de la raza humana. La locura es algo cuya existencia misma (construcción) depende de las prescripciones y decisiones, que NO son parte del mundo físico. En efecto, su existencia depende de ciertos agentes sociales que deciden que la conducta de algunos otros seres humanos “tiene un trastorno”. Por supuesto, una vez tomada dicha decisión, los expertos en la representación cerebral de las conductas humanas avanzarán (como es de esperar) y descubrirán que dichas conductas efectivamente tienen registros cerebrales. El orden de los eventos, es decir, el hecho de que lo biológico sigue a lo conceptual, tiende a no estar a la vista. Este ocultamiento ha alentado la “naturalización” del trastorno mental, a saber, la afirmación de que el trastorno mental no es la descripción o el significado de la conducta trastornada, sino en realidad su registro cerebral (*simpliciter*). Esto es tan falaz como reducir la belleza de una pintura clásica a una distribución determinada de pigmentos y materiales en el espacio (*Op.cit.*, pp. 28-29).

“Según el modelo de Cambridge, los síntomas mentales son señales del cerebro configuradas por códigos culturales” (*Op.cit.*, p. 244). Es decir, al contrario de lo que postula

el modelo biomédico de la psiquiatría, es el componente cultural lo que configura la señal cerebral. Por tanto,

Si los síntomas mentales subjetivos son interpretaciones individuales de experiencias personales (generalmente borrosas), entonces dichos síntomas mentales son, en efecto, *constructos personales*. Son constructos en cuanto a que los sujetos crean sentido o construyen un significado a partir de experiencias pre-lingüísticas más bien incoativas. Son *personales* ya que, aunque las influencias sociales y culturales ayudarán a determinar el modo específico en que el sujeto le da sentido y expresa la experiencia, la experiencia en sí misma es única o personal para el sujeto y es inaccesible para todos los demás. En este sentido, los SM [síntomas mentales] subjetivos son *sui generis*, ya que no hay verificación externa para su “existencia” (*Op.cit.*, pp. 167).

La siguiente cita resume bien la posición epistemológica de la *Escuela de Cambridge* intermedia en el continuo biológico-social:

Current emphasis on empirical research in psychiatry has led to some neglect of the conceptual problems that are integral to the discipline and its subject matter. Psychiatry is a hybrid discipline the work of which is rooted in both the natural and the human/social sciences. Psychiatry’s objects of inquiry, that is, mental symptoms and mental disorders, are likewise hybrid objects whose constituents originate from both knowledge sources to form biological-semantic complexes of variable stability. Taking a relational epistemological stance is essential in order to try to clarify such structures and to determine the relative contributions of biological and semantic (social, cultural, individual, etc.) components to them (Marková y Berrios, 2012, p. 226).¹⁴⁹

¹⁴⁹ Véase también Berrios 2015, pp. 44-45.

En definitiva, Berrios sostiene que los síntomas psiquiátricos son objetos híbridos compuestos de un componente biológico y uno semántico. Al prevalecer el componente semántico por ser el único con potencial informativo, resulta improbable que la investigación biológica consiga una explicación válida de la formación de los síntomas mentales. Considera más apropiado un enfoque hermenéutico que permita comprender los síntomas analizando “el componente semántico en términos de su historia y naturaleza *sui generis*. En otras palabras, los objetos híbridos deben ser comprendidos, más que explicados” (Berrios, 2011, p. 211).

En la práctica clínica se observa que el sujeto desconoce el significado del síntoma que se manifiesta en sus conductas, pensamientos o sentimientos. Por eso, el esfuerzo de comprensión debe dirigirse al sujeto y no tanto al síntoma. Dado que los contextos personales y sociales son diferentes en cada sujeto, es este quien debe encontrar el significado y dar sentido individualmente al síntoma por más que este pudiera asemejarse al de otras personas (*Op.cit.*, p. 173).

Esto significa que la comprensión, en lugar de la explicación, puede ser el mejor método para acceder a ellos epistemológicamente. En este sentido, los objetos híbridos [síntomas mentales] se acercan más a los objetos abstractos que a los físicos. Aunque en teoría sea accesible a través de las explicaciones y la comprensión, creo que el último enfoque tiene más probabilidades de ser exitoso y que los investigadores deben realizar ciertos esfuerzos con el fin de desarrollar un método hermenéutico que sea más o menos específico para los síntomas mentales (*Op.cit.*, p. 210).

4.2.3. EL JUICIO DE ALLEN FRANCES AL SISTEMA DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Allen Frances fue director del comité de diagnóstico de la *American Psychiatric Association* (APA) y director del manual diagnóstico *DSM IV*. En 2013, a los 71 años y ya jubilado, publicó el libro al que aquí haré referencia *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría* (2014), título que no corresponde al original: *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. Según declara Frances en el prólogo, comenzó a plantearse las ideas expuestas en este libro en 2009 debido a la preocupación que le generó la inminente publicación del *DSM 5* (que finalmente se editó en 2013) y sus previsibles consecuencias negativas: la inflación diagnóstica y la prescripción masiva de psicofármacos a un mayor número de personas incluidos los niños. Comenzó a escribir artículos críticos con dicho sistema, inauguró dos blogs en la web psychologytoday.com (*Saving Normal* y *DSM in Distress*, actualmente vigentes) y también publica habitualmente artículos en las webs psychiatrytimes.com y huffingtonpost.com y, de forma puntual, en muchos otros lugares. El mensaje principal que Frances transmite es que “el DSM 5 lleva la diagnosis psiquiátrica en la dirección equivocada, creará nuevas epidemias falsas y favorece todavía más el abuso de medicación”.

En 1987, la APA encargó a Frances la dirección del grupo de trabajo que redactaría el *DSM IV*. Este reconoce que, aunque no fuera su objetivo, el *DSM IV* contribuyó a la creación de una creciente inflación de diagnósticos cuyas principales consecuencias fueron la psiquiatrización de los problemas cotidianos, la aparición de falsas “epidemias” psiquiátricas (autismo, déficit de atención y trastorno bipolar), y el hecho de que “nos estamos

convirtiendo en una sociedad de adictos a las pastillas” ya que el tratamiento con fármacos es el método mayoritariamente empleado para combatir las supuestas “enfermedades mentales” (Frances, 2014, pp. 12-13).

Califica los trastornos incluidos en el *DSM* como “una especie de batiburrillo sin coherencia interna y no mutuamente excluyentes” (*Op.cit.*, p. 38). Sin embargo, “el DSM ha alcanzado una enorme trascendencia social y determina todo tipo de cosas importantes de orden práctico con gran trascendencia en las vidas de las personas, como a quién se considera sano y a quién enfermo” (*Op.cit.*, p. 10).

Según Frances, “la decisión acerca de dónde situar el listón [de la ‘enfermedad’] es siempre subjetiva”. Reconoce y lamenta la incompatibilidad entre, por una parte, una necesaria elevación del umbral de gravedad y duración de los trastornos que limitara el exceso de diagnósticos y, por otra, la estabilidad que proporciona contar con una clasificación diagnóstica (*Op.cit.*, p. 45). Sin embargo, Frances considera que, aunque la sensación de dominio que proporciona un diagnóstico es falsa, “es mejor tener un nombre inexacto o incorrecto para un trastorno mental que no tener ninguno” (*Op.cit.*, p. 57). El propio Frances reconoce que, a diferencia de lo que ocurre en el resto de la medicina, los beneficios obtenidos del diagnóstico precoz de los trastornos mentales son escasos en comparación con el daño que producen a una mayoría de pacientes (*Op.cit.*, p. 106) y que “desde la aparición del *DSM III* en 1980, no ha habido ningún auténtico avance diagnóstico y, desde principios de la década de 1990, no ha habido ningún avance en cuanto al tratamiento” (*Op.cit.*, p. 208).

Relata la historia del *DSM*, desde las clasificaciones diagnósticas de Kraepelin de finales del siglo XIX, a la aparición del *DSM I* ideado por el ejército norteamericano (1952) y

el *DSM II* (1968) (manuales muy poco utilizados), al descrédito que sufrió en los años setenta la clasificación diagnóstica psiquiátrica con la publicación de artículos como el de Rosenhan (1973) anteriormente comentado y, finalmente, al resurgimiento de la taxonomía psiquiátrica de corte médico con la publicación del *DSM III* (1980) promovido por la *American Psychiatric Association* y dirigido por Robert Spitzer, quien emprendió “una búsqueda casi fanática de por vida en pos de una diagnosis psiquiátrica sistemática y fiable” (*Op. cit.* p. 85). Los fondos económicos del Estado destinados a la investigación psiquiátrica aumentaron considerablemente y “las empresas farmacéuticas también empezaron a invertir grandes cantidades de dinero en investigación mientras se apresuraban a desarrollar nuevos fármacos psiquiátrico rentables” (*Op.cit.*, p. 86).

Frances afirma que, a pesar de la poderosa tecnología empleada en la investigación neuropsiquiátrica, no existen pruebas de laboratorio sobre el origen biológico de los trastornos mentales. El diagnóstico de dichos trastornos se basa, por tanto, “en juicios subjetivos intrínsecamente falibles y sometidos a cambios caprichosos” (*Op.cit.*, pp. 30-32). Así, el método elegido por Spitzer para determinar los trastornos mentales y los síntomas que se incluirían en el *DSM III*,

no era bonito de ver; [...] expertos gritando los que consideraban mejores síntomas, discrepando frecuentemente a voz en grito unos con otros. Sus opiniones apasionadas eran defendidas con la feroz determinación fruto de la experiencia, no de datos científicos [...]. Si continuaba habiendo controversia, tenía ventaja el más ruidoso, el más seguro de sí mismo, el más testarudo, el más veterano, o el último que hablaba con Bob [Spitzer]. Es una forma terrible de desarrollar un sistema diagnóstico, sometido a toda clase de sesgos, pero era la mejor forma disponible en aquel momento (*Op.cit.*, pp. 87-88).

Los participantes en dicho proceso eran psiquiatras de orientación biológica que deseaban acercar la psiquiatría a la medicina y alejarla de los ámbitos psicológico y social. El resultado fue un marcado reduccionismo cuya principal consecuencia fue una clara inflación diagnóstica. Frances no culpa de ello a Spitzer y sus colegas sino a la posterior “mercantilización de las enfermedades llevada a cabo por las empresas farmacéuticas”. En 1987 se publicó el *DSM III-R*, la revisión de su antecesor, también dirigida por Spitzer y que Frances considera “un error y un desastre” (*Op.cit.*, p. 92) dado que en vez de limitar las infaustas consecuencias de su antecesor, las potenciaron: “las ventas de Prozac [un antidepresivo] se dispararon, al menos en parte, debido a la poco rígida definición del trastorno depresivo mayor del DSM” (*Op.cit.*, p. 93). Frances sabe lo que dice porque formó parte del grupo de expertos que confeccionaron el *DSM III* y el *DSM III-R*. En 1994 se publicó el *DSM IV*, esta vez dirigido por el sucesor de Spitzer, el propio Allen Frances, quien declara abiertamente que “el DSM IV fue fiel al DSM III-R” (*Op.cit.*, p. 97). El resultado fue, a juicio del propio Frances, muy claro: a la sombra del *DSM IV* siguieron creciendo la inflación diagnóstica y los tratamientos farmacológicos indiscriminados y poco rigurosos. De este modo, “las empresas farmacéuticas habían ganado y [...] nosotros [los psiquiatras] habíamos perdido” (*Op.cit.*, p. 98). Frances lamenta no “haber hecho mucho más para hacer sonar las alarmas. [...] Lamento enormemente que no nos hubiéramos esforzado más” (*Op.cit.*, pp. 98-99). Reconoce que su manual fomentó directamente falsas epidemias: “No hicimos nada por evitar el exceso de diagnosis de otra serie de trastornos inventados por las empresas farmacéuticas [...] que ha permitido el abuso generalizado e inconstitucional de las hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias” (*Op.cit.*, p. 99). Y añade que “cuando el DSM IV estuvo acabado, me sentí bastante satisfecho. Ahora [veinte años después] me gustaría haber hecho más por salvar a las personas normales y reducir la facilidad con que las empresas farmacéuticas fueron capaces de vender enfermedades” (*Op.cit.*, p. 99). Afirma que

el 56% de los expertos implicados en el *DSM IV* tenía relaciones con empresas farmacéuticas, pero que estas no tuvieron ninguna influencia en la redacción del manual (*Op.cit.*, p. 100).

Lo anterior resulta difícil de creer ya que el propio Frances señala que diagnósticos infanto-juveniles como el autismo o el déficit de atención experimentan hoy una dramática inflación y que los índices de prevalencia “han sido generados por epidemiólogos psiquiátricos, utilizando un método inherentemente erróneo y sistemáticamente tendencioso para diagnosticar trastornos inexistentes. ¿Cómo es posible que todo un campo científico se haya pervertido tanto? Todo se debe a consideraciones económicas” (*Op.cit.*, p. 112). Por último, Frances sentencia:

El DSM 5 recoge afecciones que sin duda se pondrán de moda en el futuro. Todas ellas presentan síntomas que forman parte de la vida cotidiana y que se dan habitualmente entre la población en general. Ninguna cuenta con una definición lo bastante precisa para impedir una calificación errónea de muchas personas actualmente consideradas normales. Ninguna dispone de un tratamiento de eficacia probada. Es muy probable que todas ellas conlleven tratamientos o pruebas innecesarios y, en ocasiones, perjudiciales. Las consecuencias de esto serán sobrediagnóstico, lacra social innecesaria, tratamiento excesivo, asignación impropia de recursos, y un impacto negativo en nuestra propia imagen como individuos y como sociedad (*Op.cit.*, p. 212).

Dado que no existen pruebas biológicas ni definiciones claras que distingan la normalidad de los trastornos mentales, en la diagnosis psiquiátrica todo depende de juicios subjetivos fácilmente influenciados. Siempre que se produce un gran aumento de un trastorno mental, lo más probable es que se trate de una moda. Seguramente muchos, o la mayoría, de los nuevos ‘pacientes’ son en realidad ‘bastante normales’. Han sido calificados erróneamente y probablemente serán sometidos a tratamientos innecesarios. Las modas psiquiátricas surgen cuando una autoridad poderosa les otorga fuerza y legitimidad. El sistema DSM y los

‘expertos’ que lo crearon [como él mismo] han sido los que lo han puesto de moda; son la fuerza impulsora que ha llevado a identificar nuevos trastornos mentales [...] Los expertos se convierten en auténticos creyentes a los que realmente les encantan sus diagnósticos y quieren verlos crecer. [...] En los treinta y cinco años que he pasado codeándome con expertos, ninguno ha sugerido ni siquiera una vez la posibilidad de elevar el listón para reducir el alcance de su área de conocimiento (*Op.cit.*, pp. 109-110).

Una vez dicho esto, afirma: “Obviamente, el mayor promotor de las recientes modas ha sido el marketing de la industria farmacéutica” (*Op.cit.*, p. 111); y: “El DSM IV tuvo un papel secundario en el avance constante de la inflación diagnóstica. El motor principal fue el marketing de la industria farmacéutica” (*Op.cit.*, p. 202). Es decir, que los psiquiatras crean, respaldan y fomentan los nuevos diagnósticos, pero los responsables de ello son las empresas farmacéuticas. La lógica más elemental permite deducir que si los psiquiatras no hubieran puesto tales nombres y umbrales tan bajos, las farmacéuticas no hubieran vendido tantos medicamentos recetados, por supuesto, por los médicos: “El 80% de las recetas [de psicofármacos] son extendidas por médicos de atención primaria con escasa formación sobre su uso correcto, fuertemente presionados por los comerciales de las empresas farmacéuticas y por pacientes engañados, tras visitas precipitadas de siete minutos de duración y sin ningún control sistemático” (*Op.cit.*, p. 14). Aunque es de suponer que, en definitiva, es el médico quien tiene la última palabra a la hora de recetar, Frances insiste en afirmar que “la culpa es sobre todo del sistema, no del médico” (*Op.cit.*, p. 132).

Por último, Frances hace un recorrido por la historia de los psicofármacos (que él mismo reconoce haber recetado) desde los opiáceos y barbitúricos utilizados en la primera mitad del siglo XX y los antipsicóticos, el litio y los antidepresivos empleados posteriormente y cuyos efectos secundarios eran devastadores, hasta la revolución iniciada en los años

setenta con una nueva generación de psicofármacos (como el Valium) con efectos secundarios aparentemente menos graves pero con una fuerte capacidad adictiva. Su uso se popularizó enormemente, comenzaron a recetarlos indiscriminadamente los médicos de atención primaria y las empresas farmacéuticas se dieron cuenta de que habían hallado El Dorado. A finales de la década de los ochenta surgieron los antidepresivos ISRS cuyo mayor exponente, el Prozac, y sus sucedáneos se convirtieron en un absoluto éxito de ventas. En la década de los noventa nació la última generación de antipsicóticos atípicos (por ejemplo, Risperdal) que siguieron el mismo camino exitoso ya que fueron (y son) recetados por doquier. Reconoce que las investigaciones sobre los fármacos:

Las dirigen los genios del mercado, no los científicos, y el resultado es fácil de predecir: grandes ventas y pésimos descubrimientos. [...] Los investigadores son corruptos, y a veces los artículos científicos son escritos por gacetilleros pertenecientes a las empresas. [...] La investigación farmacéutica es una engañosa estafa que pretende seducir y falsear en lugar de iluminar a los médicos y al público [...]. La industria farmacéutica no ha creado ni un solo producto cuya eficacia sea superior a la de los fármacos disponibles sesenta años antes. [...] [Pero, evidentemente,] sesenta millones de dólares anuales son muy útiles para vender productos y comprar a políticos. [...] Una enorme legión de “líderes de opinión” de la psiquiatría son reclutados para anunciar a bombo y platillo los maravillosos beneficios que proporcionan los fármacos y quitar importancia a los perjuicios que causan. [...] Conozco a los “líderes de opinión” de primera mano porque yo fui uno de ellos (*Op.cit.*, pp. 118-122).

Siendo admirable la crítica de Frances al *DSM* y a las empresas farmacéuticas, hubiera sido deseable que la hubiera expuesto cuando formaba parte y, por tanto promovía, dicho entramado perverso. Ahora, Frances da conferencias y entrevistas por todo el mundo y es aclamado como el liberador de la psiquiatría. En la portada de la edición en castellano de su

libro al que aquí he hecho referencia se le define como “el psiquiatra más destacado del momento” (Cf. Frances, 2014).

4.3. SZASZ Y LOS PSIQUIATRAS CRÍTICOS. UN BREVE ESTUDIO COMPARATIVO

Una vez comentadas las teorías de Szasz en el segundo capítulo y las de los actuales psiquiatras críticos en este, mi intención en este último epígrafe es comparar ambas con el fin de aclarar si las segundas pueden tener un antecedente en las primeras o, más concretamente, si se debería considerar a Szasz precursor de los psiquiatras críticos. Para realizar esta tarea, en primer lugar, resumiré los presupuestos fundamentales de la psiquiatría biológica y, después, compararé las posiciones de la psiquiatría crítica con las de Szasz.¹⁵⁰ Con el fin de proporcionar un esquema general de cada postura, en este breve estudio comparativo no me detendré en los detalles sino que plantearé a grandes rasgos los puntos de coincidencia entre Szasz y los actuales críticos de la psiquiatría. Confío en que el lector atento sabrá encontrar la información detallada en las páginas precedentes. Por otra parte, únicamente me referiré a los aspectos filosóficos y prácticos de la psiquiatría (y no a los concernientes a las cuestiones políticas) en relación con las tres preguntas fundamentales que se han planteado en esta investigación: ¿qué es la enfermedad mental? (análisis conceptual), ¿qué clase de ciencia es la psiquiatría? (análisis epistemológico) y ¿puede la psiquiatría seguir un modelo médico? (análisis de consecuencias).

¹⁵⁰ Recopilaré una breve selección de citas (literales y parafraseadas) de Szasz del periodo 1956-1965 expuestas en el segundo capítulo, “Sistema de pensamiento”. Para facilitar la lectura, utilizaré sólo las traducciones al castellano aunque consignaré la página del original de las ediciones en inglés cuando corresponda.

Los psiquiatras críticos sólo nombran a Szasz de pasada cuando no lo rechazan. No obstante, aunque afirman que nada tienen que ver con Szasz, estos autores suelen referirse a él con respeto y admiración. Así ocurre, por ejemplo, con Germán Berrios quien no cita a Szasz en ninguno de los escritos que he consultado. En una comunicación personal, el profesor Berrios me informa de que “Thomas y yo nunca identificamos puntos de contacto entre nuestro pensamiento, epistemología, ontología, política o visión de la medicina. Mi pensamiento es esencialmente historicista, construccionista, anti-progresista, anti-reduccionista, narrativo y relativista; el de Thomas fue *exactamente lo opuesto*. Sin embargo, fuimos amigos por años y a él le dediqué la conferencia de aceptación de uno de mis doctorados *honoris causa*” (cursivas mías).¹⁵¹

Por su parte, Allen Frances tan solo nombra a Szasz en el apartado “Agradecimientos” del libro que he resumido anteriormente: “A pesar de estar *totalmente en desacuerdo* con las posiciones extremistas del recientemente desaparecido Tom Szasz, sentía por él un gran afecto personal y siempre admiré su disposición a luchar por lo que consideraba justo, independientemente de los sacrificios que ello conllevara” (Frances, 2014, pp. 327-328, cursivas mías).

En este apartado quisiera comprobar si el pensamiento de Frances y Berrios, entre otros psiquiatras críticos, es *exactamente lo opuesto* del de Szasz y si, por tanto, estos autores están *totalmente en desacuerdo* con él o si sólo lo están parcialmente y, en ese caso, en qué consiste tal desacuerdo.

¹⁵¹ Comunicación personal del 23 de abril de 2015 reproducida con permiso del autor. El doctorado al que hace referencia el profesor Berrios se le concedió en la *Universidad Nacional de Córdoba* (Argentina), el 12 de septiembre de 2012 (cuatro días después de la muerte de Szasz).

Ingleby y los miembros de *Critical Psychiatry Network* sí nombran a Szasz con mayor frecuencia y reconocen su valor como crítico. Sin embargo consideran simplista su modo de entender la experiencia de la locura, crítica a la que me sumo como argumentaré en el siguiente capítulo.

En cualquier caso, no hay crítica a Szasz tan dura y despreciativa como las expresadas por los defensores de la psiquiatría oficial, como el profesor de psiquiatría de la Universidad de Harvard y experto en psiquiatría forense Thomas G. Gutheil: “Las teorías de Szasz sobre la naturaleza mítica de la enfermedad mental han quedado obsoletas por los estudios genéticos, las técnicas de imagen, la antropología inter-cultural y demás. [...] No encuentro ni una sola razón que le haga merecedor de un libro como este [*Szasz under fire*]. [...] Simplemente, el doctor Szasz ya no merece la pena” (Schaler (Ed.), 2005, pp. XXIII-XXIV). Una de las principales intenciones de esta tesis es demostrar lo contrario, es decir, que Szasz fue y sigue siendo un teórico a tener muy en cuenta.

Presupuestos epistemológicos y conceptuales de la psiquiatría biológica

Los defensores del llamado modelo biomédico de la psiquiatría consideran que la enfermedad mental posee un origen orgánico de tipo genético y/o cerebral. Lo que denominamos “mente” no es sino el resultado de una particular estructura y funcionamiento del cerebro. La observación de este órgano mediante técnicas de imagen y otras pruebas permite localizar la enfermedad mental como ocurre con cualquier otra enfermedad física. De este modo, se puede establecer objetivamente una clara diferencia entre una persona mentalmente sana y otra enferma. Así, resulta adecuado, desde un punto de vista epistemológico, considerar a la psiquiatría como una especialidad médica, es decir, como una

aplicación de las ciencias naturales. Por tanto, los psiquiatras deben formarse y actuar como cualquier otro especialista de la medicina.

Dado que la psiquiatría se ocupa de los aspectos biológicos que originan las enfermedades mentales, el relato de la vida de los pacientes no resulta especialmente significativo en la investigación, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. La investigación sigue un método rigurosamente científico; las clasificaciones diagnósticas se establecen a partir de los datos ofrecidos por dicha investigación y son estadísticamente válidos y fiables; y los fármacos u otros métodos físicos son el mejor método para curar las enfermedades mentales. Así lo explica Richard Bentall, psicólogo crítico con el modelo biomédico:

La mayoría de personas que desean trabajar en psiquiatría [...] siguen un enfoque médico, en el cual las terapias sociales y psicológicas, si es que en algún caso llegan a utilizarse, son consideradas de menor importancia que el tratamiento farmacológico, porque creen ingenuamente que ésa es la mejor manera de ayudar a sus pacientes.

La principal suposición que hay detrás de este enfoque es que la psicosis es una enfermedad del cerebro, una idea que ha predominado en los círculos psiquiátricos durante más de un siglo y que sigue promulgándose en manuales para futuros profesionales de la salud mental [...] y en consejos dados a los pacientes y a sus cuidadores por parte de médicos, empresas farmacéuticas y varias otras organizaciones que insisten, por ejemplo, en que la “esquizofrenia es una afección de carácter médico que se puede tratar”. El significado de los síntomas del paciente y el contexto en que aparecen se consideran, por lo tanto, irrelevantes y los esfuerzos del paciente por hablar sobre ellos y ver si alguien escucha su historia son a menudo rechazados (Bentall, 2011, pp. 62-63).

Comparación de los presupuestos epistemológicos y conceptuales de los psiquiatras críticos y de Szasz

Como se ha mostrado anteriormente, en *El mito de la enfermedad mental* (1961) y en los ensayos que lo precedieron, Szasz ya defendió abiertamente la necesidad de reconsiderar las bases conceptuales, históricas, éticas, políticas y epistemológicas de la psiquiatría tal y como proponen los actuales psiquiatras críticos.

Ambos señalan que, históricamente, los mitos de la objetividad y del determinismo biológico de los trastornos mentales han avalado la consideración de la psiquiatría como una ciencia natural lo que ha permitido que los psiquiatras compartan indebidamente el prestigio de los neurocientíficos. Han sido los propios psiquiatras los creadores de dichos mitos y los primeros interesados en mantenerlos vivos. Sin embargo, el énfasis puesto por la psiquiatría biológica en afirmarse como disciplina médica no deriva de criterios científicos sino del deseo de los psiquiatras de obtener un mayor poder y reconocimiento social.

Hace más de medio siglo Szasz señaló que, motivados por el deseo de ser reconocidos como médicos, “los psiquiatras [del siglo XIX] empezaron a llamar ‘enfermedad’ (esto es, por supuesto ‘enfermedad mental’) a todo aquello que permitiera detectar algún signo de disfunción sobre la base de cualquier tipo de norma” (Szasz 1961b, p. 45; Trad.: 1999, pp. 97-98). El mito de la enfermedad mental se popularizó y se tomó como una verdad científica a pesar de que no existían pruebas de la etiología orgánica de las “enfermedades mentales”. De este modo, “el prestigio y el poder de los psiquiatras fueron en aumento a medida que se ampliaban sin cesar los dominios comprendidos dentro de la esfera de su disciplina específica” (*Op. cit.*, p. 43; Trad.: 1999, p. 96).

