

La professió psicològica disposa d'un pluralisme que li ve donat per les característiques del seu objecte d'estudi. Dintre d'aquest pluralisme, avui ens trobem en un rol del psicòleg, el que treballa en Salut Mental. Per això hem aprofitat l'ocasió d'aportar les reflexions i opinions de dos professionals estretament vinculats a la Salut Mental. En aquesta ocasió es tracta de don J. Valls i Blanco, psiquiatra, membre de l'equip del Dr. Castilla del Pino; que treballa en la Càtedra de Psiquiatria de la Facultat de Medicina de Córdoba i en el Dispensari de Psiquiatria de la mateixa ciutat, i del Dr. M. Gómez i Beneyto, psiquiatra i director de l'Institut de Salut Mental dependent de la Exma. Diputació Provincial de València.

## JOSE VALLS BLANCO

El Consell de Redacció

José Valls Blanco, profesor en la càtedra de psiquiatria de Carlos Castilla del Pino, es també director de la unitat psiquiàtrica de agudos de Córdoba.

**Pregunta.**-Básicamente el método que trabajan ustedes en la Cátedra dirigida por el doctor Castilla del Pino se denomina análisis hermenéutico del lenguaje, nos interesaría conocer, en primer lugar, de dónde surge la necesidad de este análisis hermenéutico del lenguaje, en qué principios se sustenta y hacia qué objetivos camina.

**Respuesta.**-El método hermenéutico nace aproximadamente hacia el año 1968, surge de la aplicación de los principios dinámicos, especialmente

psicoanalíticos, y de la aplicación de principios dialécticos al estudio de la depresión que hace Castilla del Pino en su estudio sobre la depresión. En ese momento se plantea la necesidad de objetivar el discurso sobre el cual después se va a aplicar un modelo interpretativo, y la formalización ha de ser independiente del modelo a aplicar, para que exista un *corpus* psicopatológico, un objeto psicopatológico que se puede compartir entre todos los psicopatólogos, de la misma manera que hay un *corpus* de las diversas especialidades de la medicina, puesto que hay, por ejemplo, de medicina interna que es compartido por todo el mundo, independientemente de que después los síntomas

sean interpretados de una u otra manera, de acuerdo con el modelo teórico que cada cual quiera emplear.

Esa necesidad de objetivación se plantea como prioritaria en el trabajo de todo el grupo, en la medida que la psicopatología es una ciencia con un estatus epistemológico difícil de sostener; precisamente por esa incapacidad para diferenciar entre un lenguaje objeto y un lenguaje teórico, precisar el objeto sobre el cual se va a estudiar, describirlo y posteriormente hacer teorías interpretativas.

De ahí surge la necesidad, primero, de definir cuál es el objeto de la psicopatología. Partimos de que ese objeto es el sujeto, y el sujeto se define en tanto que se relaciona con el objeto, esa relación es un lenguaje; de esa manera se interpreta todo acto de conducta como un lenguaje, independientemente de que sea verbal o no verbal.

La especial dedicación al lenguaje verbal implica dos cuestiones: Por una parte, el que habitualmente se trabaja sobre discursos de pacientes, uno trabaja sobre aquello que nos dice un paciente que le preocupa. Y por otra parte está el lenguaje que mejor expresa los diferentes niveles de ese sujeto, tanto los niveles cognitivos como los aptitudinales, como los pulsionales, y al mismo tiempo se considera que todo acto de conducta, todo acto de habla, es un juicio, un juicio que uno hace acerca de la realidad, de ese objeto con el cual se va a relacionar.

De esos dos principios surge el intento de una formalización del lenguaje que tenga como base el uso que se hace del lenguaje. En ese sentido si se sigue la corriente lingüística que surge del Círculo de Viena, en el intento de hacer que una palabra significa según el uso que se hace de ella en un contexto. De esta manera es como se diferencian varias estructuras gramaticales, por así decirlo, los juicios de ellos, es decir, la denotación de los objetos y los juicios de valor, la estimación sobre ellos.

Del desarrollo de estos principios básicos ha surgido la teoría hermenéutica del lenguaje, que tiene en estos momentos unos 17 años aproximadamente, que es el tiempo que llevamos de discusión sobre ella.

**P.-A continuación interesaría que nos comentara su trabajo en el dispensario de psiquiatría de Córdoba, especialmente referido a las técnicas terapéuticas empleadas en el tratamiento de casos.**

R.-Es el único dispensario que ha existido durante mucho tiempo recibiendo consultas de toda la provincia de Córdoba, exceptuando las de la Seguridad Social, las cuales han sido especialmente casos de neurología.