Del mismo modo, los críticos subrayan que la psiquiatría nació en el siglo XIX con el argumento de la existencia de una conexión causal entre el funcionamiento o la estructura cerebral y el comportamiento. A pesar de que dicha relación sigue siendo especulativa, se ha tomado como una verdad incuestionable. Las proclamas científicas de la psiquiatría son pura retórica (Szasz insiste exactamente en lo mismo). Tanto este como aquellos defienden la necesidad de realizar un análisis serio de los fundamentos conceptuales y epistemológicos de la psiquiatría antes de aceptar sin más tales premisas de la psiquiatría biológica.

Para Szasz y los psiquiatras críticos la primera obligación de un científico es ser honesto con los fundamentos reales de su ciencia que, en el caso de la psiquiatría, tienen muy poco que ver con la medicina y mucho con las ciencias humanas y sociales. La tendencia a no reconocer las capacidades y los límites de la psiquiatría disfrazándola con ropajes médicos perjudica su integridad científica (Szasz, 1961a, p. 64 y 1957c, p. 447). Tal deseo no explícito de participar del reconocimiento social del que gozan los médicos pone en serio riesgo su sentido, su utilidad e incluso su propia existencia (Szasz 1961b, p. 4; Trad.: 1999, p. 43).

La premisa conceptual de Szasz, contraria a las tesis de la psiquiatría oficial (de entonces y de ahora), es que el término “enfermedad mental” proviene de una identificación metafórica de ciertos fenómenos conductuales con los síntomas propios de enfermedades del cerebro. Denuncia este error conceptual y el positivismo y el reduccionismo biomédico de los que deriva, según los cuales: “Todos los problemas de la vida se atribuyen a procesos físico-químicos que la investigación médica descubrirá a su debido tiempo” (Szasz, 1960a, p. 113). La psiquiatría crítica es igualmente contraria a esta afirmación pero, a diferencia de Szasz, no niega la existencia de la enfermedad o el trastorno mental sino que no considera que sea “una

enfermedad como cualquier otra” y, por tanto, cuestiona la validez del enfoque biomédico en su investigación y tratamiento.

Tanto los psiquiatras críticos como Szasz sostienen que la psiquiatría debe dejar de imitar a la medicina y encontrar su propia identidad como ciencia.

Para garantizar los avances científicos conseguidos en nuestro campo, considero que no podríamos hacer nada mejor que reestructurar nuestro saber en un marco de referencia psicosocial, lingüístico y ético. [...] La integridad de las ciencias del ser humano en tanto ser social (y en tanto individuo) requiere, por tanto, de un reconocimiento sincero de sus orígenes históricos y de una evaluación rigurosa de sus particulares características y potencialidades. Sólo de este modo, y no imitando la grandeza de las ciencias más antiguas y mejor establecidas, deben las disciplinas psicosociales proclamar su lugar legítimo entre las ciencias (Szasz, 1961a, p. 65).

Tal fin requiere de un análisis honesto y riguroso sobre su objeto de investigación e intervención, la subjetividad humana, que conduzca al reconocimiento del alcance y los límites de la disciplina. Dicho análisis lleva a la conclusión de que la psiquiatría no pertenece, al menos completamente, a las ciencias naturales. Podría decirse, en todo caso, que la psiquiatría es una ciencia híbrida (Szasz no contempla esta posibilidad mixta y considera a la psiquiatría una ciencia social). Ciertamente, dicen los críticos, existen registros cerebrales asociados a los trastornos mentales, pero no pueden ser tomados como prueba ni como explicación causal del origen exclusivamente biológico de los trastornos mentales, sino tan sólo como una constatación empírica. Los síntomas mentales son diferentes de los físicos puesto que son constructos personales. El origen y la estructura de los síntomas mentales permanece inaprensible y probablemente siga siendo así dado que la única información

significativa proviene del relato del paciente y no de sus registros cerebrales. Es la propia persona, pues, quien les otorga un significado estrictamente individual. Por tanto, aunque exista un componente biológico en los síntomas mentales, el clínico tan sólo puede orientar su práctica respecto de su otro componente, el semántico. Así, tanto la teoría como la práctica psiquiátricas deben dar prevalencia al lenguaje y al contexto social y no a lo orgánico como sostiene la psiquiatría biológica.

Los psiquiatras críticos denuncian que los sistemas diagnósticos de la psiquiatría están basados en caprichosos criterios políticos y personales alejados de todo rigor científico. Szasz critica la tendencia de la psiquiatría institucional a negar los aspectos morales de su práctica y a afirmar, correspondientemente, que sus juicios son médicos y están libres de valores personales (Szasz, 1960a, p. 116). Si el sistema diagnóstico psiquiátrico no funciona (no satisface a todos los clínicos) es porque descansa en bases precarias (Szasz 1961b, pp. 172-173), ya que pretende clasificar, como si se tratara de entidades naturales, asuntos relativos a cómo viven las personas y cómo se relacionan con los demás. La psiquiatría pretende construir un sistema psicopatológico basado en la medicina para categorizar asuntos de índole ética (Szasz, 1957d, 405-406). Así, Szasz considera que los diagnósticos psiquiátricos no tienen ninguna justificación desde un punto de vista científico. Son juicios formulados por el psiquiatra sobre la conducta del paciente y no síndromes médicos como suelen ser presentados en los escritos de psiquiatría (Szasz 1956a, p. 442). Finalmente, critica el uso de los diagnósticos psiquiátricos como sustantivos que pretenden explicarlo todo pero que no consiguen explicar nada. (Szasz, 1957d, 409-410).

Dado que se consideran médicos, el primer recurso terapéutico empleado por los psiquiatras biológicos son los psicofármacos. En la actualidad, numerosos investigadores han

probado de forma incontestable la corrupción que subyace a los vínculos entre la psiquiatría oficial y las empresas farmacéuticas que conduce a una progresiva inflación diagnóstica y a un consumo masivo de medicamentos que no solo no han demostrado la eficacia prometida sino que a menudo provocan numerosos y graves efectos secundarios. En 1957 Szasz ya advirtió de las consecuencias sociales y personales de la prescripción de psicofármacos (antipsicóticos) a los que denominó “camisas de fuerza químicas”: “La amplia aceptación y uso de los así llamados medicamentos tranquilizantes constituye uno de los más notables acontecimientos en la historia reciente de la psiquiatría. [...] Estos medicamentos funcionan, en esencia, como camisas de fuerza químicas” (Szasz, 1957a, p. 91). Para Szasz es absurdo, desde un punto de vista lógico, esperar que los fármacos solucionen los problemas propios de la vida humana que los psiquiatras llaman enfermedades mentales (Szasz, 1960a, p. 115).

Los psiquiatras críticos denuncian que cada vez más población está siendo diagnosticada y tratada con fármacos innecesariamente y, en ese proceso, la relación entre el clínico y el paciente, verdadero motor de la terapia, pierde fuerza como factor determinante de la mejoría en favor de la aparente efectividad de los fármacos. Así, dicen Szasz y los psiquiatras críticos, el psiquiatra tiende a convertirse en un mero diagnosticador y administrador de medicamentos y el paciente en portador de un objeto defectuoso, el síntoma, que debe ser localizado y reparado. En este proceso el valor de la persona como agente queda en un segundo plano.

Para los críticos, el síntoma psiquiátrico, a diferencia del síntoma médico, no puede aislarse del resto de la existencia del paciente ni de su historia. El síntoma psiquiátrico habla por el paciente, es el representante de su subjetividad. Del mismo modo, para Szasz “en el simbolismo de su síntoma el paciente presenta [...] toda la historia y la estructura de su

‘neurosis’ [...]. Para comprender el ‘síntoma’ de éste deberemos conocer todas las características históricamente singulares de las circunstancias sociales y el desarrollo de su personalidad” (Szasz 1961b, p. 136; Trad.: 1999, p. 221). No obstante, no es posible expresar plenamente una sensación, una emoción o un síntoma psíquico en un lenguaje discursivo (*Op. cit.*, p. 138; Trad.: 1999, p. 224).

A diferencia del modelo médico de intervención, la psiquiatría crítica aboga por un enfoque de la práctica psiquiátrica donde prevalezca la comprensión del comportamiento individual sobre la descripción y la estadística. “El quehacer del médico [dice Szasz] exige que se ocupe de lo físico y de lo causal, y que trate al paciente, al menos en parte, como un objeto. El quehacer del psiquiatra exige que se ocupe de lo psicológico y de lo existencial, y que trate al cliente como una persona” (Szasz, 1965a, p. 37-38; Trad.: 1971, p. 58). Esta perspectiva requiere que el profesional de la psiquiatría sea culto, es decir, que posea una formación multidisciplinar en la que las humanidades tengan un peso importante. Szasz defiende un enfoque abierto y no excluyente que “logre un acercamiento muy necesario y largamente demorado entre la psiquiatría, por una parte, y la filosofía y la ética, por otra. [...] Los psiquiatras no pueden esperar que se cumpla la posibilidad de resolver los problemas éticos mediante métodos correspondientes al campo de la medicina” (Szasz, 1961b, p. 8; Trad.: 1999, pp. 48-49). Cincuenta años después, Berrios afirma que “para los psiquiatras practicantes, lo mejor es formarse en filosofía y epistemología” (2011, p. 35).

Confío en que esta breve selección de citas haya podido demostrar que muchas de las propuestas de la actual psiquiatría crítica fueron formuladas por Szasz muchas décadas antes. En el siguiente capítulo presentaré algunos motivos por lo que, en mi opinión, los psiquiatras críticos no tienen en cuenta a Szasz ni lo reconocen (injustamente) como su precursor.

5. ERRORES FUNDAMENTALES DE SZASZ, UNA OPINIÓN PERSONAL Y UNA PROPUESTA

5.1. UN ERROR TEÓRICO: BANALIZAR LA PSICOSIS

Según Szasz, toda conducta está determinada casi exclusivamente por factores culturales. Paradójicamente, como ocurre con el modelo biológico de enfermedad mental que Szasz critica, su modelo de los “problemas en la vida” es *procustiano*: todo caso debe caber en los límites del marco preexistente (biologicista y culturalista, respectivamente), sin excepciones ni matices. Evidentemente, esto tiene consecuencias en el modo de entender y practicar la psiquiatría puesto que, desde esta rígida perspectiva, se desconsideran aspectos de la psicología humana que, dependiendo de las circunstancias de cada individuo y tras el debido análisis de los hechos, demuestran ser tan determinantes como irreductibles e incomprensibles.¹⁵² Aceptar dichas características implica, lejos de todo conformismo, una asunción tanto de las posibilidades coyunturales como de las imposibilidades estructurales de cada sujeto, lo cual permite un enfoque más pragmático y, posiblemente, más útil del trabajo clínico.

Del mismo modo que no existen pruebas científicas concluyentes de la exclusiva determinación orgánica de los trastornos psicológicos, tampoco puede confirmarse que los factores biológicos no influyan en absoluto. Probablemente debido al extremismo de ambas posiciones, últimamente cobra fuerza el llamado modelo bio-psico-social que integra las tres posibles variables (cuerpo-mente-sociedad) interrelacionadas en toda subjetividad y que,

¹⁵² Véase, en el capítulo anterior, el concepto freudiano de “compulsión” formulado por Ingleby.

dependiendo de cada caso individual, pueden incidir con distinto peso específico en el origen de los trastornos y en sus efectos conductuales. Este modelo, que encaja con las proposiciones de los psiquiatras críticos, en vez de partir de una creencia constituida en verdad, surge de un *agnosticismo escéptico* por el que cualquier circunstancia y posibilidad es contemplada como plausible en cada caso individual.

En relación con lo anterior, en este epígrafe quisiera detenerme en una circunstancia que considero merece ser destacada y tenida en cuenta. La cuestión podría formularse con estas dos preguntas: ¿cuál fue la relación de Szasz con los psicóticos (llamados también enfermos mentales graves)? y ¿qué relación existe entre su ideología liberal y su consideración de la psicosis no como un trastorno psiquiátrico sino como resultado de determinadas elecciones personales a las que llama problemas en la vida? Lo que aquí se analizará es la cuestión del autocontrol y la responsabilidad personal de los llamados “enfermos mentales”.

En 1995, a los 75 años y cinco después de su jubilación en la universidad, Szasz dejó de trabajar como psicoterapeuta privado, actividad que inició en 1948. Poco tiempo después, en una entrevista, su interlocutor le pregunta “¿Cómo se las arreglaba con los pacientes con trastornos mentales graves?” (Kerr, 1997, p. 43). Szasz responde:

After I came to Syracuse in 1956, my private practice was always less than half time. Because of the way I worked, the problem you pose did not arise. Anyone who wanted to see me as a patient had to make his own appointment and had to pay me, directly. This excluded persons who did not really want to see a psychiatrist but were forced to do so by others, especially by legal coercion. My practice was not intended to cope with the problem that so-called severely

ill mental patients pose, which all too often involves some form of lawless behaviour that people don't want to treat as badness or crime (*Ibid.*).¹⁵³

Szasz nunca trabajó en la sanidad pública, siempre fue un profesor y un psicoterapeuta privado. Aceptaba a sus pacientes si cumplían dos premisas: que quisieran acudir a verlo voluntariamente y que fueran económicamente autónomos (Cf. Wyatt, 2004, p. 82). Dado que, en general, los psicóticos no sienten el deseo de acudir a un profesional de la salud mental sino que son sus familiares o las autoridades quienes solicitan su intervención y, por otra parte, muchos de ellos son económicamente dependientes de otras personas o instituciones, Szasz no los atendía como tampoco atendía a los niños.¹⁵⁴ Basándome en las ideas que a continuación presentaré, me atrevo a insinuar que, aun en el caso de que algún psicótico económicamente independiente le pidiera cita, Szasz tampoco hubiera aceptado atenderlo.

Al parecer, Szasz no quiso tener experiencia con este tipo de pacientes, lo que arroja serias dudas sobre sus teorías de la psicosis. Podría haber reconocido su ignorancia sin más y sugerir, desde la teoría, que la psicosis no es una enfermedad como cualquier otra. Sin

¹⁵³ “Desde que llegué a Siracusa en 1956, mi práctica privada siempre ocupó menos de la mitad del tiempo [que anteriormente]. Debido a mi forma de trabajar, el problema que me plantea nunca surgió. Cualquiera que quisiera verme como paciente tenía que pedirme cita y pagarme personalmente. Esto excluía a aquellos que, en realidad, no querían visitar a un psiquiatra pero eran forzados por otros a hacerlo, especialmente mediante la coerción legal. Mi práctica no estaba dispuesta para lidiar con los problemas que presentan los pacientes denominados enfermos mentales graves, que a menudo implican cierto tipo de comportamiento ilegal que la gente no quiere tratar como maldad o delito”.

¹⁵⁴ No en vano, en distintas ocasiones Szasz comparó el tratamiento ofrecido a los niños con el que se dispensa a los psicóticos adultos.

embargo, afirmó contundentemente no sólo que la esquizofrenia no era una enfermedad (dado que no existían pruebas científicas que confirmaran lo contrario) sino que consistía en una forma errónea de razonar y actuar que, en última instancia, dependía de la voluntad del sujeto. Szasz nunca dio una alternativa al problema de la psicosis excepto que había que dejar en paz a los locos y que, si cometían algún delito contra las personas o sus propiedades, debían ser juzgados como cualquier otro ciudadano sin utilizar el argumento de la “enfermedad mental” en su defensa, pues, de ese modo, su responsabilidad quedaría escamoteada y, por tanto, su libertad individual limitada y su dignidad como ser humano anulada. En mi opinión, es evidente que los delirios, como los sueños, le pertenecen a la persona. Sólo ella podrá decir algo sobre ellos y darles algún sentido (el psicoterapeuta actuaría, en todo caso, como catalizador). Esta pertenencia, sin embargo, no implica que el delirante o el soñador puedan detener o modificar su pensamiento a voluntad.

Si acudimos a sus declaraciones, podría decirse que Szasz se mostraba desconsiderado o, incluso, frívolo con los psicóticos. Una periodista, refiriendo una pregunta del psiquiatra Ronald Pies, le plantea lo siguiente:

What if [a] young man rocking back and forth in a pool of his own urine, responding to voices from a CIA computer that are instructing him to kill himself, you know to bring this young man into hospital against his wishes is not to bully him but to begin the process of restoring humanity. And I wonder whether in blaming people for their circumstances -often very catastrophic circumstances and behaviours- that you're denying their suffering (Mitchell, 2009).

Esta fue la respuesta de Szasz:

Well it's impossible to answer this kind of question because it is based on a story which already validates psychiatry. Now where is this man who is rocking back and forth in his own urine? I've never seen such a person in more than 50 years of psychiatry -where is he, how did he get there, who is he and how does a psychiatrist know that he is talking to the CIA? There is only one way he could know that, that's by the patient telling him and the patient tells you that the CIA is talking to him; let's assume if someone told me that I would tell him, well congratulations, you are a very important person. That's not against the law (*Ibid.*).¹⁵⁵

Desde un punto de vista estrictamente liberal como el de Szasz, es perfectamente legítimo tratar a todos los adultos como personas libres y responsables de sus pensamientos y acciones. El problema es que Szasz no hace excepciones a la regla: para ser libre, todo adulto físicamente sano debe poder controlar su comportamiento y, por tanto, ser responsable de él. A menos que perjudique a otros, nadie debe interferir en su vida. Así, el tratamiento médico involuntario o los eximentes y atenuantes judiciales carecen de justificación. Sin embargo, todo clínico que haya tratado con psicóticos sabe que la psicosis es, en sí misma, una excepción que, en determinadas circunstancias, requiere de la aplicación de medidas excepcionales. Al contrario, Szasz considera que el loco, como cualquier persona, puede

¹⁵⁵ “Bueno, no es posible responder a ese tipo de pregunta porque está basada en un cuento validado por la psiquiatría. Pero, ¿dónde está este hombre que se balancea de un lado a otro en su propia orina? Nunca he visto a tal persona en más de cincuenta años de psiquiatría. ¿Dónde está?, ¿cómo llegó allí?, ¿quién es? y ¿cómo sabe un psiquiatra que está hablando con la CIA? Sólo hay un modo por el que podría saberlo, mediante la declaración del paciente de que la CIA le habla. Supongamos que alguien me dijera algo así. Yo le contestaría: de acuerdo, felicitaciones, es usted una persona muy importante. Eso no es un delito”.

manejar sus delirios a voluntad y si aparenta no poder hacerlo debe ser considerado un mentiroso y no un enfermo:

I believe viewing the schizophrenic as a liar would advance our understanding of schizophrenia. [...] It is the hallucinating person who produces the voices he hears. If, on balance, the voices would perturb him more than they please him, he would stop producing them. Similarly, if hallucinations were as disturbing for patients as psychiatrists say they are, patients would be eager to take the drugs that silence their “voices.” However, many hallucinating persons refuse to take antipsychotic drugs voluntarily, preferring the company of their “voices” to the human voices available to them or to silence. [...] The patient feels alienated from his own thoughts. Why? Because he does not want to be responsible for them. Hiding behind the excuse of slavishly obeying a Higher Law, he declares: “I heard God’s voice ordering me to kill my wife.” Self-alienation enables the patient to reject responsibility for his behavior (Szasz, 1996, p. 130-133).¹⁵⁶

Declaraciones como estas provocan la indignación de todo clínico que trabaje con psicóticos. Considero que, en parte debido a su radicalidad, muchos autores han dado la

¹⁵⁶ “Creo que si consideramos al esquizofrénico como un impostor mejoraría nuestra comprensión de la esquizofrenia. [...] Es la persona que alucina quien produce las voces que escucha. Si, a fin de cuentas, las voces le molestaran más de lo que le agradan dejaría de producirlas. Del mismo modo, si las alucinaciones fueran tan molestas para los pacientes como dicen los psiquiatras, estarían deseosos de tomar los medicamentos que acallaran sus ‘voces’. Sin embargo muchos de los que tienen alucinaciones rechazan voluntariamente tomar medicamentos antipsicóticos y prefieren la compañía de sus ‘voces’ a las de las voces humanas de las que dispone o la del silencio. [...] El paciente se siente alienado por sus pensamientos. ¿Por qué? Porque no quiere hacerse responsable de ellos. Amparado en la excusa de obedecer como un esclavo a una Ley Superior, afirma: ‘escuche la voz de Dios que me mandó matar a mi mujer’. La propia alienación permite al paciente rechazar la responsabilidad por su comportamiento” (Szasz, 1996, p. 130-133).

espalda a Szasz o han interpretado su obra únicamente bajo ese prisma desconsiderando su riqueza. Sin dejar de criticar estas opiniones de Szasz, mi intención es ir un poco más allá: ¿Por qué Szasz, persona conocida por su amabilidad y su exquisita educación en las relaciones personales, se permitía decir cosas como esas? Szasz no era un ignorante, tampoco un provocador *enfant terrible*. Desde mi punto de vista, debía tener una profunda motivación personal que le llevara a sostener posiciones tan iconoclastas como las anteriormente referidas y por las que recibió tanto las duras críticas de sus enemigos como la ignorancia de los que pudieran ser sus aliados, los psiquiatras críticos.

Szasz fue, antes que un psiquiatra, un intelectual liberal, toda su obra está impregnada de esta ideología política. Como defensor de las libertades individuales, aborrecía y condenaba la hospitalización y el tratamiento involuntarios de los “enfermos mentales”. Siendo muy loable su oposición a tales prácticas, sospecho que utilizó su ideología liberal como justificación para no enfrentarse a la irracionalidad del loco y al sometimiento y la dependencia en las que se encuentra todo paciente hospitalizado. Vuelvo por un momento a su biografía para intentar aclarar mi sospecha.

Como indiqué, Szasz hizo lo imposible por evitar ver a pacientes psiquiátricos involuntarios en sus años de estudiante de psiquiatría. Sin embargo, en el último año de residencia en el *Institute for Juvenile Research*, tuvo que atender “a familias y a sus hijos problemáticos en la clínica ambulatoria”. Probablemente, muchos de esos “hijos problemáticos” no hubieran querido visitar al doctor Szasz. Más tarde, como psiquiatra del ejército, Szasz confiesa haber tenido pacientes involuntarios no hospitalizados. Por tanto, Szasz sí que atendió, aunque bajo circunstancias muy particulares (su necesidad de acreditarse profesionalmente y su obligación con el ejército), a pacientes que no deseaban

verle. Sin embargo, a diferencia de cualquier otro médico o psiquiatra, consiguió evitar atender a personas hospitalizadas y a psicóticos (nunca dijo que los “hijos problemáticos” del *Institute for Juvenile Research* ni los reclutas del *United States Naval Medical Center* de Bethesda fueran psicóticos).

Esto me lleva a contemplar la tesis, que no podré probar pues es meramente especulativa, de que a Szasz no le resultaba tan insoportable lo involuntario de la intervención psiquiátrica como el entorno hospitalario en general y la irracionalidad del loco en particular. Recordemos que Szasz no quiso ser un médico practicante (profesional que en algún momento de su vida profesional, si no en toda ella, trabaja en un hospital), tan sólo le interesaba la teoría. Decidió, entonces, ser psicoanalista (profesional que puede trabajar exclusivamente en el ámbito privado y que “no toca a sus pacientes”). Para conseguirlo tuvo que cursar la especialidad de psiquiatría pero, siendo residente, se negó a seguir la recomendación de su superior de completar su formación en un hospital donde se atendía a enfermos mentales graves.

En su formación, Szasz se negó a atender a personas hospitalizadas como médico y a locos como psiquiatra, pero no quiso negarse a completar su residencia psiquiátrica y su servicio militar sin asistir a pacientes involuntarios. Por aislados y quizás mínimos que parecieran estos hechos, deben resaltarse y no ser justificados por la mera comprensión de las circunstancias puntuales (las debidas obligaciones institucionales), no otra cosa hacía Szasz cuando criticaba a sus enemigos. Por último, vuelvo a llamar la atención sobre lo ocurrido en sus últimos días de vida: se rompió una vértebra, lo que, probablemente, teniendo en cuenta su avanzada edad y la gravedad del daño, le dejaría en una situación de dependencia física. Se negó a ser operado (hospitalizado) y decidió suicidarse. Como dije al narrar estos hechos,

Szasz murió de forma coherente con sus creencias liberales, lo que no deja de ser admirable. Ahora bien, si la rotura de una vértebra no es una situación terminal, ¿cuánto peso tuvo en su fatal decisión el horror a la heteronomía, a ser hospitalizado y atendido (tocado) por otros?

El punto que quiero señalar es que pareciera que Szasz hubiera construido un sólido armazón conceptual contra el uso del término enfermedad mental y los abusos de la psiquiatría como escudo protector contra un rechazo personal a la dependencia a la que se ve sometida cualquier persona hospitalizada por motivos físicos o mentales. En virtud de tal recurso defensivo, Szasz se negaba a aceptar la idea de que una persona (el psicótico como epítome de una irracionalidad estructural) no pueda controlar su pensamiento y no pueda atribuírsele la responsabilidad de sus acciones. Szasz prefiere considerar que el delirio del loco carece de lógica y que es fruto de la ignorancia o de la malicia.

Sospecho que su firme disposición, perfectamente admirable, a no atender a personas que no deseaban ser ayudadas le sirvió de coartada para evitar la angustia que puede provocar el discurso irracional del loco. Igual que muchos psiquiatras biológicos desconsideran al psicótico tomándolo por un tarado sin remedio al que no hay que hacer mucho caso, Szasz lo desprecia tomándolo por un impostor. En mi opinión, ambas posiciones utilizan la negación como defensa ante la angustia y el desconcierto que provoca la locura.

Considero que las teorías de Szasz sobre los trastornos mentales graves están tan alejadas de la comprensión de estos fenómenos como lo están las teorías organicistas. Para la psiquiatría biológica el psicótico es víctima de una disfunción cerebral que confunde sus pensamientos y lo aleja de la realidad. En el extremo opuesto, Szasz considera que cualquier persona, sea cual fuere su estado psicológico, puede controlar sus pensamientos, por

irracionales que sean, a voluntad y, por lo tanto, es siempre responsable de sus acciones. Esta cita de Szasz muestra ambas posiciones: “La APA sostiene que la ludopatía [como ejemplo de ‘enfermedad mental’] es una acción que el paciente *no puede controlar*; y que, generalmente, todos los ‘síntomas’ psiquiátricos están fuera del control del paciente. Yo rechazo tal afirmación como patentemente falsa” (Szasz, 2001, p. 79). Lo que está en juego aquí es el espinoso asunto de la responsabilidad moral del loco respecto de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Szasz no admite que una persona sin una enfermedad neurológica demostrada no sea dueña de sus actos, lo que se opone a la observación de cualquier profesional que haya trabajado con psicóticos.

Muy distinta es la posición de los psiquiatras críticos anteriormente referenciados que son tan contrarios al cientificismo de la psiquiatría biológica como al supuesto de la responsabilidad y la razón por decreto de Szasz:

Experiences such as hearing voices and fearfulness demand a more complex understanding than simply being seen as symptoms of an, as yet unidentified, abnormal brain process. However, often such experiences are phenomena that cannot be controlled by a simple act of will. We find the following statement from Szasz unconvincing: “I do not regard hallucinations and delusions as ‘symptoms’ requiring ‘treatment.’ I view hallucinations as disowned self-conversations and delusions as stubborn errors or lies. Both are created by ‘patients,’ and could be stopped by them”.¹⁵⁷ This implies that such patients simply have to make a decision in relation to these phenomena for them to go away. Our encounters with many people who experience voices and/or delusions has convinced us that often these individuals are profoundly ‘stuck’ in a way of feeling, thinking, or behaving that involves all

¹⁵⁷ Bracken y Thomas extraen esta cita de la respuesta de Szasz al artículo de Richard Bentall en el libro *Szasz under fire* (Szasz, 2005b).

the dimensions of their being. Suggesting that their problems can be solved by a simple act of will is to seriously misrepresent the reality of their suffering. Recognizing this does not commit us to a simplistic medical understanding of their experiences (Bracken y Thomas, 2010, pp. 222-223).

Estoy de acuerdo con la opinión de Bracken y Thomas. Desde mi punto de vista, el cientificismo biológico y la negación radical de Szasz representan dos posiciones aparentemente opuestas pero unidas en su dogmatismo. Ninguna puede demostrar la validez de sus afirmaciones presentadas como verdades incuestionables. El problema de los clínicos dogmáticos es que tienden a superponer las teorías a lo que verdaderamente acontece en la subjetividad del paciente, lo que dificulta la comprensión del caso y el establecimiento de un compromiso terapéutico.

5.2. UN ERROR POLÍTICO: ABOLIR LA PSIQUIATRÍA INSTITUCIONAL

Como acabo de señalar, el principal error teórico de Szasz fue ignorar la evidente excepcionalidad de la psicosis. Por otra parte, en el plano político, su error fundamental fue, en mi opinión, reclamar la abolición de la psiquiatría institucional y oponerse con igual fuerza a los que defendían el sistema psiquiátrico imperante en los años sesenta como a los que consiguieron reformarlo posteriormente y, en general, a todo aquel que trabaje en la sanidad pública. El ideal szasziano de una única psiquiatría privada y contractual no es compatible ni con la experiencia misma de la psicosis ni con una concepción democrática del estado del bienestar. La psiquiatría institucional no va a desaparecer pues cumple una función social, muchas veces de difícil justificación, pero necesaria. El tiempo ha dado la razón a

Szasz en que la psiquiatría tiene poco que ver con la medicina y se la ha quitado en que pueda desaparecer de la sociedad.

Szasz se quedó solo debido a su orgulloso énfasis abolicionista. En su radical deriva Szasz perdió la oportunidad de contribuir valiosamente a una psiquiatría institucional sensata como la que proponen los psiquiatras críticos. Considero, pues, que Szasz se equivocó en su estrategia política. Como el prestigioso profesor que fue, no debió dedicar sus intervenciones a decir que “toda psiquiatría institucional es coercitiva” (lo que pone a la defensiva a los psiquiatras que trabajan en la sanidad pública) sino a generar un permanente espíritu crítico entre los psiquiatras que, con el tiempo, derivaría en lo que hoy se conoce como “psiquiatría crítica”. Szasz debió combatir con mayor énfasis en su terreno, la filosofía de la psiquiatría, y dejar que sus alumnos, psiquiatras practicantes, combatieran políticamente en el hospital por una psiquiatría digna. Sin embargo, prefirió la crítica política a la labor educativa. No sólo no consiguió abolir la psiquiatría institucional sino que, incluso aquellos psiquiatras que compartirían sus principios, lo consideran un radical y no prestan la debida atención al fondo de su pensamiento. No obstante, esta tesis es una llamada de atención a los psiquiatras críticos sobre la obra de Szasz como pionera de sus reivindicaciones actuales.

En este último epígrafe, quisiera hacer un llamamiento a recuperar el espíritu multidisciplinar y crítico con el que Szasz comenzó su carrera académica en Siracusa hasta que se topó con el poder psiquiátrico. Debemos recuperar unos estudios de psiquiatría rigurosos y abiertos como mejor modo de alcanzar el objetivo de una práctica psiquiátrica coherente con la naturaleza de los problemas que trata y respetuosa con los seres humanos que sufren por sus trastornos psicológicos.

Desde hace décadas, la psiquiatría y la psicología clínica *oficiales* proclaman en las universidades, en los hospitales y en las consultas que son ciencias objetivas. Sin embargo, el trabajo con los pacientes demuestra, insistentemente, lo contrario. La psiquiatría es una disciplina epistemológicamente débil en comparación con la medicina dado que su *objeto* es la subjetividad inaprensible, “una individualidad que ha de esquivar siempre los métodos de la ciencia” (Sullivan, 1962, p. 62). Esta inconsistencia como ciencia puede resultar incómoda para el psiquiatra a la hora de justificar el sentido y la utilidad de su trabajo. Frecuentemente, los psiquiatras y psicólogos envidian la exactitud y la concreción con la que actúan y se expresan los médicos e intentan combatir las desventajas epistemológicas y conceptuales de su disciplina recurriendo a un discurso y una praxis científicas. El resultado es un clamoroso reduccionismo que lleva a la ignorancia sistemática de la subjetividad humana en toda su complejidad. En mi opinión, tal énfasis científico responde a una actitud defensiva ante las incómodas ambigüedades a las que se enfrenta el psiquiatra derivadas de la debilidad epistemológica de su disciplina. Sylvie Faure (1975) (y antes que ella pioneros como Foucault, Goffman y Szasz y, después, los que denomino “psiquiatras críticos”) señaló dichas ambigüedades en relación con la actuación del psiquiatra como médico en los manicomios pues ese era el contexto histórico en el que escribió las siguientes palabras. Estas pueden aplicarse perfectamente al actual modo de pensar y actuar de los psiquiatras organicistas (y de los psicólogos experimentales) en su investigación, formación académica y práctica profesional en los hospitales:

La primera ambigüedad del médico de asilo es su lugar de acción, que le obliga a representar en una estructura coercitiva un papel represivo disfrazado de papel médico, lo cual falsea por adelantado su acción terapéutica. La segunda ambigüedad se sitúa en la petición de cuidados, ya que esta no emana del interesado sino de un tercero. Una tercera ambigüedad aparece en el carácter médico del psiquiatra; este y la formación que se impone hacen de la locura una

enfermedad que padecería el sujeto como podría padecer una fractura [...]. La enfermedad mental no puede ser considerada como un objeto de observación y de experiencia, eventualmente reproducible en las mismas condiciones e independiente del sujeto médico que la examina. [...] La utilización por los médicos de un sistema de pensamiento organicista no es pues enteramente satisfactoria para los psiquiatras, incapaces, sin embargo, por su formación estrictamente médica, de concebir alguna otra.

Una cuarta ambigüedad de esta incómoda posición psiquiátrica proviene del carácter radicalmente especializado de la enseñanza, en la que nunca se contempla el equivalente de una fisiología del espíritu. El joven psiquiatra aprenderá la anatomía del cerebro, pero ignora las ciencias de las relaciones humanas y de los comportamientos.

La última de las ambigüedades mayores aparece cuando el médico se enfrenta al loco y ya no se disculpa: la vigilancia autoritaria, la mediatización por los enfermeros, el interés por las enfermedades intercurrentes permitían antaño a los médicos de los asilos no comunicarse con el loco sino objetivándolo, pero desde el momento en que acepta hoy enfrentarse como persona a la locura, aparece una angustia intolerable: esta proviene de la identificación con su paciente.

El carácter profundamente incómodo de la situación del psiquiatra bajo los diferentes aspectos que acabamos de contemplar conduce a la búsqueda incesante de medios de defensa contra el enfrentamiento verdadero de la locura. [...] Unos son simples defensas materiales que evitan el contacto dual, aflojamiento de la patología por las drogas, “cosificación” del sujeto que se transforma en un “bello caso”. Otros son más elaborados, proyección de la responsabilidad sobre los demás (la administración, el régimen político), utilización de conocimientos teóricos, de un “saber” sobre el otro que permite situarse de un solo golpe como diferente a él. [...] La *psiquiatría clásica* asume casi por completo el modelo médico [...] [que] viene a parar en un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. [...] Tal actitud científica está acompañada por la investigación en diferentes dominios [...]. ¿Podemos seguir esperando aislar algún día un agente cualquiera responsable del delirio, inclusive de las neurosis y hasta los desarreglos del carácter? Si anomalías bioquímicas pueden muy bien acompañar estos

estados (igual que en el fenómeno del miedo hay secreción de adrenalina), es probable que esas modificaciones sean más los efectos de problemas psíquicos que su causa (Faure, 1975, pp. 8-15).

El elemento último que distingue a una psiquiatría médica de una no médica es la diferente consideración del síntoma como signo de una enfermedad orgánica o de un conflicto psicosocial. El modelo biomédico entiende el síntoma como algo sobrevenido al paciente y derivado de un acontecimiento biológico (por ejemplo, un desequilibrio químico en el cerebro) que ha de ser localizado y reparado. Para ellos, ahí acaba todo el problema. Pero existen pruebas claras de que el proceso de localización de dicha supuesta causa no sigue un método fiable en términos científicos y de que, de existir tal fenómeno orgánico, no podría explicar por sí solo la complejidad del trastorno psicológico. A pesar de ello, el psiquiatra biológico, en vez de cuestionar sus teorías y métodos, se reafirma en ellos y actúa como un médico realizando un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento que en ningún caso está basado en evidencias como ocurre en el resto de especialidades de la medicina. De este modo, el psiquiatra no sólo ignora la dificultad teórica del asunto, sino la posible concurrencia de factores personales y sociales que pudieran incidir en el trastorno y, así, la comprensión global del problema que afecta al paciente. Por el contrario, desde una perspectiva no médica de la psiquiatría, el síntoma es el representante patológico del conflicto existencial en el que el paciente está íntimamente comprometido. Por doloroso que sea, el síntoma psicológico cumple una función en la vida de la persona, lo que lo diferencia del síntoma médico. Es portador de un mensaje que debe ser comprendido (no meramente descrito y clasificado) para lo cual debe tenerse en cuenta un conjunto indeterminado e impredecible de factores bio-psico-sociales.

5.3. MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA. LA FORMACIÓN DE LOS CLÍNICOS

En psiquiatría se necesita un tiempo más largo que en medicina para entender el proceso patológico y negociar (no imponer) una solución con el paciente. Muchos psiquiatras no se conceden dicho tiempo y, cual médicos, pretenden combatir directamente el síntoma (por ejemplo, con el uso exclusivo de la medicación) sin tener en cuenta que, debido a su vinculación con la existencia del sujeto y su paradójica función en su sistema psicológico, se reforzará o aparecerá con una nueva forma. En psiquiatría, habitualmente el diagnóstico es precipitado (es decir, basado en los signos aparentes pero sin comprender el posible origen y el sentido de los mismos), el pronóstico es puramente especulativo y el tratamiento es azaroso y frecuentemente tiene consecuencias negativas. En este proceso *medicalista*, donde existe una prisa por concluir, el psiquiatra (o el psicólogo) considera que la información verbal del paciente es irrelevante. Así lo explican algunos de mis pacientes: Un estudiante de psicología me informa de que su profesor dijo en clase que “cuando atiendo a un paciente no quiero que me cuente su vida, eso es una pérdida de tiempo. Simplemente quiero que me diga lo que le pasa y yo le diré cómo solucionarlo”. Una madre me presenta un informe en el que la psicóloga que lo firma diagnostica un TDAH a su hijo de siete años. Este diagnóstico está basado en las puntuaciones de los cuestionarios administrados a los padres y profesores y en una amplia batería de tests *objetivos* a los que el niño tuvo que someterse. La psicóloga presenta los datos estadísticos en los que basa su conclusión diagnóstica pero no hay noticia de que haya hablado con el niño ni, por tanto, de que lo conozca. Dos visitas fueron suficientes para obtener el diagnóstico y la recomendación de que acudiera al neuropediatra para valorar si fuera necesaria la medicación. Un joven me cuenta que recientemente había visitado a un psiquiatra muy jovial que tras escucharle durante unos minutos le dijo: “¡Pero

hombre, usted es muy joven para sentirse así de mal sólo porque su novia le ha dejado! Tómese esto (un antidepresivo)". Una mujer visita desde hace más de diez años a su psiquiatra, un hombre muy amable que la escucha durante unos pocos minutos y le da algún consejo paternal o le riñe, según corresponda. Posteriormente, pasan a otra sala donde le toma el pulso, la ausculta con su estetoscopio y le examina los ojos con una linternita. Luego le extiende las recetas correspondientes y se despide amablemente de ella hasta la próxima visita.

Estos ejemplos no son una caricatura sino una pequeña selección de las actitudes habituales de algunos psiquiatras y psicólogos que no quieren escuchar ni comprender. A falta de pruebas médicas reales que expliquen el trastorno psicológico, el único modo en que un psiquiatra puede comprender lo que le está ocurriendo a su paciente es escuchándolo durante largo tiempo, en muchas sesiones de psicoterapia. Sin embargo, no todos están dispuestos a "perder el tiempo" con la psicoterapia ni a renunciar a su prestigio como médicos y científicos.

El trabajo psicoterapéutico, en cualquiera de sus modalidades, consiste en una comunicación verbal ente dos personas sobre las circunstancias de la vida de una de ellas y en un compromiso personal entre ambas en resolver los problemas. Como Szasz señaló en 1959, decir que la psicoterapia es una forma de tratamiento médico es científicamente indefendible y, por otra parte, no existe garantía alguna de que un médico, por el mero hecho de serlo, sea un psicoterapeuta competente (pp. 462-463). En psicoterapia no se trata de suponer la existencia de un objeto causal (gen, hormona, neurotransmisor, área cerebral, etc.), sino de interactuar verbalmente con un ser humano con el fin de entender su particular posición en el mundo, localizar aquellos factores psicosociales que condicionan su malestar y ayudarle a

vivir mejor. Ninguna metodología científico-natural es útil en dicho intercambio personal de información que se vincula mejor a disciplinas o artes como la ética y la retórica. Por su parte, los defensores de una exclusiva etiología social de los trastornos psicológicos, como fue el propio Szasz, harían mal en desconsiderar la posibilidad de que factores de índole biológica no abordables directamente en experiencia psicoterapéutica determinen, en cierto grado, la estructura psicológica del individuo. Considero tan absurdo afirmar que todo trastorno psicológico tiene un origen exclusivamente orgánico como que lo biológico no tiene ninguna influencia en el comportamiento. Me parece obvia la presencia de procesos cerebrales subyacentes a determinados trastornos, negarlo sería tanto como negar que habitamos un cuerpo. Pero debe reconocerse que la investigación neuropsiquiátrica no ha ofrecido pruebas convincentes del peso que tienen tales procesos en los trastornos psicológicos.

Aún en el caso de que considerara plausible, o incluso se demostrara, la existencia de cierta etiología orgánica, el paciente no dejaría de enfrentarse a problemas existenciales derivados de ella que ninguna pastilla puede resolver. En mi experiencia como clínico, no he conocido a ninguna persona que haya resuelto sus problemas psicológicos con el uso exclusivo de psicofármacos. Sí he conocido a muchas a quienes el uso de tales medicamentos ha provocado efectos secundarios graves, tanto físicos como psicológicos. Por el contrario, un grandísimo número de pacientes han resuelto sus problemas, muchas veces graves, gracias únicamente al trabajo psicoterapéutico e, incluso, han podido dejar la medicación gracias a él. No quiero decir que la medicación, utilizada con prudencia y sensatez, no sea oportuna y conveniente en algunos casos ni que pueda ser una ayuda necesaria sino que no puede haber resolución de los conflictos psicológicos sin psicoterapia. Por tanto, a diferencia de lo que ocurre en los estudios universitarios y en la sanidad pública, la psicoterapia debía ser

considerada el recurso principal en el que deberían formarse y que deberían practicar los clínicos, sin embargo, desde hace décadas y aún en la actualidad:

La psicoterapia, desde el punto de vista de los neo-kraepelinianos, debería desempeñar un papel relativamente secundario en el tratamiento de los trastornos mentales y ser administrada quizás por profesionales auxiliares, que ayudarían a los pacientes a afrontar sus problemas hasta que el tratamiento médico que estuvieran recibiendo surtiera efecto. La neurociencia era la disciplina con mayor relevancia en la psiquiatría, mientras que la psicología y las ciencias sociales eran consideradas de interés secundario. A los psiquiatras jóvenes se les decía que debían prestar más atención a los avances en genética molecular que a las terapias de conversación. Como cabía esperar, la relación terapéutica fue relegada en importancia. Está claro que los psiquiatras debían ser educados con sus pacientes, pero su curación tenía que alcanzarse manipulando neurotransmisores, no entendiendo e interpretando sus pensamientos y sentimientos (Bentall, 2011, pp. 166-167).

Las “verdades” científicas y *medicalistas* en las que hoy son adoctrinados los estudiantes de psiquiatría y psicología condicionan su posterior práctica: “Los jóvenes clínicos se encuentran perdidos cuando se enfrentan con dolencias que no están presentes en las listas oficiales. Una respuesta común, ante esta situación, es ignorar la dolencia o hacerla encajar dentro de una dolencia oficial” (Berrios, 2011, p. 37). Duncan Double denuncia esta situación de la que nuestra formación universitaria reduccionista es la primera responsable:

The lack of a whole-person way of understanding mental health problems originates in medical training. In particular, reductive causal analyses do not help to make intelligible the reasons for human action. Medical students are indoctrinated into a natural scientific perspective of basic biological processes. The issue is never raised about whether an understanding of human behaviour should take a form similar to the laws of natural science.

Despite the obvious failings of positivism, its attraction is that it seems to avoid the complexities and uncertainties of psychological and social perspectives. Taken to its extreme, such an approach becomes irrational.

Once imbued with the idea that experimental natural science is an adequate discourse for a description of personal behaviour, medical students may take a mechanistic view of their treatment of patients. They are encouraged to see psychiatry as little different from medicine in this respect, although they do sense the uncertainties of mental health work and regard it as less rigorous and developed as a discipline. Still, the cause of a person's insane behaviour or other mental health problems is their "chemical imbalance" or some other brain dysfunction, even if the mechanisms underlying this pathology seems less well understood than for other physical conditions.

The difficulty of communicating with disturbed and disturbing people can create defensive practice. Concentrating on the bodily complaints of people makes sense if they have a physical origin. Emotional complaints do not have to be addressed if they are reduced to their bodily substrate. Questions are avoided about why psychiatry interfaces with the law and human rights. An ethical approach to psychiatric practice can be difficult to sustain. The aim of social control may produce a lack of compassion and feeling in the care of people with mental disorder, and the history of psychiatry confirms the common degradation of patients. The health professional's own need for self importance can override the patient's problems.

These problems are not totally unique to psychiatric training. Much of the current criticism of medical professionalism is of an arrogance created because of the difficulties in engaging with people's suffering through illness. Claims are made for medical techniques which go beyond the evidence. Patients may have needless investigations and be overtreated. In an attempt to bolster professional interests, self-questioning is discouraged in the interests of certainty. [...]

Contemporary critical psychiatry needs to be clear that the concept of mental illness can be applied to psychological dysfunction (Farrell 1979). The biological viewpoint is unjustifiable, as it assumes that mental illness is real in the physical sense (Double, s.f.).

Afirmar la identidad médica de la psiquiatría sin aportar pruebas rigurosamente científicas y justificar así intervenciones azarosas que conllevan serios riesgos para la salud resulta, cuando menos, poco honesto. Como señaló Szasz a finales de los años cincuenta y Bracken y Berrios, entre otros muchos, defienden hoy:

I believe that because psychiatry is tasked to deal specifically with problems of beliefs, feelings, behaviours and relationships, its knowledge has to be qualitatively different to that upon which a medicine of the tissues is built. [...] The current powers and responsibilities of psychiatry are not warranted on either empirical or philosophical grounds (Bracken, 2012, pp. 56-57).

La condición epistemológica *sui generis* marca la diferencia entre la psiquiatría y otras especialidades médicas. Esta diferencia debería regular la forma tanto de la enseñanza como de la investigación y práctica. Desafortunadamente esto no es así, y con frecuencia los componentes de la enseñanza y de la investigación de la psiquiatría se basan (erróneamente) en las costumbres de la cirugía o de la medicina general. De lo que hemos dicho hasta el momento podemos inferir que sólo una integración entre la semántica y las neurociencias puede llevarnos a comprender el pensamiento de la gente sobre sufrir un “trastorno mental” y así las estrategias de manejo solicitadas (Berrios, 2011, p. 32)

Según Germán Berrios, “al ser la psiquiatría una disciplina híbrida, plantea problemas específicos y, por lo tanto, no es correcto probar e importar métodos de otras disciplinas. Para los psiquiatras practicantes, lo mejor es formarse en filosofía y epistemología” (*Op.cit.*, p. 34-35). Esta formación que un día existió, al menos en las facultades de psicología, hace mucho tiempo que desapareció. Alguien debió considerar que la filosofía, la ética, la antropología, la lingüística, la sociología, etc. no eran suficientemente “científicas” y, por tanto, había que

prescindir de ellas para vestir con dignidad una bata blanca. Sin embargo, parece que algo está cambiando y cada vez más profesionales de la psicología y la psiquiatría consideran que “para la psiquiatría [y la psicología] nunca será posible descartar las ciencias humanas [...] únicamente para depender de los objetos “invariables” ofrecidos por las ciencias naturales (*Op.cit.*, p. 21). Sería deseable, por el bien de las disciplinas de la llamada “salud mental”, un cambio de rumbo académico e institucional que permita que las “verdades” dogmáticas dejen paso al cuestionamiento, a la interrogación y al pensamiento crítico; donde los programas de formación se comprometan no tanto en la tarea de clasificar y tratar sino en la de comprender y ayudar al paciente. Esto no puede hacerse ignorando a las humanidades. Szasz estaría de acuerdo: “Considero que podemos obtener más comprensión del malestar psicológico de Shakespeare y Dostoievski que de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de la *American Psychiatric Association*” (Szasz, 2010, p. 230). Berrios y el resto de pensadores y profesionales críticos también lo están:

Filosofar puede ser algo de lo cual se pueda prescindir, pero se vuelve obligatorio en los períodos en los cuales se permite que una ideología psiquiátrica predomine sobre todas las demás y cuando esta predominancia parece dañar el entendimiento de los trastornos mentales. Los psiquiatras están tomando conciencia acerca de que el predominio de una ideología no les sirve demasiado para tratar a los pacientes, y la necesidad de desarrollar otros enfoques está siendo restringida por la ideología predominante (Berrios, 2011, p. 148).

Como mostré en el primer capítulo, la crítica a la psiquiatría positivista y coercitiva le costó a Szasz su puesto como formador de residentes. Similar destino han sufrido otros muchos críticos como David Ingleby quien, tras la publicación de su *Psiquiatría Crítica*, vio frustrado su inminente ingreso como profesor en la *Universidad de Cambridge* (Sedgwick, 1981) o David Healy, prestigioso psicofarmacólogo muy crítico con la alianza entre la

psiquiatría y las empresas farmacéuticas, que sufrió idéntico final en la *Universidad de Toronto* cuyo departamento de psiquiatría estaba financiado por dichas corporaciones (Healy, 2002). La historia ha demostrado que “la psiquiatría dominante elimina cualquier desafío a la ortodoxia [...] [y que] el cuestionamiento de la propia disciplina es necesario en la formación de los psiquiatras” (Double, s.f.). Szasz fue el primero en cuestionar con rigor las bases de la psiquiatría y en desafiar abiertamente su autoritarismo científicista. También fue el primero en sufrir la condena por tal atrevimiento. Considero que, más allá de sus diferencias ideológicas, los nuevos psiquiatras críticos deberían reconocer a Thomas Szasz su valentía personal y su importancia como teórico.

Teniendo en cuenta lo antedicho, quisiera hacer, para terminar, una propuesta concreta. Desde mi punto de vista, es inútil atacar frontalmente, como hizo Szasz, al poder psiquiátrico dados sus fuertes vínculos con los poderes políticos y económicos. Sin embargo, quiero creer que el cuestionamiento riguroso y permanente de la psiquiatría biológica hará que acabe predominando la perspectiva defendida por los psiquiatras críticos. Antes o después, estos deberán dar una respuesta a un dilema fundamental que, desde los orígenes de la psiquiatría, queda por resolver de un modo satisfactorio: ¿es la psiquiatría una especialidad médica? Siguiendo el razonamiento de los críticos, la respuesta debería ser negativa con lo cual, la psiquiatría debería desaparecer tal y como hoy la conocemos, como una rama más de la medicina. Actualmente, el modelo teórico más consistente y el que cuenta con mayor aceptación entre los críticos es el de la *Escuela de Cambridge* que considera a la psiquiatría una ciencia híbrida entre las ciencias naturales y las humanidades pues su objeto, el trastorno psicológico, tiene una estructura mixta (bio-semántica). Por otra parte, si la práctica distintiva de la psiquiatría, la psicoterapia, es un tipo de relación humana diferente de la médica (más parecida a la que entablaba Sócrates con sus alumnos que a la que establecía Hipócrates con

sus pacientes) que puede ser practicada con igual destreza por psiquiatras y psicólogos clínicos, los psiquiatras críticos deberían cuestionar la existencia separada de dos profesiones que se ocupan del mismo problema: el sufrimiento psicológico.

En consecuencia, la formación universitaria de los futuros clínicos debería ser igualmente *híbrida*, independiente de los estudios de medicina y psicología y estar fundamentalmente centrada en el arte de la psicoterapia. En mi opinión, deberían crearse unos estudios universitarios específicos de psiquiatría que comprendieran: a) una formación básica en psicobiología, psicofarmacología y neurociencias pero también en historia, sociología, lingüística y filosofía (especialmente antropología, epistemología, lógica, ética y filosofía de la ciencia); y b) una formación más específica en las distintas orientaciones psicoterapéuticas y no sólo en las llamadas “científicas” avaladas por el *lobby* de la psicología y la psiquiatría basadas en la evidencia que hoy predominan en la universidad. Una vez concluida esta formación básica y específica, el estudiante estaría en mejor disposición de, si así lo desea, especializarse en alguna de las escuelas psicoterapéuticas (psicoanálisis, cognitivo-conductual, sistémica, sexología, gestalt, etc.). Unos estudios de este tipo ubicarían a la nueva psiquiatría en el lugar intermedio y particular que, por su objeto de estudio, le corresponde entre las ciencias. Un sistema educativo multidisciplinar y no dogmático que fomente el espíritu crítico y el interés en cuestionar constantemente la teoría y la práctica, ofrecería al futuro clínico un amplio bagaje cultural que le permitiría desenvolverse con mejores recursos y mayor libertad en su práctica futura.