En el dispensario el abordaje de los pacientes se trata en todo momento que sea un abordaje de equipo, aun cuando sea uno el que va a llevar un caso. Cuando llega un paciente nuevo es historiado por un miembro del equipo; esa historia, previa de decidir la pauta terapéutica a seguir, es discutida por todo el equipo en presencia del paciente; en función de la primera valoración que se hace del caso se opta por la pauta terapéutica a seguir, que en síntesis puede ir: O bien por un tratamiento exclusivamente medicamentoso, a veces por el cuadro; otras por situaciones absolutamente ajenas a nosotros, tales como que viva muy lejos, que le sea muy difícil asistir, problemas económicos, etcétera. O la segunda opción, que sería una combinación de psicoterapia y de tratamiento farmacológico, lo cual es llevado normalmente por el mismo miembro del equipo. Todo paciente que entra dentro de este tipo de tratamiento entra dentro de una discusión de subequipos que hay formados; tenemos tres equipos dentro del dispensario que se encargan semanalmente de revisar los casos que llevan entre ellos y la discusión de su dinámica y de su evaluación, y en esa valoración sí que interviene la hermenéutica del lenguaje. La valoración se hace a través de los textos que el paciente ha ido ofreciendo, de tal manera que sea posible objetivar su evolución o la modificación de su conducta, hacia dónde va. Otras veces se somete simplemente a psicoterapia, éstos suelen ser casos especialmente de neuróticos con una clara relación situacional, que es la que está motivando el cuadro, y donde se margina de comienzo el tratamiento farmacológico. En el caso de los psicóticos, siempre tienen tratamiento farmacológico mientras existan síntomas de psicosis, en el momento en que la psicosis no se traduce en una conducta se suprimen los fármacos y se

continúa en psicoterapia, pero cada vez que aparece la pérdida efectiva de la realidad se introduce un tratamiento farmacológico.

**P.-En el dispensario de psiquiatría del doctor Castilla del Pino suponemos que también deben haber psicólogos trabajando, nos gustaría conocer la opinión y la valoración que hace usted del trabajo del psicólogo en este dispensario de psiquiatría.**

R.-En el dispensario del doctor Castilla la función del psicólogo es prácticamente idéntica a la función de cualquier otro miembro del equipo, quizás están, en algunos aspectos, más volcados en el psicodiagnóstico, especialmente en el manejo de los tests no proyectivos, el Wechsler o cualquier otra prueba de inteligencia; no así los tests proyectivos, los cuales los manejamos todos habitualmente. Por el contrario, el psiquiatra maneja, o se responsabiliza más del diagnóstico clínico y de la medicación; pero la evolución del paciente es seguida indistintamente por un psiquiatra o por un psicólogo, tanto con adultos como con niños.

**P.-¿Nos podría indicar en qué medida el «corpus» teórico del análisis hermenéutico del lenguaje se diferencia de dos modelos de abordaje en la psicología clínica que son el psicoanálisis y la modificación de conducta? Sabemos que en un principio se aproximan más ustedes al psicoanálisis que a las técnicas conductuales, pero nos gustaría conocer en qué medida, en qué puntos básicos, se diferencia su forma de trabajo con el psicoanálisis y con la modificación de conducta.**

R.-Bueno, la hermenéutica del lenguaje no tiene en principio nada que ver ni con el psicoanálisis, ni con el conductismo, ni con cualquier otro modelo teórico; es nada más que una manera de describir la conducta. Esta descripción de la conducta, después, ha de ser interpretada por un modelo, que puede ser un modelo conductista, un modelo psicoanalítico o un modelo, incluso, biológico, en el sentido de que es posible la aplicación del modelo neurológico al lenguaje para interpretar determinados discursos, como el discurso de un afásico, porque hay una lesión cerebral, el caso de una demencia, de una oligofrenia... y sin embargo el método de formalización de la conducta es idéntico.

Evidentemente nosotros utilizamos un método de sujeto, ya que si no nos quedaríamos simplemente en una descripción. Este modelo está básicamente mucho más próximo al modelo psicoanalítico que a cualquier otro. Desde luego no se parece en nada al modelo conductista, y ello por una cuestión fundamental, nosotros partimos del hecho de que no toda actividad del sujeto es conducta, sino que es solamente aquella actividad que va encaminada hacia la relación; la relación no importa si con objetos externos a él o con objetos en relación consigo mismo, en sus diferentes formas. Por el contrario, el conductismo opera con el criterio de que la conducta es toda actividad del organismo. Para nosotros el parpadeo, o los reflejos, o los movimientos peristálticos del intestino carecen de intencionalidad comunicativa, y por lo tanto no pertenecen al organismo, el cual epistemológicamente es un nivel distinto. Esa no discriminación de los niveles pensamos que es lo que hace absolutamente insuficiente al conductismo para poder interpretar una conducta.