Si, desde esta perspectiva (hoy utópica) los nuevos psiquiatras (actualmente médicos psiquiatras y psicólogos clínicos) no serían médicos, surgen dos cuestiones cruciales: ¿en qué institución pública trabajarían? y ¿quién recetaría los psicofármacos necesarios en ciertos

casos? Mi propuesta, en coherencia con el modelo de Cambridge, es crear espacios *híbridos* a medio camino entre un centro sanitario, un centro educativo y un centro de asistencia social. En dichos lugares trabajarían, en estrecha colaboración, médicos especialistas en psicofarmacología (recuérdese que Frances señala que el 80% de los psicofármacos son prescritos por médicos generalistas sin formación específica), enfermeros, asistentes sociales, educadores y psiquiatras. Las decisiones respecto del modo de tratar a cada paciente (o usuario) se tomarían de forma consensuada y cada cual se emplearía en sus competencias profesionales que, en el caso del médico sería prescribir la medicación y en el caso del psiquiatra practicar la psicoterapia. Al mismo tiempo tales lugares podrían ser centros de formación de posgrado.

Considero que este sistema académico y profesional, sin duda imperfecto y susceptible de innumerables matizaciones, es coherente con las tesis defendidas por la psiquiatría crítica. Creo que iniciativas de este tipo tienen más posibilidades de combatir con éxito el autoritarismo cientificista de la psiquiatría biológica y la consecuente medicalización de los trastornos psicológicos, es decir, el alarmante, continuado, peligroso y perverso aumento de diagnósticos psiquiátricos y de tratamientos farmacológicos.

Por último, quisiera recordar que fue Szasz el primero en apostar por una formación multidisciplinar para los psiquiatras, la misma que hoy reivindican los psiquiatras críticos. Pero, a diferencia de Szasz, la psiquiatría crítica cuestiona tímidamente la pertenencia de la psiquiatría a la medicina cuando en sus escritos presentan todos los argumentos para concluir que dicha filiación no está convenientemente justificada. Estando completamente comprometido con las posiciones de los psiquiatras críticos, considero que estos deberían dar un decidido y coherente paso adelante: más allá de su formación universitaria en medicina,

deberían dejar de llamarse médicos y limitarse a la denominación de psiquiatras. Deberían apostar con firmeza por una autonomía profesional de la psiquiatría respecto de la medicina y por la creación de un nuevo programa de estudios universitarios acorde con los fundamentos de su ciencia. En relación con ello, del mismo modo que la reforma psiquiátrica de los años setenta y ochenta desvinculó a la psiquiatría del manicomio, la psiquiatría del siglo XXI debería desvincularse definitivamente del hospital general. No emprender estas o similares iniciativas sería ir en contra de la honestidad que Szasz y los psiquiatras críticos reclaman para la psiquiatría.

Esta tesis ha querido ser una contribución a la recuperación de la dignidad científica y profesional de mi disciplina. Confío en que resulte de utilidad en los debates que ya están produciéndose y anime a iniciar otros, como los que aquí he planteado, que considero ineludibles.

CONCLUSIÓN

Esta tesis doctoral ha reivindicado la importancia de la obra de Thomas Szasz en la historia de la psiquiatría, concretamente, como antecesora de la tendencia denominada “psiquiatría crítica”. El trabajo se ha dividido en dos partes. En la primera se han presentado la biografía y la obra de Szasz con el fin de aclarar quién fue este autor y cuáles fueron las líneas fundamentales de su sistema de pensamiento. En la segunda se ha intentado dar respuesta a tres cuestiones: ¿Fue Szasz un antipsiquiatra?, ¿coinciden sus tesis con las de los actuales psiquiatras críticos? y ¿por qué estos no lo reconocen como precursor?

En el primer capítulo se ha realizado un estudio biográfico de Thomas Szasz en el que se han destacado dos hechos. El primero, la censura a la que fue sometido en su universidad, en 1962, por defender posiciones contrarias a las de la psiquiatría institucional, básicamente, que el concepto de enfermedad mental es un mito, que la psiquiatría no es una ciencia como la medicina y que las prácticas psiquiátricas coercitivas no tienen justificación en un Estado de derecho. El segundo hecho subrayado es que Szasz siempre se negó a atender a pacientes institucionalizados, concretamente a los psicóticos, lo cual condicionó, desde mi punto de vista, sus concepciones sobre la experiencia de la locura.

En el segundo capítulo se ha presentado el sistema de pensamiento de Thomas Szasz estructurado en tres vertientes, su análisis conceptual y epistemológico de la psiquiatría, su crítica política al poder psiquiátrico y sus concepciones sobre la conducta humana y la psicoterapia. Se ha prestado especial atención a la primera faceta planteando tres preguntas fundamentales: ¿qué es la enfermedad mental?, ¿qué clase de ciencia es la psiquiatría? y ¿debe seguir la psiquiatría un modelo médico? De forma resumida, las conclusiones de Szasz

son: a) el término “enfermedad mental” es un recurso lingüístico inventado por los psiquiatras para justificar su estatuto médico; b) atendiendo a su objeto de estudio e intervención, la psiquiatría es una ciencia social; y, c) la psiquiatría debe abandonar toda práctica de tipo médico. En segundo lugar, como ideólogo liberal, Szasz hizo una defensa radical de la libertad individual basada en la responsabilidad. Acusó a la psiquiatría institucional de realizar prácticas que violaban tales principios, como el confinamiento y el tratamiento involuntarios de las personas estigmatizadas como enfermos mentales o la justificación por la cual, debido a tal supuesta enfermedad, las personas que habían cometido delitos eran exculpadas de responsabilidad penal. Para Szasz, toda persona tiene derecho a no ser molestada a menos que no infrinja las leyes y, por otro lado, la supuesta enfermedad mental no debe ser utilizada como excusa para que la persona evada las consecuencias de sus acciones y deseos. Szasz lanzó estas acusaciones como argumento para solicitar la completa abolición de la psiquiatría institucional. En tercer lugar, como psicoterapeuta, Szasz describió la práctica que denominó “psicoterapia autónoma” como modo de implementar la ética de la autonomía y la responsabilidad que él defendía en oposición a la ética del cuidado propia de las terapias médicas.

El tercer capítulo ha estado dedicado a aclarar si, como dicen la mayoría de escritos, Szasz fue un antipsiquiatra prejuicio que, en mi opinión, ha condicionado en parte una interpretación sesgada de su obra por parte de otros autores. Se ha analizado la historia de la antipsiquiatría, se han expuesto las críticas de Szasz a este movimiento y, por último, se han señalado los principales argumentos de una corriente actual que guarda ciertas similitudes con la antipsiquiatría: la postpsiquiatría. Se ha llegado a la conclusión de que Szasz fue, como Michel Foucault y Erving Goffman, un involuntario inspirador del movimiento

antipsiquiátrico, fenómeno contextual de los años sesenta, ubicado en Londres y cuyos verdaderos promotores fueron, entre otros, Ronald Laing y David Cooper.

El cuarto capítulo ha abordado la pregunta fundamental de esta tesis ¿puede considerarse a Szasz un precursor de la psiquiatría crítica? Se han analizado los principios básicos de esta tendencia, de la cual la asociación *Critical Psychiatry Network* es representativa, y se ha comparado el pensamiento de Szasz en materia de filosofía de la psiquiatría con el de tres de los principales autores críticos con el positivismo psiquiátrico: David Ingleby, Germán Berrios y Allen Frances. Se ha concluido que muchos de los presupuestos de esta corriente de pensamiento ya fueron expuestos y defendidos por Szasz con anterioridad y que, por tanto, este autor debería ser considerado un precursor de la actual psiquiatría crítica.

La pregunta que surge a continuación es por qué estos autores apenas nombran a Szasz en sus escritos. Al no haber hallado respuestas concretas, en el quinto capítulo se ha planteado algunas suposiciones que conforman mi crítica particular a Szasz. Entre sus muchos aciertos, el gran error de Szasz fue oponer a la creencia biomédica en la “enfermedad mental” una fanática convicción en sentido contrario que le llevó a afirmar que todo trastorno mental no es sino una falacia y que toda persona, independientemente de sus circunstancias, incluidas las psicosis más graves, es siempre capaz de controlar su pensamiento y, por tanto es responsable de sus actos. Ambas posiciones son, en mi opinión, las dos caras de la misma moneda puesto que, aferradas a sus dogmas, son incapaces de demostrar la veracidad de sus teorías, lo que las aleja de la realidad a la que diariamente nos enfrentamos los clínicos. Ante la inconsistencia epistemológica de la psiquiatría y lo inaprensible de la experiencia del sufrimiento psicológico, considero más adecuada una posición no dogmática y abierta en la

que las preguntas prevalezcan sobre cualquier respuesta generalista e insuficiente, una postura pragmática y comprometida con quienes sufren la dolorosa experiencia del malestar psicológico, un posicionamiento ético como el que mantienen, según se ha mostrado en este trabajo, los actuales psiquiatras críticos. Otro error fundamental de Szasz fue pretender la abolición de la psiquiatría institucional. Considero que la desconsideración hacia el loco y el abolicionismo defendido por Szasz tuvieron en él una motivación personal e ideológica y han provocado el rechazo de los que bien habrían podido ser sus aliados, los psiquiatras críticos.

Finalmente, de acuerdo tanto con Szasz como con los psiquiatras críticos, se ha hecho un llamamiento a recuperar la honestidad científica que la psiquiatría y la psicología clínica han ido perdiendo a causa del reduccionismo cientificista imperante en estas disciplinas. En mi opinión, este cometido debe comenzar por la elaboración de un programa de estudios universitarios para los futuros clínicos, independiente del ofrecido actualmente en las facultades de medicina y psicología, acorde con las particularidades de estas ciencias y de su práctica, que ofrezca una formación que incluya las humanidades, que garantice la enseñanza de los diversos métodos psicoterapéuticos (y no únicamente los llamados “científico-médicos”) que están a disposición del clínico y que, en definitiva, fomente el pensamiento crítico. En relación con lo anterior, se ha sugerido la creación de espacios multidisciplinares donde los psiquiatras se limitarían a practicar aquello que les distingue de otros profesionales, la psicoterapia.

Por último, se han formulado dos cuestiones que aún quedan por resolver y considero ineludibles, desde un punto de vista crítico, para el futuro de nuestra ciencia: ¿es la psiquiatría una especialidad médica? y ¿tiene sentido la existencia de dos disciplinas tan similares como la psiquiatría y la psicología clínica? La respuesta de Thomas Szasz a ambas

preguntas fue un rotundo “no”. Espero que esta investigación anime a los profesionales de la llamada salud mental, especialmente a los que he denominado psiquiatras críticos, a debatir estos dilemas con rigor y honestidad.

ANEXO I

OBRAS COMPLETAS DE THOMAS S. SZASZ¹⁵⁸

- 1947a. Szasz, T.S. 1947. The “Schemm Regime” in the Treatment of Extreme Congestive Heart Failure: A Case Report. With S. Elgart. *Ohio State Medical Journal*, 43 (September), 926-928.
- 1947b. The Role of Hostility in the Pathogenesis of Peptic Ulcer: Theoretical Considerations With the Report of a Case. With E. Levin, J.B. Kirsner and W.L. Palmer. *Psychosomatic Medicine*, 9 (September-October), 331-336.
- 1948a. Psychiatric Aspects of Vagotomy: A Preliminary Report. *Annals of Internal Medicine*, 28 (February), 279-288.
- 1948b. Psychiatric Aspects of Vagotomy: II. A Psychiatric Study of Vagotomized Ulcer Patients with Comments on Prognosis. *Psychosomatic Medicine*, 11 (July-August), 187-199.
- 1949a. Factors in the Pathogenesis of Peptic Ulcer. *Psychosomatic Medicine*, 11 (September-October), 300-304.
- 1949b. Psychiatric Aspects of Vagotomy: IV. Phantom Ulcer Pain. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 62 (December), 728-733.
- 1950a. Psychosomatic Aspects of Salivary Activity: I. Hypersalivation in Patients with Peptic Ulcer. *Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 29, 647-655.

¹⁵⁸ Fuente: *Thomas S. Szasz Cybercenter for Liberty and Responsibility* (Schaler (Ed.), s.f.) (<http://www.szasz.com/publist.html>). Revisado y ampliado por el autor de esta tesis.

- 1950b. A Theory of the Pathogenesis of Ordinary Human Baldness. With A. Robertson. *Archives of Dermatology and Syphilology*, 61 (January), 34-48.
- 1950c. Psychosomatic Aspects of Salivary Activity: II. Psychoanalytic Observations Concerning Hypersalivation. *Psychosomatic Medicine*, 12 (September-October), 320-331.
- 1951a. Physiological and Psychodynamic Mechanisms in Constipation and Diarrhea. *Psychosomatic Medicine*, 13 (March-April), 112-116.
- 1951b. Oral Mechanisms in Constipation and Diarrhea. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 196-203.
- 1952a. On the Psychoanalytic Theory of Instincts. *Psychoanalytic Quarterly*, 21 (January), 25-48.
- 1952b. Psychoanalysis and the Autonomic Nervous System. *Psychoanalytic Review*, 39 (April), 115-151.
- 1952c. Psychiatric Aspects of Vagotomy: III. The Problem of Diarrhea After Vagotomy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 115 (May), 394-405.
- 1952d. The Psychosomatic Approach in Medicine. With Franz Alexander In, Franz Alexander and Helen Ross, eds., *Dynamic Psychiatry*. Chicago: University of Chicago Press, 369-400.
- 1952e. Psychosomatic Research. In, Franz Alexander and Helen Ross, eds., *Twenty Years of Psychoanalysis*. New York: Norton, 268-280.
- 1955a. Entropy, Organization, and the Problem of the Economy of Human Relationships. *International Journal of Psychoanalysis*, 36, 289-297.
- 1955b. The Nature of Pain. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 74 (August), 174-181.

- 1955c. The Ego, the Body, and Pain. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 177-200.
- 1956a. On the Experiences of the Analyst in the Psychoanalytic Situation: A Contribution to the Theory of Psychoanalytic Treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 197-223.
- 1956b. Is the Concept of Entropy Relevant to Psychology and Psychiatry? *Psychiatry*, 19, 199-202.
- 1956c. Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 75 (March), 297-315.
- 1956d. A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor Patient Relationship. With Marc Hollender. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97 (May), 585-592.
- 1956e. Malingering: "Diagnosis" or Social Condemnation? *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 76 (October), 432-443.
- 1956f. Comments on "The Definition of Psychosomatic Disorder." *British Journal for the Philosophy of Science*. 7, 231-234.
- 1957a. Some Observations on the Use of Tranquilizing Drugs. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 77 (January), 86-92.
- 1957b. The Psychology of Bodily Feelings in Schizophrenia. *Psychosomatic Medicine*, 19, 11-16.
- 1957c. A Contribution to the Psychology of Bodily Feelings. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 25-49.
- 1957d. A Critical Analysis of the Fundamental Concepts of Psychological Research. *Psychiatric Quarterly*, 31, 96-108.

- 1957e. On the Theory of Psycho-Analytic Treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 166-182.
- 1957f. A Contribution to the Psychology of Schizophrenia. *A.M.A Archives of Neurology and Psychiatry*, 77 (April), 420-436.
- 1957g. *Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings*. New York: Basic Books.
- 1957h. Commitment of the Mentally Ill: "Treatment" or Social Restraint? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125 (April-June), 293-307.
- 1957i. Review of *The Criminal, the Judge, and the Public*, by Franz Alexander and Hugo Staub. *A.M.A Archives of Neurology and Psychiatry*, 78 (July), 109-111.
- 1957j. The Concept of Testamentary Capacity: Further Observations on the Role of Psychiatric Concepts in Legal Situations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125 (July- September), 474-477.
- 1957k. Psychiatric Expert Testimony: Its Covert Meaning and Social Function. *Psychiatry*, 20(August), 313-316.
- 1957l. Review of Psychiatric Research Reports Nos. 2, 4, and 6. *Mental Hygiene*, 41 (October), 583-584.
- 1957m. Normality, Neurosis, and Psychosis: Some Observations on the Concepts of Mental Health and Mental Illness. With Marc Hollender. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125 (October-December), 599-607.
- 1957n. The Problem of Psychiatric Nosology: A Contribution to a Situational Analysis of Psychiatric Operations. *American Journal of Psychiatry*, 114 (November), 405-413.
- 1957o. Review of *Psychical Research* by R.C. Johnson. *American Journal of Psychiatry*, 114(November), 475-476.
- 1958a. Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law. *Columbia Law Review*, 58 (February), 183-198.

- 1958b. Scientific Method and Social role in Medicine and Psychiatry. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 101(February), 228-238.
- 1958c. Men and Machines. *British Journal for the Philosophy of Science*, 8 (February), 310-317.
- 1958d. Psychoanalysis as Method and as Theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 27, 89-97.
- 1958e. The Role of the Counterphobic Mechanism in Addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 6, 309-325.
- 1958f. Reply to Ian Stevenson, M.D. [Letters]. *American Journal of Psychiatry*, 114 (March), 847-848.
- 1958g. Recent Books on the Relation of Psychiatry to Criminology. *Psychiatry*, 21 (August), 307-319.
- 1958h. Psycho-Analytic Training: A Socio-Psychological Analysis of Its History and Present Status. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 598-613.
- 1958i. The Doctor-Patient Relationship and Its Historical Context. With Mark Hollender and Fritz Knoff. *American Journal of Psychiatry*, 115 (December), 552-528.
- 1958j. Review of Studies on Hysteria, by Joseph Breuer and Sigmund Freud. *American Journal of Psychiatry*, 115 (December), 568-569.
- 1958k. Politics and Mental Health: Some Remarks Apropos of the Case of Mr. Ezra Pound. *American Journal of Psychiatry*, 115 (December), 508-511.
- 1959a. A Critical Analysis of Some Aspects of the Libido Theory: The Concepts of Libidinal Zones, Aims, and Modes of Gratification. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 76 (23rd January), 975-990. Discussion, 990-1009.
- 1959b. The Classification of "Mental Illness." A Situational Analysis of Psychiatric Operations. *Psychiatric Quarterly*, 33 (January), 77-101.
- 1959c. Law for the Mentally Ill [Letters]. *New York Times* (20th February), 24.

- 1959d. Psychoanalysis and Medicine. In, Morton Levitt, ed., *Readings in Psychoanalytic Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts, 355-374.
- 1959e. Pound, Politics and Mental Health [Letters]. *American Journal of Psychiatry*, 115(May), 1040-1041.
- 1959f. Review of Economics of Mental Illness, by Rashi Fein. *A.M.A. Archives of General Psychiatry*, 1(July), 116-118.
- 1959g. Language and Pain. In, S. Arieti, ed. *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, vol. 1, 982-999.
- 1959h. Introduction. In, *The Analysis of Sensations and the Relation of the Physical to the Psychological*, by Ernst March, Trans. from the First German Edition by C.M. Williams; Revised and Supplemented from the Fifth German Edition by S. Waterlow. New York: Dover, v-xxxii.
- 1959i. Recollections of a Psychoanalytic Psychotherapy: The Case of Prisoner K. In, A. Burton, ed., *Case Studies in Counseling and Psychotherapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 75-110.
- 1959j. What Is Malingering? *Medical Trial Technique Quarterly*, 6 (September), 29-40.
- 1959k. Psychiatry, Psychotherapy, and Psychology. *A.M.A. Archives of General Psychiatry*, 1 (November), 455-463.
- 1959l. The Communication of Distress Between Child and Parent. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 161-170.
- 1960a. Mach and Psychoanalysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 130 (January), 6-15.
- 1960b. Psychiatry Shouldn't Interfere with the Law. [Letters] *New York Herald Tribune* (5th February), 10.
- 1960c. The Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 15 (February), 113-118.

- 1960d. Freedom and the Physician's Role. [Letters] *J.A.M.A.*, 173 (7th May). 84- 85.
- 1960e. Hospital Refusal to Release Mental Patient. *Cleveland Marshall Law Review*, 9 (May), 220-226.
- 1960f. Moral Conflict and Psychiatry. *Yale Review*, 49 (June), 555-566.
- 1960g. Three Problems in Contemporary Psychoanalytic Training. *A.M.A. Archives of General Psychiatry*, 3 (July), 82-94.
- 1960h. Civil Liberties and Mental Illness: Some Observations on the Case of Miss Edith L. Hough. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131 (July), 58-63.
- 1960i. Civil Liberties and the Mentally Ill. *Cleveland-Marshall Law Review*, 10 (September), 399-416.
- 1960j. The Right to Commit a Crime. *Current* (September), 53- 54.
- 1960k. The Ethics of Birth Control - Or: Who Owns Your Body? *Humanist*, 20 (November-December), 332-336.
- 1961a. The Uses of Naming and the Origin of the Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 16 (February), 59-65.
- 1961b. Hospital-Patient Relationships in Medicine and Psychiatry. *Mental Hygiene*, 45 (April), 171-179.
- 1961c. Review of *The Couch and the Circle*, by Hyman Spotnitz. *New York Times Book Review* (May 14), 7.
- 1961d. *And One for All*. *New York Times Book Review* (14th May), 7.
- 1961e. The Meaning of Suffering in Therapy: A Round Table Discussion. *American Journal of Psychoanalysis*, 21, 12-17.
- 1961f. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Paul B. Hoeber.
- 1961g. Two Types of Therapy [Letters]. *New York Times Book Review* (11th June), 28-30.

- 1961h. Criminal Responsibility and Psychiatry. In, H. Toch, ed., *Legal and Criminal Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 146-168.
- 1962a. Who Has a Right to an Abortion? *Current* (December), 52- 53.
- 1962b. The Problem of Privacy in Training Analysis: Selections from a Questionnaire Study of Psychoanalytic Practices and Opinions. *Psychiatry*, 2 (August), 195-207.
- 1962c. Psychiatry as a Social Institution. In H. Schoeck and J. W. Wiggins, eds., *Psychiatry and Responsibility*. Princeton: D. Van Nostrand, 1-18.
- 1962d. Review of Pain: Its Modes and Functions, by F.J.J. Buytendijk. *A.M.A Archives of General Psychiatry*, 7 (September), 220.
- 1962e. Bootlegging Humanistic Values through Psychiatry. *Antioch Review*, 22 (Fall), 341-349.
- 1962f. Mind Tapping: Psychiatric Subversion of Constitutional Rights. *American Journal of Psychiatry*, 119 (October), 323-327.
- 1962g. Human Nature and Psychotherapy: A Further Contribution to the Theory of Autonomous Psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 3 (October), 268-283.
- 1962h. Open Doors or Civil Rights for Mental Patients? *Journal of Individual Psychology*, 18 (November), 168-171.
- 1963a. Psychiatry's Threat to Civil Liberties. *National Review* (12th March), 191-193.
- 1963b. Mind Tapping [Letters]. *American Journal of Psychiatry*, 119 (March), 900.
- 1963c. Psychiatry in public schools. *Humanist*, 23 (May-June), 89-93.
- 1963d. Freud as Leader. *Antioch Review*, 23 (Summer), 133-144.
- 1963e. Psychoanalytic Treatment As Education. *A.M.A. Archives of General Psychiatry*, 9 (July), 46-52.
- 1963f. Foreword. In, *A Textbook of Abnormal Psychology*, by N.H. Pronko. Baltimore, Williams Wilkins, vii-vii.

- 1963g. Psychoanalysis and Suggestion: An Historical and Logical Analysis. *Comprehensive Psychiatry* (August), 4, 271-280.
- 1963h. A Questionnaire Study of Psychoanalytic Practices and Opinions. With Robert Nemiroff. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 137 (September), 209-221.
- 1963i. *Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. New York: Macmillan.
- 1963j. The Concept of Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 432-443.
- 1963k. Discussion of "Papers on Schizophrenia," by Arieti, Bychowski, and Sechehaye. *Psychiatric Research Report APA*, 17 (November), 57-60.
- 1963l. Should "Insanity" Be an Excuse for Crime? *North American Newspaper Alliance*, (28th December).
- 1964a. What Psychiatry Can and Cannot Do. *Harper's Magazine*, 228 (February), 50-53.
- 1964b. What Psychiatry Can Do. *Harper's Magazine*, 228 (April), 100.
- 1964c. A Question of Identity. *New York Times Book Review* (5th April), 14-16.
- 1964d. Review of *The Birth and Death of Meaning and The Revolution in Psychiatry*, by Ernest Becker. *The Behavior Sciences Book Service* (October).
- 1964e. Psychoanalysis and Taxation: A Contribution to the Rhetoric of the Disease Concept in Psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*, 18 (October), 635-643.
- 1964f. Criminal Insanity: Fact or Strategy? *New Republic* (21st November), 19-22.
- 1964g. The Moral Dilemma of Psychiatry: Autonomy or Heteronomy? *American Journal of Psychiatry*, 121 (December), 521-528.
- 1965a. Psychiatry as Ideology, In, Hector Hawton, ed., *The Rationalist Annual*. London: Pemberton Publishing Company, 43-52.
- 1965b. Legal and Moral Aspects of Homosexuality. In, Judd Marmor, ed., *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*. New York: Basic Books, 124-139.

- 1965c. A Strategy of Freedom: The Moral Dimension of Freudian Therapy. *Trans-Action*, 2 (May-June), 14-19.
- 1965d. *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- 1965e. A Note on Psychiatric Rhetoric. *American Journal of Psychiatry*, 121 (June), 1192-1193.
- 1965f. *Psychiatric Justice*. New York: Macmillan.
- 1965g. Portrait of a Secular Moralist. *New Republic* (27th November), 32-33.
- 1965h. Toward the Therapeutic State. *New Republic* (11th December), 26-29.
- 1965i. Review of *The Addict and the Law*, by Alfred R. Lindesmith. *American University Law Review*, 15 (December), 163-168.
- 1966a. Review of *The Addict and the Law*, by Alfred R. Lindesmith. *International Journal of the Addictions*. 1 (January), 150-155.
- 1966b. Equation of Opposites. *New York Times Book Review* (6th February), 6.
- 1966c. Discussion of "The New Technology and Our Ageless Unconscious," by Martin Grotjahn. *Psychoanalytic Forum*, 1, 15-16.
- 1966d. Unending Challenge. *New York Times Book Review* (17th April), 18,20,22.
- 1966e. The Mental Health Ethic. *National Review* (14th June), 570-572.
- 1966f. Is Mental Illness a Myth? [Letters]. *New York Times Magazine* (3rd July), 4-33.
- 1966g. Is Mental Illness a Myth? [Letters]. *New York Times Magazine* (10th July), 2.
- 1966h. Psychotherapy: A Socio-Cultural Perspective. *Western Medicine*, 7 (December), 15-21.
- 1966i. Review of *Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis*, by K.R. Eissler. *Village Voice* (1st September), 5, 10-11.
- 1966j. The Ethics of Abortion. *Humanist*, 26 (September-October), 147-148.

- 1966k. The Social Situation of the Hospitalized Mental Patient. *AAUW Journal*, 60(October), 31-32.
- 1966l. Whither Psychiatry? *Social Research*, 33 (Autumn), 439-462.
- 1966m. There Was No Defense. *New York Times Book Review* (13th November), 4, 34.
- 1966n. Ezra Pound. [Letters] *New York Times Book Review* (11th December), 65.
- 1966o. Alcoholism: A Socio-Ethical Perspective. *Western Medicine*, 7 (December), 15-21.
- 1966p. Discussion of "A Historical Review of Classification of Behavior and One Current Perspective," by Lewis L. Robbins. In, Leonard D. Eron, ed., *The Classification of Behavior Disorders*. Chicago: Aldine Publishing Company, 38-41.
- 1966q. The Psychiatric Classification of Behavior: A Strategy of Personal Constraint. In, Leonard D. Eron, ed., *The Classification of Behavior Disorders*. Chicago: Aldine Publishing Company, 123-170.
- 1967a. There Was No Defense. *Psychiatry Social Science Review*, 1 (January), 21-24.
- 1967b. Review of The Trial of Ezra Pound, by Julien Cornell. *Rutgers Law Review*, 21(Winter), 367-374.
- 1967c. Review of Thomas Woodrow Wilson: Twenty-Eighth President of the United States, by Sigmund Freud and William C. Bullitt. *Psychiatry and Social Science Review*, 1(February), 5, 10-12.
- 1967d. The Hazards of Zeal. *National Review* (21st March), 307- 310.
- 1967e. Murder and Violence in the Affluent Society. *Boston Sunday Herald* (30th April), 18.
- 1967f. How Sick is Sick? *New Republic* (6th May), 21-23.
- 1967g. The Doctor in the Case. *The New York Times Book Review* (28th May), 8.
- 1967h. The Destruction of Differences. *New Republic* (10th June), 21-23.
- 1967i. Behavior Therapy and Psychoanalysis. *Medical Opinion and Review*, 3 (June), 24-29.
- 1967j. Mental Illness. [Letters] *Economist*. (17th June), 1192.

- 1967k. The Insanity Plea and the Insanity Verdict. *Temple Law Quarterly*, 40 (Spring-Summer), 271-282.
- 1967l. Moral Man: A Model of Man for Humanistic Psychology. In, James F.T. Bugental, ed., *Challenges of Humanistic Psychology*. New York: McGraw-Hill, 44-51.
- 1967m. Reply to Dr Wladimir G. Eliasberg. [Letters] *American Journal of Psychiatry*, 124 (September), 163.
- 1967n. Freedom and Goals. [Letters] *Medical Opinion and Review*, 3 (September), 119-123.
- 1967o. Mental Illness As an Excuse for Civil Wrongs. With George J. Alexander. *Notre Dame Lawyer*, 43 (October), 24-38.
- 1967p. The Psychiatrist: A Policeman in the Schools. *This Magazine Is About Schools* (October), 114-134.
- 1967q. Psychoanalysis and the Rule of Law. *Washburn Law Journal*, 7 (Fall), 25-34.
- 1967r. College Psychiatrists. [Letters] *Trans-action*, 5 (December):4.
- 1967s. Involuntary Mental Hospitalization: A Crime Against Humanity. *Exchange* (December), 1-4.
- 1968a. The Painful Person. *Lancet*, 88 (January), 18-22.
- 1968b. Some Remarks on Autonomous Psychotherapy. *Psychiatric Opinion*, 5 (January), 4,6-8.
- 1968c. College Psychiatry: A Critique. *Comprehensive Psychiatry*, 9 (January), 81-85.
- 1968d. Medical Ethics: An Historical Perspective. *Medical Opinion Review*, 4 (February),115-121.
- 1968e. Subversion of the Rule of Law. *National Review* (12th March), 247-248.
- 1968f. Science and Public Policy: The Crime of Involuntary Mental Hospitalization. *Medical Opinion Review*, 4 (May), 24-35.

- 1968g. Mental Illness As an Excuse for Civil Wrongs. With George J. Alexander. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147 (August), 113-123.
- 1968h. Justice and Psychiatry. *Atlantic* (October), 127-132.
- 1968i. Review of The Insanity Defense, by Abraham S. Goldstein, and Criminal Justice by Abraham S. Blumberg. *Boston University Law Review*, 48 (Winter), 151-155.
- 1968j. Problems Facing Psychiatry: The Psychiatrist as Party to Conflict. In, E. Fuller Torrey, ed, *Ethical Issues in Medicine: The Role of the Physician in Today's Society*. Boston: Little, Brown and Company, 265-284.
- 1968k. The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of L'Homme Dououreux. In, A. Soulairac, J. Cahn, and J. Charpentier, eds., *Pain*. London: Academic Press, 93-133.
- 1968l. Hysteria. In, David L. Sills, ed., *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: Macmillian Free Press, 7, 47-52.
- 1969a. The Crime of Commitment. *Psychology Today*, 2 (March), 55-57.
- 1969b. The Right to Health. *Georgetown Law Journal*, 57 (March), 734-751.
- 1969c. An "Unscrewtape" Letter: A Reply to Fred Sander. *American Journal of Psychiatry*, 125 (April), 1432-1435.
- 1969d. The Right to Health. *Freeman*, 19 (June), 352-362.
- 1969e. Psychiatry, the Law, and Social Control. *University Review*, 2 (Summer), 8-13.
- 1969f. Interview: Thomas S. Szasz, M.D. *New Physician*, 18 (June), 453-461, 476.
- 1969g. Enigmas of Violence. [Letters] *Science* (June 27th), 164, 1465.
- 1969h. Social Control and Legal Psychiatry. *Journal of the Albert Einstein Medical Center*, 17 (Summer), 52-59.
- 1969i. Abortion Law Reform. [Letters] *Humanist*, 20 (September-October), 34.
- 1969j. Justice in the Therapeutic State. *Indiana Legal Forum*, 3 (Fall), 14-34.
- 1969k. Mental Illness Is Not a Disease. *Science Digest*, 66 (December), 7-14.

- 1970a. The Mad Scene: Who Is Dangerous to Whom? *Medical Opinion and Review*. 6 (February), 111.
- 1970b. A Psychiatrist Views Mental Health Legislation. *Wabash Law Journal*, 9 (Winter), 224-243.
- 1970c. Blackness and Madness. *Yale Review*, 59 (Spring), 333-341.
- 1970d. *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*. Garden City, NY: Doubleday.
- 1970e. Justice in the Therapeutic State. In, The Administration of Justice America. *The 1968-69 E. Paul du Pont Lectures on Crimes, Delinquency, and Corrections*, University of Delaware, 75-92.
- 1970f. *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper Row 1970.
- 1970g. The Mad Scene: Brother's Keepers. *Medical Opinion and Review*, 6 (April), 52-53.
- 1970h. Introduction. In, *The Ordeal of Stephen Dennison*, by Lucy Freeman and Lisa Hoffman. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, ix-xii.
- 1970i. Blackness and Madness: Images of Evil and Tactics of Exclusion. In, John F. Szwed, ed., *Black Americans*. New York: Basic Books, 67-77.
- 1970j. Psychiatry As Tactic. [Letters] *New York Times* (25th July), 22.
- 1970k. The Right to Drugs: A Matter of Freedom? *Newsday* (21st October), 3B.
- 1970l. "R.F.K. Must Die!" *New York Times Book Review* (15th November), 8-74.
- 1971a. "Mental Illness" Myth Cruel Fraud. *Twin Circle* (14th March), 15.
- 1971b. Fairness and Folly. *Medical Opinion*, 7 (April), 65.
- 1971c. From the Slaughterhouse to the Madhouse. *Psychotherapy*, 8 (Spring), 64-67.
- 1971d. The Sane Slave: An Historical Note on the Use of Medical Diagnosis As Justificatory Rhetoric. *American Journal of Psychotherapy*, 25 (April), 228-239.

- 1971e. The Ethics of Suicide. *Antioch Review*, 31 (Spring), 7-17.
- 1971f. The Negro in Psychiatry: An Historical Note on Psychiatric Rhetoric. *American Journal of Psychotherapy*, 25 (July), 469-471.
- 1971g. The American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization, *Abolitionist*, 1 (Summer), 1-2.
- 1971h. Involuntary Commitment: A Form of Slavery. *Humanist*, 31 (July-August), 11-14.
- 1971i. In the Church of America, Psychiatrists Are Priests. *Hospital Physician* (October), 44-46.
- 1971j. The Ethics of Addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 128 (November), 541-56.
- 1971k. Under Mind. Review of A Question of Madness, by Zhores A. Medvedev, and Roy A. Medvedev. *New Society*, London (16th December), 1213-1215.
- 1972a. Scapegoating "Military Addicts": The Helping Hand Strikes Again. *Trans-Action*, 9(January), 4-6.
- 1972b. Drugs, Doctors, and Deceit. [Letters] *New England Journal of Medicine*, 286 (13th January), 111.
- 1972c. The Ethics of Addiction. *Harper's Magazine*, 244 (April), 74-79.
- 1972d. Psychosis, Psychiatry, and Homicide. [Letters] *JAMA*, 220 (8th May), 864-865.
- 1972e. A Dissent. [Letters] *National Catholic Reporter* (12th May), 10.
- 1972f. Tragic Failures. Review of In A Darkness, by James A. Wechsler. *National Review* (26th May), 591,593.
- 1972g. Reply to J.W. Goppelt. [Letters] *American Journal of Psychiatry*, 128 (June), 1588.
- 1972h. Reply to R.D. Blair [Letters] *American Journal of Psychiatry*, 128 (June), 1589.
- 1972i. Remarks. In, Symposium on the Aging Poor. *Syracuse Law Review*, 23, 78-82, 84-85.

- 1972j. Law, Property, and Psychiatry. With George J. Alexander. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42 (July), 610-626.
- 1972k. Bad Habits Are Not Diseases: A Refutation of the Claim That Alcoholism Is a Disease. *The Lancet*, London, 2 (8th July), 83-84.
- 1972l. Voluntary Mental Hospitalization: An Unacknowledged Practice of Medical Fraud. *New England Journal of Medicine*, 287 (10th August), 277-278.
- 1972m. Introduction. In, *Prisoners of Psychiatry: Mental Patients, Psychiatrists, and the Law*, by Bruce Ennis. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, xi-xix.
- 1972n. Psychiatric Stigmatization. [Letters] *New York Times* (26th December), 32.
- 1973a. Fanaticism. [Letter to the Editor] *The Times Literary Supplement*, London, 3 (February), 124.
- 1973b. Medicine and the State: The First Amendment Violated. An Interview with Thomas Szasz. *The Humanist*, 33 (March-April), 305-307.
- 1973c. The Physician as a Spy. [Letter to the Editor] *New York Times* (24th March), 32.
- 1973d. Mental Illness as a Metaphor. *Nature*, 242 (30th March), 305- 307.
- 1973e. La Liberta del Malato Mentale. *Enciclopedia della Scienze e della Tecnica Mondadori*. Milano: Mondadori, 1973, 368-369.
- 1973f. From Contract to Status via Psychiatry. With George. J. Alexander. *Santa Clara Lawyer* (Spring), 537-559.
- 1973g. *The Second Sin*. Garden City, New York: Doubleday.
- 1973h. *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*. Garden City, New York: Doubleday Anchor.
- 1973i. Panel Discussion: Do Solutions to Drug Problems Threaten Our Civil Liberties? *Villanova Law Review*, 18 (May), 875-895.

- 1973j. Drugs and Freedom. Transcript of the "Firing Line" Program Taped at WKPC in Louisville, Kentucky, on May 16, 1973, and Originally Telecast on PBS on July 15, 1973. Host: William F. Buckley, Jr., Guest: Dr. Thomas S. Szasz. Columbia, South Carolina: Southern Educational Communications Association.
- 1973k. The Dominion of Psychiatry. *New York Times* (5th August), E-15.
- 1973l. Interview. *Penthouse* (October), 68-74.
- 1974a. The A.C.L.U.'s "Mental Illness" Cop-Out. *Reason*, 5 (January), 4-9.
- 1974b. Freedom for Patients: A Dialogue. *The Bulletin of the New York State District Branches of the American Psychiatric Association*, 16 (January), 1, 9.
- 1974c. Language and Humanism. *The Humanist*, 34 (January-February), 25-30.
- 1974d. Illness and Indignity. *Journal of the American Medical Association*, 227 (February), 543-545.
- 1974e. When History Comes Home to Roost. *New York Times* (6th March), 33.
- 1974f. The A.C.L.U. and Involuntary Commitment: A Reply. *Reason*, 5 (April), 29.
- 1974g. Crime, punishment, and psychiatry. In, *Current Perspectives on Criminal Behavior, Original Essays on Criminology* edited by Abraham S. Blumberg. New York: Alfred A. Knopf, 262- 285.
- 1974h. Medicine and Madness. Special Report In *The Encyclopedia Britannica Yearbook*, Chicago: The Encyclopedia Britannica, 454-455.
- 1974i. Objectionable Psychologizing. [Letter to the Editor] *New York Times Magazine* (21st April), 8.
- 1974j. The Psychiatric Perspective on Pain and Its Control. In *The Treatment of Chronic Pain*, edited by F. Dudley Hart. London: Medical and Technical Publishing Col, Ltd., 39-61.

- 1974k. *The Myth of mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Revised Edition. New York: Harper Row.
- 1974l. Psychiatry: A Clear and Present Danger. *Mental Hygiene*, 58 (Spring), 17-20.
- 1974m. *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Garden City, New York: Doubleday, 1974.
- 1974n. The Myth of Mental Illness: Three Addenda. *Journal of Humanistic Psychology*, 14 (Summer), no. 3.
- 1974o. ECT. [Letter to the Editor] *The Listener* (25th July).
- 1974p Introduction. In *The Stoned Aged: A History of Drugs in America* by John Rublowsky. New York: G.P. Putnam's Sons, 9- 11.
- 1974q. Might Makes the Metaphor. *Journal of the American Medical Association*, 229 (2nd September), 1326.
- 1974r. Straight Talk from Thomas Szasz. An Interview. *Reason*, 6 (October), 4-13.
- 1974s. The Myth of Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 28 (October), 517-526.
- 1974t. Your Last Will and Your Free Will. *The Alternative*, 8 (November), 10-11.
- 1974u. Our Despotism Destroy the Right to Self-Control. *Psychology Today*, 8 (December), 19-29, 127.
- 1974v. Review of About Behavior by B.F. Skinner. *Libertarian Review*, 3 (December), 6-7.
- 1975a. Sargant and Szasz. [Letter to the Editor] *Spectator* (22nd February), 197.
- 1975b. The Moral Physician. *The Center Magazine*, 8 (March-April), 2-9.
- 1975c. Stop Poking Around in Your Patients' Lives! [Interview] *Medical Economics* (9th June), 106-128.
- 1975d. The Age of Madness. [Letter to the Editor] *Times Literary Supplement* (25th July), 841.

- 1975e. On Involuntary Psychiatry. [Op-Ed] *New York Times* (4th August), 19.
- 1975f. Medical Metaphorology. *American Psychologist*, 30 (August), 859-861.
- 1975g. The Age of Madness. [Letters to the Editor]. *The Times Literary Supplement* [London], (29th August), 971.
- 1975h. To Review Stand on Drugs. [Letters to the Editor] *New York Times* (31st August), 14-E.
- 1975i. The Danger of Coercive Psychiatry. *American Bar Association Journal*, 61(October), 617-622.
- 1975j. The Control of Conduct: Authority vs. Autonomy. *Criminal Law Bulletin*, 11(September-October), 617-622.
- 1975k. Introduction. In *Jules Renard Poil de Carotte (Carrot Top)*. Translated by Ralph Manheim. New York: Hillstone / Stone Publishing Company, pp. xiii-xix.
- 1976a. Some Call It Brainwashing. *The New Republic* (6th March), 10-12.
- 1976b. Mercenary Psychiatry. *The New Republic* (13th March), 1-12.
- 1976c. APA and Zionism. [Letter to the Editor] *Psychiatry News*, 11 (2nd April), 2.
- 1976d. Psychiatry in Courtrooms. [Letter to the Editor] *The New Republic* (8th May).
- 1976e. *Heresies*. Garden City, New York: Doubleday Anchor.
- 1976f. Anti-Psychiatry: The Paradigm of the Plundered Mind. *The New Review* [London], 3-14.
- 1976g. Male Women, Female Men. *The New Republic* (9th October), 8-9.
- 1976h. Ezra Pound. [Letter to the Editor] *Times Literary Supplement* [London], 1306.
- 1976i. Abortion: Punish the Women? [Guest comment] *Daily Orange of Syracuse University* (9th October), 6-8.
- 1976j. Political torture and physicians. [Letter to the Editor] *The New England Journal of Medicine*, 295 (28th October), 1018.

- 1976k. Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 129 (October), 308-316.
- 1976l. *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*. New York: Basic Books.
- 1976m. Patriotic Poisoners. *The Humanist*, 36 (November-December), 5-7.
- 1976n. Anti-Psychiatry. [Letter to the Editor] *The New Review* (November), 71.
- 1976o. Paresis and Plunder: The Models of Madness in Psychiatry and Anti-Psychiatry. *The Noel Buxton Lecture*, Colchester: The University of Essex.
- 1976p. *Karl Kraus and the Soul-Doctors: A Pioneer Critic and His Criticism of Psychiatry and Psychoanalysis*. Baton Rouge, Louisiana: Louisiana State University Press.
- 1976q. Involuntary Psychiatry. *University of Cincinnati Law Review*, 45, 347-365.
- 1976r. The Right to Die. *The New Republic* (11th December), 8-9.
- 1976s. The Theology of Therapy: The Break of the First Amendment Through the Medicalization of Morals. In *American Law: The Third Century*, edited by Bernard Schwartz. Hackensack, New Jersey: Fred B. Rothman Co., 365-376.
- 1976t. A Different Dose for Different Folks: We Should Treat Drug Taking in the Same Way We Treat Speech and Religion, as a Fundamental Right. *Skeptic* (January-February), 47-49, 63- 70.
- 1977a. *Psychiatric Slavery: When Confinement and Coercion Masquerade as Cure*. New York: The Free Press.
- 1977b. *The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics*. Baton Rouge: Louisiana: Louisiana State University Press, New York: Harper Colophon.
- 1977c. A dialogue on Drugs. *Psychiatric Opinion*, 14(March-April), 10-12, 44-47.
- 1977d. Szasz on Schizophrenia. [Letter to the Editor] *British Journal of Psychiatry*, 130(May), 520-524.

- 1977e. Donaldson. [Letter to the Editor] *Psychiatric News*, 12 (2nd May), 2.
- 1977f. What Do Psychiatrists Know About Terrorism? [Letter to the Editor] *The New York Times* (19th June), 16-E.
- 1977g. Aborting Unwanted Behavior: The Controversy on Psychosurgery. *The Humanist*, 37 (July-August), 7, 10-11.
- 1977h. The Child as Involuntary Mental Patient: The Threat of Child Therapy to the Child's Dignity, Privacy, and Self-Esteem. *San Diego Law Review*, 14, 1005-1027.
- 1977i. On the "Incarceration" of Martha Mitchell. [Letter to the Editor] *The New York Times* (25th September), 14-E.
- 1977j. Christmas Book Recommendations. *The American Spectator*, 11 (December), 29.
- 1977k. Models of Madness. *The Listener* [London] (1st December), 721-723.
- 1977l. Soviet Psychiatry: The Historical Background. *Inquiry* (5th December), 6-7.
- 1977m. Foreword. In *Therapeutic Partnership: Ethical Concerns in Psychotherapy* by Carl Goldberg. New York: Springer Publishing Company, vii-viii.
- 1977n. Psychiatric Diversion in the Criminal Justice System: A Critique. In *Assessing the Criminal: Restitution, Retribution, and the Legal Process*, edited by Randy E. Barnett and John Hagel, III. Cambridge, Massachusetts: Balinger Publishing Co., 99-120.
- 1977o. The Concept of Mental Illness: Explanation or Justification? In *Mental Health: Philosophical Perspectives*, edited by H.T. Engelhardt, Jr. and S.F. Spicker. Dordrecht- Holland: D. Reidel Publishing Co., 235-250.
- 1977p. Healing Words for Political Madness: A Conversation with Dr. Thomas Szasz. *The Advocate* (28th December), 37-40.
- 1978a. Soviet Psychiatry: Its Supporters in the West. *Inquiry* (2nd January), 4-5.
- 1978b. Drug Prohibition. *Reason*, 9 (January), 14-18.
- 1978c. The Soviets Are Worse. [Letter to the Editor] *Inquiry* (20th February), 32.

- 1978d. State Mental Hospitals: Orphanages for Adults. *Pacific News Service Syndicate* (23rd February).
- 1978e. *The Myth of Psychotherapy: Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression*. Garden City, New York: Doubleday Anchor.
- 1978f. Condoning Psychiatric Slavery. *Inquiry* (6th March), 3-4.
- 1978g. Why Do We Fear the Retarded? *Newsday* (16th March), 93.
- 1978h. The Psychiatrist as Accomplice. *Inquiry* (3rd April), 4-5.
- 1978i. Prescription for Control. *Inquiry* (1st May), 4-5.
- 1978j. The Case Against Compulsory Psychiatric Interventions. *The Lancet*, (13th May), 1035-1036.
- 1978k. New Addictions for Old. *Inquiry* (29th May), 4-5.
- 1978l. The Rapist as Patient. *Inquiry* (June), 3-4.
- 1978m. Criminal Intent. [Letter to the Editor] *Inquiry* (26th June), 32.
- 1978n. The Ethics of Therapy. *National Forum*, 58 (Spring), 25-29.
- 1978o. Schizophrenia--A Category Error. *Trends in NeuroSciences*, 1 (July), 26-28.
- 1978p. Nobody Should Decide Who Goes to the Mental Hospital: Dr. Thomas Szasz Talking with Governor Jerry Brown and Dr. Lou Simpson. *The Co-Evolution Quarterly* (Summer), 56-69.
- 1978q. Should Psychiatric Patients Ever Be Hospitalized Involuntarily -Under Any Circumstances- No. In *Controversy in Psychiatry*, edited by J.P. Brady and H.K.H. Brodie. Philadelphia: W.B. Saunders, 965-977.
- 1978r. The Abortionist as Fall Guy. *Inquiry* (24th July), 4-5.
- 1978s. The Psychiatric Presidency. *Inquiry* (18th September), 4-6.
- 1978t. Pilgrim's Regress. *The Spectator* (23rd September), 72-73.

- 1978u. Psychiatry: The New Religion [Interview with Professor Thomas Szasz] *Cosmos* [Australia], 6 (October), 6-7.
- 1978v. Twice-Brainwashed. *The New Republic* (October 23), 6-8.
- 1978w. Peter Bourne's Quaalude Caper. *Inquiry* (30th October), 4-7.
- 1978x. A Dialogue about Drug Education. *Psychiatric Opinion*, 15 (October), 10-14.
- 1978y. The Concept of Schizophrenia. [Commentary] *Trends in NeuroSciences*, 1 (November), 129.
- 1978z. Bourne's Quaalude Caper. *Inquiry* (27th November), 4-6.
- 1978za. Gifts That Could Change the World. *Newsday* (24th December), 8.
- 1978zb. The Devil's Fool. *Inquiry* (25th December), 4-5.
- 1978zc. Behavior Therapy: A Critical Review of the Moral Dimensions of Behavior Modification. *Journal of Behavior Therapy and Psychiatry*, 9, 133-134.
- 1979a. Insanity and Irresponsibility: Psychiatric Diversion in the Criminal Justice System. In, Hans Toch, ed., *Psychology of Crime and Criminal Justice*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 133-144.
- 1979b. Psychiatric diversion in the criminal justice system. In, Nancy J. Beran and Beverly G. Toomy, eds., *Mentally Ill Offenders and the Criminal Justice System*. New York: Praeger, 54-73.
- 1979c. Power and psychiatry. In, Donald W. Harward, ed., *Power: Its nature, Its Use, and Its Limits*. Cambridge: Schenkman Publishing Co., 153-158.
- 1979d. Jones as Jesus. *Libertarian Review* (January), 34-35.
- 1979e. The Freedom Abusers. *Inquiry* (5th February), pp 4-6.
- 1979f. What Is Most Humane Commitment to the Mentally Ill? [Letters] *Milwaukee Journal* (8th February), 8.

- 1979g. Torsney and Our Psychiatric Executioners. [Letters] *New York Times* (24th February), 20.
- 1979h. Should the FDA Ban H20? *Inquiry* (April), 32-33.
- 1979i. "Mental Illness" and Police Brutality. *Libertarian Review* (April), 32-33.
- 1979j. Male and Female He Created Them. *New York Times Book Review* (10th June), 11-39.
- 1979k. An Exchange of Letters with W.B. Grant. *Mental Health in Australia*, 1 (July), 44-45.
- 1979l. J'Accuse: How Dan White Got Away with Murder, and How American Psychiatry Helped Him Do It. *Inquiry*, 20 (6th August), 17-21.
- 1979m. Critical Reflections on Child Psychiatry. *Children and Youth Services Review*, 1, 7-29.
- 1979n. The Lying Truths of Psychiatry. In, R. Duncan and M. Weston Smith, eds. *Lying Truths: A Critical Scrutiny of Current Beliefs and Conventions*. London: Pergamon Press, 1979.
- 1979o. Dreyfus Redux, in Reverse. *New York Times* (4th August), 19.
- 1979p. The Lying Truths of Psychiatry. *Journal of Libertarian Studies*, 3 (Summer), 121-139.
- 1979q. A.A.A.I.M.H - R.I.P. *Abolitionist*, 9 (September), 1-4.
- 1979r. Psychodrama in the White House. *Libertarian Review* (December), 24-31.
- 1980a. *Sex by Prescription: The Startling Truth About Today's Sex Therapy*. Garden City, NY: Doubleday.
- 1980b. Ein Kritischer Blick auf die Psychiatrie. *Neue Zürcher Zeitung* (18th February), 17-18.
- 1980c. Therapeutic Tyranny. *Omni* (March), 43.
- 1980d. Our Fear and Trembling Though the Ages. *Saturday Review* (15th March), 39-40.
- 1980e. Would You Give Tranquilizers to King Lear? [Interview] *New Zealand Listener* [Auckland] (19th April), 38-39.