Nuestro modelo, frente al psicoanalítico, depende la diferencia de qué escuela psicoanalítica se trate, digamos que de las escuelas psicoanalíticas, aquella que más se aproxima a nuestro modelo es toda la teoría de las relaciones objetuales y toda la teoría de Sullivan de las relaciones interpersonales, puesto que en este sentido estamos de acuerdo con Sullivan, en que el objeto de la psicopatología es la relación, no hay acto de conducta que no sea una relación. En este sentido nos parece que fue Sullivan el primero en plantear esta cuestión así, y quizás es de los autores que más incidencia tienen.

Pero junto a ellos también tienen incidencias en nuestro modelo autores no psicoanalíticos, incluso autores que se derivan del conductismo, como por ejemplo: el concepto de «self» que manejamos es un concepto tomado, más que de los autores psicoanalíticos, de George Berwick, que es como saben un sociólogo que parte de pautas conductistas. O el mismo modelo desarrollado por la escuela de Palo Alto, que adopta, a pesar de considerar el acto de conducta de la misma manera que nosotros (considera la conducta como la emisión de un mensaje, y por lo tanto una intención comunicativa), sin embargo

adopta el modelo conductista de la «Caja Negra», el cual para nosotros no es válido, puesto que lo que precisamente nos interesa es descubrir qué hay dentro de la caja negra.

**P.-Por último, como usted muy bien ha dicho, se trata más bien de un instrumento que puede ser operativo por un determinado modelo, el análisis hermenéutico del lenguaje. ¿Qué posibilidades de aplicación existen a personas no psicóticas?**

**R.-**De hecho es indistinta su aplicación si es psicótica o no es psicótica la persona; en lo que se está trabajando, y en gran parte ya está hecho, es en la posibilidad de hacer una tipología de textos, no con una intención de hacer diagnósticos, es decir, no se pretende llegar al diagnóstico clínico a través de un texto, la clínica es otra cuestión distinta, pero sí de síndro-

mes, de grandes síndromes. O sea, si hay unas características de la llamada conducta psicótica que la diferencian de la llamada conducta no psicótica, obligatoriamente han de darse esas características diferenciales en el texto que hacen los psicóticos.

Salvo esto, la aplicación se ha hecho a relatos de pacientes fundamentalmente, donde más se ha desarrollado el método ha sido en su aplicación a los tests proyectivos, en especial al T. A. T., hemos desarrollado un método de formalización del T. A. T. de tal manera que permite objetivar las lecturas sucesivas que hacemos en cada lámina, para pasar luego a la conducta del sujeto más manifiesta hasta el nivel simbólico; pero que eso suponga un paso gradativo rompiendo la dicotomía contenido-forma, dicotomía que como se sabe está plas-

mada en los tests proyectivos muy claramente entre el empleo del Rorschach y el T. A. T. como dos tests complementarios, en la medida que se carecía de un método de formalización del T. A. T.

Se ha aplicado también al análisis de sueños, formalizándolo como un discurso más, y a través de esos pasos de formalización ir llegando a sucesivas interpretaciones, aplicando, naturalmente, el modelo comunicacional del que antes les he hablado, el cual ya no es hermenéutica del lenguaje, el modelo comunicacional ya es un modelo interpretativo.

Y también se ha aplicado al análisis de relatos literarios, entendiendo el relato literario como la objetivación de una fantasía. Y dentro de los relatos de los pacientes a los relatos de fantasías.

# M. GOMEZ BENEYTO

El Consell de Redacció

**P.-¿Cómo surgió el Instituto de Salud Mental?**

**R.-**A raíz de una iniciativa tomada por el Grupo de Salud del PSOE en 1981 se creó el Instituto de Madrid, y el año siguiente el de Valencia. En nuestro caso se trata de un Organismo de Gestión de la Diputación que tuvo como objetivo promover y dirigir la reforma de la Asistencia Psiquiátrica en nuestra provincia.

**P.-¿Tuvo como objetivo? ¿Quiere decir que sus objetivos han cambiado?**

**R.-**En la práctica, desde hace varios meses, la reforma está siendo gestionada directamente desde la Diputación, en colaboración con los dos Hospitales Psiquiátricos de Valencia y Bétera.

**P.-¿Cuáles son los objetivos de esta reforma?**

**R.-**Básicamente consisten en centrar la acción asistencial en la comunidad, con la esperanza de llegar a suprimir los manicomios.

**P.-¿Entonces, cuál es el papel que juega el Instituto en este momento?**

**R.-**Nos ocupamos de realizar trabajos de investigación y de evaluación

que aporten datos pertinentes para la planificación de servicios.

**P.-¿Cómo por ejemplo?**

**R.-**Hemos realizado dos estudios sobre epidemiología de las tentativas de suicidio y de los suicidios consumados y otro sobre incidencia total de enfermedad mental para la provincia de Valencia. En este momento estamos examinando la situación de la población de enfermos psicóticos crónicos atendidos en estos diez últimos años que ahora residen en la Comunidad. Tratamos de saber cómo están socialmente y clínicamente, cuáles son sus necesidades y qué carga suponen para sus familiares. Es decir, obtener datos básicos que