- 1980f. "Back wards to the Back Streets." *TV Guide* (17th-23rd May), 32-36.
- 1980g. Das Recht des Menschen auf Sein Heroin. *Penthouse* [Germany] (June), 52-53.
- 1980h. Voyeurism as Science. *Inquiry* (9th-23rd June), 15-16.
- 1980i. Diagnostician or Accuser? *Spectator* [London] (13th September), 20-22.
- 1980j. Schlecht Gewohnheiten Sind Keine Krankheiten. [Letters] *Penthouse* [Germany] (October), 82.
- 1980k. A Critical Look at Psychiatry. *News from Gracie Square Hospital*, 11 (December), 1-4.
- 1980l. The Political Use of Psychiatry in the United States: The Case of Dan White. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 2, 1-11.
- 1980m. The ACLU vs. Walter Polovchak. *Inquiry* (27th October), 6-8.
- 1981a. The Case Against Sex Education. *Penthouse* (January), 124-125.
- 1981b. Tea and Sympathy on the Way to Mecca. *Free Inquiry*, 1 (Spring), 16-17.
- 1981c. A Talk with Thomas Szasz, by Lawrence Mass, M.D. *Christopher Street* (March-April), 32-39.
- 1981d. Criminals' Sickness is in Our Minds. Interviews. *Post-Standard Syracuse* (6th April), C-1.
- 1981e. The Sadness of Sex. *Inquiry* (27th April), 22-24.
- 1981f. Reagan Should Let the Jurors Judge Hinckley. *Washington Post* (6th May), A-19.
- 1981g. Power and Psychiatry. *Society*, 18 (May/June), 16-18.
- 1981h. The Protocols of the Learned Experts on Heroin. *Libertarian Review* (July), 14-17.
- 1981i. The Case of John Hinckley. *Spectator* (11th July), 9-10.
- 1981j. Mental illness: A Myth? In, L. Kristal, ed., *The ABC of Psychology* [London]: Michael Joseph, 150-153.

- 1981k. Szasz on the Dangerous Patient. Discussion. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 2, 6-7, 17.
- 1981l. Interview: Thomas Szasz. *High Times* (September), 32-38, 69-70.
- 1981m. Le Combat de Thomas Szasz Contre les “Tortures Psychiatriques,” Interview with Alexandre Szombati. *Le Monde Dimanche* (11th October), xii-xii.
- 1981n. On “Preventing Psychopathology”: A Libertarian Analysis. In, Justin M. Joffe and George W. Albee eds., *Prevention Through Political Action and Social Change*. Hanover and London: University Press of New England, 26-33.
- 1981o. Conversazione con Thomas S. Szasz. *Colettivo/R*, 26.28, (Guigno 1981 -Maggio 1982).
- 1982a. Viewpoint: From Pathogenic to Therapeutic. *Sexual Medicine Today* (10th February), 33.
- 1982b. The Lady in the Box. *New York Times* (16th February), A-19.
- 1982c. The War Against Drugs. *Journal of Drug Issues*, 12 (Winter), 115-122.
- 1982d. The Psychiatrist as Moral Agent. *Whittier Law Review*, 4, 77-85.
- 1982e. Purifying America. *Inquiry* (12th April), 26-30.
- 1982f. Building the Therapeutic State. *Contemporary Psychology*, 27 (April), 297.
- 1982g. Writing People Off as Crazy. *Washington Post* (16th April), A-29.
- 1982h. Shooting the Shrink. *New Republic* (16th June), 11-15.
- 1982i. Interview. *The Review of the News* (14th July), 39-48.
- 1982j. The Psychiatric Will: A New Mechanism for Protecting Persons Against “Psychosis” and Psychiatry. *American Psychologist*, 37 (July), 762-770.
- 1982k. The Right to Refuse Treatment: A Critique. In, Nora K. Bell, ed., *Who Decides? Conflicts of Rights in Health Care*. Clifton, N.J.: Humana Press, 109-118.
- 1982l. On the Legitimacy of Psychiatric Power. *Metamedicine*, 3 (October) 315-324.

- 1982m. Foreword. In, Psychiatry and Freedom. *Metamedicine*, 3 (October), 313.
- 1982n. Speaking About Sex: Sexual Pathology and Sexual Therapy as Rhetoric. *Syracuse Scholar*, 3 (Fall), 15-19.
- 1982o. Tylenol Killer: Mad - or Just Bad? *Washington Post* (3rd November), A-23.
- 1982p. Was Virginia Wolf Mad? *Inquiry* (December), 44-45.
- 1982q. Literature and Medicine. *Literature and Medicine*. 1, 36-37.
- 1982r. Lunatic Reform. *Spectator* [London], 4 (December), 16.
- 1982s. Foreword. In, *Psychiatric Drugs: The Need to Be Informed*. Sydney, Australia: The Committee on Mental Health Advocacy, I-ii.
- 1982t. The Concept of Psychosis: A Cause and a Consequence of Certain Medical-Ethical Dilemmas, in Bart Gruzalski and Carl Nelson, eds., *Value Conflicts in Health Care Delivery*. Cambridge: Ballinger Publishing Co., 7-20.
- 1983a. Foreword: In, Richard E. Vatz and Lee S. Weinbergm, eds., Thomas Szasz: *Primary Values and Major Contentions*. Buffalo, NY: Prometheus Books, 9-10.
- 1983b. Objections to psychiatry: Dialogue with Thomas Szasz. In, Jonathan Miller, ed., *States of Mind: Conversations with Psychological Investigators*. London: British Broadcasting Corporation, 270-290.
- 1983c. The Psychiatric Will: II. Whose Will Is It Anyway? *American Psychologist*, 38(March), 344-346.
- 1983d. Learned Psychotics. *American Spectator* (April), 32-33.
- 1983e. Psychiatric Self-Defense. *Reason* (May), 41-43.
- 1983f. Speaking about Sex: Sexual Pathology and Sexual Therapy as Rhetoric. In, Clive M. Davis, ed., *Challenges in Sexual Science*. A Publication of the Society for the Scientific Study of Sex, 1-7.
- 1983g. A Look at John Hinckley's Parents. *Washington Times* (12th May), C-1.

- 1983h. Foreword. In, Irwin Silverman, *Pure Types Are Rare: Myths and Meanings of Madness*. New York: Praeger, ix-x.
- 1983i. Points/Counterpoints: Should Alcohol and/or Drug Abusers Be Legally Coerced into Treatment? *The U.S. Journal of Drug and Alcohol Dependence* (7th June), 7.
- 1983j. The Electroshock Dilemma. *Inquiry* (July), 26-29.
- 1983k. Feuchtersleben and Szasz: A Rejoinder. *Psychiatry*, 46 (August), 290-292.
- 1983l. This Week's Citation Classic: Szasz, T.S., The Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 15, 113-118, 1960. Current Contents. (31st October), 21.
- 1983m. Psychiatry. In, Robyn Williams, ed., *The Best of the Science Show*. Melbourne: Nelson/Australian Broadcasting Corporation, 1983, pp. 155-165.
- 1983n. Questions About a Clergyman/President. [Letters] *New York Times* (29th January), 18E.
- 1983o. Through This Be Madness. [Letters] *Sciences*, 24 (January-February), 4.
- 1984a. *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- 1984b. Illness and Incompetence. In, David J. Schnall and Carl L. Figliola, eds., *Contemporary Issues in Health Care*.
- 1984c. Myth of Mental Illness, In, *Encyclopedia of Psychology*, ed. by Raymond J. Corsini 4 vols.; New York: Wiley, vol 2, 414-415.
- 1984d. Defender of the Faith. *Spectator* (25th August), 20-21.
- 1984e. Review, Law, Psychiatry and Morality, by Alan A. Stone. *Journal of Mind and Behavior*, 5 (Summer), 363-364.
- 1984f. The Insanity Defense Reconsidered. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 5, 109-117.
- 1984g. Treat Mental Illness? It Isn't Even a Disease. *USA Today* (11th October), A-10.

- 1985a. New Ideas, Not Old Institutions, for the Homeless. *Wall Street Journal* (7th June), 24.
- 1985b. Homelessness Is Not a Psychiatric Problem. *USA Today* (17th June), 10A.
- 1985c. Insurance Against Malpractice and ‘Malresuit’ Crucial for Patients. *New York City Tribune* (15th July), 1B 4B.
- 1985d. Why Does Television Grovel at the Altar of Psychiatry? With Richard E. Vatz and Lee S. Weinberg, *Washington Post* (15th Septemebr), D 1-2.
- 1985e. Psychiatry: Rhetoric and Reality. *The Lancet*, 2 (28th September), 711- 712.
- 1985f. The Pretensions of the Freudian Cult. *Spectator* (5th October), 32.
- 1985g. Intentionality and Insanity: Some Lessons from Reflections on Art. *Literature and Medicine*. Baltimore: John Hopkins Press, 4, 1-12.
- 1985h. Panel Discussion. In, Ruth Terrington, ed., *Towards a Whole Society*. London: Richmond Fellowship Press, 55-71.
- 1985i. A Home for the Homeless: The Half-Forgotten Heart of Mental Health Services. In, Ruth Terrington, ed. *Towards a Whole Society*. London: Richmond Fellowship Press, 39-45.
- 1986a. A Home for the Homeless. *The Half-Forgotten Heart of Mental Health Services*. Freedom (March), 28-33.
- 1986b. The Case Against Suicide Prevention. *American Psychologist*, 41 (July), 806-812.
- 1986c. Foreword. In, Sharma, S.L. *The Therapeutic Dialogue: A Theoretical and Practical Guide to Psychotherapy*. Albuquerque: University of New Mexico Press, xi-xii.
- 1986d. What Counts as Disease? *Canadian Medical Association Journal*, 135 (15th October), 859-860.
- 1987a. *Insanity: The Idea and Its Consequences*. New York: John Wiley.

- 1987b. Comments. The Criminal Justice System: How Well Does It Work? In, *Crime in America: Is Anybody Safe?* A Transcript of the Providence Journal/Brown University Public Affairs Conference, (1st-11th March),45-73.
- 1987c. Justifying Coercion Though Religion and Psychiatry. *Journal of Humanistic Psychology*, 27 (Spring), 158-174.
- 1987d. Myth of Mental Illness. In, Raymond J. Corsini, ed., *Concise Encyclopedia of Psychology*. New York: John Wiley, 746.
- 1987e. Justifying Coercion Though Theology and Therapy. In, Jeffrey K. Zeig, ed., *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 210.
- 1987f. Comments, in The War on Drugs: Symposium Proceedings -Roundtable Discussion. *Nova Law Review*, 11 (Spring), 939-1023.
- 1987g. Why the Drug War Is Unstoppable. *Nova Law Review*, 11 (Spring), 915-918.
- 1987h. The Morality of Drug Controls. In, Ronald Hamowy ed., *Dealing With Drugs: Consequences of Government Control*. Lexington, MA: Lexington Books/D.C. Heath, 327-351.
- 1987i. Criminals Deserve Not So Much Treatment as More Punishment. [Letters] *New York Times* (21st May), A-30.
- 1987j. Mental Illness and Social Policy. *Newsday Magazine* (7th June), 47.
- 1987k. AIDS and Drugs: Balancing Risk and Benefits. [Letters] *The Lancet*, 2 (22nd August) 450.
- 1987l. The Religion Called "Psychiatry." *Second Opinion*, 6 (November), 50-61.
- 1987m. The Case Against Child Psychiatry. *Freedom*, 20 (December), 16-21.
- 1988a. We Have Met the Enemy in the War on Drugs. [Letters] *New York Times* (6th March), E24.
- 1988b. Homelessness Is Not a Disease. *USA Today* (March), 28- 30.

- 1988c. Afterword. In, *Psychiatric Justice*. Syracuse: Syracuse University Press.
- 1988d. Utopia. In, *Paradise Tossed*, by Marion Long. *Omni*, April 1988, pp. 98-99.
- 1988e. The Man Behind the Couch. Review, *Freud: A Life For Our Time*, by Peter Gay. *Wall Street Journal* (21st April), 28.
- 1988f. Preface. In, *The Myth of Psychotherapy*. Syracuse: Syracuse University Press, vii-vii.
- 1988g. Koryagin and Psychiatric Coercion. [Letters] *The Lancet*, 2 (3rd September), 573.
- 1988h. Preface. In, *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*. Syracuse: Syracuse University Press, xi-xiv.
- 1988i. Divine Justice. [Letters] *New York Times* (23rd July), 26.
- 1988j. Preface. In, *The Theology of Medicine*. Syracuse: Syracuse University Press, ix-x.
- 1988k. A Plea for the Cessation of the Longest War of the Twentieth Century-The War on Drugs. *Humanistic Psychologist*. 16 (Autumn), 314- 322.
- 1988l. Review, *A Social History of Madness: Stories of the Insane*, by Roy Porter. *Medical History*, 32 (October), 472-473.
- 1988m. Preface. In, *The Ethics of Psychoanalysis*. Syracuse: Syracuse University Press, vi-xvi.
- 1988n. Preface. In, *Pain and Pleasure: A Study Bodily Feelings*. Syracuse: Syracuse University Press, vii-xvi.
- 1989a. A Plea for the Cessation of the Longest War of the Twentieth Century: The War on Drugs. In, *CORA: The Cost of Prohibition on Drugs*. Roma: Radical Party.
- 1989b. Getting It Backward on Crack ‘Patients.’ [Letters] *New York Times* (13th June), A26.
- 1989c. A Point of Protest. *Salisbury Review*, 7 (June), 22-23.
- 1989d. Psychiatric Justice. *British Journal of Psychiatry*. 154 (June), 864- 869.
- 1989e. The Myth of the Rights of Mental Patients. *Liberty*, 2 (July), 19-26.

- 1989f. Suicide and Psychiatric Coercion. *Journal of Humanistic Psychology*, 29 (Summer), 380-384 .
- 1989g. Letter to Karl Menninger. In, Menninger, K., *Reading notes. Bulletin of the Menninger Clinic*, 53 (July), 351-352.
- 1989h. The Politics of Addiction: An Interview with Psychiatrist Thomas Szasz. *Focus*, 12 (August-September), 20-21, 32-37.
- 1989i. Whose Competence? *National Review* (15th September), 38 60.
- 1989j. Preface. In, *Law, Liberty and Psychiatry*. Syracuse: Syracuse University Press, ix-xvi.
- 1989k. The Moral View on Suicide. In, Jacobs, D. and Brown, H.N., eds. *Suicide: Understanding and Responding*. Madison, CT: International Universities Press, 437-447.
- 1989l. L'incapace: Un' attribuzione morale. In, Mellini, M. et al., eds., *Sotto Il Nome D'Incapace*, Milano: Spirali/Vel, 1989, pp. 69-81.
- 1989m. A Dialogue on Education for Autonomy. *Interchange*, 20, 32-47.
- 1989n. Psychiatry in the Age of AIDS. *Reason*, 21(December), 31-34.
- 1990a. Psychoanalysis as Religion: Psychoanalytic Theory as Ideology, Psychoanalytic Practice as Cure of Souls. In, Ormiston, G.L. and Sassower, R., eds., *Prescriptions: The Dissemination of Medial Authority*. Westport, CT: Greenwood Press, 121- 139.
- 1990b. Dying with Their Rights on. [Letters] *The Lancet* (10th February), 335, 356-357.
- 1990c. Lay Down Your Arms. *Free Inquiry*, 10 (Spring), 7.
- 1990d. Killing as Therapy. *Liberty*, 3 (May), 7-8.
- 1990e. L'incapace: Lo Specchio Morale del Conformismo, Milano: Spirali/Vel.
- 1990f. Preface. In, *Anti-Freud: Karl Kraus's Criticism of Psychoanalysis and Psychiatry*. Syracuse: Syracuse University Press, xi-xviii.
- 1990g. The Laws He Violated. [Letters] *New York Times* (19th June), A22.

- 1990h. Szasz on AIDS and Psychiatry. Interview. *Phoenix Rising*, 8 (July), S6- 7.
- 1990i. Mental Health System: House of Cards. *AHP Perspective* (July), 5.
- 1990j. The Myth of Psychotherapy. In, Zeig, J.K. and Munion, W.M. eds., *What Is Psychotherapy? Contemporary Perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass, 171-174.
- 1990k. Crazy or Different? [Letters] *National Review* (5th November), 4-8.
- 1990l. Preface. In, *Sex By Prescription*. Syracuse: Syracuse University Press, ix-xiii.
- 1990m. Law and Psychiatry: The Problems That Will Not Go Away. *Journal of Mind and Behavior*, 11 (Summer and Autumn), 557-563.
- 1990n. *The Untamed Tongue: A Dissenting Dictionary*. LaSalle, Illinois: Open Court.
- 1991a. Psychiatry and Social Control. *The Humanist*, 51 (January and February), 24-25, 34.
- 1991b. Noncoercive Psychiatry: An Oxymoron. *Journal of Humanistic Psychology*, 31 (Spring), 117-125.
- 1991c. Preface. In, *Ideology and Insanity*. Syracuse: Syracuse University Press, vii-xiii.
- 1991d. Hinckley and Son. *Reason*, 23 (July), 51.
- 1991e. The Medicalization of Sex. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 34-42.
- 1991f. Gli Stati Uniti Contro la Droga. Trans. by Carlo Oliva. *Volonta Milano* 1/91, 11-27.
- 1991g. The Myth of Treatment. *Drug Policy Letter*, 3 (Fall), 3-4.
- 1991h. Mental Illness? [Letters] *New York Times* (2nd November), 22.
- 1991i. The Right to Use Drugs. In, *New Frontiers in Drug Policy*, ed. Arnold S. Trebach and Kevin B. Zeese Washington, D.C.: Drug Policy Foundation, 1-5.
- 1991j. Diagnoses Are Not Diseases. *The Lancet*, 338 (21st/28th December), 1574-1576.
- 1992a. The Socrates Option. *Reason*, 24 (April), 47.
- 1992b. *Our Right to Drugs: The Case for a Free Market*. New York: Praeger.
- 1992c. Taking Dialogue as Therapy Seriously: "Words Are the Eessential Tool of Treatment." *Journal of the Society for Existential Analysis*, 3 (July), 2-9.

- 1992d. The Fatal Temptation: Drug Prohibition and the Fear of Autonomy. *Daedalus*, 121(Summer), 161-164.
- 1992e. Discussion of "Toward Better Results in the Treatment of Depression," by Joseph Wolpe. In, Jeffrey K. Zeig, ed., *The Evolution of Psychotherapy: The Second Conference*. New York: Brunner/Mazel, 137-138.
- 1992f. The United States v. Drugs. In, Jeffrey K. Zeig, ed., *The Evolution of Psychotherapy: The Second Conference*. New York: Brunner/Mazel, 300-306.
- 1993a. *A Lexicon of Lunacy: Metaphoric Malady, Moral Responsibility and Psychiatry*. New Brunswick, NJ.
- 1993b. Insanity Defense Is, Well, Insane. *Newsday* (9th March), 73.
- 1993c. Crazy Talk: Thought Disorder or Psychiatric Arrogance? *British Journal of Medical Psychology*, 66, 61-67.
- 1993d. Psychiatry and the Denial of Evil: Defining Misbehavior as a Brain Disease. *Pacific Law Journal*, 24 (April), 1103-1106.
- 1993e. The Brain Tenders. Who Picks up the Tab? *Washington Times* (4th May), F1.
- 1993f. Curing, Coercing, and Claims Making: A Reply to Critics. *British Journal of Psychiatry*, 162, 797-800.
- 1993g. Foreword. In. Farber, S., *Madness, Heresy and the Rumor of Angels: The Revolt Against the Mental Health System*. Chicago: Open Court, xi-xv.
- 1993h. Le Monopole Medico-Statique. In, *Premiere Journee Internationale du Cannabis: Textes des Intervenants*. Paris: Editions du Lezard, 89-90.
- 1993i. Prefazione. In, Antonucci, G., *Critica Al Guidizio Psichiatrico*. Roma: Sensibili alle Foglie, 7-9.
- 1993j. My Views on Psychiatry. *East European Medical Journal*, 2, 13-20.

- 1994a. Therapeutic State Is a Modern Leviathan. [Letters] *Wall Street Journal Europe* (11th January), 9.
- 1994b. *Cruel Compassion: Psychiatric Control of Society's Unwanted*. New York: Wiley.
- 1994c. Killing Kindness. *Reason*, 26 (May), 40-41.
- 1994d. Mental Illness Is Still a Myth. *Society*, 31 (May/June), 34-39.
- 1994e. Foreword: Remembering Roy. In, Childs, R.A. Jr., *Liberty Against Power: Essays by Roy A. Childs, Jr.* Edited by Joan Kennedy Taylor. (San Francisco: Fox Wilkes), ix-x.
- 1994f. Thomas Szasz on Drugs. In, Bratman, F. and Lewis, S., eds., *The Reader's Companion: A Book Lover's Guide to the Most Important Books in Every Field of Knowledge, as Chosen by the Experts*. New York: Hyperion.
- 1994g. Psychiatric Diagnosis, Psychiatric Power, and Psychiatric Abuse. *Journal of Medical Ethics*, 20 (September), 135-138.
- 1995a. The Origin of Psychiatry: The Alienist as Nanny for Troublesome Adults. *History of Psychiatry*, 6, 1-19.
- 1995b. Idleness and Lawlessness in the Therapeutic State. [Letters] *Society*, 32(September/October), 5-6.
- 1995c. In Search of Sanity. [Letters] *The Economist* (30th September), 8, 10.
- 1995d. Foreword. In, Tassano, F., *The Power of Life and Death: A Critique of Medical Tyranny*. London: Duckworth, vii-ix.
- 1995e. Psychiatric Fictions. [Letters] *New York Times Book Review* (19th November), 4.
- 1996a. The War on Drugs Is Lost. *National Review* (12th February), 45-47.
- 1996b. 'Audible Thoughts' and 'Speech Defect' in Schizophrenia: A Note on Reading and Translating Bleuler. *British Journal of Psychiatry*, 168 (May), 533-535.
- 1996c. Routine Neonatal Circumcision: Symbol of the Birth of the Therapeutic State. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21:137-148.

- 1996d. A Brief History of Medicine's War on Responsibility. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49 (June), 609-613.
- 1996e. *The Meaning of Mind: Language, Morality, and Neuroscience*. Westport, CT: Praeger.
- 1997a. Save Money, Cut Crime, Get Real (Symposium on drug policy). *Playboy* (January), 128 and 190.
- 1997b. Foreword. In, Levy, D. A., *Tools of Critical Thinking: Metathoughts for Psychology*. Boston: Allyn and Bacon, v.
- 1997c. Discussion. Kernberg, O. F., Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique and Psychoanalytic Psychotherapy. In, Zeig, J. K., ed., *The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference*. New York: Brunner/Mazel, 18-20.
- 1997d. The Healing Word: Its Past, Present, and Future. In, Zeig, J. K., ed., *The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference*. New York: Brunner/Mazel, 299-306.
- 1997e. Thomas Szasz: In conversation with Alan Kerr. *Psychiatric Bulletin* (Royal College of Psychiatrists, UK), 21 (January), 39-44.
- 1997f. Medics in the War on Drugs. *Liberty*, 10 (March), 47-48.
- 1997g. The Case Against Psychiatric Coercion. *The Independent Review*, 1 (Spring), 485-498.
- 1997h. No Kevorkian Needed. (Letters.) *New York Times* (1st April), A14.
- 1997i. Preface. In, *Insanity: The Idea and Its Consequences*, Syracuse: Syracuse University Press, ix-xi.
- 1997j. Preface. In, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* [1970], Syracuse: Syracuse University Press, xi-xiv.
- 1997k. Abortion Law and History. (Review) *Washington Post Health* (8th July), 15.
- 1997l. Save Money, Cut Crime, Get Real (Symposium on drug policy). *Playboy*, 128, 190.

- 1997m. Mental Illness Is Still a Myth. *Review of Existential Psychology & Psychiatry*, 23,70-80.
- 1997o. Foreword. In, Hillman, J., ed. *Suicide and the Soul*. Second Edition. Woodstock, CT: Spring Publications, 6-10.
- 1998a. Interview with the Anti-Christ. (By Patrick Hopkinson.) *Mental Health Care* (UK), 1(January), 154-155.
- 1998b. The Perils of Prohibition. In, Coomber, R., ed., *The Control of Drugs and Drug Users: Reason or Reaction*. UK: Harwood Academic Publishers, 155-159.
- 1998c. The Ethics of Psychoanalysis. *Society*, 35 (January-February), 16-21. (Reprint from *Trans-action*, 1965.).
- 1998d. The Political Legitimation of Quackery. *Reason*, 29 (March), 25-26.
- 1998e. The Unapatient Manifesto. *Liberty*, 11 (March), 9.
- 1998f. The Healing Word: Its Past, Present, and Future. *Journal of Humanistic Psychology*, 38 (Winter), 1- 13.
- 1998g. Freedom and Madness. *Liberty*, 11 (May), 33-36, 48.
- 1998h. Myth of Mental Illness. In, *Encyclopedia of Mental Health*, *Academic Press*, 2, 743-752.
- 1998i. Vatican Diagnosis. (Letter) *New York Times* (11th May), A16.
- 1998j. Commentary on “Aristotle’s Function Argument and the Concept of Mental Illness.” *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 5 (September), 203-207.
- 1998k. Parity for Mental Illness, Disparity for the Mental Patient. *The Lancet*, 352, (10th October), 1213-1215.
- 1998l. When a Killer Blames His Doctor. (Letter) *New York Times* (14th October), A22.
- 1998m. What Counts as Disease? Rationales and Rationalizations for Treatment. *Research in Complementary Medicine*, 5 (Supp.1) (October), 40-46.

- 1998n. Drug warriors. *Issues in Science and Technology Online*, Winter, 1998.
- 1998o. Discretion as Power: In, The Situation Called "Psychotherapy." *British Journal of Psychotherapy*, 15 (Winter), 216-228.
- 1998p. Illusory Euphemism in a Deadly Practice. *Washington Times* (9th December), A19.
- 1999a. Parity for Mental Illness, Disparity for the Mental Patient. (Letters) *The Lancet*, 353(2nd January), 74.
- 1999b. Facing up to Coercion. *Liberty*, 13 (January), 47-48.
- 1999c. Alias Dr. Death. *Liberty*, 13 (February), 41-42, 45.
- 1999d. Gullible Skeptics. *The Freeman*, 49 (May), 26-27.
- 1999e. Rethinking Suicide. *The Freeman*, 49 (July), 41-42.
- 1999f. The Hazards of Truth-Telling. *The Freeman*, 49 (September), 38-39.
- 1999g. Medical Incapacity, Legal Incompetence and Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 23(September), 517-519.
- 1999h. *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*. Westport, CT: Praeger.
- 1999i. Is Mental Illness a Disease? *The Freeman*, 49 (November), 38-39.
- 2000a. Remembering Krafft-Ebing. *Ideas on Liberty*, 50 (January), 31-32.
- 2000b. Mental Disorders Are Not Diseases. *USA Today* (Magazine) (January), 30-31.
- 2000c. On the Future of Psychotherapy. *New Therapist* (January-February), 12-13.
- 2000d. Does Insanity "Cause" Crime? *Ideas on Liberty*, 50 (March), 31-32.
- 2000e. The Case Against Psychiatric Power. In, Phil Barker and Chris Stevenson, eds. *The Construction of Power and Authority in Psychiatry*. Oxford: Butterworth/Heinemann, 43-56.
- 2000f. Remembering Masturbatory Insanity. *Ideas on Liberty*, 50 (May), 35-36.
- 2000g. Mind, Brain, and the Problem of Responsibility. *Society* (May-June), 34-37.

- 2000h. Curing the Therapeutic State. (Interview with Jacob Sullum.) *Reason*, 32 (July), 26-34.
- 2000i. Chemical Straitjackets for Children. *Ideas on Liberty*, 50 (July), 37-38.
- 2000j. Creativity and Criminality: The Two Faces of Responsibility. *Ideas on Liberty*, 50 (November), 31-32.
- 2000k. Fiktion als Fakt: Drogenbekaempfung und die Angst vor Selbstbestimmung. In, Reiner Matzker and Siegfried Zielinski, eds. *Medienwissenschaft*, Bern: Peter Lang, 143-146.
- 2000l. Do Humans Have a Nature? HRP Studies in Human Nature, Occasional Paper No. 4. Cambridge, MA: *The Harvard Review of Philosophy*.
- 2001a. Public Schools as Drug Delivery Systems. *Ideas on Liberty*, 51 (January), 36-37.
- 2001b. Affirmative Chemical Action. *Ideas on Liberty*, 51 (March), 35-36.
- 2001c. Anatomy of a Teenage Shooting. (Letter). *New York Times* (13th March), A18.
- 2001d. With Friends Like These, Pity America's Kids. *Los Angeles Times* (15th March), B11.
- 2001e. Actions Speak Louder Than Words (Letters). *British Medical Journal*, electronic edition, April 17, 2001.
- 2001f. *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America*. Westport, CT: Praeger.
- 2001g. The Therapeutic State: The Tyranny of Pharmacocracy. *The Independent Review*, 5(Spring), 485-521.
- 2001h. Kevorkian, Lies, and Suicide. *Ideas on Liberty*, 51 (May), 35-36.
- 2001i. "Diagnosing" Behavior: Cui Bono? *The Legal Studies Forum*, 25, 505-517.
- 2001j. Foreword. In, Carol Heald, *The Heart Too Long Suppressed: A Chronicle of Mental Illness*, Boston: Northeastern University Press, xi-xiii.
- 2001k. Placebos, Healing, and a Mother's Kiss. (Letter). *New York Times* (29th May).

- 2001l. The Person as Moral Agent. In, Kirk J. Schneider, James F. T. Bugental, and J. Fraser Pierson, eds., *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 77-80.
- 2001m. The Bought Mind. *Ideas on Liberty*, 51 (July), 33-34.
- 2001n. The “Medical Ethics” of Peter Singer. *Society*, 38 (July/August), 20-25.
- 2001o. The Psychiatric Collaborator as “Critic.” *Ideas on Liberty*, 51 (September), 29-30.
- 2001p. Actions Speak Louder Than Words. (Letters.) *British Medical Journal*, print edition, 323 (1st September), 511.
- 2001q. Actions Speak Louder Than Words. (Letters.) *British Medical Journal*, electronic edition. (7th September).
- 2001r. Mental Illness: Psychiatry’s Phlogiston. *Journal of Medical Ethics*, 27 (October), 297-301.
- 2001s. Mental Illness: Psychiatry’s Phlogiston. *Ideas on Liberty*, 51(November), 31-32.
- 2001t. Assisted Suicide Is Bootleg Suicide. *Los Angeles Times* (23rd November).
- 2001u. Thumbs on the Parity Scale for Psychiatrists. *The Washington Times* (9th December).
- 2002a. Kevorkian Warps the Value He Touts. *Detroit Free Press* (10th January).
- 2002b. Patient or Prisoner? *Ideas on Liberty*, 52 (January), 31-32.
- 2002c. Mises and Psychiatry. *Liberty*, 16 (February), 23-26.
- 2002d. The Trouble with Self-Esteem (Letters). *New York Times Magazine* (17th February).
- 2002e. Rothbard on Szasz. *Liberty*, 16 (March), 33-34, 40.
- 2002f. Parity for Mental Illness, Disparity for Mental Patients. *Ideas on Liberty*, 52 March), 33-34.
- 2002g. Szasz and Mises: In Response to Bettina Bien Greaves. *Liberty*, 16 (April), 46, 60.
- 2002h. “Suicide Bomber,” to Be Precise. *Washington Post* (18th April), A20.
- 2002i. The Psychiatrist as Accomplice. *The Washington Times* (28th April), B03.

- 2002j. Reply to Brassington. *Journal of Medical Ethics*, 28 (April), 124-125.
- 2002k. The Maternity Hospital and the Mental Hospital. *Ideas on Liberty*, 52 (May), 33-34.
- 2002l. *Liberation By Oppression: A Comparative Study of Slavery and Psychiatry*. New Brunswick, NJ.
- 2002m. Hayek and Psychiatry. *Liberty*, 16 (June), 19-20, 24.
- 2002n. Insanity and Intolerance. *Ideas on Liberty*, 52 (July), 34-35.
- 2002o. "Diagnosing" Behavior: Cui Bono? In Jonathan D. Raskin and Sara K. Bridges, *Studies in Meaning: Exploring Constructivist Psychology*, New York: Pace University Press, 169-179.
- 2002p. Sins of the Fathers: Is Child Molestation a Sickness or a Crime? *Reason*, 34 (August), 54-59.
- 2002q. Coercion and Psychiatry. *Liberty*, 16 (August), 33-35.
- 2002r. Straight Talk about Suicide. *Ideas on Liberty*, 52 (September), 34-35.
- 2002s. Mental Illness: From Shame to Pride. *Ideas on Liberty*, 52 (November), 37-38.
- 2003a. Taking Drug Laws Seriously. *Ideas on Liberty*, 53 (January), 28-29.
- 2003b. Opiate of the Masses. (Letters.) *The Village Voice* (5th-11th February),
- 2003c. Parity or Prevarication? *Ideas on Liberty*, 53 (March), 28-29.
- 2003d. Remember Psychiatric Patient's Civil Rights. *The Seattle Post-Intelligencer* (3rd April), B9.
- 2003e. Cleansing the Modern Heart. *Society*, 40 (May/June), 52-59.
- 2003f. The Myth of Health Insurance. *Ideas on Liberty*, 53 (May), 30-31.
- 2003g. Unequal Justice for All. *Ideas on Liberty*, 53 (July), 26-27.
- 2003h. Psychiatry and the Control of Dangerousness: On the Apotropaic Function of the Term "Mental Illness," *Journal of Medical Ethics*, 29 (August), 227-230.
- 2003i. Psychiatric Slavery? (Letter) *Psychiatric News*, 38 (September), 28.

- 2003j. Marijuana Medicalization: Bad Cause, Bad Faith. *Journal of Cognitive Liberties*, 4, 83-85.
- 2003k. Taking Drug Laws Seriously, II. *Ideas on Liberty*, 53 (October), 20-21.
- 2003l. Limbaugh's Disease. *Liberty*, 17 (December), 15-16.
- 2003m. Civil Liberties and Civil Commitment. *The Freeman*, 53 (December), 25-26.
- 2003n. The Psychiatric Protection Order for the "Battered Mental Patient." *British Medical Journal*, 327 (20th December), 1449-1451.
- 2003o. Obesity in the Young. (Letter.) *New York Times* (22nd December), A16.
- 2004a. The Greatest Poem. *Liberty*, 18 (January), 13.
- 2004b. Interview with Randall C. Wyatt. "Thomas Szasz: Liberty and the Practice of Psychotherapy," by Randall C. Wyatt. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (Winter), 71-85.
- 2004c. Self-Ownership or Suicide Prevention? *The Freeman*, 54 (March), 24-25.
- 2004d. *Words to the Wise: A Medical-Philosophical Dictionary*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- 2004e. On Autogenic Diseases. *The Freeman*, 54 (May), 24.
- 2004f. *Faith in Freedom: Libertarian Principles and Psychiatric Practices*. New Brunswick, N.J: Transaction Publishers.
- 2004g. Protecting patients against psychiatric intervention. *Society*, 41: 7-9 (March / April).
- 2004h. "Knowing What Ain't So": R.D. Laing and Thomas Szasz. *Psychoanalytic Review*, 91: 331-346 (June).
- 2004i. Pharmacracy in America. *Society*, 41: 54-58 (July/August).
- 2004j. Reply to Engelhardt. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 376-392.

- 2004k. Reply to Pies. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 354-363.
- 2004l. Reply to Bentall. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 321-326.
- 2004m. Reply to Battin and Spellecy. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 291-300.
- 2004n. Reply to Hagen. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 273-276.
- 2004o. Reply to Lieberman. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 242-251.
- 2004p. Reply to Simon. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 202-223.
- 2004q. Reply to Peele. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 196-197.
- 2004r. Reply to Slovenko. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 159-178.
- 2004s. Reply to Percival. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 131-138.
- 2004t. Reply to Fulford. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 93-118.
- 2004u. Reply to Kendell. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 1-28.
- 2004v. An Autobiographical Sketch. In Jeffrey A. Schaler, editor, *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* (Chicago: Open Court, 2004), pp. 1-28.

- 2004w. "What is psychoanalysis?" In Ann Casement, editor, *Who Owns Psychoanalysis?* (London: Karnac Books, 2004), pp. 25-39.
- 2004x. A house of aces. *The Freeman*, 54: 21-22 (July/August).
- 2004y. Primum nocere. *The Freeman*, 54: 24-25 (December), 24-25.
- 2004z. Psychiatric "services." *The Freeman*, 54: 21-22 (October), 21-22.
- 2005a. Detention and the Royal College of Psychiatry (Letter). *British Medical Journal*, (7 January 2005). <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/330/7482/60>.
- 2005b. Malpractice vs. 'Malresult': A new form of insurance for an eternal problem. *Reason Online*, January 10.
- 2005c. What is Existential Therapy Not, *Existential Analysis*, 16: 127-130 (January).
- 2005d. 'Knowing what ain't so': R. D. Laing and Thomas Szasz, *Existential Analysis*, 16: 113-126 (January).
- 2005e. What is Existential Therapy Not, *Existential Analysis*, 16: 127-130 (January).
- 2005f. 'Idiots, infants, and the insane': Mental illness and legal incompetence, *Journal of Medical Ethics*, 31: 78-81 (February).
- 2005g. Benjamin Rush and "Medical Marijuana. *The Freeman*, 55: 22-23 (March).
- 2005h. E-Interview, with Dominic Fannon, *Psychiatric Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 29: 120 (March).
- 2005i. A bogus Benjamin Rush quote: Contribution to the history of pharmacracy, *History of Psychiatry*, 16: 89-98 (March).
- 2005j. College Suicide: Caveat Vendor. *The Freeman*, 55: 27-28 (May).
- 2005k. Idiots, Infants, and the Insane: Mental Illness and Legal Incompetence. *The Freeman*, 55: 26-27 (July-August).
- 2005l. Anti-Semitism" (Letters), *Commentary*, 120: 16 (October).

- 2005m. Will secularism survive? (Symposium), *Free Inquiry*, 25: 43-44 (October / November).
- 2006a. Psychiatry: Disease inflation, *The Freeman*, 56: 23-24 (March).
- 2006b. Secular humanism and 'scientific psychiatry,' *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1: 5 (April 25).
- 2006c. Mental Illness as brain disease: A brief history lesson, *The Freeman*, 56: 25-26 (May).
- 2006d. Bertrand Russell, C. S. Lewis, and the Existential Identity Thief, *Free Inquiry*, August/September.
- 2006e. "My Madness Saved Me": *The Madness and Marriage of Virginia Woolf*, (New Brunswick, NJ: Transaction Publishers).
- 2006f. Defining disease: The gold standard of disease versus the fiat standard of diagnosis. *The Independent Review*, 10: 325-336 (Winter).
- 2006g. A Rose for Emily, a Rose for Terri: The lifeless body as love object and the case of Theresa Marie Schindler Schiavo, *Palliative and Supportive Care*, 4, 159-167.
- 2006h. Mental illness: Sickness or status? *The Freeman*, 56: 25-26 (July / August).
- 2006i. Bertrand Russell, C. S. Lewis, and the existential identity thief, *Free Inquiry*, 26: 51-52 (August / September).
- 2006j. NHS reorganisations: Who's kicking whom, who's protesting?: Nothing surprising is happening, Letters, *British Journal of Medicine*, 333: 752 (7 October).
- 2006k. Final analysis, Letters, *The New Republic*, October 9, 2006, p. 4.
- 2006l. The therapeutic temptation, *The Freeman*, 56: 27-28 (October).
- 2006m. Psychiatry: A Branch of the Law, *The Freeman*, 56: 19-20 (December).
- 2007a. The Titicut Follies: The forgotten story of a case of psychiatric censorship, *History of Psychiatry*, 18: 123-125 (March).
- 2007b. On Not Admitting Error, *The Freeman*, 57: 21-22 (March).

- 2007c. Therapeutic Censorship, *The Freeman*, 56: 25-26 (May).
- 2007d. Asylums Attacked as Jails (Letters). *Psychiatric News*, 42: 28 (July 20).
- 2007e. Psychiatric advance directive (Letter), *British Medical Journal*, 335: 688-b-689-b (October 23, 2007).
- 2007f. Medicalizing quackery, *The Freeman*, 57: 22-23 (October).
- 2007g. *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry* (New Brunswick, NJ: Transaction Publishers).
- 2007h. *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays* (Syracuse: Syracuse University Press).
- 2008b. Treatments Without Diseases, *The Freeman*, 58: 24-25 (March).
- 2008c. Anti-Coercion Is Not Anti-Psychiatry, *The Freeman*, 58: 26-27 (May).
- 2008c. Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil, *Current Psychology*, 27: 79-101 (June).
- 2008d. Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil, *Existential Analysis*, 19: 316-343 (July).
- 2008e. Ontology of Consciousness: Reflections on Human Nature, in Helmut Wautischer, editor, *Ontology of Consciousness: Percipient Action* (Cambridge: MIT Press).
- 2008f. Psychiatry Versus Liberty, *The Freeman*, 58: 20-21 (July/August).
- 2008g. Mendacity by Metaphor, *The Freeman*, 58: 17-18 (October).
- 2008h. *Psychiatry: The Science of Lies* (Syracuse: Syracuse University Press).
- 2008i. The Burden of Responsibility, *The Freeman*, 58: 12-13 (December).
- 2009a. "Psychiatric coercion" (eLetter). *Journal of Medical Ethics*, January 5.
<http://jme.bmj.com/cgi/eletters/35/1/69#2384>
- 2009b. Antipsychiatry: Psychiatry redux. *Syracuse University Press*, fall.
- 2009c. Psychiatric coercion (eLetter). *Journal of Medical Ethics*, January 5.

- 2009d. Seven Questions for Thomas Szasz, edited by Ryan Howes. January 28, *Psychology Today*.
- 2009e. When fictitious illness becomes real (Letters), *British Medical Journal*, January 30.
- 2009f. Questioning One's Insanity, *Liberty*, 23: 27-28 (March).
- 2009g. Psychiatry: The Shame of Medicine, *The Freeman*, 59: 12-13 (March).
- 2009h. Merger of Psychiatry, Neurology (Letters). *Psychiatric News*, 44: 25 (March 6).
- 2009i. The Shame of Medicine: The Case of Alan Turing, *The Freeman*, 59: 16-17, (May).
- 2009j. Beheading on a Bus, *Liberty*, 23: 27-28, (June).
- 2009k. The Shame of Medicine: The Depravity of Psychiatry, *The Freeman*, 59: 21-22, (July/August).
- 2010a. Fifty Years After The Myth of Mental Illness, Distribution@LewRockwell.com Monday, February 22. Also at: http://www.cato.org/pubs/books/szasz-myth_of_mental_illness.pdf
- 2010b. The Shame of Medicine: Alan Turing Redux, *The Freeman*, 60: 19-20 (March).
- 2010c. Who is a Mormon (Reply), *The Freeman*, 60: 10 (April).
- 2010d. Reply," in "The Myth of Mental Illness: 50 Years After Publication: What Does It Mean Today?, by Kelly, B. D. et al., *Irish Journal of Psychological Medicine*, 27: 35-43.
- 2010e. The Shame of Medicine: Acquittal by Psychiatry, *The Freeman*, 60: 17-18 (May).
- 2010f. DSM: The Nosology of Nondiseases, *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry*, vol. 17, no. 2.
- 2010g. The Art and Science of Pseudology, *The Freeman*, 60: 17-18 (July).
- 2010h. Defining coercion, *The Psychiatrist*, E-letter, October 4, 2010. <http://pb.rcpsych.org/cgi/eletters/34/6/217>
- 2010i. Defining coercion (Letters). *The Psychiatrist*, 34: 539-540 (December).

- 2010j. The Shame of Medicine: Acquittal by Psychiatry, *The Freeman*, 60: 17-18 (May).
- 2010k. DSM: The Nosology of Nondiseases, *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry*, vol. 17, no. 2.
- 2010l. The Art and Science of Pseudology, *The Freeman*, 60: 17-18 (July).
- 2010m. Defining coercion, *The Psychiatrist*, E-letter, October 4.
- 2010n. The Medicalization of Suicide *The Freeman*, 60: 13-14 (October).
- 2010o. The Illegitimacy of the 'Psychiatric Bible,' *The Freeman*, 60: 16-18 (December).
- 2011a. Senseless: Did the perpetrator of the Tucson massacre have a reason? *The Freeman* 61, January 20.
- 2011b. The Shame of Medicine: Celebrating Coercion *The Freeman*, 61 (2) (Mar): 21-22.
- 2011c. Senseless. *The Freeman*, 61 (May), 27-28.
- 2011d. The myth of mental illness: 50 years later. *The Psychiatrist*, 35 (May), 179-182.
- 2011e. "The Shame of Medicine: Is Suicide Legal?" *The Freeman*, 61 (6) (Jul/Aug): 30-31.
- 2011f. *The Szasz Quotationary: The Wit and Wisdom of Thomas Szasz*. Edited by Leonard Roy Frank, Kindle Edition.
- 2011g. Titles of Ignobility: Suicide as Secession. *The Freeman*, 61 (October), 30-31.
- 2011h. *Suicide Prohibition. The Shame of Medicine*. Syracuse: Syracuse University Press.
- 2011i. Imprisoning Innocents. *The Freeman*, 61 (December), 32-33.
- 2011j. Primum Non Coecere: Private Personal Services and Public Social Services, *Journal of Humanistic Psychology*, XX (X), 1-11.
- 2012a. Who Killed Michael Jackson? *The Freeman* 62 (March), 33-34.
- 2012b. Commentary. In Phillips et al., *The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 7 (January 13), 3.
- 2012c. Varieties of Psychiatric Criticism. *History of Psychiatry*, 23 (83), pp. 349-355.

ANEXO II

LIBROS DE THOMAS S. SZASZ

(Con las correspondientes ediciones en castellano)

1957. *Pain and pleasure: A study of Bodily Feelings*. New York: Basic Books.
1961. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Paul B. Hoeber. *El mito de la enfermedad mental: bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu, 1972. Trad.: Flora Setaro. (*Ibid.*, Barcelona: Círculo de Lectores, 1999).
1963. *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. New York: Macmillan.
1965. *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*. New York: Basic Books. *La ética del psicoanálisis: teoría y método de la psicoterapia autónoma*. Madrid: Gredos, 1971. Trad.: Santos Sánchez Salor.
1965. *Psychiatric Justice*. New York: Macmillan.
1970. *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*. Garden City (NY): Doubleday. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Trad.: Leandro Wolfson.
1970. *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper Row. *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós, 1974. Trad.: de Ramón Ribé i Queralt.
1973. *The Second Sin*. Garden City, New York: Doubleday. *El segundo pecado: reflexiones de un iconoclasta*. Barcelona: Martínez Roca, 1992. Trad.: de Jordi Beltran.
1973. (Ed.) *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*. Garden City (NY): Doubleday Anchor.

1974. *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Garden City (NY): Doubleday. *Droga y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 1990. Trad.: Antonio Escohotado.
1976. *Heresies*. Garden City (NY): Doubleday Anchor. *Herejías*. México D.F.: Premia, 1983. Trad.: Margarita Millet. (*Ibid.* México D.F.: Coyoacán, 1996).
1976. *Karl Kraus and the Soul-Doctors: A Pioneer Critic and His Criticism of Psychiatry and Psychoanalysis* (Baton Rouge, LA: Louisiana State University Press). Reeditado como: *Anti-Freud: Karl Kraus and His Criticism of Psychoanalysis and Psychiatry*, (Syracuse: Syracuse University Press, 1990).
1976. *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*. New York: Basic Books. *Esquizofrenia el símbolo sagrado de la psiquiatría*. México D.F.: Premia, 1979. Trad.: Mercedes Benet. (*Ibid.*, México D.F.: Coyoacán, 1996).
1977. *Psychiatric Slavery: When Confinement and Coercion Masquerade as Cure*. New York: Free Press.
1977. *The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics*. Baton Rouge (LA): Louisiana State University Press. (*Ibid.* New York: Harper Colophon, 1977). *La teología de la medicina*. Barcelona: Tusquets, 1980. Trad.: Antonio Escohotado.
1978. *The Myth of Psychotherapy: Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression*. Garden City (NY): Doubleday Anchor. *El mito de la psicoterapia*. México D.F.: Premia, 1985. Trad.: Mercedes Benet. (*Ibid.* México D.F.: Coyoacan, 1996).
1980. *Sex by Prescription*. Garden City (NY): Doubleday Anchor.
1984. *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*. Buffalo (NY): Prometheus Books.

1987. *Insanity: The Idea and Its Consequences*. New York: John Wiley.
1990. *The Untamed Tongue: A Dissenting Dictionary*. Lasalle (IL): Open Court.
1992. *Our Right to Drugs: The Case for a Free Market*. New York: Praeger. *Nuestro derecho a las drogas: En defensa de un mercado libre*. Barcelona: Anagrama, 1993. Trad.: Antonio Escotado.
1993. *A Lexicon of Lunacy: Metaphoric Malady, Responsibility, and Psychiatry*. New Brunswick (NJ): Transaction Books.
1994. *Cruel Compassion: Psychiatric Control of Society's Unwanted*. New York: John Wiley. (*Ibid.* Syracuse (NY): Syracuse University Press, 1996).
1996. *The Meaning of Mind: Language, Morality, and Neuroscience*. Westport (CT): Praeger.
1999. *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*. Westport (CT): Praeger. *Libertad fatal: ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2002. Trad.: Francisco Beltrán.
2001. *Pharmacracry: Medicine and Politics in America*. Westport (CT): Praeger.
2002. *Liberation By Oppression: A Comparative Study of Slavery and Psychiatry*. New Brunswick (NJ): Transaction Books.
2004. *Words to the Wise: A Medical-Philosophical Dictionary*. New Brunswick (NJ): Transaction Books.
2004. *Faith in Freedom: Libertarian Principles and Psychiatric Practices*. New Brunswick (NJ): Transaction Books.
2006. *"My Madness Saved Me": The Madness and Marriage of Virginia Woolf*. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers.
2007. *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers.

2007. *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. Syracuse (NY): Syracuse University Press.
2008. *Psychiatry: The Science of Lies*. Syracuse (NY): Syracuse University Press.
2009. *Antipsychiatry: Quackery squared*. Syracuse (NY): Syracuse University Press.
2011. *Suicide Prohibition: The Shame of Medicine*. Syracuse (NY): Syracuse University Press.

BIBLIOGRAFÍA

- Albee, G. W. y Joffe, J. M. (2004). Mental Illness Is NOT “An Illness Like Any Other”. *The Journal of Primary Prevention*, 24 (4), Summer, pp. 419-436.
- Albus et al., (2007). A Proposal for a Decade of the Mind Initiative. *Science*, 317, 7 september 2007, p. 1321.
- Álvarez, J.M. (2012). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Washington DC. *American Psychologist*, 61(4), May-Jun. 2006, pp. 271-285.
- Angell, M. (2004). *The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it*. New York: Random House.
- Arendt, H. (2003). *Eichmann en Jerusalén*. Barcelona: Lumen. Trad.: Carlos Ribalta.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Seix Barral. Trad.: Jaime Pomar.
- Bentall R. P. (2011). *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder. Trad.: Nuria Cañete Colmena.
- Berlim, M. T., Fleck, M.P.A. y Shorter E. (2003). Notes on antipsychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253 (2), April, pp. 61-67.
- Berrios, G.E. (1984). Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, 14, pp. 303-313.
- _____. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos. Trads.: Alejandra Giaccone y María Virginia Schmidt.
- _____. (2013). Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 6 (2), pp. 39-48.

- _____. (2015). History and epistemology of psychopathology. En Kindler, K. S. y Parnas, J. (Eds.) (2015), *Philosophical Issues in Psychiatry III* (pp. 30-50). Oxford: Oxford University Press.
- Berrios, G.E. y Marková, I. (2002). The concept of neuropsychiatry. A historical overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 629-638.
- Bigelow, N. (1962). Sass for the Gander. *Psychiatric Quarterly*, 36 (4), pp. 754-767.
- Boorse, C. (1975). On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5 (1), Autumn, pp. 49-68.
- Bracken, P. (2012). Psychiatric power: A personal view. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29 (1), pp. 55-58.
- _____. (1995). Beyond Liberation: Michel Foucault and the Notion of a Critical Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 2 (1), March, pp. 1-13.
- Bracken, P. y Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322 (7288), pp. 724-727.
- _____. (2004). Postpsychiatry is not another model. *Openmind*, 125 (Jan./Feb.), pp. 6-7.
- _____. (2005). *Post-Psychiatry: Mental Health in a Post-Modern World*. Oxford: Oxford University Press.
- _____. (2006). Democracy, Citizenship and the Radical Possibilities. En Double, D. B. (Ed.). (2006), *Critical psychiatry: The limits of madness* (pp. 149-164). London: Palgrave MacMillan.
- _____. (2009). Beyond consultation: the challenge of working with user/survivor and carer groups. *Psychiatric Bulletin*, 33, pp. 241-243.
- _____. (2010). From Szasz to Foucault: On the Role of Critical Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17 (3), September, pp. 219-228.

- Breggin, P. (1993). *Toxic Psychiatry. Drugs and Electroconvulsive Therapy: The truth and the Better Alternatives*. London: Fontana.
- Bush, G. (1990). Project decade of the brain. Presidential Proclamation 6158. July 17. Recuperado de <http://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html>.
- Campbell, P. (1996). Challenging loss of power. En J. Read, J y Reynolds, J. (Eds.) (1996), *Speaking Our Minds: An Anthology* (pp. 56-62). London: Macmillan/Open University.
- _____. (2005). From Little Acorns. The mental health service user movement. En Bell, A. y Lindley, P. (Eds.) (2005), *Beyond the Water Towers The unfinished revolution in mental health services 1985-2005* (pp. 73-82). London: *The Sainsbury Centre for Mental Health*.
- Carey, B. (2012). Dr. Thomas Szasz, Psychiatrist Who Led Movement Against His Field, Dies at 92. *The New York Times*, 11 de septiembre.
- Carlat, D. J. (2011). *Unhinged. The Trouble with Psychiatry - A Doctor's Revelations about a Profession in Crisis*. New York: Free Press.
- Carney, J. (2012). Remembering the 2003 Fast For Freedom: Time for Another? Recuperado de <http://www.madinamerica.com/2012/09/remembering-the-2003-fast-for-freedom-time-for-another/>
- Chambless, D. L. y Hollon, S.D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), pp. 7-18.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies And Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 685-716.
- Clay, J. (1996). *R. D. Laing: A Divided Self*. London: Hodder and Staughton.

- Colina, F. (2012). Prologo: Psiquiatría y cultura. En Álvarez, J.M. (2012), *La invención de las enfermedades mentales* (pp. 11-20). Madrid: Gredos.
- Cooper, D. (1976). *La muerte de la familia*. Barcelona: Ariel. Trad.: Javier Alfaya.
- _____. (1978). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós. Trad.: Jorge Piatigorsky.
- Cooper, D. (Ed.) (1970). *La dialéctica de la liberación*. México: Siglo Veintiuno. Trad.: Francisco González Aramburu.
- Cosgrove, L. y Krinsky, S. (2012). A Comparison of *DSM-IV* and *DSM-5* Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. *PLoS Med*, 9 (3), e1001190. doi:10.1371/journal.pmed.1001190
- Coulter, J. (1973). *Approaches to insanity*. London: Martin Robertson & Co.
- Critical Psychiatry Network* (s.f.). Critical Psychiatry. Recuperado de <http://www.critpsynet.freeuk.com/healthmatters.htm>
- Critical Psychiatry Network* (2012). Mission Statement. Recuperado de http://www.criticalpsychiatry.co.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=66:mission-statement&catid=36
- Crossley, N. (1998). R. D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio-Historical Analysis. *Social Science and Medicine*, 47 (7), pp. 877-899.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, pp. 846-861.
- Deacon, B. J. y Baird, G. L. (2009). The Chemical Imbalance Explanation of Depression: Reducing Blame at What Cost? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28 (4), pp. 415-435.

- Della Rocca, G. (1973). Entrevista con Franco Basaglia. En Obiols, J. (1973), *Psiquiatría y Antipsiquiatría* (pp. 8-19 y 72-85). Barcelona: Salvat, Biblioteca de Grandes Temas, 98.
- Desviat, M. (2006). La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*, 25, pp. 8-14.
- Double, D.B. (2002). The limits of psychiatry. *British Medical Journal*, 324 (13) April.
- _____. (2006). Historical Perspectives on Anti-psychiatry. En Double, D. B. (Ed.) (2006), *Critical psychiatry: The limits of madness* (pp. 19-39). London: Palgrave MacMillan.
- _____. (2009). Critical psychiatry seeks to avoid the polarisation engendered by anti-psychiatry. Recuperado de: <http://pb.rcpsych.org/content/33/10/395.2.full>
- _____. (s. f.). Integrating critical psychiatry into psychiatric training. Recuperado de: <http://www.critpsynet.freeuk.com/incorporate.htm>
- _____. (Ed.) (2006). *Critical psychiatry: The limits of madness*. London: Palgrave MacMillan.
- Eatherly C. R. y Anders G. (1962). *Más allá de la conciencia*. Barcelona: Argos. Trad.: Adolfo Moreno.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196 (4286), Apr., 8, pp. 129-136.
- Eribon, D (1992). *Michel Foucault*. Barcelona: Anagrama. Trad.: Thomas Kauf.
- Escohotado, A. (1999). Prologo. En Szasz, T. (1999). *El mito de la enfermedad mental* (pp. 13-25).
- Faulkner, H. J. y Pruitt, V. D. (Eds.). (1988). *The selected correspondence of Karl A. Menninger (1919-1945)*. New Haven (CT): Yale University Press.
- Faure, S. (1975). La antipsiquiatría... ¿Contra quién? En Angelergues, R. (et. al.) (1975), *La antipsiquiatría* (pp. 7-25). Mexico: Siglo XXI. Trad.: Guadalupe de Gatell.

- Fine, R. (1979). *A History of Psychoanalysis*. New York: Columbia University Press.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la edad clásica*. México: Fondo de Cultura Económica. Trad.: Juan José Utrilla.
- _____. (1994a). Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir. Entrevista original con M. D'Eramo en *Avanti*, 78 (53), 3 de marzo de 1974, pp. 26-27. Original en italiano, recogido y traducido al francés en *Dits et Écrits II*, No. 136, pp. 521-525. París: Éditions Gallimard.
- _____. (1994b). Asiles. Sexualité. Prisons. Entrevista original con M. Almeida, R. Chneiderman, M. Faerman, R. Moreno y M Taffarel-Faerman en *Revista Versus*, 1, octubre de 1975, pp. 30-33. Original en portugués, recogido y traducido al francés en *Dits et Écrits II*, No. 160, pp. 771-782. París: Éditions Gallimard.
- _____. (1994c). L'extension sociale de la norme. Entrevista original con P. Werner, *Politique Hebdo*, 212, Délier la folie, 4-10 de marzo de 1976, pp. 14-16. Recogido en *Dits et Écrits III*, No. 173, pp. 74-79. París: Éditions Gallimard.
- _____. (1994d). Sorcellerie et folie. Entrevista original con R. Jaccard, *Le Monde*, 9720, 23 de abril de 1976, p. 18. Recogido en *Dits et Écrits III*, No. 176, pp. 89-92. París: Éditions Gallimard.
- _____. (1994e). Polémique, politique et problématisations. En *Dits et Écrits*, IV, No. 342, pp. 591-598. París: Éditions Gallimard.
- _____. (2005). *El poder psiquiátrico*. Curso del Collège de France (1973-1974). Madrid: Akal. Trad.: Horacio Pons.
- Frances, A. J. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Ariel: Barcelona. Trad.: Jorge Paredes.

- Frances, A. J. y Widiger, T. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, pp. 109-130.
- Freud, S. (1972). *Historia del movimiento psicoanalítico*. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo V*, pp. 1895-1930. Madrid: Biblioteca Nueva. Trad.: Luis Lopez-Ballesteros y de Torres.
- _____. (1974). Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Lección XXXI: Disección de la personalidad psíquica. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo VIII*, pp. 3132-3146. Madrid: Biblioteca Nueva. Trad.: Luis Lopez-Ballesteros y de Torres.
- _____. (1975). Algunas lecciones elementales del psicoanálisis. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo IX*, pp. 3419-3423. Madrid: Biblioteca Nueva. Trad.: Luis Lopez-Ballesteros y de Torres.
- _____. (1983). Charcot. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo I*, pp. 30-37. Madrid: Biblioteca Nueva. Trad.: Luis Lopez-Ballesteros y de Torres.
- Gale, D. (2001). Far Out. *The Guardian*, 8 de septiembre. Recuperado de <http://www.theguardian.com/theguardian/2001/sep/08/weekend7.weekend>
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en etnometodología*. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial. Trad.: Hugo Antonio Pérez Hernáiz.
- Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu. Trad.: Hildegard B. Torres Perrén y Flora Setaro.
- _____. (1993) *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. Trad.: Leonor Guinsberg.
- _____. (1994) *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu. Trad.: María Antonia Oyuela de Grant.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.

- Guimón, J. (2001). *Inequity and Madness. Psychosocial and human Rights Issues*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hardin, G. (1956). Meaninglessness of the Word Protoplasm. *The Scientific Monthly*, 82 (3), pp. 112–120.
- Healy, D. (2013). *Pharmageddon*. Berkeley (CA): University of California Press.
- _____. (2002). Conflict Interests in Toronto. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45 (2), Spring, pp. 250-263.
- Hollender, M. H. y Szasz, T. S. (1957). Normality, Neurosis, and Psychosis: Some Observations on the Concepts of Mental Health and Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125 (October-December), pp. 599-607.
- Holloway, F. (2009). Common sense, nonsense and the new culture wars within psychiatry. Invited commentary on... Beyond consultation. *Psychiatric Bulletin*, 33, pp. 243-244.
- Ingleby, D. (Ed.) (1982). *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica. Trad.: Jordi Beltrán.
- _____. (1982a). Introducción. En Ingleby, D. (Ed.) (1982), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (pp. 7-22). Barcelona: Crítica. Trad.: Jordi Beltrán.
- _____. (1982b). Comprender las “enfermedades mentales”. En Ingleby, D. (Ed.) (1982), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (pp. 23-86), Barcelona: Crítica. Trad.: Jordi Beltrán.
- _____. (2005). The origins of critical psychiatry. Invited lecture. *Royal College of Psychiatry AGM*. Edinburgh, June 22nd. Recuperado de <http://www.critpsynet.freeuk.com/Edinburgh1.htm>.
- _____. (2006). Transcultural Mental Health Care: The Challenge to Positivist Psychiatry. En Double (Ed.) (2006), *Critical psychiatry: The limits of madness* (pp. 61-78). London: Palgrave MacMillan.

- Kandel, E. R. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (4), Apr., pp. 457-469.
- _____. (1999). Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (4), Apr., pp. 505-524.
- Kaufmann, P. (Ed.) (1996). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. Trad.: Jorge Piatigotsky.
- Kecmanovic, D. (2009). Postpsychiatry: How to throw out the baby with the bathwater. *Psychiatria Danubina*. 21 (3), pp. 276-282.
- Kendler, K. S. (2005). Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 433-440.
- Kendler, K. S. y Schaffner, K. F. (2011). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: An Historical and Philosophical Analysis. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18 (1), March, pp. 41-63.
- Kerr, A. (1997). Thomas Szasz in conversation with Allan Kerr. *Psychiatric Bulletin (Royal College of Psychiatrists, UK)*, 21, pp. 39-44.
- Kick, H. (1999). The Ethical Crisis in Psychiatry: Consequences for a Comprehensive Diagnosis and Therapeutic Practice. *Psychopathology*, 32 (3), May/Jun., pp. 159-167.
- Kirsch, I. (2010). *The Emperor's New drugs. Exploding the Antidepressant Myth*. New York: Basic Books.
- Laing, A. C. (1994). *R. D. Laing: A Biography*. London: Peter Owen.
- Laing, R.D. (1993). *El yo dividido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. Trad.: Francisco González Aramburu.
- _____. (1979). Round the Bend. *The New Statesman*, 20 de julio, p. 69.
- Laing, R.D. y Cooper, D. (1972). *Razón y violencia: una década de pensamiento sartreano*. Buenos Aires: Paidós. Trad.: Martha Eguía.

- Laing, R.D. y Esterson, A. (1980). *Cordura, locura y familia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. Trad.: Matilde Rodríguez Cabo.
- Lanteri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Tria-Castela. Trad.: Jordi Terré Alonso, Diego Gutiérrez Gómez y José María Lázaro.
- Leifer, R. (2000). The Psychiatric Repression of Thomas Szasz: Its social and Political Significance. Recuperado de <http://www.psychotherapy.net/article/the-psychiatric-repression-of-thomas-szasz>. Originalmente publicado en *Review of Existential Psychology and Psychiatry* (1997), 23, pp. 85-106.
- Levant, R. F. (2004). The empirically-validated treatments movement: A practitioner / educator perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (2), June, pp. 219-224.
- Luque, R. y Villagrán, J.M. (Eds.) (2000). *Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias*. Madrid: Trotta.
- Llobell, J. P., Frías, M. D., y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87 (abril), pp. 1-8.
- Makari, G. (2012). *Revolución en mente. La creación del psicoanálisis*. Barcelona: Sexto Piso. Trad.: Daniela Morábito Rojas
- Marková, I. y Berrios, G.E. (2009). Epistemology of Mental Symptoms. *Psychopathology*, 42, pp. 343-349.
- _____. (2012). Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, 45, pp. 220-227.
- Milgram, S. (1963). Behavioral Study of Obedience. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67 (4), Oct., pp. 371-378.

- Miller, G. A. (2010). Mistreating Psychology in the Decades of the Brain. *Perspectives on Psychological Science*, 5 (6), Nov., pp. 716-743.
- Miller, P. y Rose, N. (1986). *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity Press.
- Mind Freedom* (2003a). Original Statement by the Fast for Freedom in Mental Health. Recuperado de <http://www.mindfreedom.org/kb/act/2003/mf-hunger-strike/hunger-strike-debate/fast-for-freedom-statement>
- _____. (2003b). Scientific Panel replies to APA statement. Recuperado de <http://www.mindfreedom.org/kb/act/2003/mf-hunger-strike/hunger-strike-debate/mfi-2nd-reply-to-apa>.
- Mitchell, N. (2009). Thomas Szasz speaks with Natasha Mitchell. Transcripción de programa de la Radio Nacional australiana. Recuperado de <http://www.abc.net.au/radionational/programs/allinthemind/thomas-szasz-speaks-part-1-of-2/3142206#transcript>
- Mitchell S.A. y Black M.J. (2004). *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder. Trad.: Roberto H. Bernet.
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder. Trads.: Mikel Valverde, José A. Inchauspe e Inés Martínez Ciordia.
- Mosser, L. R. (1998). Letter of Resignation from the American Psychiatric Association. Recuperado de <http://www.moshersoteria.com/articles/resignation-from-apa/>
- Mulan, B. (2000). *R. D. Laing: A Personal View*. London: Duckworth.
- Nasser, M. (1995). The rise and fall of anti-psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 19, pp. 743-746.
- Novella, E. J. (2008). Foucault y la historia de la locura: Reflexiones en torno a la génesis de un clásico. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 26, pp. 5-14.

- Obiols, J. (1973). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Barcelona: Salvat, Biblioteca de Grandes Temas, 98.
- Oliver, J. (2006). The Myth of Thomas Szasz. *The New Atlantis*, 13, Summer, pp. 68-84.
- Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
- Pastor, J. y Ovejero, A. (2009). *Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico*. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (2-3), junio-septiembre, pp. 293-299.
- Peele (1981). Reductionism in the Psychology of the Eighties: Can Biochemistry Eliminate Addiction, Mental Illness, and Pain? *American Psychologist*, 36, pp. 807-818.
- Pérez Soto, C. (2013). *Su problema es endogeno*.
Recuperado de https://www.ucursos.cl/facso/2014/2/PS02076/1/material_docente/previsualizar?id_material=923884
- Peteiro, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of Deviant Behavior and Consequences for Stigma: The Case of Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (4), Dec., pp. 307-322.
- Porter, R. (2002). *Madness, a Brief History*. New York: Oxford University Press.
- Ralley, O. J. D. (2012). The Rise of Anti-psychiatry: A Historical Review. Recuperado de http://www.priory.com/history_of_medicine/Anti-Psychiatry.htm
- Rissmiller, D. J. y Rissmiller, J. H. (2006). Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism. *Psychiatric Services*, 57 (6), June, pp. 863-866.
- Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los Tratamientos Empíricamente Validados. *Papeles del Psicólogo*, 87 (abril), pp. 45-55.

- Rosenhan, D. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179 (19 January), pp. 250-268.
- Roth, M. (1973). Psychiatry and its Critics. *British Journal of Psychiatry*, 122, pp. 373-378.
- Savater, F. (1985). Thomas Szasz, incómodo y necesario. En Szasz, T. (1985). *El segundo pecado* (pp. 6-7). Madrid: Alcor, 1985.
- Schaler, J. A. (Ed.) (s. f.). *Thomas S. Szasz Cybercenter for Liberty and Responsibility*.
<http://www.szasz.com>
- _____. (2003). Statement by the Owner and Producer of the Site. 11 de febrero. Recuperado de <http://szasz.com/enemies.html>.
- _____. (Ed.) (2005). *Szasz under fire. The psychiatric abolitionist faces his critics*. Peru (Illinois): Open Court.
- _____. (2012). Kaddish for Thomas Szasz.
Recuperado de <http://www.szasz.com/szaszdeath.htm>
- Schwartz, J. (1999). *Cassandra's Daughter*. New York: Penguin.
- Sedgwick, P. (1981). The grapes of Roth. *New Society*, 30 de Abril.
- Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Sigal, C. (1976). *Zone of Interior*. New York: Popular Library.
- Spitzer, M. (2008). Decade of the Mind. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 3 (7).
- Sullivan, H. S. (1968). *La fusión de la psiquiatría y de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Psique. Trad.: Aníbal Leal.
- Sullum, J. (2000). Curing the Therapeutic State. *Reason*, 32 (July), pp. 26-34.
- Szasz, T. S. (1956a). Malingering: "Diagnosis" or Social Condemnation? *A.M.A Archives of Neurology and Psychiatry*, 76 (October), pp. 432-443.

- _____. (1956b). Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 75 (March), pp. 297-315.
- _____. (1957a). Some Observations on the Use of Tranquilizing Drugs. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 77 (January), pp. 86-92.
- _____. (1957b). Commitment of the Mentally Ill: "Treatment" or Social Restraint?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125 (April-June), pp. 293-307.
- _____. (1957c). The Concept of Testamentary Capacity: Further Observations on the Role of Psychiatric Concepts in Legal Situations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125 (July- September), pp. 474-477.
- _____. (1957d). The Problem of Psychiatric Nosology: A Contribution to a Situational Analysis of Psychiatric Operations. *American Journal of Psychiatry*, 114 (November), pp. 405-413.
- _____. (1957e). *Pain and Pleasure. A Study of Bodily Feelings*. New York: Basic Books.
- _____. (1958a). Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law. *Columbia Law Review*, 58 (February), pp. 183-198.
- _____. (1958b). Scientific Method and Social role in Medicine and Psychiatry. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 101 (February), pp. 228-238.
- _____. (1959). Psychiatry, Psychotherapy, and Psychology. *A.M.A. Archives of General Psychiatry*, 1 (November), pp. 455-463.
- _____. (1960a). The Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 15 (February), pp. 113-118.
- _____. (1960b). Hospital Refusal to Release Mental Patient. *Cleveland Marshall Law Review*, 9 (May), pp. 220-226.
- _____. (1960c). Moral Conflict and Psychiatry. *Yale Review*, 49 (June), pp. 555-566.

- _____. (1960d). Civil Liberties and the Mentally Ill. *Cleveland-Marshall Law Review*, 10 (September), pp. 99-416.
- _____. (1960e). The Ethics of Birth Control - Or: Who Owns Your Body? (1960) *The Humanist*, 20 (November-December), pp. 332-336.
- _____. (1961a). The Uses of Naming and the Origin of the Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 16 (February), pp. 59-65.
- _____. (1961b) *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Dell Publishing Company. Edición en castellano (1999), *El mito de la enfermedad mental*. Barcelona: Círculo de Lectores. Traducción de Flora Setaro.
- _____. (1962a). Mind Tapping: Psychiatric Subversion of Constitutional Rights. *American Journal of Psychiatry*, 119 (October), pp. 323-327.
- _____. (1962b). Human Nature and Psychotherapy: A Further Contribution to the Theory of Autonomous Psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 3 (October), pp. 268-283.
- _____. (1962c). "Who Has a Right to an Abortion?" *Current* (December), pp. 52- 53.
- _____. (1963). Psychoanalytic Treatment as Education. *A.M.A. Archives of General Psychiatry*, 9 (July), pp. 46-52.
- _____. (1964). The Moral Dilemma of Psychiatry: Autonomy or Heteronomy? *American Journal of Psychiatry*, 121 (December), pp. 521-528.
- _____. (1965a). *The Ethics of Psychoanalysis. The Theory and Method of Authonomous Psychotherapy*. New York: Basic Books. Edición en castellano (1971), *La ética del psicoanálisis. Teoría y método de la psicoterapia autónoma*. Madrid: Gredos. Trad.: Santos Sánchez Salor.
- _____. (1965b). Legal and Moral Aspects of Homosexuality. En Marmor, J. (Ed.) (1965), *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality* (pp. 124-139). New York: Basic Books.

- _____. (1966). The Ethics of Abortion. *The Humanist*, 26 (September-October), pp. 147-148.
- _____. (1968). *Law, Liberty and Psychiatry. An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. New York: Collier Books.
- _____. (1971a). The Ethics of Suicide. *Antioch Review*, 31 (Spring), pp. 7-17.
- _____. (1971b). The Ethics of Addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 128 (November), pp. 541-56.
- _____. (1973). Drugs and Freedom. Transcripción del programa de televisión “Firing Line” de la emisora WKPC grabado el 16 de mayo de 1973 en Louisville, Kentucky, y emitido el 15 de julio de 1973. Entrevistador: William F. Buckley, Jr.; Invitado: Dr. Thomas S. Szasz. Columbia, South Carolina: Southern Educational Communications Association.
- _____. (1974a). Straight Talk from Thomas Szasz. An Interview. *Reason*, 6 (October), pp. 4-13.
- _____. (1974b). *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Garden City (NY): Doubleday. Edición en castellano (1990), *Droga y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 1990. Trad.: de Antonio Escohotado.
- _____. (1977). Medicine and the State. A Humanist Interview. En Szasz, T. (1977). *The Theology of Medicine*. New York: Harper Colophon Books, pp. 145-162. Edición en castellano: Medicina y Estado: una entrevista publicada en “El Humanista”. En Szasz, T. (1980). *La teología de la medicina* (pp. 213-235). Barcelona: Tusquets. Trad.: Antonio Escohotado. Entrevista publicada originalmente como Medicine and the State: The First Amendment Violated. An Interview with Thomas Szasz. *The Humanist*, 1973, 33 (March-April), pp. 305-307.

- _____. (1981a) Interview. En Stone, G.P. y Faberman, H.A. (1981), *Social Psychology Through Symbolic Interaction* (pp. 393-404). New York: John Wiley and Sons.
Entrevista originalmente publicada como: Interview: Thomas S. Szasz, M.D. *New Physician*, 1969, 18 (June), pp. 453-461 y 476.
- _____. (1981b). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós. Trad.: de Ramón Ribé i Queralt. Primera edición en inglés, 1970, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper Row.
- _____. (1984a). La antipsiquiatría: El modelo de la mente saqueada. En Szasz, T. (1984) *Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la psiquiatría* (pp. 49-79). Tlhuapan: Premiá. Trad.: Mercedes Benet. Primera edición en inglés (1976): *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*. New York: Basic Books.
- _____. (1984b). *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*. Buffalo (NY): Prometheus Books.
- _____. (1987). *Insanity: The Idea and Its Consequences*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- _____. (1988). *Psychiatric Justice*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
- _____. (1992). *Our Right to Drugs: The Case for a Free Market*. New York: Praeger.
Edición en castellano (1993): *Nuestro derecho a las drogas: En defensa de un mercado libre*. Barcelona: Anagrama. Trad.: Antonio Escotado.
- _____. (1993). *A Lexicon of Lunacy: Metaphoric Malady, Responsibility, and Psychiatry*. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers.
- _____. (1996). *The Meaning of Mind: Language, Morality, and Neuroscience*. Westport (CT): Praeger Publishers.
- _____. (1998). Thomas Szasz's Summary Statement and Manifesto. Recuperado de <http://www.szasz.com/manifesto.html>

- _____. (1999). *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*. Westport (CT): Praeger Publishers. Edición en castellano: *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós, 1999. Trad.: Francisco Beltrán.
- _____. (2001). *Pharmacracy: Medicine and Politics in America*. Westport (CT): Praeger Publishers.
- _____. (2003). The Cure of Souls in the Therapeutic State. *Psychoanalytic Review*, 90 (1), Feb., pp. 45-62.
- _____. (2004). Knowing What Ain't So. *Psychoanalytic Review*, 91(3), Jun., pp. 331-346.
- _____. (2005a). An Autobiographical Sketch. En Schaler, J. A. (Ed.) (2005), *Szasz under fire The psychiatric abolitionist faces his critics* (pp. 1-28). Peru (IL): Open Court.
- _____. (2005b). Reply to Bentall. En Schaler, J. A. (Ed.) (2005), *Szasz under fire The psychiatric abolitionist faces his critics* (pp. 321-326). Peru (IL): Open Court.
- _____. (2007). *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers.
- _____. (2008a). *Psychiatry: The Science of Lies*. Syracuse (NY): Syracuse University Press.
- _____. (2008b). Debunking Antipsychiatry: Laing, Law and Lagarctil. *Current Psychology*, 27 (June), pp. 79-101.
- _____. (2008c). Anti-Coercion is not Anti-Psychiatry. *The Freeman*, 58 (May), pp. 26-27.
- _____. (2009). *Antipsychiatry: Quackery Squared*. Syracuse (NY): Syracuse University Press.
- _____. (2010). Psychiatry, Anti-Psychiatry and Critical Psychiatry: What Do These Terms Mean? *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 17 (3), September, pp. 229-232.
- _____. (2011). *Suicide Prohibition: The Shame of Medicine*. Syracuse (NY): Syracuse University Press.
- _____. (2012). Varieties of Psychiatric Criticism. *History of Psychiatry*, 23 (83), pp. 349-355.

- Szombati, A. (1981). Le Combat de Thomas Szasz Contre les “Tortures Psychiatriques”. *Le Monde*, Dimanche 11 octobre, pp. XII-XIII.
- Thomas, P. (2013). What is Critical Psychiatry? Post publicado el 21 de enero en www.madinamerica.com.
- Recuperado de <http://www.madinamerica.com/2013/01/what-is-critical-psychiatry/>
- Thomas P. y Bracken, P. (2004). Critical psychiatry in practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, pp. 361-370.
- Treacher, A. y Baruch, G. (1980). Hacia una historia crítica de la profesión psiquiátrica. En Ingleby, D. (1980), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (pp. 155-192). Barcelona: Crítica. Trad.: Jordi Beltrán.
- Van Gerven, J. y Cohen, A. (2011). Vanishing clinical psychopharmacology. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 72 (1), pp. 1-5.
- Vatz, R. y Weinberg, L. S. (1983). *Thomas Szasz: Primary Values and Major Contentions*. Amherst (NY): Prometheus Books.
- Wyatt, R. C. (2004). Thomas Szasz: Liberty and the Practice of Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (1), Winter, pp. 71-85.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Broadway Books.
- Whitley, R. (2012). The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing? *Psychiatric Services*, 63 (10), October, pp. 1039-1041.
- Zachar, P. (2001). Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7 (3), Sep., pp. 167-182.